

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**ΠΜΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και  
Κοινωνικής Φροντίδας»  
MSc in Health and Social Care Management**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

«Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ  
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (BEHAVIORAL MANAGEMENT)»

**Βαλεντίνα Μιχαΐλοβα / Valentina Mihaylova**

A.M. 19026

**Επιβλέπων Καθηγητής**

**Δρ Μιχαήλ Κουράκος**

**Επ. Καθηγητής Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας**

**Αθήνα 2021**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ  
ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (BEHAVIORAL  
MANAGEMENT)»**

**Βαλεντίνα Μιχαϊλοβα / Valentina Mihaylova**

**A.M. 19026**

**Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης**

**Επιβλέπων**            **Επ. Καθηγητής Δρ. Μιχαήλ Κουράκος**  
**Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας**

**Μέλος**                **Καθηγητής Μάρκος Σαρρής**  
**Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

**Μέλος**                **Αν. Καθηγήτρια Ασπασία Γούλα**  
**Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

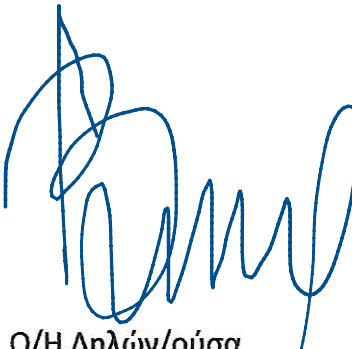
## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Βαλεντίνα Μιχαϊλοβα του Προντάν με αριθμό μητρώου 19026 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας», του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30/06/2021 και έπειτα από αίτηση μου στη βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.



Ο/Η Δηλών/ούσα

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πριν την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας, αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους από τους ανθρώπους που γνώρισα, συνεργάστηκα μαζί τους και έπαιξαν πολύ σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίηση της μελέτης. Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον επιβλέποντα Καθηγητή Δρ. Μιχαήλ Κουράκο του Πανεπιστημίου Δ. Μακεδονίας που ανέλαβε την επιστημονική επιμέλεια της παρούσας διπλωματικής μεταπτυχιακής εργασίας. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή Μάρκο Σαρρή, του Πανεπιστημίου Δ. Αττικής, καθώς και την επιστημονική του ομάδα, για την πολύτιμη υποστήριξη τους σε ένα εξαιρετικά δημιουργικό κλίμα συνεργασίας που συνετέλεσε στο να προβώ στην υλοποίηση της μελέτης.

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

<b>Autism Spectrum Disorder (ASD)</b>
<b>Applied Behavior Analysis (ABA)</b>
<b>Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ)</b>
<b>Anxiety Disorders Clinic (CAADC)</b>
<b>Body Mass Index (BMI)</b>
<b>Brief Supportive Psychotherapy (BSP)</b>
<b>Cognitive Behavior Therapy (CBT)</b>
<b>Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)</b>
<b>Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa (CBT-AN)</b>
<b>Counseling as usual (CAU)</b>
<b>Eating Disorder Examination (EDE)</b>
<b>Family Education, Support, and Attention (FESA)</b>
<b>Family-Based Cognitive–Behavioral Treatment (FCBT)</b>
<b>Global Assessment of Function (GAF)</b>
<b>Helping Relationships Questionnaire (HRQ)</b>
<b>Interpersonal Psychotherapy (IPT)</b>
<b>Imipramine plus Clinical Management (IMI-CM)</b>
<b>Intimate Partner Violence (IPV)</b>
<b>Motivational Enhancement Therapy (MET)</b>
<b>National Institute of Mental Health, (NIMH)</b>
<b>Placebo plus Clinical Management (PLA-CM)</b>
<b>Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS)</b>
<b>Routine Outcome Monitoring (ROM)</b>
<b>Sensory-Based Interventions (SBIs)</b>
<b>Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)</b>
<b>Substance Use Calendar (SUC)</b>
<b>Treatment Suitability and Patient Expectations (TSPE)</b>
<b>Therapist Alliance-Building Behavior Scale (TABBS)</b>
<b>Treatment of Depression Collaborative Research Program (TDCRP)</b>
<b>Working Alliance Inventory (WAI)</b>

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ .....	iii
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	iv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....	v
ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	x
ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ .....	xi
ABSTRACT .....	xii
KEYWORDS .....	xiii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	- 1 -
ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΡΕΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ .....	- 11 -
Η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας κάτω από το πρίσμα της ψυχαναλυτικής προσέγγισης του S. Freud .....	- 11 -
Η προσωποκεντρική προσέγγιση και η «άνευ όρων» συμμαχία του C. Rogers.....	- 12 -
Θεωρίες μάθησης, αλλαγής συμπεριφοράς και εργασιακή συμμαχία. Συμπεριφορική προσέγγιση (Watson, Pavlov και Skinner) .....	- 15 -
Γνωσιακή προσέγγιση και θεωρητικά μοντέλα αλλαγής συμπεριφοράς δια μέσου της θεραπευτικής συμμαχίας του Elis A., Beck A. και Miller .....	- 18 -
Η θεωρία της Perlaui, μια διαφορετική προσέγγιση της θεραπευτικής συμμαχίας .....	- 21 -
ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ - ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (BEHAVIORALMANAGEMENT). ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΟΠΤΙΚΕΣ ΓΩΝΙΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ. ...	- 24 -
Ψυχανάλυση και Ψυχοδυναμική θεραπεία.....	- 24 -
Ανθρωπιστική Προσέγγιση και Προσωποκεντρική Θεραπεία.....	- 27 -
Γνωσιακή και Συμπεριφορική Προσέγγιση και εφαρμογή στη θεραπεία CBT.....	- 30 -
Βασικές έννοιες στη γνωσιακή προσέγγιση για την εφαρμογή της Συμπεριφορική Γνωσιακή Θεραπεία CBT .....	- 32 -
Διεργασιακά λάθη, διαδικασία καταστολής και παραποίησης.....	- 35 -
Στάδια Γνωσιακής Θεραπείας .....	- 37 -
Πίνακας 1 Τα τέσσερα «Σ» στη μια περίπτωση διαταραχή της διάθεση (κατάθλιψη) - 38	-
- Συμπεριφορική προσέγγιση και χειρισμοί στην Συμπεριφορική Γνωστική Θεραπεία CBT .....	- 38 -
Το διαφορετικό πρίσμα των προσεγγίσεων (Ψυχανάλυση VS Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία & Ανθρωπιστική) μέσα από την εξήγηση της θεωρίας Προσωπικής Πραγματικότητας (Cognitive-Experiential Self-Theory) .....	- 42 -
Ο σκοπός και τα ερευνητικά ερωτήματα για την διερεύνηση .....	- 44 -
Ψυχομετρικά εργαλεία για την μέτρηση της θεραπευτικής συμμαχίας.....	- 46 -
Διαδικασία της μελέτης για την στατιστική μέτρηση της εξαρτημένης μεταβλητής – θεραπευτική συμμαχία .....	- 50 -
ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ(ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ BEHAVIORALMANAGEMENT) ΣΕ ΑΝΑΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ	

ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΚΛΑΔΩΝ (ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ, ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ, ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΕΣ, ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ, ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΚΤΛ.) .....	- 53 -
Ο ρόλος της Θεραπευτικής Συμμαχίας- Αποτελέσματος στην Ψυχοθεραπεία και στη Φαρμακοθεραπεία: Ευρήματα από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας για τη θεραπεία της κατάθλιψης σε ένα Συνεργατικό Ερευνητικό Πρόγραμμα (Krupnick, et al., 1996) .	- 53 -
Η σχέση μεταξύ της θεραπευτικής συμμαχίας και της αποτελεσματικότητας των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, συγκριτικά μεταξύ της Σύντομης Υποστηρικτικής Ψυχοθεραπείας (BSP) και της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας (CBASP) για την χρόνια κατάθλιψη (Arnou, et al., 2013).	- 58 -
Η θεραπευτική συμμαχία συμβάλλει στην ενεργοποίηση ασθενών σε κοινοτικές - κλινικές ψυχικής υγείας της Αμερικής (Allen, et al., 2017) .....	- 63 -
Η Θεραπευτική Συμμαχία σε μια θεραπεία βασιζόμενη στη Ροτζεριανή προσέγγιση Motivational Enhancement Therapy (MET) και τη Συμβουλευτική προσέγγιση Counseling as Usual (CAU) για τα προβλήματα – χρήσης ουσιών (Crits-Christoph, et al., 2009) .....	- 67 -
Εργασιακή έκθεση (σε αγχωτικό ερέθισμα) κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και Θεραπευτική Συμμαχία στις δυο επιλεγμένες θεραπείες για ψυχικές διαταραχές με υψηλά επίπεδα του άγχους στην παιδική ηλικία (Kendall, et al., 2009).....	- 72 -
Μια σύντομη έκθεση Θεραπευτικής Συμμαχίας σε νέους με διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού που λάμβαναν Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία για το άγχος (Kerns, et al., 2019).....	- 77 -
Η αλλαγή συμπεριφοράς που μπορεί να δημιουργήσει μια Θεραπευτική Συμμαχία, μέσα από την εφαρμογή της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Θεραπείας για το άγχος στη νεολαία (Creed & Kendall, 2005) .....	- 79 -
Η θεραπευτική συμμαχία και ο εξαναγκαστικός εγκλεισμός ασθενών (ακούσια νοσηλεία), σε μια ιατροδικαστική μονάδα ψυχικής υγείας στην Ιρλανδία (Donnelly, et al., 2011) -	83 -
Επικύρωση της δύναμης της θεραπευτικής συμμαχίας για την αλλαγή της συμπεριφοράς (Working Alliance Inventory)σε ένα πρόγραμμα παρέμβασης κακοποιών Batterer Intervention Program (BIP), στο οποίο παίρνουν μέρος άντρες που κάποτε βρέθηκαν στη θέση του «βίαιου συντρόφου» (Santirso, et al., 2018) .....	- 88 -
Η θεραπευτική συμμαχία σε ομάδες γονέων και ασθενών ως μέρος της διαδικασίας στην ημι-οικιακή φροντίδα στην ψυχιατρική παρέμβαση για νέους στην Ολλανδία (ημι-οικιακές ψυχιατρικές μονάδες), (Lamers, et al., 2015) .....	- 92 -
Η θεραπευτική συμμαχία - σε δύο θεραπείες για την εφηβική νευρική ανορεξία (Forsberg, et al., 2013) .....	- 97 -
Προβλέψεις θεραπευτικής συμμαχίας σε δύο θεραπείες για ενήλικες με σοβαρή και ανθεκτική νευρική ανορεξία (Stiles-Shields, et al., 2016).....	- 100 -
Μελέτη περίπτωσης που αφορά ένα παιδί στο φάσμα του αυτισμού (Μιχαηλοβα, 2020)..	103 -
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ .....	- 111 -
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	- 128 -
Πίνακας 2 Σύντομη παρουσίαση του περιεχομένου της ερευνητικής ανασκοπικής διερεύνησης που περιλαμβάνεται στη μελέτη.....	- 133 -
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	- 144 -
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	- 153 -
Εικόνα Α: Patient Activation Measure (PAM), Πηγή: (Hubbard, 2004).....	- 153 -

Εικόνα Β: Working Alliance Inventory (WAI) – ένα ψυχομετρικό εργαλείο που χρησιμοποιείται ευρέως για την αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας (Tracey & Kokotovic, 1989), Πηγή: (Tracey, 1989) .....	- 154 -
Εικόνα C: Μέτρηση της θεραπευτικής συμμαχίας χρησιμοποιώντας την έκδοση του ερωτηματολογίου Helping Alliance (HAq-II, Luborsky et al., 1996), Πηγή: (Luborski, 1986).....	- 155 -
Εικόνα 1 Σχήματα 1: Αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας (TA) για τις τέσσερις συνθήκες θεραπευτικής παρέμβασης (CBT, IPT, IMI-CM & PLA-CM), με εκτίμηση της πρώιμης συμμαχίας και της μέσης τιμής για τη TA, σύμφωνα με την αξιολόγηση βάσης του ερωτηματολογίου για τους θεραπευτές και τους θεραπευόμενους, Πηγή: Krupnick, 1996).....	- 156 -
Εικόνα 2 Σχήματα 2 και 3: Αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας (TA) για τις τέσσερις συνθήκες (CBT, IPT, IMI-CM & PLA-CM), με εκτίμηση της πρώιμης συμμαχίας και της μέσης τιμής για τη TA, σύμφωνα με την αξιολόγηση βάσης του ερωτηματολογίου για τους θεραπευτές και τους θεραπευόμενους, Πηγή: (Krupnick, 1996).....	- 157 -
Εικόνα 3 Σχήματα 2 και 1: Οι μέσες βαθμολογίες- αλλαγής συμπτωμάτων HAM-D και η θεραπευτική συμμαχία WAI στις δυο συνθήκες θεραπείας κατά την διάρκεια των 12 εβδομάδων δοκιμής, Πηγή: (Arnow 2013) .....	- 158 -
Εικόνα 4 Σχήματα 3a, 4 και 3b: Οι μέσες βαθμολογίες - αλλαγής συμπτωμάτων HAM-D και η θεραπευτική συμμαχία WAI στις δυο συνθήκες θεραπείας κατά τη διάρκεια των 12 εβδομάδων δοκιμής, Πηγή: (Arnow 2013) .....	- 159 -
Εικόνα 5 Σχήμα 2: Σύνδεση PAM με τη θεραπευτική συμμαχία και την προσαρμογή επικοινωνίας για τα χαρακτηριστικά των ασθενών και των κλινικών συντελεστών κατά την έναρξη (n = 170), Πηγή: (Allen et all, 2017) .....	- 160 -
Εικόνα 6: Η θεραπευτική συμμαχία (TA) και η προσαρμογή επικοινωνίας για τα χαρακτηριστικά των ασθενών και των κλινικών συντελεστών κατά την έναρξη της παρέμβασης (n = 170). Λεπτομερείς αναλύσεις στις υποομάδες (Task, Goal, Bond), Πηγή: (Allen, 2017) .....	- 161 -
Εικόνα 7 Σχήμα 1 και Σχεδιάγραμμα 2: Σχέση μεταξύ της συμμαχίας «θεραπευτή - θεραπευόμενου» και της αλλαγής στα αποτελέσματα χρήσης ναρκωτικών (για τις εβδομάδες 1 <sup>η</sup> έως 4 <sup>η</sup> και 4 <sup>η</sup> έως 16 <sup>η</sup> ) για τα αποτελέσματα συμμαχίας Helping Alliance Questions, Πηγή: (Paul Crits-Christoph, 2009).....	- 162 -
Εικόνα 8: Απεικόνιση της εξαρτημένης μεταβλητής συμμαχίας (έκθεση - «θεραπευτή», «παιδιού», «μητέρας» και «πατέρα»). Οικογενειακή εκπαίδευση, FESA (υποστήριξη και θεραπεία προσοχής) και FCBT (Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία), Πηγή: (Kendall, 2018).....	- 163 -
Εικόνα 9 Σχήμα 2: Παρουσίαση αποτελέσματος για τη θεραπευτική συμμαχία, σύμφωνα με τις απαντήσεις των θεραπευτών, των γονέων και των παιδιών, Πηγή: (Kerns, 2018) .....	- 164 -
Εικόνα 10 Σχήμα 3 και 4: Οι αξιολογήσεις του παιδιού και του θεραπευτή σχετικά με τις συμπεριφορές που διαμεσολαβούνται στη σχέση «συμμαχίας – αποτελέσματος», Πηγή: (Creed, 2005) .....	- 165 -
Εικόνα 11 Σχήμα 3: Οι βαθμολογίες της μέσης τιμής (SD) Working Alliance (WAI) και Interpersonal Trust (ITP) σύμφωνα με τα στάδια πορείας της φροντίδας, Πηγή: (Donnelly, 2011) .....	- 166 -



Εικόνα 12 Σχήμα 2 και 3: CFA Μοντέλο μέτρησης της εργασιακής συμμαχίας που αποτελείται από δυο κεντρικούς παράγοντες που εξηγούν τη θετική συσχέτιση τους σε έναν δευτερογενή παράγοντα General Working Alliance, Πηγή: (Santirso, 2018) . - 167 -

Εικόνα 13 Σχήμα 2 Διάγραμμα 1 και 2: Συσχετίσεις μεταξύ των σχετικών ερωτηματολογίων (για τους φροντιστές και για την οικογένεια των νέων) με την μέτρηση της θεραπευτικής συμμαχίας στην προσαρμοσμένη έκδοση WAV-12R. Το ερωτηματολόγιο EUQ για τον φροντιστή (2) και το FEQ για τον γονέα (1), Πηγή: (Lamers, 2015)..... - 168 -

Εικόνα 14 Σχήμα 1: Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα παλινδρόμησης για τις δυο θεραπείες (AFT, FBT), με την κύρια επίδραση και την αλληλεπίδραση μεταξύ της θεραπευτικής συμμαχίας και το είδος της θεραπείας, όπως και εκτίμηση της ποιότητας του αποτελέσματος (μερική ή ολιστική ύφεση από τη διαταραχή – επίπεδο του σωματικού βάρους), Πηγή: (Forsberg, 2014) ..... - 169 -

Εικόνα 15 Σχήμα 2 και 3: Πρόβλεψη για τη θεραπευτική συμμαχία σχετικά με τις μετρήσεις Πηγή: (Stiles-Shields, 2016)..... - 171 -

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μέσα από αυτή τη μελέτη έγινε προσπάθεια να παρουσιαστεί η ύπαρξη της σχέσης «θεραπευτική συμμαχία – αποτέλεσμα της θεραπείας», με την αντιμετώπιση μέσα από ένα ευρύ φάσμα επαγγελμάτων στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, χρησιμοποιώντας ειδικά εργαλεία μέτρησης, για να αναδειχθεί η σημαντικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης.

Σύμφωνα με τη προσωποκεντρική προσέγγιση, ο θεραπευτής βιώνει την εμπειρία με τέτοιο τρόπο ώστε να αισθανθεί τον ιδιωτικό κόσμο του πελάτη σαν να ήταν δικός του, αλλά δίχως να χωθεί ποτέ η ποιότητα του «σαν». Το να αισθάνεσαι δηλαδή τον θυμό, τον φόβο ή τη σύγχυση του πελάτη σαν να ήταν δικός σου, χωρίς να δεσμευτείς για την αντίδραση που θα ακολουθήσει. Μπορεί επίσης ο θεραπευτής να εκφράσει νοήματα στον πελάτη για την εμπειρία του πελάτη τα οποία ο ίδιος δεν γνωρίζει.

Το γνωσιακό μοντέλο του Beck εξηγεί την παρέμβαση στην αναδιάρθρωση του γνωστικού πεδίου πάνω σε συναισθηματικές διαταραχές, χρησιμοποιώντας τις γνωστικές προκαταλήψεις με στόχο την αναδιοργάνωση των λανθασμένων διαδικασιών των σκέψεων, κατά τις οποίες οι γνωστικές λειτουργίες χρησιμοποιούνται με ένα ακατάλληλο τρόπο. Εξηγώντας με τη σειρά τις διαδικασίες που προκύπτουν από την εσφαλμένη οργάνωση των σχημάτων, ο Beck επισημαίνει ότι, οι γνωστικές προκαταλήψεις ενσωματώνονται συνειδητά σε αυτόματα αρνητικά σχήματα που επικεντρώνονται στον εαυτό, στον κόσμο (στο περιβάλλον) και στο μέλλον.

Δίνεται έμφαση στη «δυναμική της μεταβίβασης» για την αξία της διατήρησης του ενδιαφέροντος “*serious interest*” του αναλυτή και της κατανόησης του πάσχοντος μέσα από ενσυναίσθηση “*sympathetic understanding*”, με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτρέψει στο «υγιές κομμάτι του εαυτού», να διαμορφώσει μια θετική προσκόλληση στον αναλυτή, ως αποτέλεσμα της υποστηρικτικής στάσης. Ως εκ τούτου, σε μια επιτυχημένη ψυχανάλυση, ο πελάτης κυμαίνεται μεταξύ περιόδων όπου η σχέση χαρακτηρίζεται από έναν μηχανισμό άμυνας, και περιόδων που χαρακτηρίζονται από έναν μηχανισμό μετάθεσης (*displacement*) για να περάσει σε μια αμοιβαία συμμαχία.

Η διαδικασία της απόδειξης για την ύπαρξη «αποχρώσεων» της σχέσης συμμαχίας – αποτελέσματος είναι περίπλοκη και η περαιτέρω εμβάθυνση θα ωφεληθεί από μια προσεκτική εξέταση του τρόπου με τον οποίο η συμμαχία αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου. Η θεραπευτική συμμαχία ορίζεται ως ο συνεργατικός και

συναισθηματικός δεσμός μεταξύ θεραπευτή και ασθενούς. Ένας διευρυμένος ορισμός από τον Bordin διαχωρίζει τη *θεραπευτική συμμαχία WAI* σε τρεις υπο-ομάδες: *στόχος (Goal)*, *έργο (Task)* και *δεσμός (Bond)*. Ο *στόχος* αναφέρεται σε μια αμοιβαία συμφωνία για τα συγκεκριμένα αποτελέσματα που είναι ο στόχος της παρέμβασης. Το *έργο* περιλαμβάνει μια συμφωνία για την τρέχουσα προσέγγιση για την επίτευξη των στόχων. Τέλος ο *δεσμός*, αντανακλά την ανάπτυξη μιας θετικής σχέσης θεραπευτή - ασθενούς που χαρακτηρίζεται από μια αμοιβαία και συμπαγή εμπιστοσύνη.

Στην μεταβλητότητα θεραπείας, και στον βαθμό αξιολόγησης της συμμαχίας δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά. Οι αναλύσεις έδειξαν ότι, ο παράγοντας *πρώιμης* συμμαχίας επηρεάζει τα αποτελέσματα, έτσι ώστε οι προσδοκίες θεραπείας του ασθενούς να οδηγήσουν στην ανάπτυξη του θεραπευτικού δεσμού, ο οποίος επηρεάζει τα αποτελέσματα της θεραπείας. Οι αξιολογήσεις των ασθενών για τη θεραπευτική συμμαχία ξεκινούν συνήθως αρκετά υψηλά στην αρχή της θεραπευτικής διαδικασίας αλλά με την πάροδο του χρόνου και κάπου στη μέση της διαδικασίας, μειώνεται ο ενθουσιασμός δοκιμάζοντας το σθένος της σχέσης αυτής και στη συνέχεια προς το τέλος, η σχέση βελτιώνεται αργά και σταθερά πράγμα το οποίο φαίνεται και στο αποτέλεσμα.

Τα ευρήματα δείχνουν ότι, ένας θεραπευτικός δεσμός (Bond) με μια ισχυρή επικοινωνία συνδέονται με την ενεργοποίηση ασθενών κατά την έναρξη της θεραπείας, αλλά όχι με μεγαλύτερη αλλαγή στις βαθμολογίες της βελτίωσης συμπτωμάτων. Υποδηλώνουν ότι, η ισχυρή επικοινωνία και ο δεσμός μπορεί να είναι τα προαπαιτούμενα για έγκαιρη ενεργοποίηση της θεραπευτικής σχέσης *νωρίς* στη διαδικασία. Όμως η θεραπευτική συμμαχία σχετικά με τα καθήκοντα (Task)/στόχους (Goal) της θεραπείας, ενσταλάζει στους ασθενείς την αίσθηση ότι είναι σε θέση να διαχειριστούν τις συνθήκες της ψυχικής τους υγείας μακροπρόθεσμα και με μεγαλύτερη αυτονομία.

## ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

θεραπευτικές σχέσεις, εργασιακές συμμαχίες, συμπεριφορική γνωστική θεραπεία ΣΓΘ, ψυχική υγεία, σχέσεις νοσηλευτών-ασθενών, νοσηλευτική φροντίδα, θεραπευτική συμμαχία, ψυχοθεραπεία, σχέση συμμαχίας - αποτελέσματος

## ABSTRACT

This study sought to reveal the coexistence of the treatment “alliance – outcome” relationship in a wide range of health care professions, using special measurement-tools to show their differentiation, but also the importance of therapeutic intervention.

According to Rogers’ approach, the therapist experiences the way the client's private world feels as if, it were his own but, without ever losing the quality of himself; that is feeling the client's anger, fear or confusion as if it were his/her own, without committing to the reaction that would follow. Also, the therapist may express meanings in relation to the customer’s experience which the customer is not aware of.

Beck's cognitive model explains the intervention in cognitive restructuring on emotional disorders, using cognitive biases to reorganize the erroneous thought processes in which cognitive functions are used inappropriately. Explaining in turn the processes that result from the mis organization of shapes, Beck points out that cognitive biases are consciously incorporated into automatic negative patterns that focus on oneself, the world and the future.

An emphasis is given on the transfer dynamics for the value of maintaining the serious interest of the analyst and the sympathetic understanding of the patient, in such a way as to allow the "healthy part himself" to form a positive attachment to the analyst, as a result of the supportive attitude. Therefore, in a successful psychoanalysis, the client ranges between periods where the relationship is characterized by a mechanism of defense - displacement to move to a mutual alliance.

Proving the "nuances" of the alliance-outcome relationship is complex, and further in-depth understanding will benefit from a closer examination of how the alliance develops over time. Therapeutic alliance is defined as the cooperative and emotional bond between therapist and patient. An expanded definition by Bordin divides the WAI Therapeutic Alliance into three subgroups: Goal, Task, and Bond. The objective refers to a mutual agreement on the specific results which is the objective of the intervention. The project includes an agreement on the current approach to achieving the goals. Finally, the bond reflects the development of a positive therapist-patient relationship characterized by a mutual trust. The clients’ ratings of therapeutic alliance typically started fairly high at the beginning of the services-declined, and then slowly rebounded.

The analyses showed that the factor of early alliances affects the results, so that the patient's treatment expectations lead to the development of a therapeutic bond, which

affects the results of treatment. Findings reveal that, a therapeutic bond with a strong communication is associated with the activation at the start of treatment, but not with a major change in symptom improvement scores. They suggest that strong communication and bond may be prerequisites for early activation of the healing relationship. On the other hand, the therapeutic alliance on the Task/ Goal of therapy instills in patients a sense that they are able to manage their mental health conditions in the long run.

## **KEYWORDS**

therapeutic relationships, working alliances, nurse-patient, cognitive behavioral therapy CBT, mental health, nursing care, therapeutic alliance, alliance – outcome

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εισαγωγή της παρούσας έρευνας, παρουσιάζονται η ταξινόμηση των ενοτήτων που αναλύονται υπό την εξέταση του θέματος της θεραπευτικής συμμαχίας για την τροποποίηση της συμπεριφοράς.

Στο πρώτο κεφάλαιο θίγεται ο θεωρητικός προβληματισμός που θεμελιώνει τα ερευνητικά ερωτήματα, τα όποια πηγάζουν από την πορεία του περασμένου αιώνα, όπου και δημιουργήθηκαν τα προσχήματα - θεμέλια εκείνης της εποχής. Η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας μέσα από την ψυχοδυναμική παράδοση με το έργο του Freud με τις «Δυναμικές της μεταβίβασης» (Freud, 1958), ως ξεκίνημα ενός ιστορικού αφηγήματος που κατάφερε να διαμορφώσει την άποψη για τη υπαρξιακή και νοητική πραγματικότητα των ανθρώπινων βίων. Σύμφωνα με τη ψυχοδυναμική προσέγγιση του Freud, με τη βοήθεια της συνεργασίας, ο ασθενής καταφέρνει να συνδεθεί νοητικά με τον θεραπευτή του μέσα από *«εικόνες ανθρώπων από τους οποίους είχε συνηθίσει να αντιμετωπίζεται με στοργή»* (Freud, 1913: 139-140). Η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας μπορεί να ανιχνευθεί στη μεταβίβαση (transference) από μια ευεργετική προσκόλληση και όχι με την προβολή (projection) (Freud, 1913).

Εκατό χρόνια αργότερα Rogers (Rogers, 1957) θεωρούσε ως ενεργά συστατικά στην θεραπευτική σχέση την ενσυναίσθηση, την αποδοχή και τη θετική στάση «άνευ όρων». Σύμφωνα με την προσέγγιση, ο θεραπευτής που αισθάνεται τον θυμό, τον φόβο ή τη σύγχυση του πελάτη του (σαν να ήταν ο δικός του) όμως, δίχως να δεσμευτεί με την αντίδραση που θα ακολουθούσε. Με αυτό τον τρόπο θα μπορούσε να εκφράσει νοήματα από την εμπειρία του πελάτη για την οποία ο ίδιος δεν γνωρίζει με έναν τρόπο που επικοινωνεί μέσω της ενσυναίσθησης που βιώνει κατά τον χειρισμό της μεταβίβασης (με άνευ όρων στάση).

Εμφανίζονται και άλλα ρεύματα στο παρασκήνιο του χώρου της ψυχολογίας, όπως ο ριζοσπαστικός συμπεριφορισμός στις αρχές της δεκαετίας του 1920, ο οποίος σίγουρα συνδυάζεται με μια ποικιλομορφία από ονόματα που έχουν συμβάλει στην εξέλιξη της έννοιας θεραπευτικής συμμαχίας. Ο Watson (Watson, 1913), έγινε γνωστός στο χώρο ειδικότερα με την στάση του για τη συνείδηση. Ο *ακραίος συμπεριφορισμός* του, που αρνήθηκε ότι, οι κληρονομικοί παράγοντες είχαν οποιαδήποτε επίδραση στη συμπεριφορά, επιβεβαιώνει την έννοια της επίκτητης μάθησης από το περιβάλλον που υποστηρίζει. Ο Watson πίστευε ότι, η εμπειρία του

παρελθόντος αντιπροσωπεύει σχεδόν όλη τη συμπεριφορά (το πείραμα με τον μικρό Άλμπερτ αποδεικνύει μια γενίκευση της συμπεριφοράς).

Εκείνη την εποχή εμφανίζεται και ο συμπεριφορισμός («behaviorism»), ο οποίος ανθίζει κατά τη δεκαετία του '60, ως αντίδραση στην ψυχανάλυση, βασισμένος στις θεωρίες της μάθησης, με κύριους άξονες τις προσεγγίσεις των Pavlov (Pavlov, 1927) και Skinner (Skinner, 1953). Η ψυχοθεραπεία (ψυχανάλυση) μέχρι τότε θα χαρακτηριζόταν ως υπερβολικά μακροχρόνια παρέμβαση με αμφίβολα αποτελέσματα και αξιοπιστία. Επομένως η Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία που ασχολείται κυρίως με τη φανερή συμπεριφορά και λιγότερο με το τι σκέφτεται ή αισθάνεται το άτομο, κατάφερε να κατακτήσει μια θέση με διαφοροποιημένη όψη των πραγμάτων. Έτσι, ακολουθώντας τις βασικές αρχές του συμπεριφορισμού, όπως την άποψη πως μια προβληματική συμπεριφορά δεν είναι αποτέλεσμα της νοσηρής κατάστασης του ατόμου, αλλά οφείλεται στη λανθασμένη μάθηση, χάραξε την πορεία του ο εμπειρικός συμπεριφορισμός. Οι συνεισφορές του Skinner στην πειραματική μεθοδολογία της ψυχολογίας, συμπεριλαμβανομένης της εφεύρεσης του «κουτιού Skinner» και την ανάπτυξη μιας ερευνητικής μεθοδολογίας που βασίζεται σε *πειράματα εργαστηρίου*, έρχεται σε αντίθεση με την παραδοσιακή μέθοδο (τη σύγκριση πειραματικών ομάδων με τις ομάδες ελέγχου), (Νασιακου, et al., 2007). Η πρόκληση του Skinner στα παραδοσιακά μοντέλα του Watson (S-R) «ερέθισμα (διέγερση) - ανταπόκριση (αποτέλεσμα)», εκείνες που ο Skinner χαρακτήρισε ως μεθοδολογικό - συμπεριφορισμό, χαράζει τη διαφοροποίηση του. Λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι, το ρεύμα του Skinner σε ένα μεγάλο μέρος του επιστημονικού λεξιλογίου του ήταν δανεισμένο από τον Ρώσο φυσιολόγο Pavlov (1849-1936), αν και οι δύο ακολούθησαν παρόμοιες ιδεολογικές προσεγγίσεις, υπήρχαν επίσης σημαντικές διαφορές που απαιτούσαν τη χρήση διαφορετικών πειραματικών μεθοδολογιών. Ο Skinner ισχυρίστηκε ότι, οι δύο τύποι προσέγγισης του συμπεριφορισμού, είχαν διαφορετικές ρίζες. Η περίπτωση του Pavlov έχει τις ρίζες της στο αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ) και η διαδικασία αυτή ονομάστηκε *κλασική εξαρτημένη μάθηση (classical conditioning learning)*. Ενώ του Skinner ήταν μια λειτουργική εμπειρική ρύθμιση που γινόταν στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) και ονομάστηκε *συντελεστική εξαρτημένη μάθηση (operant conditioning learning)*. Δικαίως ο Skinner θαύμαζε τον Freud, παρόλο που οι απόψεις τους ανήκαν σε αντίπαλες προσεγγίσεις. Έτσι, για τον έξυπνο παρατηρητή της ανθρώπινης συμπεριφοράς, το να είναι στις απόψεις του «ντετερμινιστής», σημαίνει να απορρίπτει τη συνείδηση και την ενδοσκόπηση ως εργαλεία για την κατανόηση των διανοητικών διαδικασιών, χωρίς όμως αυτό να τον παρεμποδίζει να εκτιμήσει μια διαφορετική άποψη των πραγμάτων.

Σαφώς παραδεχόταν την πρωτοποριακή άποψη του Freud ότι, η ψυχική δραστηριότητα δεν απαιτεί συνείδηση και ότι, πολλές από τις πιο σημαντικές πτυχές της ψυχικής δραστηριότητας συμβαίνουν πέραν της γνώσης (ασυνείδητο). Ο συμπεριφορισμός υποστηρίζει την άποψη ότι ο άνθρωπος είναι μια σύνθετη μηχανή που είναι τμήμα του φυσικού κόσμου που λειτουργεί με πρωτόκολλα ανάδρασης προσαρμοσμένης κάθε φορά στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Ο Skinner υποστήριξε επίσης ότι, η μοντελοποίηση της ανθρώπινης προσωπικότητας του Freud από την άποψη του Αυτό-Id, του Εγώ-Ego και του Υπερεγώ-Superego θα μπορούσε να επαναδιατυπωθεί ως προς τα διάφορα είδη ενδεχόμενων ενισχύσεων που ελέγχουν τις ανθρώπινες συμπεριφορές. Έτσι, η Φροϋδική ταυτότητα Id που βρίσκεται στο ασυνείδητο, θεωρήθηκε ότι, θα μπορούσε να αντιστοιχεί σε βιολογικούς μηχανισμούς και θα ήταν υπεύθυνη για τις συμπεριφορές που τελικά ενισχύθηκαν από τροφή, νερό, σεξουαλική επαφή και άλλα πρωτογενή και βιολογικά ένστικτα.

Εξηγώντας με τη σειρά του τη διαφορετική άποψη για τις διαδικασίες που προκύπτουν από την εσφαλμένη οργάνωση των σχημάτων, ο Beck επισημάνει ότι, οι γνωστικές προκαταλήψεις ενσωματώνονται συνειδητά σε αυτόματα αρνητικά σχήματα που επικεντρώνονται στον εαυτό, στον κόσμο (στο περιβάλλον) και στο μέλλον (η γνωστική τριάδα του CT<sup>1</sup>). Με την πάροδο του χρόνου, τα σχήματα-εαυτού («self-schemata») απέκτησαν έναν κυρίαρχο ρόλο στη γνωστική τριάδα της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας. Κάθε συναισθηματική διαταραχή χαρακτηρίζεται από ένα ρεύμα ακούσιων και παράλληλα αρνητικών «αυτόματων σκέψεων» (Beck, 1976).

Μια διαφορετική ματιά των πραγμάτων είναι η θεωρία των διαπροσωπικών σχέσεων του Perla (1992), αυτή παρέχει ένα εννοιολογικό πλαίσιο με το οποίο η νοσηλεύτρια μπορεί να αξιολογήσει, να σχεδιάσει και να παρέμβει για τα βέλτιστα αποτελέσματα του ασθενή. Σύμφωνα με τη Perla (Perla, 1992), κάθε νοσηλευτής ή νοσηλεύτρια είναι ένα πολύπλοκο άτομο, το οποίο έχει διαμορφωθεί από το άθροισμα όλων των προηγούμενων εμπειριών, της αυστηρής εκπαίδευσης και των μοναδικών χαρακτηριστικών προσωπικότητας. Η θεραπευτική συμμαχία ορίζεται ως μια διαπροσωπική, θεραπευτική διαδικασία που λαμβάνει χώρα όταν οι επαγγελματίες υγείας είναι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες (Bennett, et al., 2011), οι σχέσεις νοσηλευτών - ασθενών πρέπει να περάσουν από τρεις φάσεις για να είναι επιτυχημένες: (α) προσανατολισμός, (β) εργασία και (γ) τερματισμός.

---

<sup>1</sup>CognitiveTherapy



Το δεύτερο κεφάλαιο ευθυγραμμίζει τις έννοιες και τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της θεραπευτικής σχέσης για την τροποποίηση της συμπεριφοράς (*Behavioral Management*). Θα το ορίζαμε ως μια πιο σαφή διευκρινιστική εικόνα των επικρατέστερων ψυχοθεραπειών που εφαρμόζονται και είναι βασισμένες σε διαφορετικές προσεγγίσεις και ιδεολογικά ρεύματα της παλαιάς εποχής. Επίσης γίνεται σύγκριση ιδεολογιών που διαφέρουν στον τρόπο προσέγγισης τους αλλά όμως, αλληλοσυμπληρώνονται, έτσι ώστε να ολοκληρώσουν την εικόνα για την άβυσσο της ψυχής.

Η *ψυχανάλυση* κυρίως απευθύνεται σε άτομα με διαταραχές προσωπικότητας ή ενδοψυχικές συγκρούσεις. Αυτές οι δυσλειτουργίες προκαλούν συμπτώματα που δυσκολεύουν τις σχέσεις του ατόμου μέσα στο περιβάλλον του (με τους φίλους του ή στην εργασία του). Επίσης καθιστούν δύσκολη την ικανότητά του να εκφράζει τα συναισθήματά του και να εργάζεται δημιουργικά. Ο αναλυτής συναντά τον πάσχοντα μερικές φορές την εβδομάδα σε τακτικές συνεδρίες (3 έως 5 την εβδομάδα) που μπορεί να κρατήσουν για αρκετά χρόνια, ανάλογα με την ψυχική κατάσταση του ασθενή. Από αυτό συνάγεται το συμπέρασμα ότι, η ψυχανάλυση είναι μια μακροχρόνια θεραπεία με κάποιο σοβαρό κόστος.

Η προσωποκεντρική θεραπεία απευθύνεται συνήθως σε ασθενείς που χρειάζεται να τονισθεί το κομμάτι της προσωπικότητας, για την αυτοεκτίμηση τους και την αποφασιστικότητά τους. Όπως υποστηρίζουν οι οπαδοί των *προσωποκεντρικών* θεραπειών η τεχνική βασίζεται σε ένα σύνολο βασικών αξιών, τις οποίες προσπαθεί να προωθήσει ο θεραπευτής. Βασιζόμενος στην άμεση εμπειρία με την παρουσία του και την αυθεντικότητα του, με την κατευθυνόμενη ενσυναίσθηση, ο θεραπευτής ενθαρρύνει τις σκέψεις του αναλυόμενου χωρίς να του δίνει τη λύση. Επίσης με την αυτοδιάθεση της ολότητας των ιδεών του και των συναισθημάτων, ο θεραπευτής ακολουθεί το ίχνος της εσωτερικής εμπειρίας του πελάτη του, καθώς εξελίσσεται σταδιακά, παραμένοντας ενσυναίσθητος σε αυτή την επικοινωνία (Rogers, 1957). Η αυθεντική πηγή της εμπειρίας είναι ο ενεργός παράγοντας που προσπαθεί να ακολουθήσει για να συλλαμβάνει το κάθε νόημα του βιώματος που απασχολεί τον αναλυόμενο. Ο θεραπευτής βραβεύει την πρωτοβουλία του πελάτη και προσπαθεί να τον υποστηρίξει να κατανοήσει την κατάστασή του και να τον δια φωτίσει για την επίλυση των προβλημάτων. Ταυτόχρονα, ο θεραπευτής καθοδηγεί και ακολουθεί τον πελάτη, με την έννοια ότι, τον διευκολύνει ενεργά να βρει τη ρωγμή. Ο θεραπευτής είναι ένας βιωματικός οδηγός που γνωρίζει για το «υποκειμενικό έδαφος» και τις συναισθηματικές διαδικασίες.

Η *Συμπεριφορική Γνωσιακή Θεραπεία CBT*, είναι μια μορφή θεραπείας λόγου που αποσκοπεί να μετατρέψει τη συμπεριφορά σε πιο ορθολογική, καθώς συνήθως εφαρμόζεται σε διαταραχές της διάθεσης και διάφορες αγχωτικές διαταραχές. Σε αντίθεση με κάποιες άλλες θεραπείες, η CBT προσδιορίζεται ως βραχυπρόθεσμη θεραπεία, που διαρκεί από μερικές εβδομάδες έως μερικούς μήνες, απαραίτητο χρονικό διάστημα για να εμφανίσει ένα αποτελέσματα. Αν και το παρελθόν είναι σίγουρα σημαντικό για την ψυχική πορεία του ατόμου, η CBT επικεντρώνεται για την επίλυση των τρεχόντων προβλημάτων στο παρόν, στο εδώ και τώρα. Για παράδειγμα, η CBT επισημαίνει πώς οι αρνητικές σκέψεις μπορούν να οδηγήσουν σε αρνητικά συναισθήματα και συμπεριφορές. Αλλά, εάν τροποποιήσουμε τις διαστρεβλωμένες σκέψεις, μπορεί να οδηγηθούμε σε πιο θετικά συναισθήματα και ορθολογικές ενέργειες και δράσεις. Η θεωρία στην οποία βασίζεται η γνωσιακή ψυχοθεραπεία έχει ως επίκεντρο την άποψη ότι, δεν ευθύνονται τα γεγονότα (ερεθίσματα) για οτιδήποτε μας συμβαίνει, αλλά οι ιδέες μας για αυτά ή ο τρόπος σκέψης. Η εσωτερική νοητική κατασκευή του εξωτερικού κόσμου επιδρά στη συμπεριφορά μας. Για να κατορθώσουμε να κατανοήσουμε τη συμπεριφορά μας, οφείλουμε να μην περιοριστούμε μόνο στα γεγονότα, αλλά να μελετούμε τον τρόπο με τον οποίο αυτά μεταφράζονται στο γνωσιακό μας σύστημα.

*Το διαφορετικό πρίσμα των προσεγγίσεων (Ψυχανάλυση VS Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία & Ανθρωπιστική) μέσα από την εξήγηση της Θεωρίας Προσωπικής Πραγματικότητας CEST (Cognitive-Experiential Self-Theory) είναι η επόμενη συζήτηση που ακολουθεί. Σύμφωνα με την ψυχανάλυση, η διαδικασία της καταστολής (καταπιεσμένο υλικό) συμβαίνει όταν ο άνθρωπος έχει αυτόματες σκέψεις ή παρορμήσεις που είναι εξαιρετικά ενοχλητικές για να γίνουν αποδεκτές συνειδητά. Το αποτέλεσμα είναι ότι, το σχετικό υλικό διατηρείται δυναμικά σε κατάσταση αδράνειας, λόγω της υποτιθέμενης ισχύος της λιβιδινικής ενέργειας που αποσύρεται προς το «Εγώ». Το καταπιεσμένο υλικό στη συνέχεια στην προσπάθεια του να «εκφρασθεί», δημιουργεί μια σύγκρουση με τις δυνάμεις καταστολής και συνεχομένης ενεργειακής έντασης για τη μετατόπισή του. Η ενέργεια αυτή εκδηλώνεται υπό τη μορφή ψυχοσωματικών συμπτωμάτων ή ονείρων.*

Το έργο της *ψυχανάλυσης* είναι για να εξαλείψει τις πιο μη αποδεκτές καταστολές του ασυνειδήτου για να τα μετατρέψει σε πιο ρεαλιστικές πεποιθήσεις. Το άτομο πρέπει να είναι σε θέση να φέρει σε πέρας τη νοημοσύνη του, για την επίλυση προβλημάτων σχετικά με τη ζωή του, με την βοήθεια του αναλυτή του. Έτσι, ο ψυχαναλυτής βασίζεται και δίνει μεγάλη έμφαση και πίστη (στην ορθολογική σκέψη) στο υγιές

κομμάτι της προσωπικότητας του αναλυόμενου. Σύμφωνα με το CEST, το υλικό διαχωρίζεται όταν δεν μπορεί να εξομοιωθεί. Υπάρχουν δύο είδη τέτοιου υλικού, αυτό του *βιωματικού* (αυτόματες σκέψεις, απωθημένο υλικό) και εκείνο του *ορθολογικού* (το υγιές μέρος που η πεποίθηση είναι λογικές σκέψεις) μέρους του συστήματος, τα οποία ευθύνονται για την καταστολή και την αποσύνδεση μέσα στο ίδιο το *εμπειρικό σύστημα*. Εάν το διαχωρισμένο υλικό ενεργοποιείται στο βαθμό που μια αποσύνδεση δεν μπορεί να διατηρηθεί, το μην αφομοιώσιμο υλικό μπορεί να διαταράξει την σταθερότητα ολόκληρου του βιωματικού συστήματος.

Το διαχωρισμένο υλικό προσπαθεί να αποδεσμευθεί, όχι επειδή έχει μια δική του ενέργεια που επιδιώκει την έκφραση του, όπως προτείνει ο Freud, αλλά σύμφωνα με την *γνωσιακή προσέγγιση* επειδή υπάρχει ένα θεμελιώδες κίνητρο για να εξομοιωθούν οι συναισθηματικά σημαντικές πρώτες εμπειρίες (τα σχήματα) σε ένα συνεκτικό εννοιολογικό σύστημα. Η διαδικασία είναι ουσιαστικά προσαρμοστική, καθώς προωθεί την εξομίωση και επομένως την κατασκευή ενός διασυνδεδετικού μοντέλου αναπαράστασης του κόσμου που είναι συνεπής με την εμπειρία του άτομου.

Με παρόμοιο τρόπο οι *προσωποκεντρικές* προσεγγίσεις αποσκοπούν στην αλλαγή του τρόπου που ο πελάτης βιώνει την αμεσότητα των εμπειριών του. Με την δυνατότητα να «ζει» πλήρως κάθε στιγμή με έμφαση στο συναίσθημα και στην ίδια διαδικασία της θεραπείας και όχι, άμεσα στην αλλαγή της προσωπικότητας όπως υποστηρίζει η *ψυχοδυναμική* προσέγγιση. Οι κύριες πηγές κακής προσαρμογής από την άποψη της ερμηνείας της θεωρίας CEST, είναι η δυσαρμονία (συμπεριλαμβανομένης της αποσύνδεσης) μέσα στο βιωματικό σύστημα και η αποτυχία πλήρους αφομοίωσης του υλικού και όχι ασυμφωνία μεταξύ του συνειδητού και του ασυνείδητου μέρους του συστήματος όπως πρότεινε ο Freud. Από αυτήν την οπτική, η συνδεσιμότητα μεταξύ των προσεγγίσεων φαίνεται να μη θεμελιώνεται επαρκώς. Αν και μπορεί να είναι χρήσιμη για τον εντοπισμό των προβλημάτων στο βιωματικό σύστημα που συμφωνούν αλλά με διαφορετικό εντοπισμό. Το καθήκον της θεραπείας γενικώς είναι να αλλάξει το μην προσαρμοστικό σχήμα του βιωματικού συστήματος και να προωθήσει τη συνεργατική (και όχι τη συγκρουσιακή) ανάγκη εκπλήρωσης (Erstein, 1973).

Ο σκοπός της τρέχουσας ανασκοπικής διερεύνησης, είναι να αναδείξει και να αποτυπώσει το βασικό προβληματισμό της επιλογής του θέματος και να διασαφηνίσει το αντικείμενο της εργασίας, με τη οικοδόμηση της σχέσης «θεραπευτής - σθένο» ως μια συμμαχία - εμπιστοσύνης. Το προνόμιο της τεχνικής αυτής, βοηθά τα άτομα να ξεκινήσουν να εντοπίζουν τα προβλήματα τους και να εργάζονται για αυτά, δια

μέσου μιας θεραπευτικής σχέσης και μιας μεθόδου της σταδιακής τροποποίησης συμπεριφοράς, τα οποία μπορεί να διαφέρουν ως προς την προσέγγιση, ενώ να αποσκοπούν στο ίδιο θετικό αποτέλεσμα. Το ερευνητικό κίνητρο στοχεύει στο να οριστεί η σημαντικότητα της έννοιας *θεραπευτική σχέση* και η αναγκαιότητα της εφαρμογής της. Υπό το πρίσμα διαφορετικών προσεγγίσεων μια τέτοια ανταποδοτική δυναμική σχέση θα μπορούσε να οριστεί ως το «τέχνασμα» του επαγγελματία υγείας που είτε, προέρχονταν από το χώρο της ψυχικής υγείας, είτε από τη νοσηλευτική ή την ιατρική, εφαρμόζει το ιδιαίτερό του ταλέντο στην *ενσυναίσθηση*. Με τρόπο που να αφήνει τα ίχνη του στη συμμαχία, αποδεικνύοντας τη δύναμη της αμοιβαίας συνεργασίας με την ανεκτίμητη αξία που μπορεί να καθοδηγήσει τον ασθενή στη λύτρωση από τα δεινά του. Η *ενσυναίσθηση (empathy)* είναι η ικανότητα του θεραπευτή να διακρίνει τον πελάτη σαν να ήταν στη θέση του, χωρίς όμως να χάνει την αντικειμενικότητά του. Με *ζεστασιά (warmth)* η οποία να εκφράζεται μέσα από την ενσυναίσθηση και μια θετική στάση αντιμετώπισης. Το ίδιο και η *γνησιότητα (genuineness)*, εκεί που ο θεραπευτής πρέπει να είναι σε θέση να αντανακλά στον πελάτη με ειλικρίνεια το ότι συμπάσχει με το πρόβλημα του. Τελευταία αλλά όχι ήσσονος σημασίας είναι και η *κατανόηση (understanding)*: ο θεραπευτής πρέπει να είναι σε θέση να αποδεχθεί και να κατανοήσει την οποιαδήποτε εμπειρία που του περιγράφει ο πελάτης.

Το τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζει μια ανασκοπική περιγραφή γύρω από τη μεθοδολογία και τα αποτελέσματα των επιλεγμένων ερευνών (12 πρωτογενείς και 1 μελέτη περίπτωσης) διαφόρων κλάδων (ψυχίατροι, ψυχοθεραπευτές, ψυχαναλυτές, ψυχολόγοι, νοσηλευτές, φροντιστές κτλ.)

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, εντοπίζονται τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα που προέκυψαν υπό τη διερεύνηση του θέματος για τη θεραπευτική συμμαχία: (1) ο τρόπος σύγκλισης μεταξύ των ερευνών, οι διαφορετικές περιπτώσεις υγείας που αντιμετωπίζονται από διαφορετικές ιδιότητες στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης (ψυχίατρος, ψυχολόγος, νοσηλευτής, ιατρός, φροντιστής κτλ.), (2) η κατανόηση της ποικιλομορφίας των θεωριών και των προσεγγίσεων στην ψυχοθεραπεία που αποσκοπούν σε ενιαίο θετικό αποτέλεσμα, (3) η δύναμη της επιρροής στη συνεργαζόμενη συμμαχία που θα αναπτυχθεί, καθώς και θα υπήρχε μια σημαντική σχέση μεταξύ της διάρκειας της θεραπευτικής συμμαχίας και του αποτελέσματος μεταξύ των συνθηκών θεραπείας που θα συγκριθούν, (4) η διαφορά στις απαιτήσεις είτε προς τον ασθενή, είτε για τον θεραπευτή ανάλογα με τη δυσκολία της περίπτωσης, εάν η θεραπευτική συμμαχία θα διαδραματίσει

σημαντικότερο ρόλο στο αποτέλεσμα της παρέμβασης στην ψυχοθεραπεία παρά στη φαρμακοθεραπεία, (5) το σθένος της εργατικής συμμαχίας: που συνδέεται με (5α) την εγγύτητα προσαρμογής μεταξύ των απαιτήσεων του συγκεκριμένου είδους συμμαχίας - αποτελέσματος, (5β) εάν η πρόωμη συμμαχία (γενικά μετρίεται στην 2 έως 4 συνεδρία) θα προβλέψει το αποτέλεσμα σε θεραπείες για τις οποίες η συμμαχία και το αποτέλεσμα σχετίζονται σημαντικά (5γ) των προσωπικών χαρακτηριστικών (τη χημεία) του ασθενή με του θεραπευτή του, (6) η σχέση μεταξύ της ποιότητας της συμμαχίας και του αποτελέσματος της θεραπείας (χωρίς υποτροπές), (7) η «κατεύθυνση» της σχέσης «συμμαχίας – αποτελέσματος»<sup>2</sup>, (8) σε θεραπείες για τις οποίες η θεραπευτική συμμαχία και το αποτέλεσμα ήταν στατιστικά σημαντική, θα ήταν προγνωστική η πεποίθηση του ασθενούς στη συμμαχία που προέβλεπε το αποτέλεσμα ή του θεραπευτή που το προσδοκούσε.

Το τέταρτο κεφάλαιο είναι μια κριτική συζήτηση που περιλαμβάνει τους *προβληματισμούς* και τα *συμπεράσματα* από την ανασκοπική διερεύνηση και το ορίζουμε έως ουσία της παρούσας μελέτης. Στη μεταβλητότητα της θεραπείας στο βαθμό αξιολόγησης της συμμαχίας δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ επιλεγμένων θεραπειών. Ο όρος της «*θεραπευτικής συμμαχίας*» έχει πολλά συνώνυμα και σχετικούς όρους, υπάρχουν διάφορες *μελέτες*, όπου πολλαπλοί όροι χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν και να μετρήσουν (Bordin, 1979) τη συμμαχία, όπως για παράδειγμα οικοδόμηση συμμαχίας (Creed & Kendall, 2005), συμμαχία – εργασίας (Donnelly, et al., 2011), (Santirso, et al., 2018), (Lamers, et al., 2015), βοηθητική - συμμαχία (Schutz&Bulman, 2013), θεραπευτική σχέση (Barker & Poppy, 2011), (Ramjan, 2004), (Hosking, 1994), θεραπευτική συμμαχία (Krupnick, et al., 1996), (Arnow, et al., 2013), (Allen, et al., 2017), (Crits-Christoph, et al., 2009), (Kendall, et al., 2009), (Kerns, et al., 2019), (Creed & Kendall, 2005), (Stiles-Shields, et al., 2016), (Forsberg, et al., 2013) και βοηθητική σχέση (Shanley & Jubb-Shanley, 2012). Ευρύς είναι και ο χώρος εφαρμογής όπως μπορεί να αφορά ασθενείς με κατάθλιψη (Krupnick, et al., 1996), (Arnow, et al., 2013), πάσχοντες από την σχιζοφρένεια (Donnelly, et al., 2011), παιδιά (Forsberg, et al., 2013) και ενήλικες (Stiles-Shields, et al., 2016), (Ramjan, 2004) με νευρική ανορεξία, ΔΑΦ (διάχυτο αναπτυξιακό φάσμα) – αυτισμός, παιδιά με ψυχικές διαταραχές και θεραπευτική συμμαχία με τους γονείς (Lamers, et al., 2015), αντιμετώπιση του άγχους σε παιδιά

---

<sup>2</sup>Οι μελέτες παρατήρησης (ποιοτικές) επιτρέπουν την εξαγωγή συμπερασμάτων που μπορούν να επιφέρουν επίπτωση στο αποτέλεσμα. Κρίσιμη είναι η χρονική προτεραιότητα μεταξύ των μεταβλητών της διαδικασίας για τη συμμαχία και την έκβαση από τη θεραπεία, επίσης και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων.

(Kendall, et al., 2009), (Creed & Kendall, 2005), παιδιά με διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητα ΔΕΠΥ (Creed & Kendall, 2005), παιδιά στο φάσμα του αυτισμού (Kerns, et al., 2019), (Μιχαλοβα, 2020), ψυχικές διαταραχές (Allen, et al., 2017), (Donnelly, et al., 2011), προβλήματα χρήσης ουσιών (Crits-Christoph, et al., 2009), παραβατική συμπεριφορά – ενδοοικογενειακής βίας (Santirso, et al., 2018) κλπ.

Σχολιάζοντας ένα από τα ερευνητικά ερωτήματα, σ' αυτό το κεφαλαίο εξετάζεται το τι αναφέρεται συνήθως ως κύρια διαφορά μεταξύ του τρόπου προσέγγισης της θεραπείας (μεταξύ της ΣΓΘ ή μια μορφή της πελατοκεντρικής ή και της εφαρμοσμένης ανάλυσης της συμπεριφοράς) και πως μια διαφορετική διαδικασία φέρνει ένα κοινό αποτέλεσμα (Eelen, et al., 2018). Η μια προσέγγιση υποτίθεται ότι, εστιάζει πρωτίστως την προσοχή της στην «*εμπειρία*» του πελάτη, ενώ η άλλη ασχολείται με τη συμπεριφορά «*απλώς*». Τον ισχυρισμό ότι, αυτό που έχει σημασία στη θεραπεία είναι η εμπειρία του πελάτη «*αισθητή εμπειρία*» από μια σχέση συνεργασίας που θα εξελιχθεί στο μέλλον για να πετύχει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Ο τρόπος μπορεί να διαφέρει και όχι πάντα να είναι ταιριαστός σε όλους (με τη συντελεστική εξαρτημένη μάθηση, με τη μάθηση από μίμηση, με την κλασική ενδοσκόπησή, με την πρόσβαση στο γνωστικό χάρτη του ασθενή κτλ.). Εντοπίζοντας τις απαιτήσεις στις συνθήκες (ανεξάρτητες μεταβλητές) που επηρεάζουν αυτήν την «*αισθητή εμπειρία*» (εξαρτώμενη μεταβλητή), με τρόπο παρόμοιο με εκείνο ενός συμπεριφοριστή που δεν αλλάζει άμεσα τη συμπεριφορά, αλλά προτείνει τροποποιήσεις στους προηγούμενους ή επακόλουθους παράγοντες που την καθορίζουν (Μελλον, 2007), (Kerns, et al., 2019), (Μιχαλοβα, 2020). Για παράδειγμα αυτό το πειραματικό μοντέλο είναι ο βασικός χαρακτήρας της θεραπείας συμπεριφοράς, η οποία με τη σειρά της παραμένει σε αντίθεση με τη θεμελιώδη φιλοσοφία της πελατοκεντρικής θεραπείας (Crits-Christoph, et al., 2009), (Eelen, et al., 2018), (Rogers, 1957), όπου ο πρωταρχικός στόχος είναι η ενδυνάμωσή της αυτοπεποίθησης των ασθενών και μια επιβεβαίωση για την ανθρώπινη αλληλεγγύη για να πολεμήσουν με τα πάθη τους (τη μείωση της χρήσης ουσιών και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής). Με τις *εξατομικευμένες θεραπευτικές μεθόδους*, που μπορεί να περιλαμβάνουν κάποια διαγνωστικά μέσα - εντατικής παρατήρησης (Μιχαλοβα, 2020), (Kerns, et al., 2019), με την εφαρμογή της ΣΓΘ που αποσκοπεί στη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους (Creed & Kendall, 2005), την αύξηση της προσαρμοστικότητας και την αυτονομία των ανθρώπων με χρόνια ψυχική ασθένεια (Allen, et al., 2017), (Lamers, et al., 2015), τη βελτίωση των σχέσεων μεταξύ παθήσεων που είναι σε συννοσηρότητα και την αύξηση της αυτοπεποίθησης του ατόμου (Kerns, et al., 2019), (Μιχαλοβα, 2020), (Forsberg, et al., 2013), (Stiles-

Shields, et al., 2016), η θεραπευτική συμμαχία θα ωθήσει την πορεία της θεραπείας σε μια επιθυμητή έκβαση.

Οι αναλύσεις έδειξαν ότι, ο παράγοντας «*πρώιμης* συμμαχίας» (Early Alliance), επηρεάζει τα αποτελέσματα, έτσι ώστε οι προσδοκίες - θεραπείας του ασθενούς να οδηγήσουν στην ανάπτυξη του θεραπευτικού δεσμού (Bond), με τον οποίον ο θεραπευτής καλείται να επηρεάζει τα αποτελέσματα της θεραπείας με την εφαρμογή των στόχων (Goal) στα καθήκοντα (Task) της θεραπείας. Οι αξιολογήσεις των ασθενών για τη θεραπευτική συμμαχία ξεκινούσαν συνήθως με αρκετά υψηλές τιμές στην αρχή της θεραπευτικής διαδικασίας. Με την πάροδο του χρόνου κάπου στη μέση της θεραπείας μειωνόταν ο ενθουσιασμός της καινούργιας αρχής των πασχόντων, δοκιμάζοντας την σχέση αυτή. Με τη συνέχεια να ωριμάζει η κατάσταση και να ανακάμπτει αργά και σταθερά, με τρόπο που θα φαινόταν και στο αποτέλεσμα.

Τα ευρήματα δείχνουν ότι, σαφώς ένας θεραπευτικός δεσμός (Bond) με μια ισχυρή επικοινωνία συνδέονται με την ενεργοποίηση κατά την έναρξη της θεραπείας, όμως όχι με μεγαλύτερη αλλαγή στις βαθμολογίες της βελτίωσης των συμπτωμάτων. Εξ' αιτίας αυτού του ευρήματος, μια ισχυρή επικοινωνία και ένας δεσμός μπορεί να είναι τα προαπαιτούμενα για την ενεργοποίηση της θεραπευτικής σχέσης νωρίς στη διαδικασία - συνεργασίας (Early Alliance). Όμως ισχυρίζεται ότι, η θεραπευτική συμμαχία σχετικά με τα καθήκοντα (Task) και τους στόχους (Goal) της θεραπείας, εστιάζουν στους ασθενείς για την δημιουργία της αίσθησης ότι, είναι σε θέση να διαχειριστούν τις συνθήκες της ψυχικής τους υγείας μακροπρόθεσμα και με μεγαλύτερη αυτονομία.

## ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΡΕΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

### Η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας κάτω από το πρίσμα της ψυχαναλυτικής προσέγγισης του S. Freud

Η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας έχει εξελιχθεί δυναμικά ως απάντηση στις συνεχιζόμενες κοινωνικές εξελίξεις, στην ηθική, τον πολιτισμό και στην έρευνα του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και στον *θεωρητικό προβληματισμό* που θεμελιώνει τα *ερευνητικά ερωτήματα*, και που πηγάζει από την πορεία των περασμένων πενήντα ετών όπου δημιουργήθηκαν τα προσχήματα μέσα από την ψυχοδυναμική παράδοση. Μέσα στο έργο του Freud «*Δυναμική της μεταβίβασης*» (Freud, 1958) συζητήθηκε η αξία της διατήρησης του ενδιαφέροντος “*serious interest*” του αναλυτή και της κατανόησης “*sympathetic understanding*” του πάσχοντος με τρόπο έτσι ώστε να επιτρέψει στο «*αγιές κομμάτι του εαυτού*» να σχηματίσει μια θετική προσκόλληση στον αναλυτή ως αποτέλεσμα της υποστηρικτικής στάσης (Ποταμιάνος & Αναγνωστόπουλος, 2012). Με την βοήθεια αυτού του τεχνάσματος, ο ασθενής καταφέρνει να συνδεθεί νοητικά με τον θεραπευτή του μέσα από «*εικόνες ανθρώπων από τους οποίους είχε συνηθίσει να αντιμετωπίζεται με στοργή*» (Freud, 1913: 139-140). Σύμφωνα με τους Horvath & Luborsky (Horvath&Luborsky, 1993), η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας μπορεί να ανιχνευθεί στην *μεταβίβαση (transference)* από μια ευεργετική προσκόλληση και όχι με τη *προβολή (projection)* (Freud, 1913), όπου αρχικά αυτή η άποψη θεωρήθηκε αρκετά αρνητική. Η Klein (Klein, 1946) ήταν εκείνη που περιέγραψε για πρώτη φορά την έννοια της *προβλητικής ταύτισης*. Πρόκειται για μια αμυντική διεργασία (απόθησης) με την βοήθεια της οποίας το άτομο προβάλλει μια «καλή» ή μια «κακή» πλευρά του εαυτού του και χρησιμοποιείται κυρίως από οριακούς και ψυχωτικούς ασθενείς. Η διαφορά που χαρακτηρίζει τον συγκεκριμένο μηχανισμό είναι αυτή που διαδραματίζει σημαίνοντα ρόλο στην ζωή και των μη ψυχωτικών ατόμων. Για παράδειγμα, είναι η αναλυτική ερμηνεία για διάφορα εγκλήματα, η ανηθικότητα που αποδίδεται στον εχθρό σε εποχές πολέμου, η προκατάληψη απέναντι στους αγνώστους κτλ. Η *μεταβίβαση* ορίστηκε ως μια διεργασία κατά την οποία ενεργοποιούνται εκ νέου και επαναλαμβάνονται στο παρόν ασυνείδητες επιθυμίες, φόβοι, φαντασιώσεις και αμυντικές συμπεριφορές με νέο πρόσωπο (εκείνο του αναλυτή του). Επιγραμματικά θα μπορούσε να λεχθεί ότι, η μεταβίβαση



μεταφράζεται ως εκφορά σε λάθος παραλήπτη. Κατά τον ίδιο τρόπο, ο Zetzel (Zetzel, 1956) διευκρίνισε μερικές από τις διαφορές μεταξύ της μεταβίβασης και της συμμαχίας, υποδηλώνοντας ότι στην πραγματικότητα το άυλο συστατικό της σχέσης πελάτη-θεραπευτή (η συμμαχία) κατά την άποψη του ερευνητή επιτρέπει στον θεραπευόμενο «να κάνει πίσω» και να χρησιμοποιήσει τις ερμηνείες του θεραπευτή για να διακρίνει καλύτερα τα απομεινάρια προηγούμενων σχέσεων, αλλά και την πραγματική σχέση με τον εαυτό του. Υποστήριξε ότι σε μια επιτυχημένη ψυχανάλυση ο πελάτης κυμαίνεται μεταξύ περιόδων όπου η σχέση χαρακτηρίζεται από έναν μηχανισμό άμυνας – μετάθεσης (*displacement*) για να περάσει σε μια αμοιβαία συμμαχία (Κουστένη, 2012). Δημιουργείται μια πρόκληση από τον Eysenck (Eysenck, 1952), ο οποίος ισχυρίστηκε ότι η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας δεν είχε αποδειχθεί και ότι οποιεσδήποτε βελτιώσεις προέκυψαν ήταν όφελος της λεγόμενης αυθόρμητης ύφεσης, που προκλήθηκε από τις σημαντικές εξελίξεις στη μελέτη των αποτελεσμάτων της ψυχοθεραπείας. «*Η ουσία της απόθησης έγκειται απλώς στην λειτουργία απόρριψης κάποιου πράγματος και διατήρησής του εκτός συνείδησης*» (Freud, 1915/1963: 86). Ο Freud θεωρούσε το μηχανισμό της απόθησης (άμυνας) ως μια ενεργή και σκόπιμη διαδικασία, η οποία μπορεί να είναι είτε ασυνείδητη, είτε συνειδητή. Οι ενήλικες ασθενείς που έχουν φαινομενικά ανακτήσει απωθημένες αναμνήσεις από την παιδική τους ηλικία ή απειλητικά γεγονότα με την βοήθεια ενός αναλυτή μέσω της γενίκευσης κατάφεραν να τα αντικαταστήσουν με άλλα λιγότερο απειλητικά. Το αναλυτικό πλαίσιο διευκολύνει την ανάδυση και έκφραση των μεταβιβαστικών φαινομένων.

### **Η προσωποκεντρική προσέγγιση και η «άνευ όρων» συμμαχία του C. Rogers**

Η θεωρία προσωπικότητας στην προσωποκεντρική προσέγγιση είναι, όπως και άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, ένα αποτέλεσμα κλινικών παρατηρήσεων (κατ'επανάληψη ακρόαση ηχογραφημένων συνεντεύξεων πελατών). Ο Rogers (Rogers, 1957) θεωρούσε ως ενεργά συστατικά στη θεραπευτική σχέση της *ενσυναίσθησης*, την *αποδοχή* και τη *θετική στάση άνευ όρων*. Σύμφωνα με τον Rogers για να υπάρχει μια εποικοδομητική αλλαγή της προσωπικότητας, είναι απαραίτητο να υπάρχουν και να διατηρηθούν για μια χρονική περίοδο, οι παρακάτω συνθήκες:

- ✓ Δύο άτομα βρίσκονται σε ψυχολογική επικοινωνία (επαφή).
- ✓ Ο πρώτος, τον οποίο θα ονομάσουμε πελάτη, έχει βρεθεί σε κατάσταση γνωστικής ασυμφωνίας (incongruence) και είναι ευάλωτος ή ανήσυχος.

- ✓ Το δεύτερο άτομο, το οποίο θα ονομάσουμε θεραπευτή, είναι σύμφωνος ή ενσωματωμένος στη σχέση - συνεργασία.
- ✓ Ο θεραπευτής αισθάνεται άνευ όρων θετική στάση για τον πελάτη του.
- ✓ Ο θεραπευτής βιώνει ενσυναίσθηση και κατανόηση του εσωτερικού κόσμου του πελάτη του και προσπαθεί να κοινοποιήσει αυτήν την εμπειρία.
- ✓ Η επικοινωνία με τον πελάτη μέσω της ενσυναισθητικής/κατανόησης και θετικής στάσης(θεώρησης) από την πλευρά του θεραπευτή, επιδιώκει σχεδόν πάντα ένα επιτυχές αποτέλεσμα. Δεν απαιτούνται άλλες προϋποθέσεις. Εάν υπάρχουν αυτές οι προϋποθέσεις και συνεχιστούν για μια χρονική περίοδο, αυτό αρκεί για να ακολουθήσει η διαδικασία της επικοδομητικής αλλαγής της προσωπικότητας.

Σύμφωνα με τη προσέγγιση, ο θεραπευτής βιώνει την εμπειρία μέσα από το να αισθανθεί τον ιδιωτικό κόσμο του πελάτη σαν να ήταν δικός του, αλλά δίχως να χάσει ποτέ την ποιότητα του «σαν». Δηλαδή το να αισθάνεσαι τον θυμό, τον φόβο ή τη σύγχυση του πελάτη σαν να ήταν δικός σου, χωρίς να δεσμευτείς με την αντίδραση που θα ακολουθούσε. Όπως επίσης μπορεί να εκφράσει νοήματα στην εμπειρία του πελάτη του τα οποία ο ίδιος (ο πελάτης) δεν γνωρίζει. Ο προσωποκεντρικός θεραπευτής δεν περιμένει από τον πελάτη του να αναφέρεται απαραίτητα στα συναισθήματα του, ούτε προσπαθεί να τον καθοδηγήσει για να εστιάσει σε αυτά. Ο θεραπευτής δεν έχει ποτέ οποιαδήποτε αμφιβολία για το τι συμβαίνει στον ασθενή του, οι παρατηρήσεις του θεραπευτή ταιριάζουν ακριβώς με τη διάθεση και το περιεχόμενο του ασθενή του. Ο τόνος της φωνής του θεραπευτή μεταφέρει την πλήρη ικανότητα να μοιράζονται από κοινού τα συναισθήματα του ασθενή. Ο θεραπευτής θα πρέπει, εντός των ορίων αυτής της σχέσης, να είναι συνεπής και γνήσιος. Αυτό σημαίνει ότι, η σχέση πρέπει να είναι ελεύθερη, αυθόρμητη και βαθιά. Δεν είναι απαραίτητο (ούτε είναι δυνατόν) ο θεραπευτής να είναι ο ιδανικός (της αρεσκείας του θεραπευόμενου), αρκεί να επιδεικνύει αυτό το βάθος ολοκλήρωσης της ολότητας με κάθε έννοια της άποψης αυτής. Οι προϋποθέσεις που ισχύουν ειδικά για τον θεραπευτή, είναι ποιοτικές εμπειρίες και όχι πνευματική ενημέρωση, μια ερμηνεία που μπορεί να δοθεί για τον τρόπο που επικοινωνεί ο θεραπευτής. Δηλαδή της θετικής στάσης δίχως όρους, με έναν τρόπο που επικοινωνεί μέσω της ενσυναίσθησης που βιώνει κατά τον χειρισμό της μεταβίβασης. Ένας αποτελεσματικός θεραπευτής, εφαρμόζει συχνά τη δική του συνοχή και τη συνάφεια στη σχέση – συμμαχίας. Έτσι, ως βασικός στόχος φαίνεται να είναι μια γνωριμία σε βάθος από την πλευρά του θεραπευτή και η αναγνώριση και η μελέτη των βιωμάτων που οδηγούν στη διαμόρφωση και εξέλιξη της θεωρίας. Καθώς ο πελάτης ακούει τα ίδια του τα λόγια,

συνειδητοποιεί πολύ πιο ζωνηρά και με περισσότερη ακρίβεια πως βιώνει την πραγματικότητα του εκείνη τη στιγμή. Για τον Rogers, οι πειστικές ενδείξεις από τη κλινική του πείρα δεν ήταν αρκετές ώστε να αποδειχθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα στα συμπεράσματα της ψυχοθεραπείας. Για αυτό το σκοπό ανέπτυξε ερευνητικά σχήματα και θεωρείται ο πρώτος που εισήγαγε την τεκμηρίωση με ποιοτική έρευνα και με ποσοτική ανάλυση στον ευρύ χώρο. Στην βιβλιογραφία συναντάμε διαφορετικές αντιλήψεις για τον θεραπευτή και την εννοιολογική ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας. Άλλα έργα επικεντρώθηκαν στη θεωρία της επιρροής των κοινωνικών πτυχών, που βασίστηκαν στην υπόθεση ότι, εάν ο ασθενής είναι πεπεισμένος για την ικανότητα και την προσήλωση του θεραπευτή, αυτό θα δώσει στον τελευταίο την απαραίτητη επιρροή για να επιφέρει τις υποσχόμενες αλλαγές στον ασθενή του. Αναγνωρίζεται το γεγονός ότι, οι διαφορετικοί τύποι ψυχοθεραπείας συχνά φέρνουν παρόμοια θετικά αποτελέσματα μέσω διαφορετικής φιλοσοφικής πρακτικής. Σε ότι αφορά την *υπόθεση σχετικά με την ύπαρξη κοινών μεταβλητών σε όλες τις μορφές θεραπειών, προκύπτουν ερωτήσεις με την έννοια εγκυρότητας και αξιοπιστίας, αναζωπυρώνοντας το ενδιαφέρον για την ύπαρξη της συμμαχίας ως μη ειδική μεταβλητή για κατάταξη των στόχων που είναι σταδιακή τροποποίηση της συμπεριφοράς.* (Bordin, 1979), (Eelen, et al., 2018). Σύμφωνα με τον Bordin τέσσερεις είναι οι προτάσεις που παρέχουν ένα εννοιολογικό πλαίσιο και δείχνουν τον δρόμο για σύγκλιση μεταξύ των ερευνών για την κατανόηση της ποικιλομορφίας των θεωριών και των προσεγγίσεων στην ψυχοθεραπεία:

- ✓ Όλα τα είδη ψυχοθεραπείας έχουν ενσωματωμένες συνεργασίες και μπορούν να διαφοροποιηθούν πιο ουσιαστικά ως προς το είδος της εργασίας που ασκεί ο θεραπευτής (ψυχίατρος, ψυχολόγος, νοσηλεύτης, ιατρός, φροντιστής κτλ.).
- ✓ Η αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας είναι η δύναμη της επιρροής της συνεργαζόμενης συμμαχίας που θα αναπτυχθεί.
- ✓ Διαφορετικές προσεγγίσεις στην ψυχοθεραπεία στην ουσία είναι η διαφορά στις απαιτήσεις είτε προς τον ασθενή, είτε για τον θεραπευτή ανάλογα με την δυσκολία της περίπτωσης.
- ✓ Η ισχύς της εργατικής συμμαχίας συνδέεται με την εγγύτητα προσαρμογής μεταξύ των απαιτήσεων του συγκεκριμένου είδους συμμαχίας - εργασίας και των προσωπικών χαρακτηριστικών (τη χημεία) του ασθενή με τον θεραπευτή του.

Η προέλευση του όρου ριζοσπαστικός συμπεριφορισμός στις αρχές της δεκαετίας του 1920 στο χώρο της ψυχολογίας, σίγουρα συνδυάζεται με μια ποικιλομορφία από ονόματα που έχουν συμβάλει στην εξέλιξη της έννοιας. Ο Watson (Watson, 1913), έγινε γνωστός στο χώρο ειδικότερα με τη στάση του για τη συνείδηση. Στα γραπτά του, ο Watson (1914, 1916, 1919, 1925) ζήτησε κατηγορηματικά την εισαγωγή επιστημονικής αντικειμενικότητας και πειραματισμού στη μελέτη των ψυχολογικών φαινομένων. Επίσης τόνισε την ανάγκη εστίασης της επιστημονικής έρευνας σε παρατηρήσιμες συμπεριφορές και όχι σε μη παρατηρήσιμα σχετικά φαινόμενα, όπως η «σκέψη». Ο Watson όχι μόνο αντιτάχθηκε στη μελέτη των εσωτερικών διανοητικών γεγονότων, αλλά και αρνήθηκε την ύπαρξη του νου, ισχυριζόμενος για την «σκέψη» ότι δεν ήταν τίποτα περισσότερο από λεπτές κινήσεις της γλώσσας και του λάρυγγα και ότι την θεωρούσε μια συμπεριφορά όπως κάθε άλλη. Επηρεασμένος σε μεγάλο βαθμό από το έργο του Pavlov (Pavlov, 1927), ο Watson υιοθέτησε την κλασικά διαμορφωμένη συνήθεια, ως βασική μονάδα μάθησης και την επέκτεινε στην ανθρώπινη μάθηση (π.χ. τη μελέτη του Watson και του Rayner με ένα βρέφος με το όνομα Albert), (Watson & Rayner, 1920). Ο Watson πρότεινε δύο νόμους που περιγράφουν πώς αναπτύσσονται τέτοιες *συνήθειες – εξαρτημένη συναισθηματική αντίδραση*. Πρώτον, ο νόμος περί συχνότητας - τόνισε τη σημασία της επανάληψης. Όσο πιο συχνά γίνεται ένα ερέθισμα σε συνδυασμό με την ανταπόκριση τόσο ισχυρότερη θα είναι η συνήθεια. Δεύτερον, ο νόμος της πρόσφατης πρόσβασης - τόνισε τη σημασία της χρονικής στιγμής του ερεθίσματος. Η ανταπόκριση που εμφανίστηκε πιο πρόσφατα μετά από ένα συγκεκριμένο ερέθισμα είναι η προφανής απάντηση που σχετίζεται με αυτό το ερέθισμα. Με άλλα λόγια, η τελευταία ανταπόκριση στο ερέθισμα του δέκτη, είναι αυτή που είναι πιο πιθανό να συμβεί την επόμενη φορά που θα παρουσιαστεί το ερέθισμα. Ο Watson πίστευε ότι, η εμπειρία του παρελθόντος αντιπροσωπεύει σχεδόν όλη τη συμπεριφορά (γενίκευση). Ο *ακραίος συμπεριφορισμός* του, που αρνήθηκε ότι οι κληρονομικοί παράγοντες είχαν οποιαδήποτε επίδραση στη συμπεριφορά, αντικατοπτρίζεται στο ακόλουθο διαβόητο απόσπασμα:

*«Δώσε μου δώδεκα υγιή βρέφη για να τα μεγαλώσω και θα εγγυηθώ ότι, θα πάρω οποιοδήποτε μωρό τυχαία και θα το εκπαιδεύσω για να γίνει ειδικός - γιατρός, δικηγόρος, καλλιτέχνης, αρχηγός, έμπορος και.... ναι, ακόμη και ζητιάνος και κλέφτης,*

*ανεξάρτητα από τα ταλέντα, τις τάσεις του, τις ικανότητες και τη φυλή των προγόνων του.» (Watson, 1925, p. 82)*

Η επιρροή του Watson (1878-1958) συνέχισε να γίνεται αισθητή πολύ αφότου αποσύρθηκε από τον ακαδημαϊκό χώρο το 1920. Η ισχυρή του υπεράσπιση στη ψυχολογία ως αντικειμενική και ακριβής επιστήμη και η επιμονή του ότι, το περιβάλλον παίζει βασικό ρόλο στην ανθρώπινη συμπεριφορά οδήγησε σε μια συμπεριφοριστική παράδοση που κυριάρχησε στην ψυχολογική έρευνα του δυτικού κόσμου μέχρι τη δεκαετία του 1960.

Τη δεκαετία του 1930, ο B. F. Skinner (1904-1990) περιέγραψε τη δική του θέση με τον όρο *ριζοσπαστικός συμπεριφορισμός* σε ένα μη δημοσιευμένο χειρόγραφο, το 1945 το οποίο αναφέρει σε έντυπη μορφή τις απόψεις του. Ο συμπεριφορισμός «behaviorism» ανθίζει κατά τη δεκαετία του '60, ως αντίδραση στην ψυχανάλυση, βασισμένος στις θεωρίες της μάθησης, με κύριους άξονες τις προσεγγίσεις των Pavlov (Pavlov, 1927) και Skinner (Skinner, 1953). Η ψυχοθεραπεία (Ψυχανάλυση) μέχρι τότε θα χαρακτηριζόταν έως υπερβολικά μακροχρόνια παρέμβαση με αμφίβολα αποτελέσματα και αξιοπιστία. Επομένως η Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία ασχολείται κυρίως με την φανερή συμπεριφορά και λιγότερο με το τι σκέφτεται ή αισθάνεται το άτομο. Ακολουθεί τις βασικές αρχές όπως για παράδειγμα ότι η μην αποδεκτή συμπεριφορά δεν είναι αποτέλεσμα νοσηρής κατάσταση του ατόμου, αλλά οφείλεται στην μάθηση. Μια παραβατική συμπεριφορά θα μπορούσε να οφείλεται σε λανθασμένες ενισχύσεις από το οικογενειακό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον στα παιδικά χρόνια του ατόμου. Οι συνεισφορές του Skinner στην πειραματική μεθοδολογία της ψυχολογίας, συμπεριλαμβανομένης της εφεύρεσης του «κουτιού Skinner» και της ανάπτυξης μιας ερευνητικής μεθοδολογίας βασίζονται σε *πειράματα εργαστηρίου*, σε αντίθεση με την παραδοσιακή μέθοδο σύγκρισης πειραματικών ομάδων με ομάδες ελέγχου (Νασιάκου, et al., 2007). Έτσι εξετάζεται η πρόκληση του Skinner στα παραδοσιακά μοντέλα συμπεριφοράς, ερέθισμα (διέγερση) - ανταπόκριση (αποτέλεσμα) του Watson (S-R), εκείνες που ο Skinner χαρακτήρισε ως μεθοδολογικούς συμπεριφορισμούς. Ενάντια σε αυτές τις σχολές, ο Skinner έθεσε τον δικό του ριζοσπαστικό συμπεριφορισμό που επικεντρώθηκε γύρω από τη σύλληψη του λειτουργικού εμπειρισμού (μια αντίληψη που οφείλει πολλά στο έργο του Thorndike για το νόμο της επίδρασης). Στην εκπόνηση των λειτουργικών μηχανισμών του, ο Skinner πρότεινε την κατανόηση της εξέλιξης της συμπεριφοράς με Δαρβινικούς όρους, δηλαδή την επιλογή των απαντήσεων από το περιβάλλον και από τον κάθε ζώντα οργανισμό. Επίσης δανείστηκε μεγάλο μέρος του επιστημονικού

λεξιλογίου του από τον Ρώσο φυσιολόγο Pavlov (1849-1936). Αν και οι δύο ακολούθησαν παρόμοιες ιδεολογίες προσέγγισης, υπήρχαν επίσης σημαντικές διαφορές που απαιτούσαν την χρήση διαφορετικών πειραματικών μεθοδολογιών. Ο Skinner ισχυρίστηκε ότι οι δύο τύποι προσέγγισης του συμπεριφορισμού είχαν διαφορετικές ρίζες. Η προσέγγιση του Pavlov έχει τις ρίζες της στο αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ) και η διαδικασία αυτή ονομάστηκε *κλασική εξαρτημένη μάθηση (classical conditioning learning)*. Ενώ η θεωρία του Skinner βασίστηκε στη λειτουργική εμπειρική ρύθμιση που λάμβανε χώρα στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) και ονομάστηκε *συντελεστική εξαρτημένη μάθηση (operant conditioning learning)*.

Ο Skinner θαύμαζε τον Freud, παρόλο που είχαν αντίπαλες προσεγγίσεις. Για τον έξυπνο παρατηρητή της ανθρώπινης συμπεριφοράς (Skinner) το να είναι στις απόψεις του «ντετερμινιστής», σημαίνει να απορρίπτει τη συνείδηση και την ενδοσκόπηση ως εργαλεία για την κατανόηση των διανοητικών διαδικασιών, ασχέτως ότι υποστήριζε τον Freud ως ένα βαθμό. Παραδεχόταν δηλαδή την πρωτοποριακή άποψη του Freud ότι η ψυχική δραστηριότητα δεν απαιτεί συνείδηση και ότι πολλές από τις πιο σημαντικές πτυχές της ψυχικής δραστηριότητας συμβαίνουν πέραν της γνώσης (ασυνείδητο). Ο Skinner έδινε μεγάλη αξία στις έννοιες των μηχανισμών άμυνας που στην επιστημονική μέθοδο θα μπορούσαν να μεταφραστούν στη γλώσσα του συμπεριφορισμού. Ο Skinner υποστήριξε επίσης ότι, η μοντελοποίηση της ανθρώπινης προσωπικότητας του Freud από την άποψη του Αυτό-Id, του Εγώ-Ego και του Υπερεγώ-Superego θα μπορούσε να επαναδιατυπωθεί ως προς τα διάφορα είδη ενδεχόμενων ενισχύσεων που ελέγχουν τις ανθρώπινες συμπεριφορές. Έτσι, η Φροϋδική ταυτότητα Id που βρίσκεται στο ασυνείδητο, θεωρήθηκε ότι θα μπορούσε να αντιστοιχεί στους βιολογικούς μηχανισμούς και θα ήταν υπεύθυνοι για τις συμπεριφορές που τελικά ενισχύθηκαν από τη τροφή, το νερό, τη σεξουαλική επαφή και τα άλλα πρωτογενή (βιολογικά) ένστικτα. Το Superego που είναι η συνείδηση της Ιουδαϊκής-Χριστιανικής θεολογίας, θα ήταν με τη σειρά του υπεύθυνο για τις συμπεριφορές που ελέγχουν την ταυτότητα Id, χρησιμοποιώντας τεχνικές αυτοελέγχου που λαμβάνονται από την ενδο - ομάδα (πίεση για συμμόρφωση από μέσα προς έξω - ενδοτικότητα). Η ταυτότητα Id και το Υπερεγώ αναπόφευκτα συγκρούονται, και οι συγκρούσεις τους με τη σειρά τους διαμεσολαβούνται από το Εγώ, το οποίο εκτός από την προσπάθεια επίτευξης συμβιβασμού μεταξύ του Αυτό - Id και του Υπερεγώ - Superego ασχολείται επίσης και με τις πρακτικές ανάγκες του περιβάλλοντος. Το Εγώ διέπεται από την αρχή της πραγματικότητας (τον κινητικό

έλεγχο, την αντίληψη, τη μνήμη, τα συναισθήματα, τη σκέψη) μια διαδικασία που προκύπτει σταδιακά από την εμπειρία.

### Γνωσιακή προσέγγιση και θεωρητικά μοντέλα αλλαγής συμπεριφοράς δια μέσου της θεραπευτικής συμμαχίας του **Elis A., Beck A. και Miller**

Η κλινική ψυχολογία έχει φέρει επανάσταση από την εισροή ιδεών και τεχνικών που προέρχονται από την γνωστική ψυχολογία και από την θεώρηση ότι ο νους λειτουργεί ως επεξεργαστής πληροφοριών. Αυτή η θεωρία εκφράζει διάφορες υποθέσεις που έχουν γίνει ευρέως αποδεκτές από τους ψυχαναλυτές που εργάζονται στο πλαίσιο της γνωστικής προσέγγισης. Πρώτον, οι πεποιθήσεις έχουν αιτιώδη επίδραση στο συναίσθημα και την ευημερία. Αυτή η υπόθεση διαφοροποιεί τη γνωστική προσέγγιση από τον συμπεριφορισμό. Ο κλασικός συμπεριφορισμός δεν εστιάζει στις συνθήκες υπό τις οποίες λαμβάνει χώρα η μάθηση, το περιεχόμενο της μάθησης και ο τρόπος με τον οποίο η μάθηση επηρεάζει τη συμπεριφορά. Αντί του συμπεριφοριστικού S-R, η γνωσιακή προσέγγιση προτείνει το «επαναστατικό» S-C-R<sup>3</sup>. Δεύτερον, οι πεποιθήσεις, ως αιτιώδεις παράγοντες, εκφράζονται σε προτασιακή λογική στη μορφή και μπορούν να προσεγγιστούν συνειδητά κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Αυτή η υπόθεση διακρίνει τη γνωστική προσέγγιση από τις περισσότερες ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις, στις οποίες οι «λανθάνουσες» πεποιθήσεις είναι ασυνείδητες. Η κεντρική έννοια της γνωσιακής προσέγγισης είναι το γνωσιακό σύστημα, αυτό που αποκαλούμε «νου». Στην ουσία χαρτογραφεί τον εξωτερικό κόσμο δίνοντας του νόημα και προετοιμάζει τις απαντήσεις. Τρίτον, η θεραπεία πρέπει να κατευθύνεται προς την αλλαγή πεποιθήσεων μέσω της αναδιάρθρωσης των γνωστικών σχημάτων. Σύμφωνα με τη γνωσιακή προσέγγιση ο εξωτερικός κόσμος ενδοβάλλεται. Δεν υπάρχει αντικειμενική αλλά μόνο υποκειμενική πραγματικότητα. Κάθε ερέθισμα του εξωτερικού κόσμου έχει το αντίγραφο του στο γνωσιακό μας σύστημα. Εκτός από το φυσικό κόσμο που είναι κοινή αντίληψη για την κοινωνία, υπάρχει και ο νοητικός κόσμος<sup>4</sup> ο οποίος διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο. Η βασική υπόθεση της κλινικής εφαρμογής της γνωστικής θεωρίας έχει εκφραστεί από την δεκαετία του '50 από τον Ellis (Ellis, 1962) αργότερα ονομάστηκε REBT<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> Όπου το S είναι το ερέθισμα (stimulus), R η απόκριση / απάντηση (response) και C η γνωστική λειτουργία (cognition).

<sup>4</sup> Ο νοητικός κόσμος αποκαλείται «γνωσιακός χάρτης».

<sup>5</sup> Effects of Rational- Emotive Behavior Therapy (REBT)

- ✓ Αναγνώριση του ρόλου που διαδραματίζει η συνειδητή σκέψη
- ✓ Αναγνώριση επίσης του θεραπευτικού ρόλου του ορθολογισμού
- ✓ Κεντρικός ρόλος των μη προσαρμοστικών αξιολογήσεων: "shoulds"/ "demands"

Η προσέγγιση του μοντέλου - REBT προτείνεται για συναισθηματικές παθήσεις όπως διαταραχή της διάθεσης (κατάθλιψη), κρίση πανικού, φοβίες κτλ., που σχετίζονται με παράλογες πεποιθήσεις, ιδιαίτερα για τον εαυτό. Οι παράλογες πεποιθήσεις οδηγούν σε δυσάρεστα συναισθήματα και αναποτελεσματική συμπεριφορά. Στην «ορθολογική θεραπεία» του Ellis (Ellis, 1962), στην ουσία ο ασθενής διδάσκεται να αναγνωρίζει και να τροποποιεί παράλογες, επιβλαβείς πεποιθήσεις του. Οι βασικές παραδοχές της γνωστικής προσέγγισης, δεν είναι από μόνες τους επαρκείς για να παρέχουν ένα λειτουργικό μοντέλο για τη συναισθηματική διαταραχή, όπου η πιο προφανής δυσκολία είναι η αντίσταση στην αλλαγή των παράλογων πεποιθήσεων. Η αυτογνωσία του ατόμου δεν είναι απλώς ένα εσωτερικό «αρχείο» αποσυνδεδεμένων πεποιθήσεων, εκεί που ο θεραπευτής μπορεί να διαγράψει και να αντικαταστήσει ένα μέρος του με πιο ρεαλιστικές προτάσεις σκέψεων. Οι άνθρωποι φαίνεται να κατασκευάζουν και να αναθεωρούν ενεργά τις πεποιθήσεις τους, βάσει κάποιων εσωτερικών βασικών κανόνων για την ερμηνεία του κόσμου. Στους συναισθηματικά διαταραγμένους ασθενείς, πιθανόν το πρόβλημα τους να μη χαρακτηρίζεται τόσο από τη διαστρέβλωση των συγκεκριμένων πεποιθήσεων, όσο από τα γενικά πλαίσια που χρησιμοποιούνται για τη κατανόηση του περιβάλλοντος τους και τη θέση τους σε αυτό. Με άλλα λόγια, οι κλινικοί στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα των ασθενών τους κατά κάποιο τρόπο με τις γνωστικές διαδικασίες με τις οποίες οι προαναφερθέντες ασθενείς φτάνουν στην κακή εκδοχή της ερμηνείας του κόσμου.

Το γνωστικό μοντέλο του Beck εξηγεί την παρέμβαση στην αναδιάρθρωση του γνωστικού πεδίου πάνω σε συναισθηματικές διαταραχές, χρησιμοποιώντας τις γνωστικές προκαταλήψεις ως στόχο αναδιοργάνωσης των λανθασμένων διαδικασιών των σκέψεων, στις οποίες οι γνωστικές λειτουργίες χρησιμοποιούνται με ένα ακατάλληλο τρόπο. Εξηγώντας με τη σειρά τις διαδικασίες που προκύπτουν από την εσφαλμένη οργάνωση των σχημάτων, ο Beck επισημάνει ότι οι γνωστικές προκαταλήψεις ενσωματώνονται συνειδητά σε αυτόματα αρνητικά σχήματα που επικεντρώνονται στον εαυτό, στον κόσμο (στο περιβάλλον) και στο μέλλον (η



γνωστική τριάδα του CT<sup>6</sup>). Με την πάροδο του χρόνου, τα «self-schemata» κέρδισαν έναν κυρίαρχο ρόλο στη γνωστική τριάδα του CT. Κάθε συναισθηματική διαταραχή χαρακτηρίζεται από ένα ρεύμα ακούσιων και παράλληλων αρνητικών «αυτόματων σκέψεων» (Beck, 1976). Για παράδειγμα στο άγχος, αυτές οι σκέψεις αφορούν θέματα κινδύνου (Beck, 1984), (Beck, 1976), (Beck & Clark, 1988), ενώ στην κατάθλιψη κυριαρχούν οι σκέψεις για απώλεια και αποτυχία. Το περιεχόμενο της σκέψης στην κατάθλιψη έχει αναφερθεί ως η αρνητική γνωστική τριάδα, η οποία κυριαρχείται από μια αρνητική άποψη του εαυτού, του κόσμου και του μέλλοντος (Beck, 1976), (Beck & Clark, 1988). Σε διαταραχές που συνδέονται με το άγχος, η προσωπικότητα του πάσχοντα κυριαρχείται από εχθρότητα και το περιεχόμενο των αυτόματων σκέψεων αφορά θέματα συγκράτησης ή επίθεσης (Beck, 1984). Η «αλυσίδα» του συγκεκριμένου γνωστικού περιεχομένου σε μια διαταραχή είναι η βάση της υπόθεσης περιεχομένου στη θεωρία του σχήματος, η οποία ισχυρίζεται ότι οι συναισθηματικές διαταραχές μπορούν να διαφοροποιηθούν με βάση το γνωστικό τους περιεχόμενο. Οι φυσιολογικές συναισθηματικές αντιδράσεις του άγχους και της θλίψης σχετίζονται επίσης με αρνητικές σκέψεις κινδύνου και απώλειας κ.λπ., αλλά στις συναισθηματικές διαταραχές υπάρχει μια ισχυρή σταθεροποίηση σε αυτά τα θέματα. Ο όρος αυτόματες σκέψεις χρησιμοποιήθηκε από τον Beck (Beck, 1976) για να περιγράψει γνωστικές σκέψεις – αντιδράσεις εξαιτίας των συναισθηματικών διαταραχών. Επειδή εμφανίζονται γρήγορα χωρίς προειδοποίηση, συχνά σε στενή σχέση με ένα ιστορικό που προϋπήρχε, είναι εύλογες στη στιγμή της εμφάνισής τους και το άτομο έχει περιορισμένο έλεγχο σε αυτές. Το περιεχόμενο αυτών των σκέψεων αντικατοπτρίζει το περιεχόμενο των υποκείμενων σχημάτων από τα οποία υποτίθεται ότι προκύπτουν.

Τα θεωρητικά μοντέλα της γνωστικής επανάστασης επέτρεψαν την εγκατάλειψη του μοντέλου συμπεριφοράς ερεθίσματος-απόκρισης και το αντικατέστησαν χρησιμοποιώντας το λεγόμενο μοντέλο (Test-Operate-Test-Exit, TOTE) που περιγράφεται από τους (Miller, et al., 1960) και που είναι η βασική μονάδα της γνωστικής λειτουργίας. Το μοντέλο TOTE προτείνει ότι σε μια γνωστική ακολουθία συμπεριφοράς, τα άτομα σχεδιάζουν έναν στόχο και εκτελούν ένα τεστ (T) προκειμένου να προσδιορίσουν εάν ο στόχος έχει επιτευχθεί. Όταν τα άτομα δεν επιτυγχάνουν τον στόχο, το συλλαμβάνουν νοητικά και εκτελούν συμπεριφορές (O) προκειμένου να επιτύχουν τον στόχο. Μετά από αυτό τα άτομα εκτελούν ξανά τη δοκιμή (T) και η έξοδος (E) εμφανίζεται εάν επιτευχθεί ο στόχος αλλιώς η διαδικασία

---

<sup>6</sup> Cognitive Therapy

επαναλαμβάνεται. Για παράδειγμα, στην αντίληψη της απειλής και του φόβου, το (T) δημιουργεί μια αντίδραση διαφυγής (O) που συνεχίζει να χρησιμοποιεί (T) μέχρι την εξαφάνιση της απειλής. Κατά την επανεξέταση σε βάθος του μοντέλου (TOTE), είναι σαφές ότι η γνωστική λειτουργία δεν γίνεται αντιληπτή όπως στις μέρες μας ως δομικό διαμεσολαβητικό σχήμα που παρεμβάλλεται μεταξύ της αντίληψης και της απόκρισης, αλλά ως μια διαδικασία ανατροφοδότησης που ελέγχει και ενεργεί αναδρομικά εκτελώντας λειτουργίες (O) που δεν είναι αδρανείς αυτόματες συμπεριφορές αλλά χαρακτηρίζονται από νοητικές καταστάσεις αξιολόγησης «δοκιμή» (T), διόρθωσης και ρύθμισης έως ο νους να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα που ονομάζεται «έξοδος» (E). Ως εκ τούτου, η συνάρτηση (O) δεν λειτουργεί ως διαμεσολαβητικός γνωστικός χειριστής, αλλά ως αναδρομικός εκτελεστικός παράγοντας που παρέχει ανατροφοδοτήσεις ελέγχου σχετικά με τις ψυχικές καταστάσεις. Είναι μια διαδικασία που προκύπτει ύστερα από τη γνωσιακή λειτουργία και είναι ένας κανονισμός δευτέρου επιπέδου, εντός του ίδιου του νου - μια κατάσταση μετά από ψυχικές διεργασίες και όχι μια πρώτη γνωστική εκτίμηση ενός αντικειμένου που πρέπει να γνωρίζουμε (Wells & Matthews, 1996).

### **Η θεωρία της Peplau, μια διαφορετική προσέγγιση της θεραπευτικής συμμαχίας**

Αν και πρωτοπορεί σε άλλους κλάδους (όπως για παράδειγμα είναι οι άμεσα εμπλεκόμενοι με την ψυχική υγεία - ψυχοθεραπευτές, ψυχολόγοι, ψυχίατροι κτλ.), η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας έχει σημαντική σχέση και με τη νοσηλευτική. Σύμφωνα με τις έρευνες, οι διαπροσωπικές σχέσεις αποτελούν «αγωγό» αποτελεσματικής νοσηλευτικής φροντίδας (Shanley & Jubb-Shanley, 2012), (Barker & Poppy, 2011), (Donnelly, et al., 2011), (Clarke, 2014). Η σημασία της εξειδικευμένης αλληλεπίδρασης της θεραπευτικής σχέσης έχει καθιερωθεί σε όλη την επιστημονική διερεύνηση του θέματος, όπως σε αυτά των Clarke (Clarke, 2014) και Peplau (Peplau, 1952/1991). Η νοσηλευτική στην ψυχική υγεία έχει εξελιχθεί για να αγκαλιάσει τις αρχές της θεραπευτικής συμμαχίας. Είναι τεκμηριωμένο ότι, οι νοσηλευτές αναπτύσσουν θεραπευτικές συμμαχίες σε διαφορετικά πλαίσια και με άτομα που έχουν διαφορετικές ανάγκες (σωματικές και ψυχικές). Η θεωρία των διαπροσωπικών σχέσεων της Peplau (Peplau, 1992) παρέχει ένα εννοιολογικό πλαίσιο με το οποίο ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια μπορεί να αξιολογήσει, να σχεδιάσει και να παρέμβει για βέλτιστα αποτελέσματα για τον ασθενή. Σύμφωνα με τον Peplau (Peplau, 1992), ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια είναι ένα πολύπλοκο

άτομο, το οποίο είναι το άθροισμα όλων των προηγούμενων εμπειριών του, λόγω της αυστηρής νοσηλευτικής εκπαίδευσης και των μοναδικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του. Ωστόσο, επειδή και ο ασθενής είναι επίσης ένα πολύπλοκο άτομο, έχει μια μοναδική προσωπικότητα και έχει γνώση στο δικό του πλαίσιο αναφοράς, η σχέση νοσηλευτή-ασθενούς ξεκινά με μια αλλαγή στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς και η διαθεσιμότητα μιας ολοκληρωμένης φροντίδας έχει την δυνατότητα να του παρέχει συγκεκριμένες δεξιότητες (Peplau, 1992). Η σχέση αυτή εξελίσσεται μέσω των φάσεων προσανατολισμού, ταυτοποίησης, εκμετάλλευσης και ανάλυσης. Η νοσηλεύτρια πρέπει να προσαρμοστεί σε διαφορετικούς ρόλους έτσι ώστε οι ανάγκες του ασθενούς να ικανοποιούνται σε κάθε διαφορετική φάση. (Peplau, 1997). Η Peplau προτείνει ότι, καθώς οι νοσηλεύτριες μαθαίνουν να εφαρμόζουν τις αρχές των ανθρώπινων σχέσεων, ωριμάζουν στην ικανότητα τους να προωθούν τις θεραπευτικές σχέσεις καθώς καταλαβαίνουν τις δικές τους συμπεριφορές και ανάγκες. Οι επιτυχημένες σχέσεις συμμαχίας απαιτούν αμερόληπτες, εστιασμένες στον ασθενή συναντήσεις που καλύπτουν και ικανοποιούν τις ανάγκες των ασθενών. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αναγνωρίζει, να δέχεται και να ενθαρρύνει τις ενδείξεις που δείχνουν την ετοιμότητα του ασθενούς για ανάπτυξη και ενεργοποίηση. Ομοίως, πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσει και να κινητοποιήσει πόρους της κοινότητας αυτής για να βοηθήσουν τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες που προκύπτουν με ξαφνική αλλαγή στην κατάσταση της υγείας τους. Στη θεωρία της Peplau (Peplau, 1992), (Peplau, 1997) η νοσηλευτική ορίζεται ως μια διαπροσωπική, θεραπευτική διαδικασία που λαμβάνει χώρα όταν επαγγελματίες υγείας είναι νοσηλευτές/ριες (Bennett, et al., 2011). Η Peplau θεωρούσε ότι, οι σχέσεις νοσηλευτών - ασθενών πρέπει να περάσουν από τρεις φάσεις για να είναι επιτυχημένες: (α) προσανατολισμός, (β) εργασία και (γ) τερματισμός. Επίσης πίστευε ότι, οι νοσηλευτές παίζουν σημαντικό ρόλο στη βοήθεια των ανθρώπων στο να μειώσουν το άγχος τους και ότι, οι αμοιβαίες σχέσεις επηρεάζουν σημαντικά τα αποτελέσματα της φροντίδας. (Penckofer, et al., 2011). Η σχετική βιβλιογραφία έχει περιγράψει, με την βοήθεια της συμμετοχικής/ άμεσης παρατήρησης, τη σχέση μέσω της οποίας οι φροντιστές φέρνουν ένα σύνολο από εμπειρίες και πεποιθήσεις στη διαπροσωπική σχέση, ως ένα μέρος της εμπειρίας που απαιτείται για την προώθηση της υγείας τους ασθενούς (Peplau, 1997). Η Peplau πίστευε ότι, τόσο οι νοσηλευτές/ριες όσο και οι ασθενείς έχουν πεποιθήσεις και εμπειρίες που συμβάλλουν στη διαπροσωπική σχέση και η θεωρία των διαπροσωπικών σχέσεων αναπτύχθηκε από την κλινική της εργασία με ψυχικούς ασθενείς (Peplau, 1992). Αναγνωρίζεται έτσι η άποψη του Harry Stack Sullivan, ενός

ψυχαναλυτή που μίλησε για την δημιουργία των διαπροσωπικών σχέσεων και ο οποίος πίστευε ότι οι ψυχικές διαταραχές οφείλονταν συχνά σε ανεπαρκή επικοινωνία (Alanson, 1953). Ο Sullivan πίστευε ότι, το άγχος των ατόμων που αλληλοεπιδρούν καθώς μοιράζονται ένα διαπροσωπικό πεδίο (αντί να ενεργούν ως μονάδες), θα μπορούσε να λειτουργήσει ως δύναμη επιρροής προς μείωση του σε αυτήν τη σχέση. Επίσης το θεραπευτικό περιβάλλον έπρεπε να ληφθεί υπόψη για την αποτελεσματική θεραπευτική αποκατάσταση των ασθενών (Thomas, et al., 2018), (Hagerty, et al., 2017). Για τον Sullivan, ένα «χαρακτηριστικό της προσωπικότητας» ορίζεται ως: (1) τα πράγματα που οι άνθρωποι μπορούν να δουν, (2) να ακούσουν και (3) να αισθανθούν στις σχέσεις τους με άλλα άτομα. Αυτή είναι η πιο θεμελιώδης υπόθεση στη θεωρία προσωπικότητας για τον Sullivan. Με τη διευκρίνιση του για τη παρατηρήσιμη πραγματικότητα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, ο ψυχαναλυτής ισχυρίζεται ότι είναι ένα δυναμικό κέντρο διαφόρων διαδικασιών που συμβαίνουν σε μια σειρά διαπροσωπικών πεδίων. Αυτός ο «δυναμισμός» είναι μια βασική ιδέα στη συνολική θεωρία της προσωπικότητας (Alanson, 1953). Η Perlaui πίστευε ότι, οι νοσηλεύτριες ήταν το κλειδί για την ανάπτυξη του θεραπευτικού περιβάλλοντος. «ανθρώπινο ον, με σεβασμό, ενσυναίσθηση και αποδοχή» (Perlaui, 1992), (Perlaui, 1992).

Μια επιτυχημένη θεραπευτική σχέση δημιουργεί ένα θετικό πλαίσιο ρύθμισης της διάθεσης που ενθαρρύνει την ανάπτυξη σε μία ενστικτώδη νοητική διέξοδο τόσο του θεραπευτή όσο και του πελάτη, που εξελίσσεται σε ένα συνειδητό νόημα. Η σχέση μεταξύ πελάτη και θεραπευτή κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συμμαχίας είναι τόσο ενσυναισθητική όσο και δυναμική, μία σχέση όπου αντιμετωπίζονται τα διαπροσωπικά προβλήματα. Αυτή η ουσιαστική διορθωτική διαπροσωπική εμπειρία με τον θεραπευτή μπορεί να είναι δύσκολη, μια εμπειρία που να περιλαμβάνει την έκφραση τόσο θετικών όσο και αρνητικών συναισθημάτων (Greenberg & Paivio, 1997), (Donnelly, et al., 2011).

**ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ  
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ  
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ -  
ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ  
(BEHAVIORALMANAGEMENT). ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΟΠΤΙΚΕΣ  
ΓΩΝΙΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.**

**Ψυχανάλυση και Ψυχοδυναμική θεραπεία**

Η ψυχανάλυση, που θεμελίωσε ο Sigmund Freud, είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας, που δίνει ιδιαίτερο βάρος στις παιδικές εμπειρίες και στα πρώιμα ψυχικά τραύματα του ατόμου. Για τη κατανόηση του ψυχικού άυλου κόσμου του ατόμου, σημαντικές είναι οι σχέσεις που ανέπτυξε ο καθένας στην πρώιμη του ηλικία (βρεφική – παιδική) με τους γονείς του (κυρίως με την μητέρα) και η λύση ή μη του Οιδιπόδειου Συμπλέγματος.

Η ανθρώπινη συμπεριφορά καθορίζεται κυρίως από ασυνείδητες δυνάμεις, που πηγάζουν από πρωτόγονες ορμές, ένστικτα και ανάγκες πέρα από την κοινή λογική. Ο σχηματισμός της προσωπικότητας του ατόμου είναι αποτέλεσμα μιας σύνθεσης ή ενός συμβιβασμού των ασυνείδητων αυτών δυνάμεων και της πραγματικότητας του εξωτερικού κόσμου που περιβάλλει το άτομο.

Η κλασική θεωρία του Sigmund Freud έχει υποστεί πολλές αλλαγές από τον ίδιο, όμως, οι κεντρικές ιδέες του παρέμειναν σταθερές. Η ψυχανάλυση κυρίως απευθύνεται σε άτομα με διαταραχές προσωπικότητας ή ενδοψυχικές συγκρούσεις. Αυτές οι δυσλειτουργίες προκαλούν διάφορα συμπτώματα και δυσκολεύουν τις σχέσεις του ατόμου μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με τους φίλους του ή στην εργασία του. Επίσης καθιστούν δύσκολη την ικανότητα του να εκφράζεται συναισθηματικά και να εργάζονται δημιουργικά. Ο αναλυτής συναντάται με τον πάσχοντα μερικές φορές την εβδομάδα σε συνεδρίες (3 έως 5 την εβδομάδα) που μπορεί να κρατήσουν αρκετά χρόνια, ανάλογα με την ψυχική εξέλιξη του ασθενή. Από αυτό συνάγεται πως η ψυχανάλυση είναι μια μακροχρόνια θεραπεία που έχει και κάποιο σοβαρό κόστος. Ο ψυχαναλυτής βασίζεται στην εις βάθος διερεύνηση του ασυνειδήτου, με την μέθοδο του ελεύθερου συνειρμού (επιτρέπεται στον ασθενή να

λέει ό,τι του έρχεται στο μυαλό, χωρίς να λογοκρίνει τίποτε). Ο ψυχαναλυτής προσπαθεί να επιτύχει τη λεπτή σύνδεση, με το που θα αναδυθούν/ ξεπροβάλλουν οι παλαιές διαστρεβλώσεις, μεταξύ των λανθανουσών ασυνείδητων συγκρούσεων και των απωθημένων που ο πάσχοντας δεν έχει καταφέρει να οργανώσει για χρόνια πριν.

Το εντατικό πρόγραμμα των συνεδριών «one-on-one» συμβάλλει στη δημιουργία μιας νοερής αναπαράστασης του γραφείου του ψυχαναλυτή ως ενός τόπου όπου ο ασθενής μπορεί να αφηθεί με ασφάλεια, να μιλήσει και να αναπτύξει έναν βαθύ δεσμό. Οι συχνές συναντήσεις ενθαρρύνουν επίσης την εμφάνιση της πλήρως εικονικής αναπαράστασης των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και των προτύπων συμπεριφοράς, ένα σημαντικό βήμα στην πορεία προς την αυτογνωσία. Δεν απαιτείται πλέον η χρήση του καναπέ, ένα συγκεκριμένο χαρακτηριστικό από την εποχή του Φρόιντ. Όμως μερικοί άνθρωποι βρίσκουν ότι η ξαπλωμένη στάση του σώματος τους διευκολύνει για τον ελεύθερο συνειρμό των σκέψεων τους και τους βοηθά να εστιάσουν προς τα «μέσα». Άλλοι βρίσκουν ως καλύτερη εξοικείωση το να έρχονται αντιμέτωποι με τον αναλυτή τους πρόσωπο με πρόσωπο.

Η ψυχανάλυση είναι μια συλλογική προσπάθεια. Καθώς ο ασθενής συνεργάζεται ελεύθερα, ο αναλυτής ακούει προσεκτικά και τον βοηθά να κατανοήσει τις υποκείμενες ασυνείδητες πηγές των δυσκολιών του. Για να ενθαρρύνει αυτήν την ευαισθητοποίηση, ο αναλυτής, όχι μόνο ερμηνεύει τα τρέχοντα πρότυπα (ερμηνείες που ο ασθενής είναι ευπρόσδεκτος να τροποποιήσει ή να απορρίψει), αλλά επίσης ενθαρρύνει τον ασθενή να τα αναβιώσει στην ασφάλεια της συνεδρίας. Στην ψυχαναλυτική γλώσσα, αυτό είναι γνωστό ως «μεταβίβαση». Ο αναλυόμενος ξαναζεί την ιστορία της ζωής του μεταφέροντας στον αναλυτή τα συναισθήματα και τις στάσεις που είχε αρχικά στις σχέσεις του με άλλους ανθρώπους. Για παράδειγμα, μια γυναίκα φτάνει σταθερά με 10 ή 15 λεπτά καθυστέρηση για τα ραντεβού της και ο αναλυτής μαθαίνει ότι, το κάνει επίσης με το αφεντικό και τον σύζυγό της. Εξετάζονται τα συναισθήματα που προκαλεί καθώς μιλά για τους λόγους της καθυστερημένης της άφιξης στον αναλυτή, ίσως συνειδητοποιεί με θυμό προς τον εαυτό της, τις άγραφες αρχές που έχει αποκτήσει από τους γονείς της στα παιδικά της χρόνια ή απλά μπορεί να αρχίσει να συνειδητοποιεί τα κίνητρα και τα θέλω της για να κάνει τους άλλους να την περιμένουν ή να θυμόμουν μαζί της. Υπάρχει πλήρης εχεμύθεια, δηλαδή να διαφυλάττεται μυστικό το περιεχόμενο της συνάντησης, διότι ο αναλυόμενος μιλά για τις πλέον ιδιωτικές και ευαίσθητες πλευρές του εαυτού του. Ο αναλυόμενος αρχίζει να ξεχωρίζει την εξωτερική από την εσωτερική πραγματικότητα και καταλαβαίνει ότι η αιτία της δυσφορίας του δεν είναι πάντα η εξωτερική

πραγματικότητα, αλλά πολλές φορές ο εσωτερικός του ψυχικός κόσμος. Με αυτό το τρόπο αποφορτίζεται και σιγά - σιγά ελευθερώνεται από τις ψυχικές συγκρούσεις. Η ψυχανάλυση μπορεί να βοηθήσει για παράδειγμα εκδηλώσεις όπως «δυσκολεύομαι να βρω έναν κατάλληλο σύντροφο», «ποτέ δεν αισθάνομαι ενθουσιασμένος για τις φιλίες μου» ή «συνεχίζω να λείπω στη δουλειά και να σαμποτάρω την καριέρα μου». Η λιγότερο εντατική ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι πιο κατάλληλη για βραχυπρόθεσμες ανησυχίες, όπως «Είμαι πολύ λυπημένη επειδή το παιδί μου φεύγει για το κολέγιο», εκτός εάν αυτά τα συναισθήματα σχετίζονται με πιο μακροχρόνιες συμπεριφορές. Η Ψυχανάλυση είναι μία μορφή ψυχοθεραπείας όπου αρκετές φορές σε κάποιους ανθρώπους και σε κάποια περίοδο της ζωής τους, μπορεί να επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με άλλες μορφές ψυχοθεραπείας. Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία για παράδειγμα, διευρύνει και τονίζει τη σημασία της εύρεσης των ασυνείδητων κινήτρων και της κατανόησης των ενεργειών και των συναισθημάτων κάποιου. Αντίθετα, οι βραχυπρόθεσμες δομημένες θεραπείες, όπως η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, η οποία είναι εκτός της ψυχαναλυτικής παράδοσης, εστιάζουν στην επίλυση των τρεχόντων συμπτωμάτων και των προβλημάτων συμπεριφοράς, χωρίς απαραίτητα να αναπτύξουν γνώση της προέλευσης τους.

Η ψυχανάλυση μπορεί να μην είναι για όλους. Αλλά πολλές γυναίκες με συναισθηματικές δυσκολίες μπορούν να επωφεληθούν από την ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία - δηλαδή, να συναντηθούν με έναν θεραπευτή μία φορά την εβδομάδα για να συζητήσουν επίπονα συναισθήματα που μπορεί να αποτελούν το βασικό πρόβλημα ή ένα πρότυπο σκέψης ή συμπεριφοράς. Όπως και η ψυχανάλυση, υποθέτει ότι το ασυνείδητο εμπλέκεται και ότι οι προηγούμενες εμπειρίες και σχέσεις μπορούν να επηρεάσουν το παρόν. Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία μπορεί να διαρκέσει από μερικούς μήνες έως αρκετά χρόνια. Τόσο η ψυχανάλυση όσο και η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία μπορούν να συνδυαστούν με φάρμακα και να διαφέρουν στη μορφή της θεραπείας όπως θεραπεία μεταξύ ζευγαριών, ομαδική θεραπεία ή οικογενειακή θεραπεία.

Η αποτελεσματική εκπαίδευση του αναλυτή περιλαμβάνει τέσσερα έως πέντε χρόνια παρακολούθησης μαθημάτων και εποπτευόμενη εργασία με ασθενείς. Επίσης για να είναι επιτυχημένος ένας ψυχαναλυτής πρέπει να υποβληθεί σε ψυχανάλυση ο ίδιος.

Η ουσία του όρου ανθρωπιστική προσέγγιση αναφέρεται στο σύνολο των θεραπευτικών προτάσεων που απορρέουν από ένα φιλοσοφικό φάσμα ιδεών. Ανθρωπιστικές, υπαρξιακές και φαινομενολογικές πορείες ιδεών έχουν παρθεί από φιλόσοφους όπως οι Sartre, Kierkegaard, Heidegger κτλ. και εφαρμόζονται στον πυρήνα των θεραπειών, όπως Προσωποκεντρική, Gestalt, Υπαρξιακές θεραπείες, βασιζόμενες σε 25 έτη έρευνας στην ψυχοθεραπεία (Elliott & Greenberg, 1997). Η συγκέντρωση των παραδόσεων Gestalt, Προσωποκεντρικής και Υπαρξιακής θεραπείας προξενεί μια ξεχωριστή προοπτική για το συναίσθημα ως πηγή σημασίας, κατεύθυνσης και ανάπτυξης. Το πιο βασικό χαρακτηριστικό όλων των προσεγγίσεων είναι η συνάφεια τους με τη φαινομενολογική προσέγγιση:

*«...θεμελιώνεται στην πίστη στην μοναδική ανθρώπινη ικανότητα για στοχαστική συνειδητότητα, και στην πίστη ότι, είναι η ικανότητα που μπορεί να οδηγήσει στον αυτοκαθορισμό και την ελευθερία.»* (Greenberg & Pascual-Leone, 1995, p. 198)

Όπως υποστηρίζουν οι οπαδοί των πρόσωποκεντρικών θεραπειών η τεχνική βασίζεται σε ένα σύνολο βασικών αξιών, τις οποίες προσπαθεί να προωθήσει ο θεραπευτής. Επίσης βασίζεται στην άμεση εμπειρία με τη παρουσία του και την αυθεντικότητα του, καθώς επίσης και στην αυτοδιάθεση της ολότητας των ιδεών και των συναισθημάτων του. Η στήριξη και η κατανόηση αυτών των αξιών έχει γίνει υπό το φως της σύγχρονης θεωρίας συναισθημάτων (Emotion - Focused Therapy), (Greenberg & Safran, 1987), (Greenberg, 2002), (Elliott & Greenberg, 1997). Σύμφωνα με το ιδεολογικό προσανατολισμό των θεραπειών, είναι σημαντικό για τους θεραπευτές να κατανοήσουν τη θεωρία της βιωματικής διαδικασίας (Greenberg, 2002), (Greenberg & Safran, 1987), (Greenberg & Paivio, 1997), η οποία θεωρεί ότι το *συναίσθημα* είναι ουσιαστικά ένα προσαρμοστικό μέσον. Η ικανότητα αυτή εντείνει τη τάση για δυνατότητα επεξεργασίας πολύπλοκων πληροφοριών ή καταστάσεων τελείως ασυνήθιστων και αυτόματων, προκειμένου να παράγει δράσεις κατάλληλες για την κάλυψη σημαντικών οργανικών αναγκών (π.χ. αυτοπροστασία, υποστήριξη). Το συναίσθημα είναι κεντρικό στοιχείο της ανθρώπινης λειτουργίας/δυσλειτουργίας και της ευέλικτης αλλαγής της *συμπεριφοράς*. Επομένως, η εκτίμηση των μορφών της δομής και της ποικιλίας των συναισθηματικών διαδικασιών αποτελεί ουσιαστική βάση για την θεραπευτική πρακτική. Δύο είναι οι βασικές έννοιες της *θεωρίας του συναισθήματος* οι οποίες είναι εξαιρετικά χρήσιμες στον εμπειρικό θεραπευτή: τα *σχήματα των συγκινήσεων* και οι *αντιδράσεις των συναισθημάτων*. Εν



συντομία, τα *σχήματα συγκινήσεων* είναι έμμεσες, ιδιοσυγκρασιακές δομές της ανθρώπινης εμπειρίας που χρησιμεύουν ως βάση για την αυτό-οργάνωση, συμπεριλαμβανομένης της συνείδησης, της δράσης και της ταυτότητας του ατόμου (Greenberg & Paivio, 1997). Συγκεκριμένα, τα ολοκληρωμένα σχήματα συναισθημάτων περιέχουν μια ποικιλία στοιχείων, όπως για παράδειγμα τα στοιχεία - κατάστασης (της σωματικής, της συναισθηματικής, της εννοιολογικής και της δράσης). Η δυσλειτουργία μπορεί να προκύψει όταν λείπει ένα ή περισσότερα από αυτά τα στοιχεία. Ο θεραπευτής βοηθά τους πελάτες να κατανοήσουν και να μεταμορφώσουν τα συναισθήματα τους μέσω προσεκτικής ενσυναισθητικής ακρόασης, παρεμβαίνοντας με υποβλητικές ή εκφραστικές παρατηρήσεις. Οι θεραπευτές βοηθούν επίσης τους πελάτες να προβληματιστούν και να επανεκτιμήσουν τα σχήματα συναισθημάτων και να εκθέσουν τους εαυτούς τους σε πιο προσαρμοστικές συναισθηματικές λύσεις (Greenberg & Paivio, 1997). Ωστόσο δεν είναι όλες οι συναισθηματικές εμπειρίες ίδιες. Τα διαφορετικά είδη συναισθηματικής αντίδρασης απαιτούν διαφορετικές θεραπευτικές παρεμβάσεις (Greenberg & Paivio, 1997), (Greenberg & Safran, 1987). Η εκτίμηση αυτών των *αντιδράσεων συναισθημάτων* απαιτεί στενή ενσυναίσθηση της έκφρασης του πελάτη καθώς και προσοχή στην αντιληπτή κατάσταση στην οποία εμφανίστηκε το συναίσθημα. Κάθε τύπος συναισθηματικής διαδικασίας πρέπει να λειτουργεί με διαφορετικό τρόπο (Greenberg & Paivio, 1997). Τα κύρια προσαρμοστικά συναισθήματα (π.χ., ο θυμός, ως απόκριση σε παραβίαση κάποιου πράγματος) είναι οι πιο άμεσες, χρήσιμες απαντήσεις του ατόμου σε μια κατάσταση. Ως εκ τούτου, είναι καλύτερο για αυτούς να έχουν πρόσβαση και να επιτρέπεται να διαμορφώνουν μια πιο ευέλικτη, προσαρμοστική δράση. Τα δευτερεύοντα αντιδραστικά συναισθήματα (π.χ., ο θυμός, ως απάντηση στον φόβο ή τη θλίψη) είναι η απάντηση του ατόμου σε ένα άλλο, πιο πρωταρχικό συναίσθημα. Απαιτούν επομένως την ενσυναισθητική εξερεύνηση των άλλων, πιο προσαρμοστικών συναισθημάτων που μπορεί να αποτελούν το υπόβαθρο του συναισθήματος που παρουσιάζεται. Τα πρωτογενή δυσπροσαρμοστικά συναισθήματα προκύπτουν άμεσα και βασίζονται σε μια εσφαλμένη αντίληψη της κατάστασης από την προσωπική εμπειρία. Η συναισθηματική απόκριση λειτουργεί εσφαλμένα έτσι ώστε να εμφανίζεται μια διάσπαση της προσοχής και εστίαση σε άλλα πρωταρχικά συναισθήματα, όπως (π.χ. η θλίψη). Η προσωποκεντρική θεραπεία είναι καθοδηγούμενη από την διαδικασία σχεσιακής αμοιβαίας στάσης. Είναι το σημείο αιχμής, το οποίο είναι απαραίτητο για την αποτελεσματική πρακτική της θεραπείας, η οποία βασίζεται σε έναν συγκεκριμένο τρόπο επικοινωνίας με τους πελάτες. Ο θεραπευτής ενσωματώνεται

στο ένα ενιαίο «είναι» και λειτουργεί από κοινού με τον πελάτη, και έτσι ακολουθεί μια καθοδήγηση. Σύμφωνα με τον Rogers, με αυτό τον τρόπο, ο θεραπευτής ακολουθεί το ίχνος της εσωτερικής εμπειρίας του πελάτη του καθώς εξελίσσεται σταδιακά, παραμένοντας ενσυναισθητικός σ' αυτή την επικοινωνία (Rogers, 1957). Η αυθεντική πηγή εμπειρίας είναι ο ενεργός παράγοντας που προσπαθεί να ακολουθήσει για να πιάσει το κάθε νόημα του βιώματος που απασχολεί τον αναλυόμενο. Ο θεραπευτής επιβραβεύει την πρωτοβουλία του πελάτη και προσπαθεί να τον βοηθήσει για να κατανοήσει την κατάσταση του ή να επιλύσει προβλήματα. Ταυτόχρονα ωστόσο, ο θεραπευτής καθοδηγεί τον πελάτη, με την έννοια ότι τον διευκολύνει ενεργά. Η καθοδήγηση δεν σημαίνει ούτε μια διδασκαλία του πελάτη για τον τρόπο πορείας, ούτε μια έτοιμη λύση ή κάποια συμβουλή με την επιβολή. Ο θεραπευτής είναι ένας βιωματικός οδηγός ή προπονητής που γνωρίζει για το «υποκειμενικό έδαφος» και τις συναισθηματικές διαδικασίες του άυλου κόσμου της ψυχής. Η καθοδήγηση της διαδικασίας είναι ο προτιμώμενος όρος για να περιγράψουμε πώς δρα ο θεραπευτής, καθώς εργάζεται πάντα ενεργά προς κάτι με τον πελάτη. Το να ακολουθεί και να καθοδηγεί ταυτόχρονα ακούγεται ως αντίφαση, αλλά οι ανθρωπιστικοί θεραπευτές το βλέπουν ως μια δημιουργική ένταση, μεταξύ δύο σημαντικών πτυχών της θεραπείας. Η καθοδήγηση χωρίς παρακολούθηση είναι αναποτελεσματική και συχνά αντιπαραγωγική προς ένα ικανοποιητικό αποτέλεσμα της θεραπείας, υπονομεύοντας έτσι τις προσπάθειες να βοηθήσουμε τον πελάτη να αναπτυχθεί ως ένα εξουσιοδοτημένο και αυτό-οργανωμένο άτομο με αυτοπεποίθηση. Έτσι, ο θεραπευτής προσπαθεί να ενσωματώσει την παρακολούθηση και την καθοδήγηση, έτσι ώστε η διάκριση συχνά να εξαφανίζεται εντελώς. Παρομοιάζοντας την θεραπεία με έναν χορό στον οποίο ο κάθε σύντροφος ανταποκρίνεται στον άλλο ακολουθώντας και οδηγώντας εναλλάξ. Η βέλτιστη κατάσταση είναι μια ενεργή συνεργασία μεταξύ του πελάτη και του θεραπευτή. Ο θεραπευτής παρακολουθεί συνεχώς την κατάσταση της θεραπευτικής συμμαχίας και τις τρέχουσες θεραπευτικές εργασίες, προκειμένου να κρίνει την καλύτερη ισορροπία ενεργής διέγερσης με ανταπόκριση συντονισμού. Παρ' όλα αυτά, όταν προκύψει μια διαφωνία /διχασμός, ο πελάτης θεωρείται έως εμπειρογνώμονας για τη δική του εμπειρία και ο θεραπευτής πάντα ακολουθεί πιστά την άποψη του. Επιπλέον οι θεραπευτικές παρεμβάσεις προσφέρονται με μη επιβλητικό προσωρινό τρόπο ως εικασίες, προοπτικές, «πειράματα» ή ευκαιρίες, και όχι ως εντολές ή δηλώσεις αλήθειας και όχι σαν δόγμα. Ο θεραπευτής (Empathic Exploratory Response Style) εφαρμόζει αυτήν τη σχεσιακή στάση με συγκεκριμένους όρους ή διερευνώντας ηγείται της συνεδρίας. Ένα βασικό χαρακτηριστικό του εμπειρικού μοντέλου είναι μια εμφανής συγκεκριμένη

θεραπευτική τεχνική εκμείωσης κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Σε αυτό το μοτίβο η απόκριση είναι η ενσυναίσθηση, ενώ είναι αρκετά διαφορετικό από τις μη εμπειρικές προσεγγίσεις και είναι τόσο χαρακτηριστικό που μια συνεδρία μπορεί γενικά να αναγνωριστεί ως εμπειρική διαδικασία απλά ακούγοντας την για λίγα λεπτά. Με ένα τρόπο εκμείωσης ο θεραπευτής, εξερευνώντας ταυτόχρονα, επικοινωνεί μέσω της ενσυναίσθησης και ενθαρρύνει την ενδοσκοπική εξερεύνηση από τον ασθενή. Συνήθως, αυτό το τέχνασμα χρησιμοποιεί μια διερευνητική προσέγγιση για να πετύχει μια θεραπευτική απόκριση που να είναι ενεργή, αφοσιωμένη, και συχνά υποβλητική και εξαιρετικά εκφραστική. Αλλά ταυτόχρονα ενσυναισθητική και δοκιμαστική, ακόμη και μερικές φορές σκόπιμα ασταθής. Τα θεραπευτικά τεχνάσματα προσπαθούν να μοντελοποιήσουν και να προωθήσουν την ενδοσκοπική εξερεύνηση του πελάτη για την αισθητή εμπειρία του. Η παρουσία/αυθεντικότητα στη σχέση θεραπευτή - πελάτη βασίζεται στις ανθρώπινες διαδικασίες προσκόλλησης, στις οποίες η επαφή και η ασφάλεια επιτρέπουν την εμφάνιση νέας εμπειρίας και ο ανοιχτός διάλογος μεταξύ του πελάτη και του θεραπευτή ενθαρρύνει την επικοδομητική αλλαγή του πελάτη.

### **Γνωσιακή και Συμπεριφορική Προσέγγιση και εφαρμογή στη θεραπεία CBT**

Η σημασία των γνωστικών και συμπεριφορικών διαδικασιών σε ψυχολογικές διαταραχές έχει αναγνωριστεί από καιρό από κλινικούς και ερευνητές. Ως αποτέλεσμα της έρευνας των Pavlov (Pavlov, 1927), Watson & Rayner (Watson & Rayner, 1920), Skinner (Skinner, 1953) και πολλών άλλων, ο ρόλος των συμπεριφορικών διαδικασιών, όπως οι απρόβλεπτες προϋποθέσεις και η ενίσχυση, αναγνωρίστηκαν ευρέως. Αυτή η προοπτική οδήγησε σε μια σειρά θεραπειών και τεχνικών που έγιναν γνωστές συλλογικά ως θεραπεία συμπεριφοράς. Η αναγνώριση των περιορισμών της θεραπείας συμπεριφοράς στη θεραπεία ορισμένων ομάδων πελατών άφησε το πεδίο αρκετά ανοιχτό και δεκτό στις νέες ιδέες κλινικών ερευνητών όπως ο Aaron T. Beck (Beck, 1976) και ο Albert Ellis (Ellis, 1962). Οι Beck και Ellis είχαν μια κοινή πρόταση ότι, οι γνωστικές διαδικασίες, συμπεριλαμβανομένων των μη βοηθητικών πεποιθήσεων, της παράλογης σκέψης και της παραμορφωμένης αντίληψης, ήταν ζωτικής σημασίας για την κατανόηση και τη θεραπεία ψυχολογικών διαταραχών. Αυτές οι ιδέες οδήγησαν στη γέννηση της γνωστικής θεραπείας. Κατά τα επόμενα χρόνια, οι κλινικοί γιατροί και οι ερευνητές

έχουν συνδυάσει τις δύο προσεγγίσεις στη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία ή έχουν ασκήσει ξεκάθαρες μορφές θεραπείας συμπεριφορική είτε γνωστική θεραπεία.

Η CBT, είναι μια κοινή μορφή θεραπείας ομιλίας που αποσκοπεί να μετατρέψει τη συμπεριφορά σε πιο ορθολογική. Σε αντίθεση με κάποιες άλλες θεραπείες, το CBT προορίζεται συνήθως ως βραχυπρόθεσμη θεραπεία, που διαρκεί από μερικές εβδομάδες έως μερικούς μήνες για να εμφανιστεί ένα αποτέλεσμα. Αν και το παρελθόν είναι σίγουρα σημαντικό για την ψυχική πορεία του ατόμου, η CBT επικεντρώνεται για την επίλυση των τρεχόντων προβλημάτων στο παρόν, στο εδώ και τώρα. Για παράδειγμα, το CBT επισημαίνει πώς οι αρνητικές σκέψεις μπορούν να οδηγήσουν σε αρνητικά συναισθήματα και ενέργειες. Αλλά, εάν διαμορφώσουμε τις διαστρεβλωμένες σκέψεις, μπορεί να οδηγηθούμε σε πιο θετικά συναισθήματα και ορθολογικές συμπεριφορές. Η θεωρία στην οποία βασίζεται η γνωστική ψυχοθεραπεία έχει ως επίκεντρο την άποψη ότι, δεν ευθύνονται τα γεγονότα (ερεθίσματα) για οτιδήποτε μας συμβαίνει αλλά, οι ιδέες μας για αυτά ή ο τρόπος σκέψης. Η εσωτερική νοητική κατασκευή του εξωτερικού κόσμου επιδρά στη συμπεριφορά μας. Για να επιτύχουμε να κατανοήσουμε τη συμπεριφορά μας, οφείλουμε να μη περιοριστούμε μόνο στα γεγονότα, αλλά να μελετούμε τον τρόπο με τον οποίο αυτά μεταφράζονται στο γνωστικό μας σύστημα. Περιγραφικά θα λέγαμε για την αναπαραστατική απεικόνιση ότι είναι σαν να βλέπουμε τον ίδιο πολύτιμο λίθο αλλά από διαφορετική οπτική γωνία. Ανάλογα με το ζήτημα που αντιμετωπίζει το άτομο και τους στόχους του, υπάρχουν διάφοροι τρόποι προσέγγισης της CBT. Όποια και αν είναι η προσέγγιση του θεραπευτή, θα περιλαμβάνει τον προσδιορισμό συγκεκριμένων προβλημάτων ή ζητημάτων στην καθημερινή ζωή. Πρέπει να γίνει συνειδητοποίηση των μη παραγωγικών προτύπων σκέψης και το πώς μπορούν να επηρεάσουν τη ζωή του ατόμου, να γίνει εντοπισμός της αρνητικής σκέψης και της αναδιάρθρωσης της, με τρόπο έτσι ώστε να αλλάζει το πως αισθάνεται το άτομο και να μαθαίνει νέες συμπεριφορές και πρακτικές. Ακολουθεί μια ματιά σε μερικές από τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη CBT, τι είδους ζητήματα αντιμετωπίζουν και τι να περιμένετε από τη CBT. Η βασική αρχή πίσω από τη CBT είναι ότι, τα πρότυπα σκέψης μας επηρεάζουν τα συναισθήματα, τα οποία, με τη σειρά τους, μπορούν να επηρεάσουν τις συμπεριφορές μας. Ο θεραπευτής θα πρέπει να διδάξει πώς να γίνει η αλλαγή που πιθανόν θα εφαρμοσθεί ανά πάσα στιγμή σε περίπτωση απειλής.

Παρά το γεγονός ότι, δεν υπάρχει μια ενιαία θεωρία ή θεραπεία, υπάρχουν κάποιες κοινές βασικές υποθέσεις που τις μοιράζονται όλες οι προσεγγίσεις στο γνωσιακό μοντέλο.

Η *γνωσία* θεωρείται ως οποιοδήποτε ψυχολογικό φαινόμενο μεσολαβεί μεταξύ του ερεθίσματος και της ανταπόκρισης. Με άλλα λόγια είναι οι σκέψεις μας και ο τρόπος που συλλέγουμε τις νοητικές εικόνες, τις απόψεις ή τις ιδεολογίες για τον καθορισμό των συναισθημάτων και των συμπεριφορών μας. Έτσι εκδηλώνεται ένα ενδιαφέρον γι' αυτά που λένε, σκέφτονται ή αισθάνονται οι άνθρωποι κάτω από συγκεκριμένες καταστάσεις. Οι γνωσίες που εξετάζονται είναι συγκεκριμένες και ειδικές για κάθε περίπτωση, αν και αναγνωρίζεται πάντα η σημασία μερικών γενικευμένων προσδοκιών και πεποιθήσεων. Η ψυχοπαθολογία θεωρείται ότι, προκύπτει από διαστρεβλωμένες, λανθασμένες δυσπροσαρμοστικές γνωσίες οι οποίες αφορούν τον εαυτό μας, τους άλλους και τα γεγονότα που συμβαίνουν γύρω μας. Οι διαφορετικές μορφές παθολογίας πιστεύεται ότι απορρέουν από διαφορετικές γνωσίες ή τρόπους επεξεργασίας πληροφοριών. Οι ελαττωματικές, δυσπροσαρμοστικές γνωσίες οδηγούν σε προβληματικά συναισθήματα και συμπεριφορές που με τη σειρά τους οδηγούν σε άλλα τέτοια και σαν σύνολο σε βάθος χρόνο δημιουργείται το πρόβλημα.

Τα *σχήματα* είναι αποταμιευμένο υλικό γνώσης που δημιουργούνται κατά την παιδική ηλικία και τροποποιούνται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Καταθέτουν κεντρική θέση στο γνωσιακό σύστημα και μας αντιπροσωπεύουν. Είναι σταθερά γνωστικά πρότυπα που αποτελούν τη βάση των ερμηνειών που κάνει το άτομο σε διάφορες καταστάσεις. Επίσης αντικατοπτρίζουν τις πεποιθήσεις μας για κεντρικές έννοιες όπως είναι ο «εαυτός», ο «κόσμος» και οι άλλοι. Η γνώση που εμπεριέχεται σ' ένα σχήμα είναι αυτόχθονη ή αυτόνομη (Generic) και αποτελείται από τυποποιημένες αναπαραστάσεις επαναλαμβανομένων γεγονότων ή φαινομένων. Περιγραφικά θα μπορούσαμε να ορίσουμε τα σχήματα ως κέντρο του *γνωσιακού χάρτη*. Εξωτερικά των σχημάτων είναι οι πεποιθήσεις, οι οποίες με τη σειρά τους έχουν διαβαθμιστεί από σημαντική εμπειρία και στο εσωτερικό τους είναι οι αυτόματες σκέψεις ή σιωπηρές πεποιθήσεις. Σύμφωνα με τα παραπάνω τα σχήματα εαυτού ορίστηκαν από γνωσιακές γενικεύσεις προερχόμενες από τη παρελθούσα εμπειρία, οι οποίες οργανώνουν και καθοδηγούν τον εαυτό με την επεξεργασία πληροφοριών. Με αυτή

τη λογική σε περίπτωση αποδιοργάνωσης του πύρινα των σχημάτων, δύναται να δημιουργηθεί ένας κύκλος αυτοπραγμάτωσης-επιτεύγματος, όπου τα άτομα λειτουργούν με στόχο να διατηρούν και να επιβεβαιώνουν τις διαστρεβλωμένες τους πεποιθήσεις. Εάν επιθυμεί ο αναλυτή να παρέμβει στο γνωστικό χάρτη, για να πετύχει ένα αποτέλεσμα, θα πρέπει να επέμβει από έξω προς μέσα.

Τα ανθρώπινα όντα οργανώνουν τις πληροφορίες από τις εμπειρίες του εαυτού για τον κόσμο και για τους άλλους σε αυτό που ο Epstein ονόμασε «*προσωπικές θεωρίες της πραγματικότητας*»<sup>7</sup> (Epstein, 1985). Μια σημαντική υπόθεση της θεωρίας είναι ότι ο ανθρώπινος νους είναι τόσο συγκροτημένος που τείνει να οργανώνει την εμπειρία σε εννοιολογικά συστήματα. Ο ανθρώπινος εγκέφαλος δημιουργεί συνδέσεις μεταξύ γεγονότων, οι συνδέσεις έπειτα αναπτύσσουν ένα οργανωμένο σύστημα κατασκευών διαφορετικής τάξης βαρύτητας (το ορθολογικό και το βιωματικό) που είναι τόσο διαφοροποιημένο όσο και ολοκληρωμένο. Εκείνες στο ορθολογικό σύστημα αναφέρονται ως πεποιθήσεις και εκείνες στο βιωματικό σύστημα ως σιωπηρές πεποιθήσεις ή, εναλλακτικά, ως σχήματα. Τα σχήματα, τα οποία αποτελούν τα δομικά στοιχεία της σιωπηρής θεωρίας της πραγματικότητας στο βιωματικό σύστημα, αποτελούνται κυρίως από γενικές παραδοχές που προέρχονται από συναισθηματικά σημαντική εμπειρία του παρελθόντος. Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι, αυτά τα εννοιολογικά σχήματα υποτίθεται ότι, είναι οργανωμένα σε ένα συνολικό προσαρμοστικό σύστημα και δεν είναι απλά απομονωμένες, αποσπασμένες κατασκευές. Επομένως, επηρεάζουν και επηρεάζονται από άλλες κατασκευές του συστήματος. Τα αποδεικτικά στοιχεία που πιστοποιούν αυτή την υπόθεση είναι, ένα συνολικό οργανωμένο εμπειρικό σύστημα που παρέχεται από τη συνεκτική, πολύπλοκη και σαφώς ολοκληρωμένη συμπεριφορά των ζώων παρ' όλο που δεν έχουν ορθολογικό σύστημα. Επίσης από την ευαισθησία του βιωματικού συστήματος τόσο στον άνθρωπο όσο και στο ζωικό βασίλειο όπου θα μιλούσαμε για μια πλήρη κατάρρευση (αποδιοργάνωση) μετά από ασύμφωρες για το σύστημα συναισθηματικά σημαντικές εμπειρίες. Ωστόσο, μια κρίσιμη πτυχή της σχέσης (μεταξύ της αυτοεκτίμησης και της κοσμοθεωρίας) στο ορθολογικό σύστημα του ανθρώπινου νου, περιλαμβάνει και μια ισχυρή σύγκρουση. Από τη μία πλευρά, η κύρια λειτουργία αυτών των θεωριών είναι πως ο ανθρώπινος νους πρέπει να βγάλει ένα νόημα για τον «εαυτό» από το χάος της ζωής. Μόλις εδραιωθούν οι θεωρίες δημιουργείται μια βάση για σταθερότητα, πράγμα που σημαίνει ότι, το άτομο εργάζεται σκληρά για να τα διατηρηθεί σε ισορροπία. Σε μια πιθανή αλλαγή, το

---

<sup>7</sup> Cognitive-Experiential Self-Theory

σύστημα αντιστέκεται επειδή μπορεί να αποσταθεροποιηθεί. Η αποσταθεροποίηση ενός μέρους του συστήματος επηρεάζει πολλά άλλα μέρη, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε διαταραχή της λειτουργικότητας. Έτσι, τα συναισθήματα όπως απώλεια αυτοεκτίμησης, καθίστανται σημαντικά σε αυτό το σύστημα και είναι ιδιαίτερα οδυνηρά. Τα συναισθήματα αποτελούν έναν ισχυρό μηχανισμό προειδοποίησης που βοηθά στην ευελικτοποίηση της προσαρμογής σε πιθανές συναισθηματικές διαταραχές. Το άγχος που ενέχει απειλή για την αυτοεκτίμηση, για παράδειγμα, μας παρακινεί να αποφύγουμε ή να καταπολεμήσουμε τον κίνδυνο και να διατηρήσουμε την αίσθηση της αξιοπιστίας για τη ταυτότητα μας. Καθώς η συμπεριφορά καθορίζεται συνήθως από τις ασυνείδητες πεποιθήσεις, η πρόβλεψή της έχει περιορισμένη αξία εφαρμογής. Ο Beck διαπίστωσε ότι, τα συμπτώματα της κατάθλιψης μειώνονται όταν το άτομο που πάσχει, μαθαίνει να εντοπίζει τις διαστρεβλωμένες αυτόματες σκέψεις και να τις αντικαθιστά με πιο ρεαλιστικές. Ο όρος «ρεαλιστική σκέψη» αφορά στην επεξεργασία του συμβάντος χωρίς αυτή να αποτελεί δυσλειτουργική γνώση. Έτσι, η ρεαλιστική σκέψη δεν έχει πάντα σχέση με την αντικειμενικότητα. Η λέξη «πρόβλημα» στο γνωσιακό μοντέλο δεν αντιπροσωπεύει σε καμιά περίπτωση το σύμπτωμα, αλλά το συγκεκριμένο τρόπο με τον οποίο το άτομο έχει μάθει να λειτουργεί σε κάποιες περιστάσεις.

Στη γνωσιακή θεωρία δίστανται οι απόψεις για το αν προηγείται η σκέψη του συναισθήματος ή το αντίστροφο. Μια πληροφορία πρώτα αξιολογείται νοητικά έστω και αμυδρά και έπειτα προκαλεί μια συναισθηματική αντίδραση. Η ερώτηση είναι εάν αυτή η αντίδραση είναι άμεση και αυτόματη ή προηγείται οποιαδήποτε άλλη σκέψη. Στην κλινική πράξη ωστόσο θεωρείται ότι, προηγείται η σκέψη του συναισθήματος γιατί απλώς είναι ευκολότερο να παρέμβεις σε αυτή και με τη τροποποίηση της, εκ των υστέρων να στοχεύσεις στο συναίσθημα.

Η γνωσιακή θεραπεία περιλαμβάνει μια συνεργατική προσπάθεια θεραπευτή - ασθενούς, ώστε να καθορίσουν μαζί ποιες διαστρεβλωμένες αυτόματες σκέψεις, δυσπροσαρμοστικές γνώσεις δημιουργούν το σφάλμα και στη συνέχεια να τις αντικαταστήσουν με άλλες πιο ρεαλιστικές και προσαρμοστικές. Η θεραπευτική προσέγγιση είναι ενεργητική, δομημένη και επικεντρωμένη στο παρόν. Όταν οι ασθενείς αποκτούν εμπειρία στην αντικατάσταση των διαστρεβλωμένων σκέψεων μειώνεται η πιθανότητα να ξαναδημιουργηθούν συναισθηματικά επεισόδια. Ο θεραπευτής τείνει, όχι απλώς να εφαρμόσει την γνώση του αλλά και να μεταδώσει την τέχνη στο θεραπευόμενο έτσι ώστε να μπορεί να τη χρησιμοποιήσει στον εαυτό του. Πρώτη δεξιότητα στην οποία εκπαιδεύεται ο θεραπευόμενος είναι, να εντοπίσει

τις αυτόματες σκέψεις. Αρχικά καλείται να στρέψει την προσοχή του στις σκέψεις - εικόνες, οι οποίες θεωρούνται αυτονόητες ή αυτόματες και να κατανοήσει την διαφορά από τα συναισθήματα. Η καταγραφή των αυτόματων σκέψεων είναι το κλειδί για τη πρόσβαση στο γνωστικό χάρτη. Υπάρχει μια μικρή ομάδα ανθρώπων που δεν μπορούν να εντοπίσουν τις αυτόματες σκέψεις τους, ούτε να τις διαχωρίσουν από τα συναισθήματα τους. Στην περίπτωση αυτή το άτομο πρέπει να προβεί σε μια άλλη θεραπεία.

Σε αντίθεση με άλλες προσεγγίσεις, οι γνωσιακές προσεγγίσεις δεν θεωρούν σημαντικό το ασυνείδητο, παρά μόνο στο βαθμό εκείνο που οι ασθενείς μπορεί να μην έχουν επίγνωση των επαναλαμβανόμενων συνηθισμένων τρόπων σκέψεων για τον εαυτό τους και τη ζωή. Επιπλέον δίνεται έμφαση στην αλλαγή συγκεκριμένων προβληματικών πεποιθήσεων αντί για τη γενική αλλαγή της προσωπικότητας. Αφού η ικανότητα καταγραφής των αυτόματων σκέψεων εξασκηθεί, εξακολουθεί μια αμοιβαία συνεργασία όπου ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος είναι σε θέση να εξάγουν έργο με γενικά συμπεράσματα και να εντοπίζουν τις πυρηνικές πεποιθήσεις των σχημάτων. Έτσι στην συνέχεια μπορούν να ανακαλυφθούν τα διεργασιακά λάθη τα οποία οδηγούν στην ανεπιθύμητη συμπεριφορά.

Οι στόχοι όλων των γνωσιακών προσεγγίσεων είναι οι εξής: Να ενημερωθούν οι ασθενείς για τη φύση της ασθένειάς τους και να διδαχθούν τεχνικές για ανάκτηση της αυτοπεποίθησης τους. Επίσης να μάθουν οι ασθενείς να αναγνωρίζουν τις αρνητικές αυτόματες σκέψεις τους και να προβούν σε συνδυασμό θεραπευτικών τεχνικών, ανάλογα με τη φύση του προβλήματος.

#### *Διεργασιακά λάθη, διαδικασία καταστολής και παραποίησης*

Μέσω των γνωστικών διεργασιών και παραποιήσεων αποκαλύπτεται ο τρόπος με τον οποίο το υλικό της παρελθούσης εμπειρίας (σχήματα) εξαιτίας του γεγονότος ότι έρχεται αντιμέτωπη με εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα «μετατρέπεται» σε γνωσιακή δραστηριότητα άμεσης εμπειρίας (σκέψεις, εικόνες), συναισθήματα, συμπεριφορές. Μελετώντας τη συμπεριφορά του ατόμου, λαμβάνουμε αυτόματα πολλές πληροφορίες για το είδος των χρησιμοποιούμενων γνωσιακών διεργασιών. Με τη διερεύνηση αυτή που αποκομίζει τους γενικούς κανόνες που διέπουν συγκεκριμένες συμπεριφορικές, νοητικές δραστηριότητες, όπως ακριβώς μιλάμε για



δυσλειτουργικές ή δυσπροσαρμοστικές σκέψεις, εικόνες και σχήματα, έτσι μπορούμε να μιλήσουμε και για δυσπροσαρμοστικές γνωσιακές διεργασίες.

Με βάση τις γνωσιακές διεργασίες ορίζονται οι γνωσιακές παραποιήσεις ή τα διεργασιακά λάθη. Δεν είναι τίποτα άλλο από τις δυσλειτουργικές γνωσιές που προέρχονται από λανθασμένη μάθηση και λανθασμένα συμπεράσματα, που μπορεί να έχουν τις ρίζες τους σε εμπειρίες από την οικογένεια, το ευρύτερο συγγενικό και κοινωνικό περιβάλλον και τις προσωπικές εμπειρίες που έχει αποκτήσει το άτομο. Θα ερμηνεύει ό,τι ακούει για τον εαυτό του ως αρνητικό, ακόμα και όταν είναι θετικό. Έξι από τα γνωσιακά - διεργασιακά λάθη διαπίστωσε ο Beck (Beck, 1976) ενώ ο Berns το 1980 τα συμπλήρωσε στα εξής 10:

- ✓ *Διπολική σκέψη*: είναι η ιδέα/πεποίθηση η οποία δεν αποδέχεται τις ενδιάμεσες «αποχρώσεις» περιγραφικά. Για παράδειγμα χαρακτηρίζοντας τα γεγονότα έως «άσπρο – μαύρο» ή «καλό – κακό».
- ✓ *Υπεργενίκευση*: είναι αρκετό ένα και μόνο δυσάρεστο συμβάν για να παρακινήσει μια καταστροφική αλυσίδα σκέψεων όπως «πάντα», «ποτέ», «τίποτα» κτλ.
- ✓ *Νοητικό φίλτρο*: είναι αρκετό ένα αρνητικό στοιχείο για να παρουσιαστεί όλη η κατάσταση «αποτυχίας» για όλο το υπόλοιπο χρονικό διάστημα παρόλο που μπορεί να είναι κάτι ασήμαντο και μικρό.
- ✓ *Παραγνώριση θετικών*: είναι όταν το άτομο επικεντρώνεται στα αρνητικά γνωρίσματα και μετριάζει τα θετικά.
- ✓ *Αυθαίρετο συμπέρασμα*: χωρίς να υπάρχουν κάμποσες ενδείξεις το άτομο βγάζει συμπεράσματα που συνήθως απέχουν από τη πραγματικότητα.
- ✓ *Μεγιστοποίηση ή ελαχιστοποίηση*: η σημασία των πραγμάτων εκτιμάται δυσανάλογα σε σχέση με την πραγματικότητα. Για παράδειγμα ελαχιστοποίηση της σημασίας μιας καλής πράξης να παραχωρήσεις τη θέση σου στα μέσα μαζικής μεταφοράς σε έναν ηλικιωμένον.
- ✓ *Συναισθηματική συλλογιστική (λογική)*: το άτομο βγάζει συμπέρασμα σχετικά με τη συναισθηματική του κατάσταση εκείνη τη στιγμή, συνήθως με αρνητικό πρόσημο.
- ✓ *Πρέπει...:* το άτομο συμπεριφέρεται με βάση απόλυτους κανόνες, που όταν απευθύνονται προς τον «εαυτό» προκαλούν ενοχές, ενώ απευθυνόμενοι προς άλλους θυμό.
- ✓ *Εσφαλμένη πληροφόρηση*: μια τυχαία ενέργεια εκλαμβάνεται ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας «σαν ταμπέλα που την χαρακτηρίζει».

- ✓ *Προσωποποίηση*: παραγνωρίζονται οι εξωτερικοί παράγοντες που επηρεάζουν μια δυσάρεστη κατάσταση, και η ευθύνη για το πρόβλημα αποδίδεται στον εαυτό. Για παράδειγμα έγινε μπουτιλιάρισμα στο κέντρο επειδή εγώ σήμερα αποφάσισα να πάω σ' εκείνο το εστιατόριο για να κάνω μια νέα αρχή στη σχέση μου.

### *Στάδια Γνωσιακής Θεραπείας*

Η εισαγωγή ενός ασθενή στη διαδικασία της θεραπείας, προφανώς ενδέχεται να τηρεί κάποιες προϋποθέσεις όπως: α) έλεγχο της διαταραχής κατά DSM5 (Sadock, et al., 2004) και β) έλεγχος εάν η γνωσιακή θεραπεία είναι κατάλληλη για την θεραπευτική παρέμβαση, τουλάχιστον στοιχειώδης πρόσβαση στις αυτόματες σκέψεις του αναλυόμενου. Στη συνέχεια ακολουθεί μια *αξιολόγηση* που λαμβάνει χώρα σε κλινικό, συμπεριφορικό και γνωσιακό επίπεδο. Είναι πληροφορίες σχετικά με το πως εκδηλώθηκε η διαταραχή και τα ερεθίσματα που προηγήθηκαν στο *συμπεριφορικό* κομμάτι. Το *κλινικό* δεν διαφέρει πολύ από της άλλες προσεγγίσεις, είναι μια επικέντρωση στα συμπτώματα, διαφοροδιάγνωση εάν δεν είναι κάτι σωματικό που παρουσιάζει τα ίδια συμπτώματα και χρειάζεται ιατρική παρέμβαση. Στο *γνωσιακό* συλλαμβάνουμε τις γνωσίες που μεσολαβούν μεταξύ ερεθίσματος και της απόκρισης (συμπεριφορά), επίσης τα διεργασιακά λάθη που τις χαρακτηρίζουν. Επικεντρώνεται η ερμηνεία στον αναλυόμενο σχετικά με το ψυχικό επεισόδιο και τι το προκάλεσε. Ένα συμβάν ή μια επαναλαμβανόμενη κατάσταση που κάθε φορά δίνει ώθηση στο να εμφανιστούν οι αυτόματες σκέψεις, συναισθήματα, σωματικές εκδηλώσεις και λάθος συμπεριφορές. Στην συνέχεια ακολουθεί η *εξοικείωση* σε δυο διαστάσεις, τη *γενική*, που είναι μια απλή εξήγηση των πραγμάτων όπως θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε με τον συλλογισμό «*δεν μας βλάπτουν τα πράγματα αλλά οι ιδέες μας για αυτά*». Επίσης πρέπει να εφαρμοσθούν σαφείς όροι και έννοιες που χρησιμοποιεί η γνωσιακή προσέγγιση στοχεύοντας, εκεί που αποσκοπεί γενικά για να «δέσει η συνεργασία». Η *ειδική* εξοικείωση έχει να κάνει με την συγκεκριμένη διαχείριση της διαταραχής του αναλυόμενου. Πως αυτή αναλύεται γνωσιακά και πως δομείται ο θεραπευτικός σχεδιασμός.

Στη συνέχεια καλείται ο αναλυόμενος για την *αυτορρύθμιση* μιας ουσιώδους παρατήρησης του εαυτού (σκέψεις, συναισθήματα, συμπεριφορές κτλ.). Να περιγράψει μια αυτοπαρατήρηση, ακολουθώντας μια μεθοδικότητα που προτείνει ο αναλυτής. α) *αυτοσκιαγράφηση* είναι κείμενο στο τρίτο ενικό πρόσωπου που γράφει ο

αναλυόμενος αυτοπεριγραφή, εκφραζόμενος σαν να μιλάει για έναν πολύ καλό του φίλο. β) *ημερολόγιο* λεπτομερής καταγραφή των δραστηριοτήτων. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη τεχνική σε περιστατικά κατάθλιψης, που διερευνά τη βαρύτητα κάθε περίπτωσης. Έτσι διευκολύνει τον αναλυτή να εντάξει «homework» και δραστηριότητα για να παραχθεί το υποσχόμενο αποτέλεσμα. γ) τα τέσσερα σίγμα «Σ» τα αρχικά γράμματα των λέξεων: σκέψη, συναίσθημα, σωματικά συμπτώματα και συμπεριφορά. (Κουστένη, 2012)

*Πίνακας 1 Τα τέσσερα «Σ» στη μια περίπτωση διαταραχή της διάθεση (κατάθλιψη)*

Γεγονός ή Κατάσταση	Σκέψεις	Συναισθήματα	Σωματικά Συμπτώματα	Συμπεριφορές
Είμαι διαζευγμένη και βρήκα μια φωτογραφία από το γάμο μου	Γιατί χωρίσαμε; Που έκανα λάθος; Είμαι αβοήθητη.	Θλίψη, θυμός με τον εαυτό μου, ανημπόρια.	Αδυναμία, πόνος στο στομάχι, έλλειψη κινήτρου και νοήματος για την ζωή μου.	Κλάμα, έμεινα στο κρεβάτι για το υπόλοιπο απόγευμα.

#### *Συμπεριφορική προσέγγιση και χειρισμοί στην Συμπεριφορική Γνωστική Θεραπεία CBT*

Σύμφωνα με τη συμπεριφορική προσέγγιση δεν αποδίδουμε συμπεριφορές σε προηγούμενες, σημασία έχουν οι αιτίες του ερεθίσματος. Στη γνωστική προσέγγιση, οι δράσεις του ατόμου αποδίδονται στις νοητικές δραστηριότητες όπως η αντίληψη, η φαντασία, οι σκέψεις, τα σχέδια που θεωρούνται οι αιτίες της συμπεριφοράς. Ενώ στην συμπεριφορική προσέγγιση οι λεγόμενες νοητικές δραστηριότητες θεωρούνται συμπεριφορές που προηγούνται άλλων τέτοιων αλλά δεν τις προκαλούν. Οι αιτίες των νοητικών δραστηριοτήτων και η ακόλουθη δράση τείνουν να βρίσκονται σε μια μακροπρόθεσμη αλληλεπίδραση με τον κόσμο που τις περιβάλλει. Η συμπεριφορική θεραπεία είναι κυρίως μια εμπειρική και λειτουργική προσέγγιση με σκοπό την ανάλυση και θεραπεία κλινικών προβλημάτων (Μέλλον, 2007). Η συμπεριφορική θεραπεία χρησιμοποιεί τις αρχές της ανθρώπινης μάθησης, έτσι όπως τις μελέτησε η πειραματική ψυχολογία, με βασικό αξίωμα για τη θεραπεία να επιτευχθούν οι αλλαγές στη συμπεριφορά του θεραπευόμενου, και μετέπειτα να συμβούν στο

γνωσιακό και συναισθηματικό επίπεδο. Το πιο διακριτό σημείο της συμπεριφορικής θεραπείας είναι ο λεπτομερής και ακριβής καθορισμός των στόχων. Η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία προγραμματίζεται σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, εστιάζει κυρίως στα συμβάντα ή στα προβλήματα του παρόντος και επιχειρεί να επηρεάζει την συμπεριφορά του ασθενούς, αλλάζοντας το περιβάλλον (συνήθως σε κοινωνικό και διαπροσωπικό επίπεδο) του. Αναφορικά μιλάμε για μια γενίκευση των επιδράσεων των διακριτικών ερεθισμάτων. Έτσι ένα ουδέτερο ερέθισμα Eo συσχετίζεται με ένα άλλο ερέθισμα Ed με μια συνέπεια στο χρόνο, το οποίο παίρνει θετική / αρνητική ενίσχυση. Τείνει να έχει την ίδια επίδραση (θετική/ αρνητική) στον δέκτη, όταν θα ξανά-εμφανιστεί χωρίς να έχει προηγηθεί το ερέθισμα μηδέν Eo (εξάλειψης). Επίσης γίνεται ανατροπή της διακριτικής λειτουργίας ενός ερεθίσματος και γενίκευση της μέσω της εξάλειψης της ενίσχυσης (το βλέμμα της μητέρας πάνω στο παιδί) σε μια αυτοτραυματιστική συμπεριφορά (σε μια διαταραχή ΔΑΦ). Εξαιτίας της μακροπρόθεσμης αλληλεπίδρασης του ιστορικού ενίσχυσης, θα ακολουθήσει μια ανατροπή (αύξηση αυτοτραυματισμού) και ακολουθεί το διακριτό ερέθισμα (ένα χάδι από τον θεραπευτή). Στην δεύτερη φάση με τη Θεραπευτική ρύθμιση το ίδιο φαινόμενο περιορίζεται σταδιακά αυτή την φορά με την παρουσία της μητέρας για να προβεί στη συνέχεια σε μια γενίκευση (χαλάρωση της έντασης του αυτοτραυματισμού), (Μέλλον, 2007).

Όσον αφορά τις τεχνικές που περιλαμβάνονται στο κομμάτι της συμπεριφορικής προσέγγισης από το αποτέλεσμα γίνεται το πάντρεμα των δυο προσεγγίσεων στη CBT, το οποίο έχει έως κύριο στόχο την ανακούφιση του θεραπευόμενου. Περιγραφικά θα προσομοιάζαμε με «πειράματα» που σχεδιάζονται για να ελέγξουν την ορθότητα των απόψεων - υποθέσεων σχετικά με τον αναλυόμενο. Όταν το αποτέλεσμα διαψεύδει τις αρχικές υποθέσεις η διαδικασία οδηγεί σταδιακά σε μια ανακούφιση του ασθενή. Οι όποιες τεχνικές μπορούν με προσδιορισμό να οργανωθούν ανάλογα με τη διαταραχή:

α) *υπέρπνοια*: είναι η τεχνική που προτείνεται σε περιστατικά όπου λαμβάνει χώρα μια διαταραχή πανικού στην διάρκεια της συνεδρίας. Τότε, συχνά οι πάσχοντες από διαταραχή πανικού εκδηλώνουν ταχυκαρδία που μεταφράζεται έως σύμπτωμα, γεγονός που προκαλεί ένα έντονο άγχος. Αυτή με τη σειρά του εντείνεται σε κάτι που προσομοιάζει ένα καρδιακό επεισόδιο. Ο αναλυτής ζητά από τον πελάτη να παίρνει 2-3 βαθιές ανάσες και να περιγράψει το συναίσθημα που τον κυριεύει εκείνη την στιγμή. Η παρούσα ταχυκαρδία (σύμπτωμα) δεν ευθύνεται για ένα προηγούμενο επεισόδιο, αλλά το ερμηνεύει.

β) Η έκθεση στην θεραπεία έχει ως προορισμό ο θεραπευόμενος να έρθει σε επαφή με το αρνητικό ερέθισμα προκείμενου να αναδιαρθρώσει της ελαττωματικές γνώσεις. Η εκμάθηση διαχείρισης της τεχνικής αυτής αποτελεί από μόνη της θεραπευτική αυτογνωσία.

γ) ημερολόγιο με βαθμολόγηση ευχαρίστησης και ικανοποίησης. Μια τεχνική που χρησιμοποιείται σε διαταραχή της διάθεσης (κατάθλιψη) όπου οι ασθενείς δεν αντλούν ευχαρίστηση από την καθημερινότητα τους και με κάποιο τρόπο θεωρούν τον εαυτό τους «ανίκανο και άχρηστο». Έτσι η εβδομαδιαίως είναι η καταγραφή μια λίστα από δραστηριότητες ευχαρίστησης ή μη ευχαρίστησης .

δ) καταγραφή και έλεγχος της γνωστικής αναδόμησης αυτή η διαδικασία ξεκινά από «έξω προς τα μέσα». Πρώτος στόχος είναι ο αιχμαλωτισμός των αυτόματων σκέψεων, στη συνέχεια ο εντοπισμός των πυρηνικών πεποιθήσεων και στο τέλος τα σχήματα. Έτσι ώστε να πετύχει μια ολοκληρωμένη γνωσιακή αναδιοργάνωση του συστήματος. Από την συστημική καταγραφή των γνώσεων που έχει προηγηθεί σε όλο το διάστημα της θεραπείας υπάρχει πολύ υλικό που αποτελεί εργαλείο ελέγχου και τροποποίησης. Ο αναλυτής στηρίζει την γνώση του σε κάποιες τεχνικές που τον βοηθούν να διαμορφώσει τις επιλεγμένες γνώσεις:

- *ορθολογιστικός χειρισμός*: Θεραπευτής και θεραπευόμενος υποβάλλουν σε λογικό έλεγχο τις γνώσεις του δεύτερου. Μερικά παραδείγματα ερωτήσεων είναι τα εξής: Τι στηρίζει αυτό που λες; Τι ενδείξεις έχεις πως αυτό που ισχυρίζεσαι αληθεύει; Ποια είναι τα υπέρ και ποια τα κατά του να πιστεύεις κάτι τέτοιο; Σε μια κλίμακα από το 1 ως το 100 πόσο το πιστεύεις αυτό; Γιατί δεν το πιστεύεις 100%; Πόσο πιθανό είναι να συμβεί αυτό που υποστηρίζεις;
- *πραγματιστικός χειρισμός*: Εδώ δεχόμαστε ως υπόθεση εργασίας τις γνώσεις του θεραπευόμενου και ελέγχουμε την ευστάθεια του. Λόγου χάρη εάν οι ισχυρισμοί σου είναι σωστοί τι θα σήμαινε αυτό για σένα; Τι συνέπειες θα είχε μια τέτοια εξέλιξη; Είναι πράγματι τόσο καταστροφικό αυτό το σενάριο;
- *νοοκατασκευαστικός χειρισμός*: Με αυτή την προσέγγιση επιχειρείται η μετάφραση ενός γεγονότος με έναν ή περισσότερους διαφορετικούς τρόπους. Ο νοοκατασκευαστικός τρόπος αμφισβήτησης στοχεύει στο να δώσει στο θεραπευόμενο εναλλακτικούς τρόπους ερμηνείας του κόσμου. Ακολουθούν παραδείγματα ερωτήσεων. Αν συνέβαινε σε ένα φίλο σας αυτό που συνέβη σε εσάς τι θα τον συμβουλευάτε να σκεφτεί ή να πράξει; Θα μπορούσατε να αποδώσετε κάπου αλλού αυτό που συνέβη; Σας έτυχε κάτι παρόμοιο ποτέ στο

παρελθόν; Πως αντιδράσατε τότε; Γιατί δεν αντιδράσατε με τον ίδιο τρόπο που αντιδράτε τώρα;

ε) *τερματισμός*: επιχειρείται μια αξιολόγηση με την ανασκόπηση της θεραπείας από την πλευρά του θεραπευόμενου. Η γνωσιακή θεραπεία κατά κύριο λόγο ορίζεται ως μια διαδικασία εκπαίδευσης για μελλοντική αντιμετώπιση και αυτοέλεγχο της κατάστασης από το θεραπευόμενο.

Η αλλαγή του τρόπου σκέψης μπορεί να έχει διαρκή επίδραση στις συναισθηματικές αντιδράσεις κάποιου που έχει βρεθεί αντιμέτωπος με ένα δυσάρεστο γεγονός. Ο αντίκτυπος των σκέψεων στα συναισθήματα έχει αποδειχθεί (σε πειράματα εργαστηρίου) πως η γνωστική επανεκτίμηση που απεικονίζεται στην επανερμηνεία ενός ερεθίσματος ή γεγονότος, μπορεί να αλλάξει αποτελεσματικά τη συναισθηματική απόκριση, όπως αξιολογείται μέσω υποκειμενικών αναφορών καθώς και αυτόνομης διέγερσης. Το CBT είναι μια πολύπλοκη κλινική θεραπεία που περιλαμβάνει όλα αυτά τα συστατικά μέρη για μια γνωστική αναδιάρθρωση. Η γνωστική αναδιάρθρωση είναι παρόμοια με τη γνωστική επανεκτίμηση όπου οι ασθενείς καλούνται να ερμηνεύσουν ξανά τα αρνητικά ερεθίσματα. Κλινικές μελέτες έχουν αποδείξει τις μόνιμες αλλαγές της CBT στο πλαίσιο των διαταραχών της διάθεσης (Krupnick, et al., 1996), (Arnou, et al., 2013) και του άγχους συμπεριλαμβανομένων της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής ενηλίκων (White, et al., 2019), (Shurick, et al., 2012) και στην παιδική ηλικία (Creed & Kendall, 2005), (Kendall, et al., 2009). Η CBT στοχεύει στη μείωση του άγχους και άλλων αρνητικών συναισθημάτων ενθαρρύνοντας τους ασθενείς να εντοπίσουν παράλογες σκέψεις και να τις τροποποιήσουν με προσαρμοστικές αντιδράσεις αντιμετώπισης, στοχεύοντας συγκεκριμένα σε κάθε τομέα δυσλειτουργίας με περίοδο διάρκειας 12 και 24 εβδομαδιαίων συνεδριών. Η CBT έχει αποδειχθεί ότι είναι μια αποτελεσματική τεχνική για τη θεραπεία μιας ποικιλίας διαταραχών και έχει διαρκή αποτελέσματα στη ρύθμιση του άγχους. Η ερευνητική ερώτηση θα ήταν πώς μπορούν και διατηρούνται οι αρνητικές προσδοκίες του ασθενούς, έτσι ώστε οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και οι αναμνήσεις του παρελθόντος να περιπλέκουν μια ξεχασμένη ιστορία και να επηρεάσουν την αρνητική του σκέψη. Αυτό έχει ως συνέπεια να αποκτήσει μια κοινωνική ταπείνωση, ένα εκφοβισμό, καθώς και μια εξαιρετικά παραμορφωμένη αυτοεικόνα. Με αποτέλεσμα οι αρνητικές προσδοκίες να είναι πολύ πιο ζωντανές και ζωντανές και πιο εύκολα προσιτές (προσβάσιμες), με συνέπεια τη πιθανή διαστρέβλωση πορείας και την τακτική επανάληψη των μελλοντικών κοινωνικών γεγονότων σε αρνητική κατεύθυνση (π.χ. η κρίση του ότι η κοινωνική

ταπείνωση είναι εξαιρετικά πιθανή). Αυτό το μεροληπτικό προσδόκιμο θα επηρεάσει τη συμπεριφορά του και τη διάθεση του και είναι πιθανό να επηρεάσει την αντίληψη του για τη συν-διακύμανση και τα μοτίβα. Μια τεχνική που αξίζει να εξεταστεί είναι η γνωστική αναδιάρθρωση. Στη γνωστική αναδιάρθρωση, τα άτομα με φοβίες και κρίση πανικού, διδάσκονται να ερμηνεύουν ενεργά τις ανησυχίες που προκαλούν άγχος ενός ερεθίσματος, μειώνοντας έτσι τις αρνητικές συναισθηματικές αποκρίσεις όταν αντιμετωπίζεται το ερέθισμα (Beck, et al., 1985).

### **Το διαφορετικό πρίσμα των προσεγγίσεων (Ψυχανάλυση VS Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία & Ανθρωπιστική) μέσα από την εξήγηση της θεωρίας Προσωπικής Πραγματικότητας (Cognitive-Experiential Self-Theory)**

Σύμφωνα με την *Ψυχανάλυση*, η διαδικασία της καταστολής καταπιεσμένου υλικού, δημιουργείται όταν ο άνθρωπος παράγει αυτόματες σκέψεις ή παρορμήσεις που είναι υπερβολικά ενοχλητικές για να γίνουν αποδεκτές συνειδητά. Με έκβαση, το σχετικό υλικό να διατηρείται δυναμικά σε κατάσταση αδράνειας, λόγω της υποτιθέμενης ισχύος λιβιδινικής ενέργειας που αποσύρεται προς το «Εγώ». Το καταπιεσμένο υλικό στη συνέχεια, στην προσπάθειά του να «εκφρασθεί», εκτελεί μια σύγκρουση με τις δυνάμεις καταστολής και επαναλαμβανόμενης έντασης για τη αντιμετώπιση του. Αυτή η ενέργεια εκδηλώνεται με τη μορφή ψυχοσωματικών συμπτωμάτων ή μέσω των ονείρων. Από τα πρώτα χρόνια ο Freud επιχείρησε να ταξινομήσει την ψυχική ασθένεια με βάση την αιτιολογία και όχι τη συμπτωματολογία της (Ποταμιάνος & Αναγνωστόπουλος, 2012). Οι δυο βασικές κατηγορίες ήταν οι αιτιώδης νευρώσεις και οι ψυχονευρώσεις. Οι αποκαλούμενες *νευρώσεις* περιέχουν τις αγχώδεις νευρώσεις οι οποίες οφείλονταν στην αδυναμία εκφόρτωσης της σεξουαλικής διέγερσης. Στην δεύτερη ομάδα οι *ψυχονευρώσεις* περιέκλειαν τις μεταβιβαστικές προσπάθειες για την αφομοίωση υλικού (η υστερία, η ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση, διαταραχές προσωπικότητας κτλ). Ο Freud περιέγραφε την ομάδα της πάθησης με την δυσκολία της μετάθεσης της λιβιδινιακής ενέργειας σε πραγματικά ή φανταστικά αντικείμενα. Επίσης απεικόνιζε τις ναρκισσιστικές ψυχονευρώσεις (από τις διαταραχές της προσωπικότητας) με απόσυρση της αδρανούς λιβιδινικής ενέργειας προς το Εγώ. Το έργο της *Ψυχανάλυσης* είναι για να εξαλείψει τις πιο φοβερές καταστολές του ασυνείδητου, να τις μετατρέψει σε πιο ρεαλιστικές πεποιθήσεις. Το άτομο πρέπει να έχει ευεξία και να είναι σε θέση να φέρνει σε πέρας τη νοημοσύνη του για την επίλυση προβλημάτων σχετικά με τη ζωή του με την βοήθεια του

αναλυτή του. Έτσι, ο ψυχαναλυτής βασίζεται και δίνει μεγάλη έμφαση στην ορθολογική σκέψη και πίστη στο υγιές κομμάτι του αναλυόμενου. Σύμφωνα με το CEST, το υλικό διαχωρίζεται όταν δεν μπορεί να εξομοιωθεί. Υπάρχουν δύο είδη τέτοιου υλικού αυτό μεταξύ του *βιοματικού* (αυτόματες σκέψεις, απωθημένο υλικό) και του *ορθολογικού* (το υγιές μέρος που η πεποίθηση είναι λογικές) μέρους του συστήματος, τα οποία αντιπροσωπεύανε την καταστολή και την αποσύνδεση μέσα στο ίδιο το *εμπειρικό σύστημα*. Εάν το διαχωρισμένο υλικό ενεργοποιείται στο βαθμό που μια αποσύνδεση δεν μπορεί να διατηρηθεί σε αδράνεια, το μη αφομοιώσιμο υλικό μπορεί να απειλήσει τη σταθερότητα ολόκληρου του βιοματικού συστήματος. Στη προσπάθεια να αφομοιωθεί το διαχωρισμένο υλικό, στην προώθηση της διαδικασίας αυτή συμβαίνει το υλικό να παρουσιάζει μια δική του ενέργεια η οποία επιδιώκει την έκφρασή της υπό τη μορφή κάποιας διαταραχής, όπως προτείνει ο Freud.

Όμως σύμφωνα με την *Γνωσιακή Προσέγγιση* αυτό συμβαίνει επειδή υπάρχει ένα θεμελιώδες κίνητρο για να εξομοιωθούν οι συναισθηματικά σημαντικές πρώτες εμπειρίες (τα σχήματα) σε ένα συνεκτικό εννοιολογικό σύστημα. Η διαδικασία είναι ουσιαστικά προσαρμοστική, καθώς προωθεί την εξομοίωση και επομένως την κατασκευή ενός διασυνδεδετικού μοντέλου αναπαράστασης του κόσμου που είναι συνεκτικό με την εμπειρία του ατόμου.

Με παρόμοιο τρόπο οι *Προσωποκεντρικές Προσεγγίσεις* στοχεύουν στην αλλαγή του τρόπου με τον οποίο ο πελάτης βιώνει την αμεσότητα των εμπειριών του. Με την δυνατότητα να «ζει» πλήρως κάθε στιγμή με έμφαση στο συναίσθημα και στην ίδια τη διαδικασία της θεραπείας και όχι, στην άμεση τροποποίηση της προσωπικότητας (του ατόμου) όπως προτείνει η *Ψυχοδυναμική Προσέγγιση*. Οι κύριες πηγές δυσπροσαρμογής από την πλευρά της ερμηνείας της θεωρίας CEST είναι η αναταραχή(συμπεριλαμβανομένης της αποσύνδεσης) μέσα στο βιοματικό σύστημα και μια αποτυχία πλήρους αφομοίωσης του υλικού και όχι ασυμφωνία μεταξύ του συνειδητού και του ασυνείδητου μέρους του συστήματος όπως πρότεινε ο Freud. Από αυτήν την οπτική, η συνάφεια μεταξύ των προσεγγίσεων φαίνεται να μη θεμελιώνεται επαρκώς. Αν και μπορεί να είναι μια χρήσιμη οπτική για τον εντοπισμό των ελαττωμάτων στο βιοματικό σύστημα που συμφωνούν (οι διαφορετικές προσεγγίσεις) αλλά με διαφορετικό εντοπισμό. Το καθήκον της θεραπείας γενικώς είναι να αλλάξει το μη προσαρμοστικό υλικό του βιοματικού συστήματος και να προωθήσει τη συνεργιστική (και όχι τη σύγκρουση) ανάγκη για την εκπλήρωση (Epstein, 1973).



Μια ανακεφαλαιοποίηση σύμφωνα με το CEST συγκριτικά με τις προσεγγίσεις, το αντικείμενο της θεραπείας είναι να προκαλέσει τροποποιήσεις και αναδιοργάνωση στο εξειδικευμένο *βιωματικό σύστημα*. Υπάρχουν τρεις βασικές διαδικασίες για αυτό το συμπλήρωμα: (α) χρήση του ορθολογικού συστήματος για την επιρροή πάνω στο βιωματικό σύστημα (π.χ. αμφισβήτηση παράλογων σκέψεων, όπως στη Γνωστική Θεραπεία), (β) μάθηση απευθείας από συναισθηματικά σημαντικές εμπειρίες (π.χ. μέσα από τον «εμπειρισμό» στην πραγματική ζωή, και μέσω εποικοδομητικών «σχέσεων-πλοίων» με σημαντικούς άλλους, συμπεριλαμβανομένων των θεραπειών Συμπεριφορική, Ανθρωποκεντρική, Διαπροσωπική), και (γ) επικοινωνία του βιωματικού συστήματος διά μέσου ενδοσκόπησης και αυτοπαρατήρησης, δηλαδή μέσα από τη φαντασία του ατόμου (Ψυχόδραμα, Gestalt σε συνάφεια με τη Φαινομενολογική Προσέγγιση). Αυτή η τελευταία προσέγγιση είναι ιδιαίτερα ελπιδοφόρα γιατί όχι μόνο το *ορθολογικό σύστημα* μπορεί να κατευθύνει τη φαντασία να επηρεάσει το *βιωματικό σύστημα*, αλλά μπορεί να «μάθει» από τη διαισθητική σοφία του εμπειρισμού με τη γνώση για τη λειτουργία αυτού. Αυτές οι τρεις θεμελιώδεις προσεγγίσεις παρέχουν ένα ενισχυτικό πλαίσιο για την ενσωμάτωση διαφόρων προσεγγίσεων στη θεραπεία, συμπεριλαμβανομένων προσεγγίσεων σε μια διασύνδεση όπως Γνωστική, Συμπεριφορική, Φαινομενολογική, Ανθρωποκεντρική, Υπαρξιακή, Ψυχοδυναμική Προσέγγιση κτλ, (Epstein, 1973), (Epstein, 1985).

### Ο σκοπός και τα ερευνητικά ερωτήματα για την διερεύνηση

Ο σκοπός αναδεικνύει και αποτυπώνει το βασικό προβληματισμό στην επιλογή του θέματος και διασαφηνίζει το αντικείμενο της εργασίας. Σε σχέση με τη δομή της σχέσης εργαζομένου υγειονομικής περίθαλψης - ασθενούς ως μια οικοδόμηση εμπιστοσύνης. Το προνόμιο της τεχνικής είναι ότι βοηθά τα άτομα να ξεκινήσουν να εντοπίζουν τα προβλήματα τους και να εργαστούν για αυτά. Πραγματοποιείται δια μέσου μιας θεραπευτικής σχέσης και μεθόδου σταδιακής τροποποίησης συμπεριφοράς, τα οποία μπορεί να διαφέρουν, όμως να αποσκοπούν στο ίδιο θετικό αποτέλεσμα. Η ερευνητική διερεύνηση στοχεύει στο να οριστεί η σημαντικότητα της έννοιας *θεραπευτική σχέση* που έχει μια ευρεία πολύπλοκη εφαρμογή. Στη διαχείριση μιας συμμαχίας που είναι υπεύθυνη για την απόδοση του θετικού αποτελέσματος της διαταραχής (ψυχικής και σωματικής) στο χώρο, υπό το πρίσμα διαφορετικών προσεγγίσεων μια τέτοια ανταποδοτική δυναμική σχέση θα μπορούσε να οριστεί ως το «τέχνασμα» του επαγγελματία υγείας είτε να προέρχεται από το χώρο της ψυχικής,

είτε νοσηλευτικής και ιατρικής υγείας. Το ιδιαίτερο του ταλέντο στην *ενσυναίσθηση*, θα άφηνε τα ίχνη του με τρόπο που να αποδεικνύεται μια αμοιβαία συνεργασία με ανεκτίμητη αξία που μπορεί να καθοδηγήσει τον ασθενή στην λύτρωση από τα δεινά του. Η *ενσυναίσθηση (empathy)* πρόκειται για την ικανότητα του θεραπευτή να αντιλαμβάνεται τον πελάτη του, σαν να ήταν στη θέση του, χωρίς όμως να χάνει την αντικειμενικότητα του. Με τη *ζεστασιά (warmth)* να εκφράζεται μέσα από την ενσυναίσθηση και μια θετική αντιμετώπιση του πελάτη. Το ίδιο και η *γνησιότητα (genuineness)*: ο θεραπευτής πρέπει να είναι σε θέση να αντανακλά στον πελάτη του μια διαφάνεια και να στοχεύει στην ανάληψη του προβλήματός του. Τελευταία αλλά όχι ήσσονος σημασίας είναι και η *κατανόηση (understanding)*: ο θεραπευτής πρέπει να είναι σε θέση να δείχνει και να έχει κατανόηση για οποιαδήποτε εμπειρία του περιγράψει ο πελάτης.

Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, εντοπίζονται τα κύρια *ερευνητικά ερωτήματα* που προέκυψαν υπό τη διερεύνηση του θέματος για τη θεραπευτική συμμαχία: (1) ο τρόπος σύγκλισης μεταξύ των ερευνών με διαφορετικές περιπτώσεις προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζονται από διαφορετικούς επαγγελματίες στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, όπως οι θεραπευτικές συνεργασίες μπορούν να διαφοροποιηθούν πιο ουσιαστικά ως προς το είδος της εργασίας που ασκεί ο θεραπευτής (ψυχίατρος, ψυχολόγος, νοσηλευτής, ιατρός, φροντιστής κτλ.), (2) η κατανόηση ποικιλομορφίας των θεωριών και των προσεγγίσεων στην ψυχοθεραπεία που αποσκοπούν σε ένα ενιαίο θετικό αποτέλεσμα, (3) η δύναμη της επιρροής στη συνεργαζόμενη συμμαχία που θα αναπτυχθεί, όπως και η ερώτηση εάν θα υπήρχε μια σημαντική σχέση μεταξύ του χρόνου της θεραπευτικής συμμαχίας και του αποτελέσματος μεταξύ των συνθηκών θεραπείας που θα συγκριθούν, (4) η διαφορά στις απαιτήσεις είτε προς τον ασθενή, είτε για τον θεραπευτή ανάλογα με την δυσκολία της περίπτωσης, εάν η θεραπευτική συμμαχία θα διαδραματίσει σημαντικότερο ρόλο στο αποτέλεσμα της παρέμβασης στην ψυχοθεραπεία παρά στη φαρμακοθεραπεία, (5) το σθένος ή η ισχύς της εργατικής συμμαχίας : που συνδέεται με (5α) την εγγύτητα προσαρμογής μεταξύ των απαιτήσεων του συγκεκριμένου είδους συμμαχίας – αποτελέσματος, (5β) εάν η *πρόιμη συμμαχία (Early Alliance - γενικά μετριέται στην 2 έως 4 συνεδρία )* θα προβλέψει το αποτέλεσμα στις θεραπείες για τις οποίες η συμμαχία και το αποτέλεσμα σχετίζονται σημαντικά (5γ) των προσωπικών χαρακτηριστικών (τη χημεία) του ασθενή με τον θεραπευτή του, (6) η σχέση μεταξύ της ποιότητας της συμμαχίας και του αποτελέσματος της θεραπείας (χωρίς υποτροπές), (7) η «κατεύθυνση» της σχέσης συμμαχίας - αποτελέσματος (οι μελέτες παρατήρησης

επιτρέπουν την εξαγωγή συμπερασμάτων που μπορούν να επιφέρουν επιπτώσεις στο αποτέλεσμα, κρίσιμη είναι η χρονική προτεραιότητα μεταξύ των μεταβλητών της διαδικασίας όπως η *συμμαχία* (*Therapeutic Alliance*) και η *έκβαση* (*Outcome*) όπως η σοβαρότητα των συμπτωμάτων), (8) σε θεραπείες για τις οποίες η θεραπευτική συμμαχία και το αποτέλεσμα ήταν στατιστικά σημαντική, θα ήταν η πεποίθηση του ασθενούς στη συμμαχία που προέβλεπε το αποτέλεσμα ή του θεραπευτή που το προσδοκούσε.

### Ψυχομετρικά εργαλεία για την μέτρηση της θεραπευτικής συμμαχίας

Η θεραπευτική συμμαχία (*Therapeutic Alliance*), θεωρείται ευρέως ως το βασικό συστατικό της αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας. Στη συζήτηση σχετικά με τη σημασία των ειδικών τεχνικών που εφαρμόζονται, δεν υπάρχει μεμονωμένα μια μέθοδος για τους κοινούς παράγοντες για τη θεραπευτική επιτυχία σε όλες τις ψυχοθεραπείες για το λόγο ότι δεν υπάρχει μια επιστημονικά τεκμηριωμένη ποιοτική έρευνα σε όλες ψυχοθεραπείες. Ωστόσο η θεραπευτική συμμαχία έχει χαρακτηριστεί ως «η πιο ελπιδοφόρα για τη μελλοντική έρευνα» (Bordin, 1979) και ως «η ολοκληρωτική μεταβλητή», επίσης είναι βέβαιο ότι, επηρεάζει το αποτέλεσμα σε μια σειρά ψυχοθεραπειών, παρά τις τεχνικές διαφορές τους. Η έρευνα δείχνει ότι, μια καλής ποιότητας θεραπευτική συμμαχία είναι ο πιο κοινός προγνωστικός παράγοντας για θετική αλλαγή στο πελάτη σε όλα τα μοντέλα ψυχοθεραπείας (Ardito & Rabellino, 2011), (Alanson, 1953), (Crits-Christoph, et al., 2009), (Danielle, 2015).

Η εργατική συμμαχία είναι μια από τις πιο εκτεταμένες μελέτες στην έρευνα ψυχοθεραπείας (Allen, et al., 2017), (Donnelly, et al., 2011), (Santirso, et al., 2018), (Lamers, et al., 2015). Σύμφωνα με τον Bordin (Bordin, 1979), η συμμαχία εργασίας είναι ένα συνεργατικό χαρακτηριστικό της θεραπείας, που αποτελείται από τρία στοιχεία: (1) συμφωνία μεταξύ τον ασθενή και του θεραπευτή σχετικά με τους στόχους που επιδιώκουν να επιτύχουν με τη θεραπεία, (2) την αποδοχή και τη συνεργασία του ασθενούς, τα καθήκοντα που ο θεραπευτής προτείνει κατά τη διάρκεια της θεραπείας για την αντιμετώπιση του προβλήματος τους και (3) την ποιότητα του δεσμού ασθενούς-θεραπευτή όσον αφορά την αμοιβαία εμπιστοσύνη, την εκτίμηση κ.λπ. Αρκετές αναλύσεις δείχνουν ότι, η συνεργαζόμενη συμμαχία (Crits-Christoph, et al., 2009) είναι ένας από τους καλύτερους προγνωστικούς παράγοντες των αποτελεσμάτων της ψυχοθεραπείας, υποδεικνύοντας ότι, υπάρχει

αισθητή αν και μέτρια σχέση μεταξύ της εργατικής συμμαχίας και των δεικτών αλλαγής κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ορισμένα έχουν αναπτυχθεί για τη συνεργασία της συμμαχίας, συμπεριλαμβανομένης της κλίμακας αξιολόγησης της Συμμαχίας Helping Alliance του Luborsky και συνεργάτες (Luborsky, et al., 1996), η Κλίμακα Θεραπευτικής Συμμαχίας Vanderbilt VTAS από τους Hartley & Strupp (Hartley & Strupp, 1983) και το ευρέως χρησιμοποιούμενο ψυχομετρικό εργαλείο για τη θεραπευτική συμμαχία Working Alliance Inventory WAI από τους Horvath & Greenberg (Horvath & Greenberg, 1989), που αξιολογεί τις τρεις θεωρητικές διαστάσεις που πρότεινε το 1979 ο Bordin (δηλ. αντικειμενικός στόχος (Goal), εργασία (Work) και δεσμός (Bond)). Το WAI (Horvath & Greenberg, 1989) παρουσιάζει τρεις διαφορετικές εκδοχές για τη μέτρηση της συμμαχίας εργασίας από διαφορετικές προοπτικές: τις εκδοχές του θεραπευτή (WAI-T), τον ασθενή (WAI-P) και τον παρατηρητή (WAI-O).

Οι ερευνητές Tracey και Kokotovic (Tracey & Kokotovic, 1989) ανέπτυξαν μια συντομευμένη έκδοση της κλίμακας που αποτελείται από 12 στοιχεία, το Short Alliance Inventory Short Form (WAI-S). Σ' αυτή η προσαρμοσμένη έκδοση έχει γίνει αξιολόγηση για την αξιοπιστία από τους ερευνητές Tichenor και Hill (Tichenor & Hill, 1989). Τα στοιχεία της Working Alliance Inventory-Observer Short version (WAI-OS) βαθμολογούνται σε κλίμακα 7<sup>η</sup> σκάλας (0 ποτέ, έως 6 πάντα). Όσον αφορά τη δομή των παραγόντων WAI, η έρευνα με χρήση διαφορετικών εκδόσεων αυτής της κλίμακας (Horvath & Greenberg, 1989), (Tracey & Kokotovic, 1989) τείνει να υποστηρίζει τη δομή των τριών παραγόντων που πρότεινε ο (Bordin, 1979), με μερικές από αυτές τις μελέτες να αναφέρουν μια υψηλή συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων «Στόχου» (Goal) και «Εργασίας» (Task), (Horvath & Greenberg, 1989), (Tichenor & Hill, 1989). Ως συνέπεια αυτού άλλες μελέτες ευνοούν τη δομή των δύο παραγόντων, ομαδοποιώντας τις διαστάσεις «Εργασία» και «Στόχο» σε μια ενιαία διάσταση «Συμφωνία» (Agreement), (Santirso, et al., 2018), (Lamers, et al., 2015). Ο παράγοντας πρώτης τάξης «Συμφωνία» (Agreement) αποτελείται και από τα δυο στοιχεία από τις υποκατηγορίες Task (1, 2, 8 και 12) και Goal (4, 6, 10 και 11). Ο παράγοντας δεύτερης τάξης «Γενική Εργασιακή Συμμαχία» (General Working Alliance) αποτελούνταν από τα δυο στοιχεία από τις υποκατηγορίες «Δεσμός» Bond (3, 7 και 9,) και «Συμφωνία» [Agreement= Task (1, 2, 8 και 12) +Goal (4, 6, 10 και 11)].

Σε σύγκριση με το WAI (Horvath & Greenberg, 1989) και μια προηγούμενη σύντομη έκδοση του WAI (WAI- S, (Tracey & Kokotovic, 1989), το WAI-SR Working

Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR; (Hatcher & Barends, 1996) είναι ένα πρόσφατο εκλεπτυσμένο μέτρο της θεραπευτικής συμμαχίας. Το WAI-SR βασίζεται στο να επιδείξει μια σαφέστερη αναπαράσταση των διαστάσεων της συμμαχίας ως απάντηση για ένα βελτιωμένο μοντέλο που ταιριάζει στην ανάλυση των παραγόντων, αποκλείοντας αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Το WAI-SR αποδεικνύεται ένα αποδεκτό μοντέλο κατάλληλο για τον ομαδικό σχεδιασμό Bond-Task-Goal model. Η αξιοπιστία και η συγκλίνουσα εσωτερική εγκυρότητα με το ερωτηματολόγιο Helping Alliance (HAq, (Luborsky, et al., 1996) ήταν καλές (συνολικές βαθμολογίες > 0,74)

Η σύντομη φόρμα WAI είναι 12 ερωτήσεων αυτοαναφοράς που προέρχεται από το πλήρες (WAI) 36 ερωτήσεων (Tracey & Kokotovic, 1989) που έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για την αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας. Το πλήρες WAI μετρά τη θεραπευτική συμμαχία (Horvath & Greenberg, 1989), και οι βαθμολογίες τόσο στην πλήρη φόρμα (Horvath, 1994) όσο και στη σύντομη φόρμα Klein (Klein, et al., 2003) έχουν προγνώσει το αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας. Η φόρμα του «ασθενούς» προβλέπει το αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας ως πιο έγκυρο από ότι, την αξιολόγηση της συμμαχίας με βαθμολογία του «ψυχοθεραπευτή» (Donnelly, et al., 2011), (Lamers, et al., 2015), (Kendall, et al., 2009), (Krupnick, et al., 1996), (Stiles-Shields, et al., 2016), (Horvath & Symonds, 1991). Το ερωτηματολόγιο βαθμολογεί σε μια κλίμακα Likert 7, με το σκοράρισμα στις υψηλότερες βαθμολογίες να αντικατοπτρίζει μια ισχυρότερη θεραπευτική συμμαχία. Τόσο η αρχική όσο και η συντομευμένη εκδοχή του WAI έχουν σχεδιαστεί δομικά για να ερμηνεύουν σε μορφή των δύο επίπεδων, με έναν γενικό παράγοντα συμμαχίας και τις τρεις υποκατηγορίες: (1) Στόχοι (Goal), σχεδιασμένοι για τη μέτρηση της συμφωνίας του θεραπευτή και του ασθενούς σχετικά με τους στόχους της θεραπείας. (2) Εργασίες (Task), σχεδιασμένες για τη μέτρηση της συμφωνίας θεραπευτή και ασθενούς σχετικά με τον τρόπο επίτευξης των θεραπευτικών στόχων και (3) Ποιότητα της σχέσης (Bond), σχεδιασμένο να μετρά την ποιότητα της σχέσης θεραπευτή - ασθενή (Tracey & Kokotovic, 1989), (Παράρτημα Εικόνα Β).

Οι Hatcher και Barends (Hatcher & Barends, 1996) που εγγυούνται την αρχική επικύρωση του WAI-SR και τη θεωρητική του βάση στην πανοραμική αντίληψη του Bordin (1979) της συμμαχίας υποστηρίζουν, τη χρησιμότητα των κλιμάκων σε διαφορετικά ψυχοθεραπευτικά πλαίσια. Ωστόσο, απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για την επέκταση και την αναπαραγωγή των υπάρχοντων ευρημάτων σε διαφορετικά περιβάλλοντα, πληθυσμούς ασθενών και σχετικά με διαφορετικές θεραπευτικές

προσεγγίσεις. Τις περισσότερες φορές οι Αμερικανοί εξωτερικοί ασθενείς (Arnow, et al., 2013), (Stiles-Shields, et al., 2016), (Forsberg, et al., 2013), μελετήθηκαν με διαφορετικές εκδόσεις του WAI και η εγκυρότητα σε αυτήν τη ρύθμιση θεραπείας έχει τεκμηριωθεί. Ωστόσο, η γενικευσιμότητα των ευρημάτων των ΗΠΑ ενδέχεται να είναι περιορισμένη, εάν ληφθεί υπόψη ότι σε άλλες χώρες όπως η Ολλανδία, η Ισπανία και Ιρλανδία, ένα μεγάλο μέρος της ατομικής ψυχοθεραπείας για το πλήρες φάσμα των ψυχικών διαταραχών παρέχεται σε κλειστή η εξαναγκαστική / ακούσια νοσηλεία (Donnelly, et al., 2011) και σε (ημι) οικιακά περιβάλλοντα ασθενών αντίστοιχα (Lamers, et al., 2015), (Santirso, et al., 2018). Παρόλο που έχουν διεξαχθεί ανασκοπικές μελέτες σχετικά με την σχέση «συμμαχίας – αποτελέσματος» στην ψυχοθεραπεία των ασθενών, αυτές οι μελέτες συχνά χρησιμοποιούσαν μετρήσεις χωρίς πληροφορίες σχετικά με την εγκυρότητα τους σε αυτό το πλαίσιο. Κάποιες φορές η κλίμακα αποτελείται από στοιχεία που μετρούν το αποτέλεσμα της θεραπείας και όχι της συμμαχίας, η οποία έθεσε επίσης ανησυχίες μεταξύ των συγγραφέων της (Luborsky, et al., 1996).

Η θεραπευτική συμμαχία επίσης μετρήθηκε χρησιμοποιώντας την έκδοση «ασθενούς» του ερωτηματολογίου Helping Alliance 19 στοιχείων (HAq-II), (Luborsky, et al., 1996), (Παράρτημα Εικόνα C). Η συνολική βαθμολογία προέρχεται από το HAq-II αθροίζοντας τα 19 στοιχεία (το καθένα βαθμολογείται σε κλίμακα 1 έως 6), μετά την αντιστροφή της βαθμολογίας των στοιχείων με αρνητική διατύπωση. Το εύρος των πιθανών σκορ είναι επομένως 19 έως 114 με υψηλότερα σκορ που δείχνουν μια πιο θετική συμμαχία. Η έκδοση «ασθενών» του HAq-II έχει δείξει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια (Cronbach's  $\alpha = 0.90$  έως  $0.94$ ) και καλές δοκιμές αξιοπιστίας για περίοδο τριών εβδομάδων ( $0.79$ ), (Luborsky, et al., 1996). Το HAq-II συνήθως χορηγείται μετά τη συνεδρία 2<sup>η</sup> έως 4<sup>η</sup> για τη μέτρηση πρόωρης συμμαχίας. Η εκδοχή του HAq-II συμπεριελήφθη μόνο στη θεραπευτική έκδοση (Martin, et al., 2000), (Horvath & Bedi, 2002).

Άλλη μια έκδοση σε αρχική του μορφή (Hartley & Strupp, 1983), το VTAS Vanderbilt Therapeutic Alliance (VTAS) για την αξιολόγηση της ισχύος της θεραπευτικής συμμαχίας είναι μια μέθοδος 44 items που αποτελείται από τρεις υποκατηγορίες: «*Θεραπευτής*», «*Ασθενής*» και *αλληλεπίδραση «Θεραπευτή-Ασθενή»*.

Το ερωτηματολόγιο TASC-R τους Shirk & Saiz (Shirk & Saiz, 1992) είναι για τους γονείς 7-item (parent version) και για τα παιδιά αποτελείται από 12-item (therapist & child versions) ερωτήσεις που μετρούν τόσο τις συναισθηματικές πτυχές (*Δεσμός*, 1, 3, 5, 6, 8 και 10) όσο και το βαθμό συνεργασίας «*παιδιού - θεραπευτή*» (*Εργασία* 2, 4,

7, 9, 11 και 12). Τα στοιχεία είναι διατυπωμένα ως δηλώσεις σχετικά με τα συναισθήματα των νέων απέναντι στον θεραπευτή τους (π.χ. «Μου αρέσει ο θεραπευτής μου») και την αυτοαντιληπτή συμμετοχή τους στις εργασίες (π.χ. «Συνεργάζομαι με τον θεραπευτή μου για την επίλυση προβλημάτων στη ζωή μου») και όλα τα στοιχεία απαντώνται σε κλίμακα Likert 4 σημείων (από το «καθόλου» μέχρι το «πολύ»).

Το ερωτηματολόγιο θεραπευτικών σχέσεων HRQ<sup>8</sup> μετρά την προοπτική των ασθενών για τη σχέση «θεραπευτή - ασθενούς» ή τη θεραπευτική συμμαχία μέσω 19 ερωτήσεων αυτόαναφοράς (Παράρτημα Εικόνα C), (Luborsky, et al., 1996). Τα στοιχεία για το Helping Relationships Questionnaire (HRQ) βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert 6 βαθμίδες, που κυμαίνεται από -3 (δεν αληθεύει) έως +3 (αληθεύει). Οι συνολικές βαθμολογίες, κυμαίνονται από -33 έως 33, με τις υψηλότερες συνολικές βαθμολογίες να αντανακλούν μεγαλύτερο (TA<sup>9</sup>).

### Διαδικασία της μελέτης για την στατιστική μέτρηση της εξαρτημένης μεταβλητής – θεραπευτική συμμαχία

Τα δεδομένα υπολογίστηκαν πρώτα σαν συνολικό δείγμα και στη συνέχεια ανά ομάδα θεραπείας. Μέσω της παραγοντικής ανάλυσης, οι ποιοτικές μεταβλητές συγκρίθηκαν χρησιμοποιώντας ανεξάρτητα δείγματα t-τεστ και μια ανάλυση (Chi-square) για κάθε υποκατηγορία δεδομένων. Εντός κάθε υποκατηγορίας, οι περιγραφικές μεταβλητές συγκρίθηκαν χρησιμοποιώντας δοκιμαστικά δείγματα t-test. Η εσωτερική συνοχή του WAI εξετάστηκε με τον υπολογισμό του (Cronbach's Alpha) για τις πρώιμες, μέσες και προς τέλος της θεραπείας βαθμολογίες WAI. Χρησιμοποιήθηκε ένα γραμμικό μικτό μοντέλο (Linear Mixed Model) για τη δοκιμή της υπόθεσης της κύριας επίδρασης ότι, η ισχυρότερη πρώιμη συμμαχία θα προβλέψει μεγαλύτερη ανταπόκριση στη θεραπεία. Σταθεροί παράγοντες στο μοντέλο περιλάμβαναν – η πρώιμη συνολική βαθμολογία WAI, η ομάδα θεραπείας, η αλληλεπίδραση της συνολικής βαθμολογίας WAI με την ομάδα θεραπείας, η ηλικία του ασθενούς, το φύλο του ασθενούς, η βασική λειτουργία (GAF<sup>10</sup>) και η πρώιμη αλλαγή

<sup>8</sup> Helping Relationships Questionnaire (HRQ)

<sup>9</sup> Therapeutic Alliance (TA)

<sup>10</sup> Global Assessment of Functioning (GAF)

στο (HAM-D<sup>11</sup> ή PAM<sup>12</sup> (Hibbard, et al., 2004), (Παράρτημα Εικόνα Α). Για τους ασθενείς (του δείγματος) των οποίων η πρώτη συμμαχία αξιολογείται από την 2<sup>η</sup> ως την 4<sup>η</sup> εβδομάδα, η πρώτη μεταβολή στη μεταβλητή συμπτωμάτων, υπολογίστηκε χρησιμοποιώντας την εβδομάδα 2 ή 4 μείον τη βαθμολογία (HAM-D ή PAM) βασικής γραμμής. Η πρώτη αλλαγή στο (HAM-D ή PAM) συμπεριλήφθηκε με βάση την υπόθεση ότι, η έγκαιρη απόκριση στη θεραπεία θα μπορούσε να επηρεάσει τόσο τη συμμαχία «πρώιμης θεραπείας» όσο και το αποτέλεσμα της θεραπείας. Η βασική λειτουργικότητα (GAF) συμπεριλήφθηκε στην υπόθεση ότι, η αρχική σοβαρότητα των συμπτωμάτων μπορεί να σχετίζεται με την απόκριση στη θεραπεία (π.χ. μια συννοσηρή συμπτωματολογία, μια δυσλειτουργία). Οι μεταβλητές πρόβλεψης κωδικοποιήθηκαν ως 0 ή 1. Η εξαρτώμενη μεταβλητή ήταν η συνολική βαθμολογία (HAM-D ή PAM) που μετρήθηκε στις εβδομάδες 2, 4, 6, 8 και 12 της θεραπείας (ή εβδομάδες 4, 6, 8 και 12 για αυτούς τους συμμετέχοντες που ολοκληρώνουν το WAI στην Εβδομάδα 4). Οι παρατηρήσεις (HAM-D ή PAM) καθορίστηκαν ως επαναλαμβανόμενη μεταβλητή μετρήσεων με βάση το χρόνο. Ένα παρόμοιο γραμμικό μικτό μοντέλο χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί εάν η πρώτη μείωση των συμπτωμάτων (HAM-D ή PAM) προέβλεπε την επόμενη συμμαχία. Αυτό το μοντέλο εξέτασε επίσης εάν οι ομάδες θεραπείας (το σύνολο των συνθηκών των θεραπειών) διέφεραν στην ανάπτυξη της συμμαχίας. Οι τιμές για την πρόωρη αλλαγή συμπτωμάτων, η ομάδα θεραπείας, η αλληλεπίδραση της πρώιμης αλλαγής συμπτωμάτων με την ομάδα θεραπείας, η GAF και η ηλικία του ασθενούς και οι μέσες τιμές για το φύλο του ασθενούς καταχωρήθηκαν ως σταθεροί παράγοντες. Η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η συνολική βαθμολογία WAI στις Εβδομάδες 2<sup>η</sup> (ή 4<sup>η</sup>), 6<sup>η</sup> και 12<sup>η</sup>. Διεξήχθησαν μικτές αναλύσεις μοντέλων χρησιμοποιώντας τη διαδικασία MIXED στο SPSS. Ορισμένες έχουν αναπτυχθεί για τη συνεργασία της συμμαχίας, συμπεριλαμβανομένης της κλίμακας αξιολόγησης της θεραπευτικής συμμαχίας Helping Alliance (Luborsky, et al., 1996), η κλίμακα θεραπευτικής συμμαχίας Vanderbilt VTAS, (Hartley & Strupp, 1983) και το ευρέως χρησιμοποιούμενο ψυχομετρικό εργαλείο για τη θεραπευτική συμμαχία Working Alliance Inventory WAI του Horvath και του Greenberg (Horvath & Greenberg, 1989) που αξιολογεί τις τρεις θεωρητικές διαστάσεις που πρότεινε το 1979 ο Bordin (δηλ. αντικειμενικός

---

<sup>11</sup> Hamilton Rating Scale for Depression score δηλαδή, βαθμολογία 2ης εβδομάδας μείον τη βασική βαθμολογία Hamilton Rating Scale for Depression score (HAM-D) ορίζονται ως τουλάχιστον 60% μείωση της βαθμολογίας για την κατάθλιψη (HAM-D) (Hamilton, 1960), με συνολική βαθμολογία HAM-D 24item, (< 7). Σύμφωνα με τα κριτήρια IV-TR για παράδειγμα τη κατάθλιψη (MDD) για 2 επισκέψεις κατά τη διάρκεια των εβδομάδων 6 έως 12

<sup>12</sup>Patient Activation Measure (PAM)



στόχος (Goal), εργασία (Work) και δεσμός (Bond). Το WAI (Horvath & Greenberg, 1989) χρησιμοποιήθηκε ( $p < 0.05$  ή  $p < 0.001$ ) για τον καθορισμό της στατιστικής σημασίας σε όλες τις αναλύσεις. Χρησιμοποιήθηκε *One Way ANOVA* για τη σύγκριση των μέσων πρώτων συμμαχιών υποκλίμακα στο WAI (Tracey & Kokotonic, 1989) μεταξύ εκείνων των μεταβλητών σε όλες τις συνθήκες θεραπείας που έχουν δημιουργηθεί.

**ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ  
(ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΒΕΗΑVΙΟΡΑΛΜΑΝΑΓΕΜΕΝΤ) ΣΕ  
ΑΝΑΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ  
ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΚΛΑΔΩΝ (ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ, ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ,  
ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΕΣ, ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ, ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ  
ΚΤΛ.)**

**Ο ρόλος της Θεραπευτικής Συμμαχίας- Αποτελέσματος στην Ψυχοθεραπεία και  
στη Φαρμακοθεραπεία: Ευρήματα από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας για  
τη θεραπεία της κατάθλιψης σε ένα Συνεργατικό Ερευνητικό Πρόγραμμα  
(Krupnick, et al., 1996)**

Στην τρέχουσα μελέτη, οι ερευνητές προσπάθησαν περαιτέρω να διευκρινίσουν τον ρόλο που διαδραματίζει η θεραπευτική συμμαχία στο αποτέλεσμα των τεσσάρων συνθηκών θεραπειών στο Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (NIMH<sup>13</sup>) για το πρόγραμμα (TDCRP<sup>14</sup>). Στην έρευνα πήραν μέρος 225 περιπτώσεις ψυχικής υγείας. Η εξαρτημένη μεταβλητή θεραπευτική συμμαχία εξετάστηκε σύμφωνα με τις ακόλουθες υποθέσεις: (α) εάν θα υπήρχε μια ουσιαστική σχέση μεταξύ της διάρκειας της θεραπευτικής συμμαχίας και του αποτελέσματος μεταξύ των συνθηκών θεραπείας, (β) εάν τα επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας θα ήταν σημαντικά υψηλότερα στις ομάδες ψυχοθεραπείας από ότι στις ομάδες φαρμακοθεραπείας, (γ) εάν η θεραπευτική συμμαχία θα έπαιζε σημαντικότερο ρόλο στο αποτέλεσμα της παρέμβασης στην ψυχοθεραπεία παρά στην φαρμακοθεραπεία, (δ) εάν η σχέση μεταξύ της διάρκειας της θεραπευτικής συμμαχίας και του αποτελέσματος θα ήταν στατιστικά σημαντική και ουσιαστική, (ε) εάν η πρώιμη συμμαχία Early Alliance (γενικά μετριέται στην 2 έως 4 συνεδρία) θα προβλέψει το αποτέλεσμα στις θεραπείες για τις οποίες η συμμαχία και το αποτέλεσμα σχετίζονται σημαντικά (στ) σε εκείνες τις θεραπείες για τις οποίες η θεραπευτική συμμαχία και το αποτέλεσμα είχαν σημαντική σχέση, θα ήταν έγκυρη η πρόβλεψη για το θετικό αποτέλεσμα του ασθενούς που μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο.

---

<sup>13</sup> National Institute of Mental Health (NIMH)

<sup>14</sup> Treatment of Depression Collaborative Research Program (TDCRP)

Οι ασθενείς ανατέθηκαν τυχαία σε μία από τις τέσσερις συνθήκες θεραπείας: την Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία (IPT<sup>15</sup>), την Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT<sup>16</sup>), την κλινική διαχείριση με φαρμακευτική αγωγή (IMI-CM<sup>17</sup>) ή το εικονικό φάρμακο συν κλινική διαχείριση (PLA-CM<sup>18</sup>). Οι θεραπείες πραγματοποιήθηκαν στο Πανεπιστήμιο της Ουάσιγκτον, στο Πανεπιστήμιο του Πίτσμπουργκ και στο Πανεπιστήμιο της Οκλαχόμα. Οι συμμετέχοντες στο ερευνητικό πρόγραμμα (TDCRP) περιλάμβαναν άνδρες και γυναίκες εξωτερικούς ασθενείς μεταξύ των ηλικιών 21 και 60 ετών που πληρούσαν τα ερευνητικά διαγνωστικά κριτήρια για το τρέχον επεισόδιο συγκεκριμένης μείζονος κατάθλιψης (MDD<sup>19</sup>). Τα απαιτούμενα συμπτώματα έπρεπε να είναι παρόντα τουλάχιστον για το χρονικό διάστημα που αφορά τις προηγούμενες 2 εβδομάδες (Sadock, et al., 2004). Χρησιμοποιήθηκε μια τροποποιημένη έκδοση της κλίμακας Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS) για την αξιολόγηση της ενεργειακής ισχύος της θεραπευτικής συμμαχίας για όλες τις συνθήκες θεραπείας. Στην αρχική του μορφή VTAS Hartley & Strupp (Hartley & Strupp, 1983) είναι μια μέθοδος 44 items και αποτελείται από τρεις υποκατηγορίες: για τον *Θεραπευτή*, για τον *Ασθενή*, και για την αλληλεπίδραση του *Θεραπευτή με τον Ασθενή*. Βάση μιας ανασκόπησης των θεραπευτικών μετρήσεων που διεξήχθησαν σε έρευνες σχετικά με το ερωτηματολόγιο TDCRP του Hartley (Hartley, 1985), θεωρήθηκε ότι είναι ένα από τα λίγα ψυχομετρικά εργαλεία που εφαρμόζεται ευρέως από κλινικούς ιατρούς στις θεραπείες. Ως εκ τούτου, 7 στοιχεία από την αρχική κλίμακα που εφαρμόστηκαν στις ψυχοδυναμικές θεραπείες διαγράφηκαν, και έτσι το εγχειρίδιο αναθεωρήθηκε, καθιστώντας το (εγχειρίδιο) πιο εφαρμόσιμο στις διάφορες θεραπείες και επαρκώς κατανοητό για τις συνθήκες (CBT) και φαρμακοθεραπείας. Για την εκτίμηση του αποτελέσματος κατά τον τερματισμό, χρησιμοποιήθηκαν δύο μέθοδοι ευρέως εφαρμοσμένες για τη μέτρηση της σοβαρότητας της κατάθλιψης, που είναι η βαθμολογημένη κλίμακα κατάθλιψης του Beck Depression Inventory BDI<sup>20</sup> (Beck, et al., 1961) και του Hamilton HRSD (Hamilton, 1960), με μια τροποποίηση έτσι ώστε να περιλαμβάνει πρόσθετα στοιχεία για την αξιολόγηση των γνωστικών συμπτωμάτων και της λειτουργικότητας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ερευνητές αξιολόγησαν τα δυο συγκρίσιμα επίπεδα (της πρώιμης και της μέσης) συμμαχίας σε όλες τις θεραπείες που ερευνήθηκαν.

---

<sup>15</sup> Interpersonal Psychotherapy

<sup>16</sup> Cognitive Behavior Therapy

<sup>17</sup> Imipramine plus Clinical Management

<sup>18</sup> Placebo plus Clinical Management

<sup>19</sup> Major Depressive Disorder

<sup>20</sup> the patient self-report Beck Depression Inventor – το ερωτηματολόγιο για τον ασθενή

Όσον αφορά την εσωτερική εγκυρότητα και την αξιοπιστία του δείγματος των απαντήσεων σε κάθε μια συνθήκη της μελέτης βασιζόμενη σε ζεύγη (μέσους όρους) που έχουν προκύψει κατά την εκτίμηση της αξιοπιστίας ήταν (0,66) για τη συνολική βαθμολογία (0,75) για τον παράγοντα «ασθενούς» και (0,46) για τον παράγοντα «θεραπευτή». Με βάση την αρχική περίοδο - αξιολόγησης, οι συντελεστές Cronbach' Alpha ήταν (0,91) για τη συνολική βαθμολογία της συμμαχίας (0,92) για τον παράγοντα «ασθενούς» και (0,82) για τον παράγοντα «θεραπευτή» (Παράρτημα Εικόνα 1 Σχήμα 1).

Τόσο οι πρώιμες (Early Alliance), (0.4,  $p = .0009$ ) όσο και οι μέσες (0.04,  $p = .0005$ ) βαθμολογίες θεραπευτικής συμμαχίας συσχετίστηκαν σημαντικά με το αποτέλεσμα της βαθμολογίας για την ύφεση στα συμπτώματα (HRSD). Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ήταν για τις βαθμολογίες εκτίμησης της συμμαχίας από τους ασθενείς στις συνθήκες «πρώιμης συμμαχίας» (0.08,  $p = .0001$ ), ενώ βρέθηκε να είναι υψηλότερη για τη μέση τιμή της γενικής συμμαχίας (0.21,  $p = .0001$ ).

Τα αποτελέσματα με το ερωτηματολόγιο HRSD ήταν σχεδόν παρόμοιο με την αξιολόγηση από τους ασθενείς που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο BDI. Η αξιολόγηση από τον θεραπευτή σχετικά με τη θεραπευτική συμμαχία δεν συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά για οποιοδήποτε από τα αποτελέσματα, ανεξάρτητα από το εάν χρησιμοποιήθηκε η πρώιμη ( $p > .05$ ) ή η μέση ( $p > .05$ ) βαθμολογία του παράγοντα συμμαχία από τις απαντήσεις του θεραπευτή (Παράρτημα Εικόνα 2 Σχήμα 3).

Αξίζει να σημειωθεί ότι, υπήρχε ένα υψηλό επίπεδο της μέσης συμμαχίας [από την τιμή 3.6 (.03) για την κλινική διαχείριση του εικονικού φαρμάκου PAL-CM μέχρι τη βαθμολογία 3.9 (.04) για τη Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία IPT] και μικρές τυπικές αποκλίσεις στις βαθμολογίες για τη θεραπευτική συμμαχία για κάθε μια θεραπευτική προσέγγιση. Αυτή η ομοιομορφία υψηλών βαθμών θεραπευτικής συμμαχίας, με μέση τιμή που κυμαίνεται μεταξύ του ικανοποιητικού μέσου όρου για τις συνθήκες με ενεργή φαρμακευτική αγωγή 3.7 (.03), πιθανόν να αντικατοπτρίζει την προσωπική εξέλιξη των φροντιστών από την εκπαίδευση για τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα TDCRP. Τα ευρήματα έδειξαν επίσης μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των αξιολογήσεων θεραπευτικής συμμαχίας και του αποτελέσματος της θεραπείας μεταξύ των διαφόρων τρόπων θεραπείας, με αποτέλεσμα στις περισσότερες αναφορές για την έκβαση να αποδίδεται στην επιτυχή επίτευξη της συμμαχίας, και όχι τόσο πολύ στη μέθοδο της θεραπείας. Υπήρχαν σχεδόν ασήμαντες διαφορές στην ομάδα θεραπείας και στην σχέση μεταξύ της θεραπευτικής συμμαχίας και του αποτελέσματος των

τεσσάρων συνθηκών (στη Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία 3.9 (.04), στην Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία 3.8 (.03), στην ενεργή 3.7 (.03) και στην Placebo 3.6 (.03) φαρμακοθεραπεία), (Παράρτημα Εικόνα 1 Σχήμα 1). Το μοναδικό αποτέλεσμα πρώιμη συμμαχία σε αλληλεπίδραση με τη θεραπευτική παρέμβαση (Early Alliance X Treatment Method), όπου το σθένος της συμμαχίας με την μέθοδο θεραπείας υπολογίστηκε,  $F(3, 216) = 2.7, p < .05$  στην κλίμακα - αξιολόγησης (BDI) για ένα ποσοστό 3% των διαφορών των συνθηκών θεραπευτικής προσέγγισης. Στη συνέχεια της παρέμβασης εξετάστηκε μεμονωμένα το αποτέλεσμα για καθεμία από τις τέσσερις θεραπείες, όπου φανερώνεται ότι η σχέση μεταξύ της βαθμολογίας και του αποτελέσματος της ολικής θεραπευτικής συμμαχίας ήταν σχετικά ισχυρή για τη Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία IPT, τη φαρμακοθεραπεία IMI-CM και την κλινική εφαρμογή του εικονικού φαρμάκου PLA-CM, ενώ εμφανίζεται ασθενέστερη για τη θεραπευτική προσέγγιση της Συμπεριφορικής Γνωσιακής Θεραπείας CBT (μπορεί να οφείλεται στη μέθοδο εξέτασης της ύφεσης των συμπτωμάτων ή πιθανόν η χρονική περίοδος της μέτρησης να συμπίπτει με ένα σημαντικό μέρος - πορείας της θεραπείας που οδεύει στο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, αλλά απλά δεν έχει φανεί ακόμα την στιγμή που θα εμφανιστεί το αποτέλεσμα). Συμπερασματικά θα ορίζαμε την καθυστέρηση του αποτελέσματος παρουσιάζοντας την κλινική εικόνα των περιπτώσεων και τις ανταποκρίσεις τους ασθενούς που μπορεί να δικαιολογεί την καθυστέρηση εξαιτίας της αρχικής επιβαρυνμένης συμπτωματολογίας και της αστάθειας στη συμπεριφορά. Επίσης η καθυστέρηση του αποτελέσματος θα μπορούσε εν μέρει να εξηγήσει την ισχυρότερη σχέση μεταξύ της μέσης συμμαχίας και του αποτελέσματος. Ένα άλλο σημείο πλεονεκτήματος για την εσωτερική εγκυρότητα του παραγόμενου αποτελέσματος ήταν η αναγνώριση των κοινών συμπεριφορών (σχεσιακών χαρακτηριστικών που διακρίνουν κάθε μια από τις θεραπείες) εξαιτίας της αποτελεσματικής εκπαίδευσης των κριτών.

Ίσως μεγαλύτερο ενδιαφέρον παρουσίασε η ισχυρή σχέση μεταξύ της συμμαχίας και του αποτελέσματος στη φαρμακοθεραπεία, τόσο στις συνθήκες του φαρμάκου (της μιπραμίνης) όσο και στην εικονική κλινική παρέμβαση. Αυτό το εύρημα διαπιστώνει ότι η θεραπευτική συμμαχία μπορεί να επηρεάσει έντονα την απόκριση Placebo που είναι ενσωματωμένη στη φαρμακοθεραπεία ως μη ειδικός παράγοντας πάνω και πέρα από τη συγκεκριμένη φαρμακολογική δράση του φαρμάκου. Η θεραπευτική συμμαχία μπορεί να βοηθήσει στη δημιουργία ενός «συγκεκριμένου» περιβάλλοντος στο οποίο η αποδοχή της λήψης ενός φαρμάκου μπορεί να ενισχυθεί και να επιτρέψει την αντιμετώπιση των ανησυχιών στο πλαίσιο μιας υποστηρικτικής και συνεργατικής σχέσης [όπως φόβοι εξάρτησης από φάρμακα, αποθάρρυνση σχετικά με τις

επιδράσεις του φαρμάκου ή του εικονικού φαρμάκου και απαλλαγή από τη δυσκολία (της ανεκτικότητας) παρενεργειών του φαρμάκου]. Η μεταβλητότητα στην σχέση «γιατρού - ασθενούς» μπορεί να αντιπροσωπεύει σε σημαντικό ποσοστό την τροποποίηση της ανταπόκρισης του εικονικού φαρμάκου σε μελέτες με αντικαταθλιπτικά από τον Morris και τον Beck (Morris & Beck, 1974). Έτσι, ο ρόλος που διαδραματίζει η θεραπευτική συμμαχία στην επίδραση του αποτελέσματος εκτείνεται όχι μόνο πέρα από την Ψυχοδυναμική Θεραπεία και τη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία, αλλά και πέρα από την ίδια την φαρμακοθεραπεία, έτσι όπως θα έπρεπε να γίνεται αντιληπτή και να ασκείται. Τα ευρήματα της θεραπευτικής συμμαχίας και του αποτελέσματος στη φαρμακοθεραπεία φαίνονται ιδιαίτερα σφοδρά, υπό το φως της πρόσφατης διαμάχης σχετικά με το ποιες είναι οι κατάλληλες ρυθμίσεις για τους παρόχους υγείας όσον αφορά στη θεραπεία της κατάθλιψης (Munoz, et al., 1994) και πιο συγκεκριμένα, για τον ρόλο και την αναγκαιότητα του ψυχολόγου στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα (ΠΦΥ). Πάνω από τους μισούς ασθενείς που έσπευσαν για βοήθεια στα Κέντρα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης πιθανόν να πληρούσαν τις προδιαθέσεις των βάσεων για τα διαγνωστικά κριτήρια μιας ψυχιατρικής ασθένειας, ωστόσο πολλοί από τους γενικούς ιατρούς αναφέρουν ότι δεν είναι εξοικειωμένοι με τη διάγνωση ψυχικών διαταραχών. Οι ψυχολόγοι που συνεργάζονται για την παραπομπή και την αξιολόγηση των περιπτώσεων στα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) φαίνεται ότι είναι πράγματι απαραίτητοι για να καλύψουν αυτό το κενό στην υπηρεσία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Αυτός είναι ο παράγοντας που πιθανόν να συμβάλλει στην μην ολοκληρωμένη περίθαλψη που οφείλεται στο γεγονός ότι η πλειονότητα αυτών των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία δεν παρακολουθούνται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αλλά από γενικούς ιατρούς του Κέντρου Υγείας που δεν διαθέτουν εξειδικευμένη εκπαίδευση. Ασθενείς με οφθαλμοφανείς διαγνώσεις καταστάσεων, όπως διαταραχές της διάθεσης, του άγχους και της αϋπνίας, μπορούν να εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο πιο φιλικό προς τον άνθρωπο (δίχως φαρμακευτική αγωγή) και στα μέτρα του καθενός ανάλογα με το πρόβλημα του. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο ψυχολόγος Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης συνεργάζεται για τη διαχείριση και πιθανή παραπομπή τους, ανάλογα με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, έτσι ώστε να φροντίζουν να υπάρχει μια ομαλότητα και ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης με τη σωστή διασύνδεση μεταξύ οργανισμών. Ο ακριβής ρόλος που διαδραματίζει ο ψυχολόγος στην ΠΦΥ ποικίλλει και πρέπει να είναι ευέλικτος ανάλογα με τις ανάγκες του Κ.Υ. και της κλινικής της ΠΦΥ (Danielle, 2015).

**Η σχέση μεταξύ της θεραπευτικής συμμαχίας και της αποτελεσματικότητας των  
ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, συγκριτικά μεταξύ της Σύντομης  
Υποστηρικτικής Ψυχοθεραπείας (BSP<sup>21</sup>) και της Γνωσιακής Συμπεριφορικής  
Θεραπείας (CBASP<sup>22</sup>) για την χρόνια κατάθλιψη (Arnow, et al., 2013).**

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν εξωτερικοί ασθενείς, ηλικίας 18-75 ετών και στο σύνολο τους ήταν 395 ενήλικες (57% γυναίκες, Mage = 46) από οκτώ ξεχωριστές γεωγραφικές τοποθεσίες, και όλοι ήταν αγγλόφωνοι. Κριτήριο επιλογής για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν ότι θα έπρεπε να έχουν βιώσει το τρέχον καταθλιπτικό επεισόδιο MDD<sup>23</sup> για τουλάχιστον 4 εβδομάδες και να είχαν εκδηλώσει συμπτώματα κατάθλιψης για τουλάχιστον δύο χρόνια χωρίς ύφεση, ικανοποιώντας έτσι τα κριτήρια για την χρόνια MDD, την υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή (MDD) με ελλιπή ανάκτηση μεταξύ επεισοδίων ή τη «διπλή κατάθλιψη» (τρέχον επεισόδιο MDD με προηγούμενη εκδήλωση της δυσθυμικής διαταραχής). Επιπλέον, οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν τουλάχιστον τις 20 από τις 24 ερωτήσεις του ερωτηματολόγιου HAM-D<sup>24</sup> Hamilton, (Hamilton, 1960). Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν η διάγνωση οποιασδήποτε ψυχωτικής διαταραχής, άνοιας ή σοβαρής οριακής διαταραχής προσωπικότητας. Η τρέχουσα μελέτη αναφέρεται σε δεδομένα που έχουν συγκεντρωθεί στη 2<sup>η</sup> φάση της δοκιμής REVAMP. Στην 1η φάση, όλοι οι συμμετέχοντες έλαβαν αντικαταθλιπτικά φάρμακα, και εκείνοι στους οποίους δεν επιτεύχθηκε κάποια ύφεση<sup>25</sup> των συμπτωμάτων αποκλείστηκαν από τη διαδικασία. Αυτοί που πληρούσαν τα κριτήρια συνέχισαν στη 2<sup>η</sup> φάση, όπου και ανατέθηκαν τυχαία, και στην διάρκεια της οποίας (16 – 20 συνεδρίες) λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή. Οι συμμετέχοντες είχαν τοποθετηθεί τυχαία σε τρεις συνθήκες: Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (CBASP) + αντικαταθλιπτικά φάρμακα (ADM), Υποστηρικτική Θεραπεία (BSP) + αντικαταθλιπτικά φάρμακα (ADM) και σκέτο αντικαταθλιπτικό φάρμακο (ADM). Τα ευρήματα της φάσης 2 δεν αποκάλυψαν διαφορές μεταξύ των 3 συνθηκών - της ύφεσης, της μερικής απόκρισης ή αλλαγή στις βαθμολογίες HAM-D.

---

<sup>21</sup>Brief Supportive Psychotherapy (BSP)

<sup>22</sup>Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)

<sup>23</sup>major depressive disorder (MDD)

<sup>24</sup>Hamilton Rating Scale for Depression score (HAM-D)

<sup>25</sup>ορίζονται ως τουλάχιστον 60% μείωση της βαθμολογίας για τη κατάθλιψη (HAM-D) (Hamilton, 1960), με συνολική βαθμολογία HAM-D 24item, (< 7). Σύμφωνα με τα κριτήρια IV-TR για MDD για 2 επισκέψεις κατά τη διάρκεια των εβδομάδων 6 έως 12

Από αυτούς, 224 ασθενείς συμπλήρωσαν το Έντυπο Απογραφής Εργασίας. Στην συνοπτική εργασία μεταξύ της 2<sup>ης</sup> ή 4<sup>ης</sup> εβδομάδας θεραπείας, και σε μια «τυφλού» τύπου αξιολόγηση, οι ερευνητές εκτίμησαν τα συμπτώματα κατάθλιψης σε διαστήματα δύο εβδομάδων κατά τη διάρκεια της θεραπείας, χρησιμοποιώντας την κλίμακα βαθμολογίας Hamilton για την κατάθλιψη. Στα γραμμικά μικτά μοντέλα που εφαρμόστηκαν, εμφανίζεται η σχέση μεταξύ της πρώιμης συμμαχίας με τις επακόλουθες αξιολογήσεις των συμπτωμάτων, λαμβάνοντας υπόψη την πρόωρη αλλαγή στα συμπτώματα.

Επειδή η τρέχουσα μελέτη επικεντρώθηκε στη θεραπευτική συμμαχία για την ψυχοθεραπεία, τα δεδομένα της συμμαχίας δεν συλλέχθηκαν μόνο στην ομάδα που είχε χορηγηθεί σκέτο αντικαταθλιπτικό φάρμακο. Για τις συνθήκες με τις θεραπείες CBASP και BSP, εφαρμόστηκε η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου για τους ασθενείς (WAI), (Horvath & Greenberg, 1989), (Tracey & Kokotovic, 1989) σε 3 χρονικά σημεία στη φάση 2<sup>η</sup>: πρώιμη (εβδομάδα 2<sup>η</sup> ή εβδομάδα 4<sup>η</sup>), μεσαία (εβδομάδα 6<sup>η</sup>) και τελευταία (εβδομάδα 12). Λόγω σφάλματος από τη διοίκηση, το WAI δεν δόθηκε την 2<sup>η</sup> εβδομάδα σε 41 ασθενείς από τους 224, και αυτό αποτελούσε το (18%) των συμμετεχόντων. Σε αυτές τις περιπτώσεις η βαθμολογία της εβδομάδας 4 εφαρμόστηκε ως σκορ της πρώιμης συμμαχίας<sup>26</sup>. Οι ασθενείς που παρείχαν δεδομένα της συμμαχίας από την 2<sup>η</sup> εβδομάδα δεν διέφεραν στατιστικά από εκείνους που τα δεδομένα συλλέχθηκαν στην 4<sup>η</sup> εβδομάδα σε κανένα από τα μέτρα αναφοράς (π.χ. GAF<sup>27</sup>, πρώιμη αλλαγή συμπτωμάτων, συνολική μείωση συμπτωμάτων). Η σύντομη φόρμα (WAI) αποτελείται από 12 ερωτήσεις αυτοαναφοράς<sup>28</sup> που προέρχονται από το πλήρες WAI 36 ερωτήσεων (Tracey & Kokotovic, 1989) που έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για την αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας. Το πλήρες ερωτηματολόγιο WAI συσχετίζεται και με άλλα μέτρα συμμαχίας, όπως αυτό του Horvath και Greenberg (Horvath & Greenberg, 1989), και οι βαθμολογίες στην πλήρη φόρμα συσχετίζονται και με το ερωτηματολόγιο του Hosking (Hosking, 1994) όπου έχουν σχεδιαστεί για να σχετίζονται με τα αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας.

---

<sup>26</sup> Η πρώιμη αλλαγή στο HAM-D υπολογίστηκε με βάση την υπόθεση ότι, η έγκαιρη απόκριση στη θεραπεία θα μπορούσε να επηρεάσει τόσο τη συμμαχία πρώιμης θεραπείας όσο και το αποτέλεσμα της θεραπείας. Η βασική GAF συμπεριλήφθηκε στην υπόθεση ότι η αρχική σοβαρότητα της διαταραχής μπορεί να σχετίζεται με τη μη απόκριση στη θεραπεία.

<sup>27</sup> Global Assessment of Functioning (GAF)

<sup>28</sup> Το ερωτηματολόγιο βαθμολογείται σε κλίμακα Likert 7, με το σκοράρισμα στις υψηλότερες βαθμολογίες να αντικατοπτρίζει μια ισχυρότερη θεραπευτική συμμαχία, με έναν γενικό παράγοντα συμμαχίας που μπορεί να διαχωριστεί σε τρεις υποκατηγορίες: (1) Στόχοι (Goal), σχεδιασμένοι για τη μέτρηση της συμφωνίας «θεραπευτή» και «ασθενούς» σχετικά με τους στόχους της θεραπείας. (2) Εργασίες (Task), σχεδιασμένες για τη μέτρηση της συμφωνίας «θεραπευτή» και «ασθενούς» σχετικά με τον τρόπο επίτευξης των θεραπευτικών στόχων. και (3) Ποιότητα σχέσης (Bond), σχεδιασμένο να μετρά την ποιότητα της σχέσης «θεραπευτή - ασθενούς» (Tracey&Kokotovic, 1989).



Χρησιμοποιήθηκε η φόρμα του *ασθενή* επειδή προβλέπει το αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας πιο αξιόπιστα από τη συμμαχία με αυτοαξιολόγηση του *ψυχοθεραπευτή* (Horvath & Symonds, 1991).

Σχετικά με την υπόθεση της κύριας επίδρασης, που προέβλεπε ότι σε περίπτωση της εμφάνισης μιας ισχυρής πρώιμης συμμαχίας (Early Alliance) σίγουρα η ανταπόκριση στη θεραπεία θα ήταν πιο αποτελεσματική, επιβεβαιώθηκε με το αποτέλεσμα (Outcome). Οι σταθεροί παράγοντες (οι *ανεξάρτητες* και επικαλούμενες *μεταβλητές*) στο μοντέλο θεραπευτικής συμμαχίας (WAI) της έρευνας περιλαμβάνουν: την ομάδα θεραπείας, την αλληλεπίδραση της συνολικής βαθμολογίας WAI με την ομάδα θεραπείας, την ηλικία τους ασθενούς, το φύλο τους ασθενούς, τη βασική λειτουργικότητα (GAF) και την πρώιμη αλλαγή στο ερωτηματολόγιο HAM-D. Όσον αφορά την πρώιμη αλλαγή (μείωση συμπτωμάτων στο HAM-D με βάση την υπόθεση) η έγκαιρη απόκριση στη θεραπεία θα μπορούσε να επηρεάσει τόσο την πρώιμη συμμαχία της θεραπείας, όσο και το αποτέλεσμα της ολικής θεραπείας. Οι *εξαρτώμενες μεταβλητές* ήταν η συνολική βαθμολογία HAM-D, και η συνολική βαθμολογία για τη θεραπευτική συμμαχία (WAI) που μετρήθηκε στις εβδομάδες 2<sup>η</sup>, 4<sup>η</sup>, 6<sup>η</sup>, 8<sup>η</sup> και 12<sup>η</sup> της θεραπείας (ή εβδομάδες 4<sup>η</sup>, 6<sup>η</sup>, 8<sup>η</sup> και 12<sup>η</sup> για αυτούς τους συμμετέχοντες που ολοκληρώνουν το WAI στην Εβδομάδα 4<sup>η</sup>).

Στις δημογραφικές μεταβλητές δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων θεραπείας όσον αφορά στις βασικές μεταβλητές. Τα στοιχεία για τις μεταβλητές ενδιαφέροντος ήταν διαθέσιμα για 111 συμμετέχοντες στο CBASP + ADM (56% του συνολικού δείγματος CBASP + ADM) και 113 συμμετέχοντες στο BSP + ADM (58% του συνολικού δείγματος BSP + ADM).

Οι *μέσες βαθμολογίες εξάλειψης συμπτωμάτων HAM-D* σε όλη τη θεραπεία εμφανίζονται στο (Παράρτημα Εικόνα 3 Σχήμα 1). Σύμφωνα με τα ευρήματα οι βαθμολογίες HAM-D μειώθηκαν και στις δύο ομάδες κατά τη διάρκεια της δοκιμής 12 εβδομάδων (BSP + ADM: μέση αλλαγή από την αρχική τιμή = -6.7,  $p < .001$ ; CBASP + ADM: μέση αλλαγή από τη γραμμή βάσης = -7.3,  $p < .001$ ).

Οι *μέσες βαθμολογίες θεραπευτικής συμμαχίας WAI*, που υπολογίστηκαν κατά την πρώιμη (εβδομάδα 2<sup>η</sup> ή 4<sup>η</sup>), τη μέση (εβδομάδα 6<sup>η</sup>) και τις καθυστερημένες φάσεις (εβδομάδα 12<sup>η</sup>) της μελέτης, εμφανίζονται στο (Παράρτημα Εικόνα 3 Σχήμα 1). Οι βαθμολογίες WAI αυξήθηκαν σημαντικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας και στις δύο ομάδες BSP + ADM και CBASP + ADM (BSP + ADM:  $M = +5.4$ ,  $p < .001$ ; CBASP + ADM:  $M = +3.5$ ,  $p < .001$ ). Η εσωτερική εγκυρότητα του WAI ήταν υψηλή

σε κάθε χρονικό σημείο [Cronbach's alpha = (.90), (.90) και (.93) αντίστοιχα για τις εβδομάδες 2<sup>η</sup>, 6<sup>η</sup> και 12<sup>η</sup>].

Στην ανάλυση των μικτών (mixed) μοντέλων, όπως και προβλεπόμενα, οι υψηλότερες βαθμολογίες - πρώιμης συμμαχίας συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με ένα χαμηλό σκορ για τη μέτρηση HAM-D (δηλαδή εξάλειψη των συμπτωμάτων) κατά τη διάρκεια της θεραπείας,  $F(1, 1236) = 62,48, p < .001$ . Το συμπέρασμα είναι ότι ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας φαίνεται να είναι η μείωση των συμπτωμάτων, σε περίπτωση που η χημεία στην σχέση «αναλυτή – ασθενή» πετύχει από τις πρώτες συνεδρίες της θεραπείας. Οι εκτιμήσεις των παραμέτρων για τον προγνωστικό παράγοντα HAM-D εμφανίζονται στον (Παράρτημα Εικόνα 3 Σχήμα 2). Η αλληλεπίδραση της ομάδας θεραπείας με τη θεραπευτική συμμαχία (Therapeutic Group X Alliance) ήταν επίσης σημαντική (.12,  $p = .004$ ), έτσι ώστε να εμφανίζεται και μια σταθερή θεραπευτική παρέμβαση (.93,  $p = .04$ ). Φαίνεται επίσης μια πρώιμη συμμαχία (-.23,  $p < .001$ ) να παίζει καθοριστικό ρόλο, όπως και η πρόωρη αλλαγή των συμπτωμάτων (.21,  $p < .001$ ), με καλύτερη λειτουργικότητα GAF (-.27,  $p < .001$ ). Ωστόσο, η κατεύθυνση της συσχέτισης ήταν αντίθετη με την πρόβλεψη, υποδεικνύοντας ότι η σχέση μεταξύ συμμαχίας και της επακόλουθης μείωσης των συμπτωμάτων ήταν ισχυρότερη μεταξύ εκείνων στη Συμπεριφορική Γνωσιακή Προσέγγιση CBASP + ADM (-.25,  $p < .001$ ) σε σύγκριση με εκείνες της Διαπροσωπικής Θεραπείας BSP + ADM (-.30,  $p < .001$ ). Η μεγαλύτερη μείωση των βαθμολογιών HAM-D (δηλαδή εξάλειψη συμπτωμάτων) στις αρχικές εβδομάδες [για την CBASP (.14) και για την BSP (.29)] της θεραπείας σε ένα υψηλότερο βασικό επίπεδο λειτουργικότητας που μετρήθηκε από το ερωτηματολόγιο GAF [για την BSP (-.30) και για την CBASP (-.25)] και με το προβάδισμα της CBASP (-.22), έναντι της BSP (-.11) για την ομάδα θεραπείας, έδειξαν ότι ήταν σχεδόν ασήμαντες οι διαφορές στο τέλος της μελέτης (για την CBASP 14.43 και για την BSP 15.81). Οι ανεξάρτητες μεταβλητές «ηλικία» και «φύλο» δεν ήταν στατιστικά σημαντικές για τη μείωση των συμπτωμάτων HAM-D. Επίσης το εύρημα ότι η σχέση (η αρνητική συσχέτιση) μεταξύ της συμμαχίας WAI και της μείωσης των συμπτωμάτων HAM-D ήταν ισχυρότερη στην Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία CBASP + ADM (-.23) από ότι στη Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία BSP + ADM (-.15), εξηγεί την καταλληλότητα της ΣΓΘ για τη διαταραχή της διάθεσης (κατάθλιψη), (Παράρτημα Εικόνα 4 Σχήματα 3α και 3β). Επιπλέον, υπήρχε μια τάση στη μεταβλητή «νεότερη ηλικία» να προβλέπει μεγαλύτερη μείωση των συμπτωμάτων HAM-D στην BSP + ADM (.06) έναντι της CBASP (.01). Μεταξύ εκείνων που συμμετείχαν στην Συμπεριφορική Γνωσιακή Θεραπεία CBASP + ADM, η εκτιμώμενη επίδραση της συμμαχίας στη μείωση των

συμπτωμάτων HAM-D σε όλη τη θεραπεία ήταν (-2,2) σε σύγκριση με (-.11) στην Διαπροσωπική Θεραπεία BSP + ADM. Η συμμαχία του Cohen (d) για την πρόωρη συνεργασία ήταν (1.00) στην CBASP + ADM, σε σύγκριση με (0.48) στην BSP + ADM.

Η ομάδα θεραπείας ήταν προγνωστική της θεραπευτικής συμμαχίας έτσι ώστε η μέση βαθμολογία συμμαχίας σε όλη τη θεραπεία να είναι υψηλότερη μεταξύ εκείνων στην CBASP + ADM (4<sup>η</sup> εβδομάδα -.35, 6<sup>η</sup> εβδομάδα -.32, 10<sup>η</sup> εβδομάδα -.35) σε σύγκριση με εκείνες στην BSP + ADM (4<sup>η</sup> εβδομάδα -.11, 6<sup>η</sup> εβδομάδα -.23, 10<sup>η</sup> εβδομάδα -.10), (Παράρτημα Εικόνα 4 Σχήμα 4),  $F(1,543) = 4.10, p = .04$ . Οι εκτιμήσεις για τις παραμέτρους που παρουσιάστηκαν στο αποτέλεσμα είναι ότι κατά μέσο όρο εκείνοι στην CBASP + ADM έδειξαν μέσες βαθμολογίες συμμαχίας που ήταν 1,86 μονάδες υψηλότερες στην θεραπευτική συμμαχία WAI από αυτές στην BSP + ADM. Η ανεξάρτητη μεταβλητή «μεγαλύτερη ηλικία» ήταν προγνωστική για την ισχυρότερη συμμαχία,  $F(1,544) = 10.94, p < .001$  και υπήρχε μια τάση για τις γυναίκες να παρουσιάζουν υψηλότερη βαθμολογία για τη συμμαχία από ότι στους άνδρες,  $F(1,543) = 3.09, p = .08$ .

Όσον αφορά τη διευκρινιστική και πιο λεπτομερή περιγραφή της θεραπευτικής συμμαχίας WAI σε υποομάδες (Bond, Task, Goal) για κάθε μια από τις δύο θεραπείες, σε σύγκριση με την BSP + ADM, εκείνοι στην CBASP + ADM παρουσίασαν υψηλότερες μέσες βαθμολογίες στις εργασίες (Task),  $F(1,220) = 6.22, p < .05, M(SD) BSP = 21.65(4.54), M(SD) CBASP = 23,05(3,80)$  και τους στόχους (Goal),  $F(1,216) = 4.31, p < .05, M(SD) BSP = 22.54(4.04), M(SD) CBASP = 23.62(3.59)$ .

Φαίνεται ότι οι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες και για τις δύο ομάδες θεραπείας ήταν: η βασική GAF και η πρόωμη συμμαχία και η πρόωμη αλλαγή συμπτωμάτων HAM-D. Εξετάστηκε η σχέση μεταξύ της πρόωμης θεραπευτικής συμμαχίας με τις επακόλουθες αλλαγές συμπτωμάτων κατά τη θεραπεία, στο δείγμα ασθενών που συμμετείχαν και στα δύο μοντέλα ψυχοθεραπείας, την CBASP ή την BSP σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά ADM. Δοκιμάστηκε επίσης μια εναλλακτική εξήγηση για την σχέση μεταξύ της συμμαχίας και του αποτελέσματος, αυτό κατά το οποίο η αλλαγή των πρώιμων συμπτωμάτων θα προβλέπει την δημιουργία μιας θεραπευτικής συμμαχίας, καθώς επίσης επιπλέον δοκιμάστηκε εάν οι ασθενείς σε αυτές τις δύο θεραπείες διέφεραν στην ανάπτυξη συμμαχίας και στις διαστάσεις της βαθμολογίας - συμμαχίας νωρίς στη θεραπεία. Σύμφωνα με την αρχική υπόθεση, τόσο στις συνθήκες CBASP + ADM όσο και σε αυτές της BSP + ADM, η πρόωμη

συμμαχία προέβλεπε σημαντικά τις επακόλουθες βαθμολογίες καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Επιπλέον, οι μετρήσεις των σχέσεων πραγματοποιήθηκαν, αφού έλαβαν υπόψη την διακύμανση στο αποτέλεσμα που σχετίζεται με τη βασική λειτουργικότητα και την αλλαγή συμπτωμάτων, που συνέβη πριν από την αξιολόγηση της συμμαχίας, έχοντας ως αποτέλεσμα τα ευρήματα που αφορούν την σχέση «συμμαχίας - αποτελέσματος» στην CBASP να διαπιστώνουν ότι η συμμαχία προέβλεπε την μείωση συμπτωμάτων, ελέγχοντας την αλλαγή πριν από την αξιολόγηση της συμμαχίας. Ακόμα βρέθηκε και μια σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ του είδους θεραπείας εφαρμογής και του σθένους της θεραπευτικής συμμαχίας, όπως ότι η συσχέτιση μεταξύ των αξιολογήσεων για τη συμμαχία και την βελτίωση των συμπτωμάτων (HAM-D) ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη στους ασθενούς που έλαβαν την CBASP, σε σύγκριση με την BSP θεραπευτική παρέμβαση. Βρέθηκαν επίσης αποδεικτικά αποτελέσματα για να μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι συμμετέχοντες στη συνθήκη CBASP, αξιολόγησαν τη συμμαχία ως ισχυρότερη κατά τη διάρκεια της θεραπείας από εκείνες στην BSP.

### **Η θεραπευτική συμμαχία συμβάλλει στην ενεργοποίηση ασθενών σε κοινοτικές - κλινικές ψυχικής υγείας της Αμερικής (Allen, et al., 2017)**

Η συμμαχία είναι ο μεγαλύτερος «συνένοχος» του θεραπευτή που επικεντρώνεται στις εμπειρίες και στα συναισθήματα των ασθενών, εκφράζοντας την πίστη του στην ικανότητα τους, να χρησιμοποιούν τη διδασκόμενη διαδικασία για να οπλιστούν με μεγαλύτερη αυτονομία στην καθημερινότητα τους. Επίσης να μετατρέψουν την πεποίθησή τους, έτσι ώστε να μπορούν να επιτύχουν καθορισμένους στόχους και να ενισχύσουν την βελτίωση της γενικής κατάστασής τους. Αυτές οι πρακτικές πιθανόν να συμβάλλουν σε μεγαλύτερη εμπιστοσύνη, όσον αφορά την ικανότητα τους να αναλαμβάνουν τη δική τους υγεία και να κατανοήσουν τους θεραπευτικούς στόχους ως μια πρόσκληση. Η συνεργατική προσέγγιση που οδηγεί σε έναν ισχυρό δεσμό αυξάνει τη διαπροσωπική εμπιστοσύνη, και είναι ο παράγοντας που σχετίζεται με την αυξημένη ενεργοποίηση τους ασθενούς (Kourakos, et al., 2018). Έτσι η σχέση που χαρακτηρίζεται από ισχυρή θεραπευτική συμμαχία και ποιοτική επικοινωνία, μπορεί να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για την πρόοδο των εξωτερικών ασθενών με ψυχικές διαταραχές που χρησιμοποιούν τους παρόχους της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στην κοινότητα.

Ο σκοπός αυτής της εργασίας, είναι συνεπώς να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας και της θεραπευτικής συμμαχίας στην ενεργοποίηση των ασθενών με ψυχικά νοσήματα που παρακολουθούνται από κλινικές της κοινότητας. Οι υποθέσεις είναι ότι, (1) κατά την έναρξη, οι βαθμολογίες στην κλίμακα εκτίμησης της ενεργοποίησης των ασθενών PAM<sup>29</sup> θα σχετίζονται με την επικοινωνία και τη θεραπευτική συμμαχία, προσαρμόζοντας τες στην κλινική εικόνα - εξατομικευμένα, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς, (2) η επικοινωνία και η θεραπευτική συμμαχία θα συσχετιστούν θετικά με τη μεγαλύτερη αλλαγή στις βαθμολογίες PAM, (Παράρτημα Εικόνα 5). Το αποτέλεσμα αυτής της έρευνας θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως προγνωστικός παράγοντας για την έγκυρη παρέμβαση στην ΠΦΥ και σε διάφορες κλινικές, για την ενίσχυση της ενεργοποίησης των ασθενών με ψυχική διαταραχή που μένουν στην κοινότητα.

Το δείγμα αυτής της ανάλυσης συλλέχθηκε μεταξύ του Φεβρουαρίου 2009 και Ιουνίου 2011. Οι συμμετέχοντες λήφθηκαν από 13 εξωτερικές κλινικές των ΗΠΑ που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε ολόκληρη τη χώρα, και κάποιες από αυτές συνδέθηκαν με ακαδημαϊκά κέντρα υγείας (Μασαχουσέτη, Μινεσότα, Βόρεια Καρολίνα, Νιου Τζέρσεϋ, Νέα Υόρκη και Πουέρτο Ρίκο). Οι ασθενείς του δείγματος ήταν ηλικιών 18 έως 70 ετών, και επί του παρόντος λάμβαναν ψυχοθεραπεία ή/ και ψυχοφαρμακολογική θεραπεία. Από τους 1472 ασθενείς με ψυχική υγεία που προσεγγίστηκαν σε όλες τις κλινικές, συνολικά 724 τυχαιοποιήθηκαν στην παρέμβαση της έρευνας (σε τρία επίπεδα συνέντευξης), και εκείνοι χωρίς Βασικό Βαθμό Ενεργοποίησης (PAM), αποκλείστηκαν από την παρούσα ανάλυση αποδίδοντας ένα τελικό δείγμα 170 ατόμων. Τα αποτελέσματα συνδυάστηκαν σε πολλαπλούς υπολογισμούς, χρησιμοποιώντας μεθόδους που περιγράφονται από τον Rubin και τον Schenker (Rubin & Schenker, 1986). Λεπτομερείς αξιολογήσεις της ενεργοποίησης των ασθενών μέσω της θεραπευτικής συμμαχίας και άλλων πιθανών παραγόντων που συντελούν στην ενεργοποίηση (όπως για παράδειγμα η σοβαρότητα της ψυχικής υγείας). Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τους ερευνητές βοηθούς μέσω συνέντευξης εξ' αποστάσεως από το διαδίκτυο ή μέσω τηλεφώνου.

Η *εξαρτημένη μεταβλητή*, που είναι η ενεργοποίηση τους ασθενούς που προκύπτει από τη συμμαχία, αξιολογήθηκε από το βαθμό *ενεργοποίησης* του ερωτηματολογίου

---

<sup>29</sup>Patient Activation Measure «είναι μία κλίμακα που εστιάζει στους ασθενείς ως μεμονωμένους παράγοντες της δικής τους φροντίδας διαχείρισης με την αξιολόγηση της γνώσης σχετικά με χρόνιες παθήσεις όπως διαταραχές ψυχικής υγείας, πεποιθήσεις για ασθένεια και ιατρική περίθαλψη και αυτό-αποτελεσματικότητα για αυτονομία» (Hibbard, et al., 2004).

PAM<sup>30</sup> (Hibbard, et al., 2004). Τα στοιχεία αθροίστηκαν για κάθε ασθενή και στη συνέχεια τυποποιήθηκαν, κυμαινόμενα από 0-100, με τους υψηλότερους αριθμούς να δείχνουν μεγαλύτερη ενεργοποίηση (Παράρτημα Εικόνα Α). Το ερωτηματολόγιο PAM έχει ισχυρές ψυχομετρικές ιδιότητες στην αξιοπιστία και στην εγκυρότητα του Hibbard και συνεργάτες (Hibbard, et al., 2004).

Η θεραπευτική συμμαχία εξετάστηκε από 12 (items) Working Alliance Inventory (WAI<sup>31</sup>) – ένα ψυχομετρικό εργαλείο που χρησιμοποιείται ευρέως για την αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας του Tracey και του Kokotovic (Tracey & Kokotovic, 1989), (Παράρτημα Εικόνα Β).

Στη συνέχεια εκτιμήθηκε ένα στατιστικό μοντέλο, όπου οι ασθενείς τοποθετήθηκαν με σκοπό να χωριστούν σε πειραματικές συνθήκες. Με την εφαρμογή της μεθόδου, εντοπίστηκαν συσχετίσεις μεταξύ παραγόντων της *θεραπευτικής συμμαχίας* και της ολικής εικόνας *ενεργοποίησης PAM* κατά την έναρξη και μετά από προσαρμογή στη θεραπεία, καθώς επίσης συμπεριλήφθηκαν και τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Παρόλο που αυτή η ανάλυση δεν μπορεί να παρουσιάσει πειστικά στοιχεία μιας αιτιώδους σχέσης που συνδέει τη θεραπευτική συμμαχία και την αλλαγή στο PAM, σίγουρα όμως μπορεί να υποστηρίξει μια εμφανή επίδραση σχεσιακών παραγόντων της ενεργοποίησης των ασθενών, καθώς και την μεγαλύτερη αυτονομία τους.

Οι στατιστικές αναλύσεις (Παράρτημα Εικόνα 5 Σχήμα 2) δείχνουν ότι οι συνολικές μέσες βαθμολογίες PAM αυξήθηκαν κατά μέσο όρο από τη βασική γραμμή (72.3) κατά 2.6 βαθμούς (εύρος -37.6 έως 34.8, SD 11.9). Οι συμμετέχοντες με κακή κατάσταση ψυχικής υγείας (55.5,  $p = .00$ ) σημείωσαν κατά μέσο όρο 22 βαθμούς χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα PAM κατά την έναρξη, συγκριτικά με εκείνους που δήλωσαν εξαιρετική ψυχική υγεία (77.7,  $p = .00$ ). Οι βαθμολογίες της ενεργοποίησης PAM αυξήθηκαν περίπου κατά 10 βαθμούς για την περίοδο των τριών φάσεων της μελέτης και στις δυο ομάδες, με τη μέση τιμή για την ολική συμμαχία για

---

<sup>30</sup>Patient Activation Measure (PAM) - μια κλίμακα 13 διαστάσεων που καταγράφει τέσσερις βασικές έννοιες του ασθενούς: (1) Η πεποίθηση ότι, η ανάληψη ενεργού ρόλου είναι σημαντική («Όταν όλα λέγονται και γίνονται, είμαι το άτομο που είναι υπεύθυνο για τη φροντίδα της υγείας μου»), (2) Εμπιστοσύνη και γνώση για δράση («Ξέρω τι κάνουν κάθε ένα από τα συνταγογραφούμενα φάρμακά μου»), (3) Λήψη δράσης («Κατάφερα να διατηρήσω τις αλλαγές στον τρόπο ζωής μου») και (4) Παραμένοντας στην πορεία υπό πίεση («Είμαι βέβαιος ότι μπορώ να βρω λύσεις όταν προκύπτουν νέα προβλήματα με την υγεία μου»)

<sup>31</sup>Working Alliance Inventory (WAI) με τρεις γνωστούς υπό παράγοντες: (1) Στόχους - Goal όπως «Ο πελάτης και ο θεραπευτής εργάζονται για αμοιβαία συμφωνημένους στόχους», (2) Εργασίες - Task όπως «Υπάρχει συμφωνία σχετικά με τη χρησιμότητα της τρέχουσας δραστηριότητας στη θεραπεία» (δηλαδή, ο πελάτης βλέπει νέους τρόπους να εξετάσει το πρόβλημά του), (3) Αμοιβαία εμπιστοσύνη (συναισθηματικός δεσμός) - Bond όπως «Υπάρχει αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ του πελάτη και του θεραπευτή».

τους ασθενείς με κακή κατάσταση ψυχικής υγείας (69.1,  $p = .12$ ), και για τους ασθενείς με εξαιρετική υγεία (75.80,  $p = .12$ ). Επίσης στατιστικά σημαντική μέτρηση παρουσιάζει η υποομάδα «εργασία - στοχοποίηση» της θεραπευτικής συμμαχίας, με απόδοση για τους ασθενείς με ασταθή ψυχική υγεία (57.9,  $p = .15$ ) και για τους άλλους με εξαιρετική κατάσταση ψυχικής υγείας (62.9,  $p = .15$ ), (Παράρτημα Εικόνα 6). Όσον αφορά την ηλικία, οι συμμετέχοντες με ηλικία 35-49 ετών με την πάροδο του χρόνου παρουσίασαν μεγαλύτερη αύξηση στις βαθμολογίες PAM από άλλες ηλικιακές ομάδες (2.74,  $p = .28$ ,  $p < .50$ ), (Παράρτημα Εικόνα 5 Σχήμα 2).

Εντοπίστηκε ότι, η συμμαχία «θεραπευτή – ασθενή» σχετικά με τους στόχους –goal και εργασία – task (0.22,  $p = .01$ ,  $p < .05$ ) της θεραπείας, προβλέπει μεγαλύτερες πιθανές βαθμολογίες ενεργοποίησης για τους εξωτερικούς ασθενείς ψυχικής υγείας που ζούσαν σε ένα οικογενειακό περιβάλλον (2.25,  $p = .17$ ,  $p < .50$ ) συγκριτικά με τους ασθενείς που ζουν μόνοι, όπως επίσης και καλύτερη απόδοση στην επικοινωνία (0.42,  $p = .50$ ), (Παράρτημα Εικόνα 6). Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι εξωτερικοί ασθενείς ενεργοποιούνται (ανάπτυξη μιας σχέσης συνεργασίας με έναν επαγγελματία υγείας στο θεραπευτικό πλαίσιο) έτσι ώστε να αντιμετωπίζουν της δυσκολίες στη διαβίωση τους. Οι επιπτώσεις αυτών (των ασθενών) όμως, υποστηρίζουν την επιδίωξη μιας πιο συνεργατικής προσέγγισης «θεραπευτή - θεραπευόμενου», σχετικά με τον παράγοντα συναισθηματική δέσμευση *Bond* (0.46,  $p = 0.99$ ,  $p > .50$  μη στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα) της θεραπείας που φαίνεται να μην είναι εφικτή σ' αυτή την φάση της θεραπείας ως μέσο για την επίτευξη της εμπιστοσύνης για την αύξηση της ενεργοποίησης τους ασθενούς, (Παράρτημα Εικόνα 6). Δεδομένου ότι, μια τέτοια ισχυρή θεραπευτική συμμαχία εξαρτάται από την αμοιβαιότητα της σχέσης για την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων, τα αποτελέσματα σχετικά με τους παράγοντες - στόχος *Goal/εργασίας Task* - υποδηλώνουν ότι οι ασθενείς και το υγειονομικό προσωπικό μοιράζονται αποτελεσματικά τον σχεδιασμό δράσης και βιώνουν υψηλότερα επίπεδα ενεργοποίησης σ' αυτή την διάσταση της συμμαχίας. Σύμφωνα με τα ευρήματα, ένας *θεραπευτικός δεσμός Bond* και μια ισχυρή *επικοινωνία* συνδέονται με την ενεργοποίηση των ασθενών κατά την έναρξη της θεραπείας, αλλά όχι με τη μεγαλύτερη αλλαγή στις βαθμολογίες PAM μέχρι το τέλος της θεραπείας. Υποδηλώνοντας ότι, η ισχυρή επικοινωνία και ο συναισθηματικός *δεσμός Bond* μπορεί να είναι προαπαιτούμενα για ενεργοποίηση τους νωρίς στη θεραπευτική σχέση (η χημεία), αλλά αυτή η συμμαχία γύρω από τον παράγοντα – στόχους *Task* της θεραπείας ενσταλάζει στους ασθενείς την αίσθηση ότι είναι σε θέση να διαχειριστούν την κατάσταση της ψυχικής υγείας τους *μακροπρόθεσμα και με μεγαλύτερη αυτονομία* (14.43,  $p = 0.07$ ,  $p < 0.5$ ). Αυτά τα ευρήματα ευθυγραμμίζονται

με μια ευρύτερη ατζέντα στην ΠΦΥ που προωθεί τις συνεργασίες μεταξύ του ασθενούς και του θεραπευτή σε κλινικές διαδικασίες, όπως η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή (ασθενοκεντρική προσέγγιση), την κοινή λήψη αποφάσεων και εξατομικευμένες λύσεις για τον ασθενή, με την έννοια της ολικής φροντίδας (Bernabeo & Holmboe, 2013).

Συνοψίζοντας θα λέγαμε ότι, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δείχνουν την ικανότητα των ασθενών να συμμετέχουν ενεργά στη διαχείριση της υγειονομικής τους περίθαλψης. Η σχέση της συμμαχίας εμφανίζεται έως προγνωστικός παράγοντας της θετικής εξέλιξης για τη μεγαλύτερη αυτονομία τους. Συγκεκριμένα έχει εντοπισθεί ότι, μια θεραπευτική σχέση, όπου οι ασθενείς και οι θεραπευτές μπορούν να καταλήξουν σε συναίνεση για την θεραπεία (σχετικά με τους στόχους της θεραπείας οι οποίοι συμβάλλουν στην αύξηση της ενεργοποίησης των ασθενών) θα μπορούσε να προβλέψει μια θετική εξέλιξη για τους ασθενείς. Έτσι, για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και την διατήρηση της ποιότητας στην καθημερινή διαβίωση των ασθενών με ψυχική υγεία στην κοινότητα, είναι σημαντικό να επεκταθούν οι προσπάθειες για την αύξηση της ενεργοποίησης τους με την βοήθεια της ΠΦΥ και με την μέθοδο της εξατομικευμένης ολικής φροντίδας (Κέφης, 2014).

### **Η Θεραπευτική Συμμαχία σε μια θεραπεία βασισμένη στη Ροτζεριανή προσέγγιση Motivational Enhancement Therapy (MET) και τη Συμβουλευτική προσέγγιση Counseling as Usual (CAU) για τα προβλήματα – χρήσης ουσιών (Crits-Christoph, et al., 2009)**

Όλοι οι συμμετέχοντες σ' αυτή την μελέτη ήταν ενεργοί χρήστες ουσιών σύμφωνα με την καταγραφή, όπως αναφέρεται: για κατάχρηση ουσιών (6%) και για εξάρτηση ναρκωτικών (88%) με βάση την κλίμακα για τη σοβαρότητα στην εξάρτηση ουσιών. Η πρόσληψη συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε από τον Ιούνιο 2001 έως τον Ιούλιο του 2004. Από τα 683 άτομα επιλέξιμα ήταν 461, τυχαιοποιήθηκαν είτε στη Ροτζεριανή (Προσωποκεντρική) Προσέγγιση MET<sup>32</sup> (n = 216), είτε στη

---

<sup>32</sup>Motivational Enhancement Therapy Μερικά από τα βασικά κλινικά χαρακτηριστικά της MET δανείζονται από την Πελατοκεντρική Θεραπεία όπως περιγράφεται από τον Rogers (Rogers, 1957). Αυτά τα χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν εστίαση στην ακρόαση του πελάτη και τη σημασία της «άνευ όρων» ενσυναίσθησης του θεραπευτή, της αποδοχής, του σεβασμού, της αισθητής εμπειρίας και της θετικής στάσης για τον πελάτη.



Συμβουλευτική Θεραπεία CAU<sup>33</sup> (n = 245) του προγράμματος εξωτερικών ασθενών. Μετά την αρχική αξιολόγηση, οι ασθενείς τοποθετήθηκαν τυχαία σε τρεις συνεδρίες, μεμονωμένης, είτε στη Συμβουλευτική Θεραπεία (CAU), είτε στην Προσωποκεντρική Θεραπεία (MET). Μετά την τυχαία τοποθέτηση, οι συμμετέχοντες ξεκίνησαν ατομικές συνεδρίες στην Προσωποκεντρική Θεραπεία MET ή στην Συμβουλευτική Θεραπεία CAU και επίσης στην Ομαδική Συμβουλευτική, που προσφέρεται τακτικά στο πρόγραμμα εξωτερικών ασθενών. Κατά μέσο όρο, οι ασθενείς έλαβαν 8 (SD = 5,8) συνεδρίες Ομαδικής Συμβουλευτικής στις 28 ημέρες μετά την τοποθέτηση τους (45-55 λεπτά το καθένα). Οι συνεδρίες στην CAU διεξήχθησαν με βάση την τακτική Ατομική Συμβουλευτική που ασκείται σε κάθε πρόγραμμα εξωτερικών ασθενών. Οι παρεμβάσεις των θεραπειών της Συμβουλευτικής Θεραπείας (CAU), συνίστανται κυρίως στην απόκτηση πληροφοριών σχετικά με την χρήση ουσιών και την ψυχοκοινωνική λειτουργία, καθώς και με την συζήτηση προβλημάτων και την ενημέρωση σχετικά με τη θεραπεία που προφανώς έχουν αναζητήσει, χρησιμοποιώντας ανοιχτές ερωτήσεις και προβληματισμούς, και δίνοντας σχετικές οδηγίες.

Η Πελατοκεντρική Θεραπεία (MET) ακολούθησε ένα εγχειρίδιο θεραπείας προσαρμοσμένο για αυτήν τη μελέτη, και δανεισμένο από διάφορες πηγές, και κυρίως από το εγχειρίδιο Project MATCH manual (Ball, et al., 2007). Επιπλέον, οι ασθενείς της Πελατοκεντρικής Θεραπείας (MET) και της Συμβουλευτικής Θεραπείας (CAU) συμμετείχαν σε εβδομαδιαία Ομαδική Θεραπεία χωρίς πρωτόκολλο που προσφέρθηκε σε κάθε πρόγραμμα.

Από αυτούς που ξεκίνησαν το πρωτόκολλο θεραπείας, το 69% ολοκλήρωσε και τις τρεις «συνεδρίες – πρωτοκόλλου», το 15% ολοκλήρωσε τις δύο συνεδρίες και το 16% ολοκλήρωσε μόνο τη μία συνεδρία. Δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές στον αριθμό των συνεδριών που ολοκληρώθηκαν μεταξύ των συνθηκών (MET και CAU). Στις 28 ημέρες που διαρκούσε η διαδικασία, αυτοί που ολοκλήρωσαν με βάση το πρωτόκολλο, συνέχισαν τη διαδικασία της έρευνας. Οι ασθενείς που παρακολούθησαν την πρώτη συνεδρία της θεραπείας και είχαν αξιολογηθεί στην

---

<sup>33</sup>Counseling as usual H CAU είναι μια πιο κατευθυνόμενη προσέγγιση «σύγκρουση» σε σύγκριση με την Πελατοκεντρική Θεραπεία. Η CAU σε αντίθεση με την Πελατοκεντρική Θεραπεία, χρησιμοποιεί στρατηγικές για να παρακινήσει τους πελάτες να επιτύχουν συγκεκριμένους στόχους τροποποίησης συμπεριφοράς στο πλαίσιο της συνολικής συνεργατικής και υποστηρικτικής στάσης του Miller και συνεργάτες (Miller, et al., 1960). Για παράδειγμα, οι θεραπευτές εστιάζουν ενεργά στην προσοχή του πελάτη σε ασυμφωνίες μεταξύ του πού «βρίσκονται» και πού θέλουν να είναι, και για να διοχετεύσουν αυτές τις αποκλίσεις προς την αλλαγή της συμπεριφοράς (Miller, et al., 1960). Επιπλέον, οι θεραπευτές κάνουν ερωτήσεις και στωικά ακούνε τους πελάτες τους, υποστηρίζουν ενεργά τις συγκεκριμένες δηλώσεις τους που ευνοούν την αλλαγή (Bernabeo & Holmboe, 2013).

συμμαχία, συμπεριλήφθηκαν στην διαδικασία της ανάλυσης δεδομένων (MET, n = 147 και CAU, n = 172). Μετά την τυχαιοποίηση στις συνθήκες θεραπείας, πραγματοποιήθηκαν τρεις επισκέψεις αξιολόγησης από τον ερευνητή κατά τη διάρκεια της περιόδου των 28 ημερών. Στις 4 και 16 εβδομάδες μετά την έναρξη, πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις αξιολόγησης παρακολούθησης για τη συλλογή αποτελεσμάτων χρήσης ουσιών. Το εγχειρίδιο SUC<sup>34</sup> είναι μια συνέντευξη, που διεξάγεται από έναν εκπαιδευμένο βοηθό της έρευνας, ο οποίος ζητά από τον ασθενή να αναφέρει την χρήση ουσιών του για μια χρονική περίοδο. Σε αυτές τις επισκέψεις, ελήφθησαν μέτρα αυτοαναφοράς (SUC) και βιολογικής χρήσης ουσιών (ούρων και αναπνοής). Το SUC είναι παρόμοιο με τη συνέντευξη Time Line Follow-Back τους Sobell & Sobell (Sobell & Sobell, 1992) που έχει αποδειχθεί ότι είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο μέσο για την παρακολούθηση της χρήσης ουσιών. Καταγράφηκαν όλες οι ημέρες χρήσης κατά τη διάρκεια κάθε μιας από τις 16 εβδομάδες της θεραπείας και οι ακριβείς περίοδοι παρακολούθησης. Η ακρίβεια αυτών των αυτοαναφορών ελέγχθηκε με βάση τα αποτελέσματα των δοκιμών ούρων και αναπνευστήρα που διεξήχθησαν εβδομαδιαίως κατά τη διάρκεια της περιόδου θεραπείας τεσσάρων εβδομάδων (Ball, et al., 2007).

Η θεραπευτική συμμαχία για τους ασθενείς μετρήθηκε χρησιμοποιώντας την έκδοση του ερωτηματολογίου Helping Alliance-19 στοιχείων HAq-II του Luborsky και συνεργάτες (Luborsky, et al., 1996), (Εικόνα C). Η συνολική βαθμολογία προέρχεται από το ερωτηματολόγιο HAq-II, και αθροίζοντας τα 19 στοιχεία (το καθένα βαθμολογείται σε κλίμακα 1 έως 6) μετά την αντιστροφή της βαθμολογίας των στοιχείων με αρνητική διατύπωση. Το εύρος των πιθανών αποτελεσμάτων είναι από 19 έως 114, με τα υψηλότερα σκορ να δείχνουν μια πιο θετική συμμαχία. Η έκδοση ασθενών του ερωτηματολογίου HAq-II έχει δείξει εξαιρετική εσωτερική εγκυρότητας (Cronbach's  $\alpha = 0,90$  έως  $0,94$ ) και καλή δοκιμαστική εφαρμογή (Παράρτημα Εικόνα C).

Ο σκοπός του τρέχοντος άρθρου είναι να εξετάσει πολλές ερωτήσεις σχετικά με το ρόλο της συμμαχίας στην Συμβουλευτική Θεραπεία (CAU) και στην Προσωποκεντρική Θεραπεία (MET) για τα προβλήματα χρήσης ουσιών των εξωτερικών ασθενών. Αυτές οι ερωτήσεις περιλαμβάνουν: (1) Το βαθμό της συμμαχίας που διεξάγεται από το ερωτηματολόγιο HAq-II από τον ασθενή στις συνθήκες της Προσωποκεντρικής (MET) σε σύγκριση με την Συμβουλευτική CAU,

---

<sup>34</sup> Ημερολόγιο Χρήσης Ουσίας Substance Use Calendar (SUC) - Η αυτοαναφορά της χρήσης ουσιών (μαριχουάνα, κοκαΐνη, αλκοόλ, μεθαμφεταμίνη, βενζοδιαζεπίνες, οπιοειδή, άλλα φάρμακα).

για προβλήματα χρήσης ουσιών των εξωτερικών ασθενών; (2) Τούς θεραπευτές, που παρέχουν Συμβουλευτική στην CAU και εκείνους που εκπαιδεύονται σε Ροτζεριανή Προσέγγιση της MET, και που ποικίλλουν στα μέσα επίπεδα συμμαχιών που αναφέρθηκαν από τους ασθενείς; (3) Να ερευνηθεί ποια είναι η σχέση της μεταβλητότητας στη συμμαχία σε επίπεδο ασθενούς και θεραπευτή με το αποτέλεσμα της θεραπείας MET και της CAU; (4) Να ερευνηθεί εάν υπάρχουν διαφορές στην σχέση μεταξύ της συμμαχίας και της αυτοαναφοράς εβδομαδιαίας χρήσης ουσιών/ κατάχρησης στην MET σε σύγκριση με την CAU; (5) Και πώς σχετίζονται οι τιμές των τεχνικών της MET που χρησιμοποιούνται σε συνεδρίες με βαθμολογίες συμμαχίας αντίστοιχες με τις τιμές της CAU;

Για τη μεταβλητότητα της θεραπείας στο βαθμό της συμμαχίας δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των συνθηκών της MET και της CAU στις βαθμολογίες HAqII,  $F(1, 310) = 1.08, p = .30$ . Η μέση τιμή (SD) HAq-II για την MET ήταν 97.4 (10.1) και για την CAU ήταν 96.2 (9.5). Το αποτέλεσμα αντιστοιχεί σε ένα υψηλό επίπεδο συμμαχίας (διαιρώντας από τη συνολική βαθμολογία τον αριθμό που αποδίδεται σε μια συνολική μέση τιμή (SD) βαθμολογίας συμμαχίας 5.1 (.52), στην κλίμακα των 6 αριθμών, όπου 5 = συμφωνούν και 6 = συμφωνούν απόλυτα).

Επίσης τα αποτελέσματα των πολυδιάστατων αναλύσεων που σχετίζονται με τη συμμαχία, έχουν βαθμολογηθεί με την απάντηση στο ερωτηματολόγιο HAq-II του ασθενή. Τα συστατικά των σημαντικών αποτελεσμάτων με *διακύμανση* (SE) ήταν τα εξής: για τον ίδιο ασθενή 0.529 (.014), και μεταξύ ασθενών 0.135 (.101). Επίσης, όπως φαίνεται η σχέση της απόδοσης μεταξύ ασθενούς για την 1<sup>η</sup> έως 4<sup>η</sup> εβδομάδα ήταν 0.040 (.008), ενώ η μεταβλητότητα στις βαθμολογίες μεταξύ ασθενούς για την 4<sup>η</sup> έως 16<sup>η</sup> εβδομάδα ήταν 0.006 (.001). Μια στατιστικά σημαντική *επίδραση* ( $t [247] = -3.09, p = .002, d = 0.39$ ) ήταν εμφανής της αρνητικής αποδοτικότητας (αποδυνάμωση της συναισθηματικής δέσμευσης) για την χρήση ναρκωτικών κατά τη φάση παρακολούθησης (εβδομάδες 4<sup>η</sup> έως 16<sup>η</sup>) για τη συνθήκη μεταξύ θεραπευτών, αλλά όχι για τη συνθήκη του ίδιου θεραπευτή. Αυτό υποδηλώνει ότι, η διακύμανση από ασθενή σε ασθενή (εντός του ίδιου θεραπευτή) δε συσχετίστηκε σημαντικά με την έκβαση αλλαγής στην αύξηση χρήσης ουσιών κατά της διάρκειας της θεραπείας. Η μεταβλητότητα μεταξύ θεραπευτών (διαφορά απόδοσης μεταξύ τους) στις συμμαχίες κατά τη διάρκεια τις θεραπείες (κατά μέσο όρο σε όλους τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία από κάθε θεραπευτή) σχετίζεται σημαντικά με τη μεταβλητότητα (σε επίπεδο θεραπευτή) των συντελεστών για την αυξημένη χρήση

ναρκωτικών κατά τις εβδομάδες 4<sup>η</sup> έως 16<sup>η</sup>. Αυτό το γραμμικό αποτέλεσμα που έχει αξιολογηθεί από τον ασθενή με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου (SUC) χρήσης ναρκωτικών κατά τη φάση παρακολούθησης, ήταν ένα σημαντικό καμπυλόγραμμα (τετραγωνικό: σχέση της συμμαχίας) αποτέλεσμα μεταξύ θεραπειών (διαφορετικός τρόπος προσέγγισης και επίπεδο εμπειρίας),  $t(247) = 3.43, p = .0007, d = 0.44$  (Παράρτημα Εικόνα 7 Σχήμα 1 Σχεδιάγραμμα 2). Αυτός ο συνολικός μέσος όρος ήταν μια προσαρμοσμένη βαθμολογία (95.1) στο ερωτηματολόγιο ΗΑqΠ. Όπως μπορεί να φανεί, όταν οι συμμαχίες σκοράρουν σχετικά με χαμηλές ή υψηλές τιμές σε σύγκριση με τον μέσο όρο, υπάρχει μια ισχυρή θετική γραμμική αλλαγή (κλίση) στα αποτελέσματα χρήσης ναρκωτικών από τις εβδομάδες 4<sup>η</sup> έως 16<sup>η</sup>, που αντικατοπτρίζουν τις αυξήσεις στην χρήση ναρκωτικών/ αλκοόλ. Για τους θεραπευτές που έχουν επίπεδα συμμαχίας που είναι κοντά στο συνολικό μέσο όρο, οι συντελεστές κλίσεων είναι σχεδόν μηδέν, υποδεικνύοντας ότι, τα αποτελέσματα χρήσης ναρκωτικών/ αλκοόλ είναι σταθερά με την πάροδο του χρόνου (που αντικατοπτρίζουν τα χαμηλά επίπεδα χρήσης, σε σύγκριση με τις εβδομάδες 4 έως 16). Το συμπέρασμα σύμφωνα με το αντιφατικό αποτέλεσμα και στις δυο θεραπείες (στην ΜΕΤ όσο και στην CAU), είναι ότι η αυξημένη χρήση ουσιών μπορεί να οφείλεται στην κόπωση των ασθενών στο διάστημα προς το τέλος της θεραπείας. Άλλη μια πιθανότητα για τις επιπτώσεις των ευρημάτων πιθανόν να σχετίζεται με τη σύντομη εκπαίδευση των νέων θεραπειών και την μη επαρκή εφαρμογή των θεραπευτικών μεθόδων. Επιπλέον, η σχέση μεταξύ της συμμαχίας και του αποτελέσματος σε πληθυσμούς με κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών μπορεί να περιπλέκεται από το γεγονός ότι πολλοί ασθενείς μπορούν εύκολα να αποφύγουν τα ναρκωτικά και το αλκοόλ στην αρχή της θεραπείας, όμως η διατήρηση μιας τέτοιας αποχής είναι δύσκολη όσο περνάει ο χρόνος. Στην τρέχουσα μελέτη και αξιολογώντας το αποτέλεσμα σε δύο φάσεις, η πρώτη εκ των οποίων κατέγραψε σε μεγάλο βαθμό την αρχική μείωση της χρήσης ναρκωτικών στο μηδέν (εβδομάδες 1 έως 4) και η δεύτερη που πιθανώς συμπεριέλαβε ολίσθηση και υποτροπές (εβδομάδες 4 έως 16), αποκάλυψε ότι, η συμμαχία ήταν κατά κύριο λόγο σχετικά αποτελεσματική κατά την περίοδο παρακολούθησης, όμως δεν ήταν αρκετή από μόνη της για την διατήρηση του αποτελέσματος. Αυτό το εύρημα αποδεικνύει ότι μια προφανώς δυνατή συμμαχία δεν προβλέπει και μια ισχυρή και διατηρήσιμη έκβαση απαραίτητως.

**Εργασιακή έκθεση (σε αγχωτικό ερέθισμα) κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και  
Θεραπευτική Συμμαχία στις δυο επιλεγμένες θεραπείες για ψυχικές διαταραχές  
με υψηλά επίπεδα του άγχους στην παιδική ηλικία (Kendall, et al., 2009)**

Οι συμμετέχοντες ήταν 86 παιδιά με ηλικίες από 7,15 έως 14,44 ετών (M 10,19, SD 1,7) και οι γονείς τους, οι οποίοι παραπέμφθηκαν και έλαβαν θεραπεία στην Κλινική για Παιδιά και Εφήβους με Αγχώδεις Διαταραχές (CAADC<sup>35</sup>). Τα παιδιά παραπέμφθηκαν στο Πρόγραμμα Προσαρμοσμένης Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας CAADC από τους γονείς, από το προσωπικό του σχολείου τους και από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας για τη θεραπεία διαταραχών σχετιζόμενων με το άγχος. Όλα τα αναφερόμενα παιδιά τηρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια<sup>36</sup> για διαταραχή άγχους διαχωρισμού (SAD), γενικευμένη διαταραχή άγχους (GAD) ή/ και κοινωνική φοβία (SP) βάσει του προγράμματος συνέντευξης. Οι γονείς που συμπεριελήφθησαν τηρούσαν τα κριτήρια, όπως το IQ τους να είναι πάνω από 80%, δεν εμφάνισαν ψυχωτικά συμπτώματα κατά την πρόσληψη στο πρόγραμμα και δεν χρησιμοποιούσαν αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Στη μελέτη πήρανε συνολικά μέρος 83 μητέρες και 68 πατεράδες από τους οποίους 67 ήταν από μονογονεϊκές οικογένειες. Όπως συνήθως, η συννοσηρότητα μεταξύ των διαταραχών με το άγχος ήταν υψηλή, με το 60% των νέων συμμετεχόντων να πληρούν τα κριτήρια για περισσότερες από μία (από τις τρεις) διαγνώσεις. Το 30% πληρούσε τα κριτήρια για τις διαταραχές ΔΕΠΥ, 14% για ΔΑΦ, 10% πληρούσε τα κριτήρια για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ή δυσθυμική διαταραχή, και το 8% πληρούσε τα κριτήρια για διαταραχή (παραβατικής) συμπεριφοράς.

Τα παιδιά τυχαιοποιήθηκαν σε μια Οικογενειακή Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (δηλαδή, FCBT<sup>37</sup>, n= 47) και σε μια Οικογενειακή Εκπαίδευση Υποστήριξης της Προσοχής (δηλαδή, FESA<sup>38</sup>, n= 39). Κάθε θεραπεία περιλάμβανε 16 συνεδρίες, διάρκειας 60 λεπτών ανά συνεδρία, με μέσο όρο μία συνεδρία την εβδομάδα. Και οι δύο θεραπείες εστίαζαν στα προβλήματα του παιδιού στο οικογενειακό πλαίσιο. Οι οικογένειες εκπαιδεύτηκαν σχετικά με τη διαχείριση του άγχος και τα αρνητικά συναισθήματα. Στις θεραπείες οι οικογένειες είχαν εμπειρική ενασχόληση με έναν θεραπευτή που εστίαζε στην κατανόηση, όσον αφορά το πλάνο δράσεων, όπως και στην ενεργή παρουσία του στην εστίαση και στην φροντίδα μέσα σε κλίμα

<sup>35</sup> Cognitive–Behavioral Treatments for childhood anxiety disorders

<sup>36</sup> DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994

<sup>37</sup> Family Cognitive–Behavioral Treatment

<sup>38</sup> family education, support, and attention treatment

δημιουργικής συμμαχίας. Επίσης οι θεραπευτές των δυο συνθηκών χρησιμοποίησαν εργασίες για το σπίτι για να κρατήσουν την ενασχόληση της οικογένειας ενεργή εκτός των συνεδριών. Στην Οικογενειακή Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (FCBT), στις συνεδρίες 1 έως 8, το αποτέλεσμα ήταν να συνεπάγεται η αναγνώριση για τα ψυχοσωματικά συμπτώματα του άγχους από τα ίδια τα παιδιά, και εκ των υστέρων να τα εντοπίσουν και να προσαρμόσουν τις «διαστρεβλωμένες γνώσεις» στις καταστάσεις που προκαλούν το άγχος με την εφαρμογή ενός ρεπερτορίου στρατηγικής αντιμετώπισης. Μετά την εκμάθηση του νέου σετ δεξιοτήτων, η θεραπεία (από τις 9 έως 16) μετατρέπεται σε μια εξάσκηση σταδιακής έκθεσης (αγχωτικό ερέθισμα) σε καταστάσεις που προκαλούν όλο και περισσότερο άγχος κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.

Η Οικογενειακή Εκπαίδευση Υποστήριξης της Προσοχής (FESA) δεν ασχολήθηκε με τα ζητήματα της παραδειγματικής εκπαιδευτικής εργασιακής έκθεσης (αγχωτικό ερέθισμα) για την επίλυση της αγχώδους κατάστασης κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, αλλά δόθηκαν πληροφορίες μέσα από διάφορες θεωρίες για να τους εξηγήσουν την διαχείριση των συναισθημάτων (από την σκοπιά γνωσιακής συμπεριφορικής και σωματικής διάστασης). Δόθηκαν σχετικές πληροφορίες και συζητήθηκαν επίκαιρα σημεία για το ρόλο των γονέων με τη συναισθηματική ευεξία των παιδιών, αλλά δεν αναφέρθηκαν στρατηγικές εφαρμογής για τη διασύνδεση μεταξύ της πρακτικής και της γνώσης. Οι θεραπευτές ολοκλήρωσαν ανεξάρτητα το ερωτηματολόγιο TASC-r στο τέλος κάθε θεραπείας και βαθμολόγησαν τοποθετώντας το φάκελο σε ένα κλειστό κουτί. Όλες οι συνεδρίες βιντεοσκοπήθηκαν. Οι ερευνητές – κωδικοποιητές, αξιολόγησαν ένα τυχαία επιλεγμένο τμήμα των 15 λεπτών από το 30% των πρωτοκόλλων από κάθε κατάσταση (επιλέχθηκε τυχαία) με μια λίστα ελέγχου ακεραιότητας της θεραπείας. Όλοι οι βαθμολογητές πληρούσαν το κριτήριο 0,85 για τους ελέγχους αξιοπιστίας. Οι έμπειροι θεραπευτές αξιολόγησαν τις τυχαία επιλεγμένες συνεδρίες, υποδεικνύοντας εάν καλύπτεται το περιεχόμενο που προτείνεται από το εγχειρίδιο (π.χ. εργασίες έκθεσης κατά τη διάρκεια των συνεδριών στις συνεδρίες 9–16 της FCBT). Οι τυχαία επιλεγμένες βιντεοκασέτες ήταν αντιπροσωπευτικές για κάθε μία από τις 16 συνεδρίες και στις δύο θεραπείες.

Στη μελέτη εξετάστηκαν δυο στατιστικά μοντέλα: όσον αφορά το πρώτο “Linear model” (για κάθε μια αναφορά της βαθμολογίας συμμαχίας: τον θεραπευτή, το παιδί, τη μητέρα και τον πατέρα) εξέτασαν την ανάπτυξη στη θεραπευτική συμμαχία κατά τη διάρκεια της συνεδρίας στις δύο θεραπείες (FESA και FCBT). Μια δεύτερη σειρά μοντέλων “Dual slope model” συνέκρινε εάν η συμμαχία στην ομάδα FCBT μπορεί

να κατηγοριοποιηθεί καλύτερα, χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο διπλής χρονική κλίσης, με μια κλίση να χαρακτηρίζει τις πρώτες οκτώ συνεδρίες (πριν από τις εργασίες έκθεσης κατά τη διάρκεια της συνεδρίας) και την άλλη κλίση να χαρακτηρίζει τις συνεδρίες 9 έως 16 (μετά την εισαγωγή χρήσης εργασιακής έκθεσης), για να εξεταστεί εάν οι εργασιακές εκθέσεις κατά τη διάρκεια της περιόδου λειτουργίας έχουν αρνητική επίδραση στη θεραπευτική συμμαχία.

Οι συσχετίσεις των αξιολογήσεων της συμμαχίας μεταξύ του θεραπευτή και του παιδιού στις συνεδρίες κυμαίνονταν από 0,22 έως 0,52, με μέση συσχέτιση 0,34. Οι συσχετίσεις των αξιολογήσεων της συμμαχίας «θεραπευτή - μητέρας», μεταξύ των συνεδριών κυμαίνονταν από 0,05 έως 0,33, με μέσο όρο 0,18. Οι συσχετίσεις των αξιολογήσεων συμμαχίας ανάμεσα στον θεραπευτή και τον πατέρα, μεταξύ των συνεδριών κυμαίνονταν από -20 έως 0,29, με μέσο όρο 0,16 (Παράρτημα Εικόνα 8 Σχήμα 1 Σχεδιάγραμμα 1).

Στο (Παράρτημα Εικόνα 8 Σχήμα 1) εμφανίζεται το μοντέλο θεραπευτικής συμμαχίας διπλής κλίσης όπως έχει βαθμολογηθεί από τον θεραπευτή για την FESA και την FCBT. Η συνθήκη της FCBT εμφάνισε αύξηση της συμμαχίας σε όλη διάρκεια της θεραπείας, όπως υποδεικνύεται από το μοντέλο “Linear model” (0,22,  $p < .05$ ). Σύμφωνα με το δεύτερο μοντέλο “Dual slope model”, μια δεύτερη κλίση για τη μοντελοποίηση της διαδικασίας συμμαχίας μετά την έναρξη των εργασιών έκθεσης κατά τη διάρκεια της συνεδρίας έδειξαν, ότι δεν προκάλεσε ρήξη στο βαθμό της συμμαχίας, όπως αποδεικνύεται από τη μη σημαντική δεύτερη κλίση (0,03). Παρομοίως παρουσιάστηκαν και τα αποτελέσματα από τη συμμαχία στην FCBT που ακολούθησε σε μοτίβο με την FESA (δεύτερη κλίση, 0,02). Δηλαδή, και οι δύο τύποι θεραπείας δείχνουν ένα παρόμοιο επίπεδο αύξησης της συμμαχίας όπως αποδεικνύεται από τις μη σημαντικές δευτερεύουσες κλίσεις. Στο δεύτερο μέρος του σχήματος - επάνω δεξιό τμήμα που εμφανίζει το μοντέλο συμμαχίας διπλής κλίσης όπως έχει βαθμολογηθεί από το παιδί στην FESA και στην FCBT, παρουσιάζεται ένα εμφανές θετικό αποτέλεσμα της συμμαχίας και στις δυο συνθήκες αναφοράς. Οι θεραπείες από την FCBT (0,17) και από την FESA (0,13) παρουσίασαν και οι δύο αύξηση της συμμαχίας σε όλη τη διάρκεια της συνεδρίας, όπως υποδεικνύεται από τις σημαντικές παραμέτρους κλίσης στο μοντέλο (γραμμικής εξέλιξης) “Linear model” ( $p < .05$ ). Παρόμοια αποτελέσματα με τις βαθμολογίες του θεραπευτή για την αντίδραση του παιδιού, με την προσθήκη της διαδικασίας μέτρησης “Dual slope model” μετά την εφαρμογή της διαχείρισης με τα «διδασκόμενα τεχνάσματα» του αναλυτή, δεν προκύπτει ότι παρουσιάστηκε ρήξη της συμμαχίας στην FESA (0,05), ενώ στην

FCBT (-0.03) έκθεση μετά την έναρξη των εργασιών κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, η δεύτερη μέτρηση έδειξε ισοπέδωση της ανάπτυξης συμμαχίας (Παράρτημα Εικόνα 8 Σχήμα 1).

Το κάτω αριστερό τμήμα του σχήματος εμφανίζεται το μοντέλο συμμαχίας διπλής κλίσης όπως βαθμολογήθηκε από τη μητέρα και από τον πατέρα αντίστοιχα στην FESA (0.14), (0.18) και την FCBT (0.17), (0.12). Παρουσιάζεται μια αύξηση της συμμαχίας, όπως υποδεικνύεται από τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στο μοντέλο “Linear model”, παρόμοια με τη βαθμολογία των θεραπευτών και των παιδιών. Στην εφαρμογή του δεύτερου μοντέλου “Duel Slope Model”, εμφανίζει στο δεύτερο μέρος της μέτρησης (εργασιών – έκθεσης κατά διάρκεια της συνεδρίας) με ανεξάρτητες μεταβλητές, την άποψη της μητέρας και τον πατέρα αντίστοιχα στις θεραπείες FESA(-0.09) ενώ (0.05) και FCBT (-0.01), (-0.06), (Παράρτημα Εικόνα 8 Σχήμα 1).

Οι αναφορές των θεραπευτών, των παιδιών, των μητέρων και των πατεράδων για τη θεραπευτική συμμαχία, φανερώνονται στα ευρήματα από τη μελέτη με έκθεση σε αγχωτικό ερέθισμα ως απάντηση σε ένα σημαντικό ζήτημα (της πειραματικής έκθεσης) στον ερευνητικό χώρο. Σημειώνεται ότι, η αρχική ανάπτυξη της συμμαχίας είναι μια απότομη ανοδική πορεία σχέσης, η οποία με την πάροδο της θεραπείας - έκθεσης μπορεί να παρουσιάσει μια καθοδική αλλαγή - μείωση του σθένους της, κάτι που συνηθίζεται με αποθεραπείες αγχωτικής διαταραχής. Εκεί θα εξαρτηθεί από την εμπειρία του θεραπευτή εάν θα μπορέσει να επανορθώσει την σχέση, και να τη φέρει στην προηγούμενη κατάσταση – εμπιστοσύνης, και αυτό το προνόμιο της τεχνικής του αρμόζει να αποδείξει την ευελιξία - προσαρμογή στην καινούρια συνθήκη. Αποδεδειγμένα, η κρίσιμη σημασία της πρώιμης παιδικής δέσμευσης και της πρώιμης θεραπευτικής συνεργασίας (Creed & Kendall, 2005) στη θεραπεία των νεαρών με διαταραχές άγχους, μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη θεραπεία παιδιών, δεδομένου ότι, τα παιδιά συχνά αρνούνται τα συμπτώματα και οδηγούνται στη θεραπεία από τους γονείς τους (Creed & Kendall, 2005), (Shirk & Saiz, 1992), (Lamers, et al., 2015). Μπορεί να υπάρχει μια δημόσια αντίληψη ότι, τα καθήκοντα έκθεσης δεν είναι κατάλληλα (ή ακόμη και πολύ σκληρά) στη θεραπεία άγχους (Slater, 2003), (Kerns, et al., 2019). Τέτοιες αντιλήψεις θα μπορούσαν αναμενόμενα να αποτρέψουν τους επαγγελματίες από το να υιοθετήσουν θεραπείες που βασίζονται στην έκθεση για διαταραχές με εμπλοκή του άγχους σε παιδιά, καθώς η «εργασιακή – έκθεση» θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι διαλύει τη θεραπευτική συμμαχία. Στην παρούσα ανάλυση δεν παρέχεται καμία τέτοια ένδειξη. Τόσο οι νέοι της FCBT (που



συμμετείχαν σε καθήκοντα «έκθεσης» στις συνεδρίες με την καθοδήγηση του θεραπευτή) όσο και οι νέοι στην FESA (που δεν συμμετείχαν σε τέτοιες εργασίες έκθεσης) παρουσίασαν παρόμοιο επίπεδο ανάπτυξης της συμμαχίας σε μεταγενέστερες συνεδρίες. Σε νέους στην FCBT, το μοντέλο δυο φάσεων “Dual Slope Model” (με την πρώτη φάση να χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη της συμμαχίας πριν από την έκθεση στο ερέθισμα προκαλούμενο - άγχος και το δεύτερο που χαρακτηρίζει την ανάπτυξη συμμαχίας μετά την εργασιακή - έκθεση) έδειξε ότι δεν βελτιώθηκαν σημαντικά τα επίπεδα από τη μοντελοποίηση της διαδικασίας συμμαχίας.

Εύλογα, οι επαγγελματίες υγείας συχνά δεν διστάζουν να εξετάσουν στρατηγικές που βασίζονται στην έκθεση κατά τη διάρκεια της συνεδρίας (για τη θεραπεία διαταραχών άγχους στην παιδική ηλικία) εξαιτίας της ανησυχίας για την κάθοδο της θεραπευτικής σχέσης. Βασιζόμενοι στο εύρημα της διερεύνησης, το οποίο επιβεβαιώνει ότι είναι λογικό να υπάρχει μια ρήξη της συναισθηματικής σχέσης μετά την εφαρμογή της εργασιακής - έκθεσης, συμπεραίνουμε ότι το συνολικό αποτέλεσμα θα είναι μια βελτίωση, ή, έως και εξαφάνιση της διαταραχής, με τη συνέπεια της εφαρμογής στο χρόνο. Επιπλέον, η δημόσια ρητορική που χαρακτηρίζει τις θεραπείες που βασίζονται στην έκθεση ως «βασανιστήρια» του Slater (Slater, 2003), φαίνεται αρκετά λανθασμένη, δεδομένου ότι οι αξιολογήσεις συμμαχιών παρουσίασαν αρνητική ανάπτυξη μετά την έναρξη των εργασιών - έκθεσης, ενώ κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και μέχρι το τέλος, το ότι βελτιώθηκαν δεν αναφέρεται συνήθως. Δυστυχώς, μια τέτοια ρητορική μπορεί να αποτρέψει τους πιθανούς καταναλωτές (ερευνητές που θα επιλέξουν να οργανώσουν μια πειραματική έρευνα ή τους συμμετέχοντες που θα πάρουν μέρος σ’ αυτή) να **μην** επιλέξουν να συμμετάσχουν σε τέτοιες θεραπείες. Ίσως οι ρήξεις να συμβούν όταν πραγματοποιούνται εργασίες - έκθεσης, όμως η συμμαχία να διορθώνεται καθώς βελτιώνεται η αυτό-αποτελεσματικότητα και μειώνεται το άγχος του πάσχοντα με την εφαρμογή της συγκεκριμένης θεραπείας. Ο θεραπευτής μπορεί να είναι σε θέση να διαπραγματευτεί με το παιδί και να παρέχει επαρκή ενθάρρυνση για να πείσει το παιδί να κάνει την εργασία έκθεσης (δηλαδή, διόρθωση της συμμαχίας). Οι εργασίες έκθεσης κατά τη διάρκεια της συνεδρίας ενδέχεται να συμβάλλουν σε παροδικές ρήξεις της συμμαχίας όμως η σταθερότητα της σχέσης επιδιορθώνονται κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.

**Μια σύντομη έκθεση Θεραπευτικής Συμμαχίας σε νέους με διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού που λάμβαναν Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία για το άγχος (Kerns, et al., 2019).**

Μια ισχυρή θεραπευτική συμμαχία μπορεί να ενισχύσει τη διάθεση των παιδιών να μάθουν έννοιες και στρατηγικές, όπως νέους τρόπους σκέψης ή έκθεσης σε φοβικά περιβάλλοντα με τεχνική που έχουν αποκτήσει από μια θεραπευτική συνεργασία. Σύμφωνα με αυτή την σκέψη, η θεραπευτική συμμαχία ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο ο πελάτης και ο θεραπευτής συνδέονται μεταξύ τους νοερά και συνεργάζονται γύρω από τους στόχους της θεραπείας. Σύμφωνα με την εμπειρική εξερεύνηση του θέματος, η θεραπευτική συμμαχία είναι ο έμμεσος παράγοντας της αλλαγής συμπεριφοράς στην Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT) για παιδιά με άγχος.

Οι συμμετέχοντες ήταν 64 παιδιά (ηλικίας 7-16 ετών) με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (Αυτισμός) ASD<sup>39</sup> και οι γονείς τους. Οι συμμετέχοντες λήφθηκαν ως μέρος δύο τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών που αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα μιας αρθρωτής Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας (CBT) για το άγχος σε παιδιά (n = 34) και εφήβους (n = 30) με ASD στο Πανεπιστήμιο της Νότιας Φλόριντας. Τα κριτήρια ένταξης ήταν τα εξής: (α) η διάγνωση για την Αυτιστική Διαταραχή, και πιο συγκεκριμένα του συνδρόμου Asperger ή τη Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής που δεν ορίζεται υπό τον όρο (PDD-NOS) και (β) η διάγνωση της διαταραχής άγχους - αποχωρισμού, της κοινωνικής φοβίας, της γενικευμένης διαταραχής άγχους σύμφωνα με το Πρόγραμμα Συνέντευξης για τις Διαταραχές Άγχους για παιδιά Anxiety Disorders Interview Schedule-Child & Parent Versions (ADIS-IV-C/P). Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν η μη λεκτική κατανόηση του υλικού της μέτρησης IQ <70 στις δοκιμές, οι αυτοκτονικές τάσεις για τους τελευταίους 6 μήνες ή, η περίπτωση όπου τα παιδιά λάμβαναν ψυχοθεραπεία για το άγχος τον τελευταίο καιρο.

Το TASC-R Shirk & Saiz (Shirk & Saiz, 1992), είναι μια κλίμακα-μέτρησης των 7-τεμαχίων (γονική έκδοση) έως 12-τεμαχίων (εκδόσεις θεραπευτή και παιδιού) για τη συμφωνία «θεραπευτή - θεραπευόμενου» σχετικά με τους στόχους της θεραπείας και την συναισθηματική δέσμευση για τη συμμαχία. Η συνολική βαθμολογία TASC βασίζεται σε μια σύνθεση όλων των στοιχείων. Οι εκβάσεις «παιδιού/θεραπευτή» αφορούν τη συμμαχία «παιδιών-θεραπευτών» και η γονική έκβαση αφορά τη

---

<sup>39</sup>Autism Spectrum Disorder

συμμαχία «γονέα - θεραπευτή». Το TASC έχει εσωτερική συνέπεια σε δείγματα τις νεολαίας με ( $\alpha = 0,84-0,93$ ; Klebanoff, 2015) και χωρίς ASD  $\alpha = 0,81-0,88$ ; (Shirk & Saiz, 1992).

Το ερωτηματολόγιο TASC-R Shirk & Saiz (Shirk & Saiz, 1992), είναι για τους γονείς 7-item (parent version) και για τα παιδιά αποτελείται από 12-item (therapist and child versions) ερωτήσεις που μετρούν τόσο τις συναισθηματικές πτυχές (δεσμός, 1, 3, 5, 6, 8 και 10) όσο και το βαθμό συνεργασίας «παιδιού - θεραπευτή» (εργασία 2, 4, 7, 9, 11 και 12). Τα στοιχεία είναι διατυπωμένα ως δηλώσεις σχετικά με τα συναισθήματα των νέων απέναντι στον θεραπευτή τους (π.χ. «Μου αρέσει ο θεραπευτής μου») και την αυτοαντιληπτή (αυτογνωσία) συμμετοχή τους στις εργασίες (π.χ. «Συνεργάζομαι με τον θεραπευτή μου για την επίλυση προβλημάτων στη ζωή μου»), και όλα τα στοιχεία απαντώνται σε κλίμακα Likert 4 σημείων (από το καθόλου μέχρι το πολύ).

Η εξαρτημένη μεταβλητή θεραπευτική συμμαχία, αξιολογείται από την σχέση των χαρακτηριστικών των ανεξάρτητων μεταβλητών που είναι η προεπεξεργασία των πληροφοριών που χαρακτηρίζουν κάθε ένα από τα παιδιά και το αποτέλεσμα της θεραπείας CBT για το άγχος. Οι αξιολογήσεις για τις συμμαχίες των θεραπευτών, των παιδιών και των γονέων μετά τη θεραπεία είχαν μια εσωτερική συνοχή συγκριτικά με άλλες μελέτες με κανονικά αναπτυσσόμενα παιδιά, υποδηλώνοντας μια ισχυρή συμμαχία έως το τέλος της θεραπείας. Οι αξιολογήσεις του θεραπευτή, των γονιών και της παιδικής αυτό - αξιολόγησης της συμμαχίας δεν συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με τα χαρακτηριστικά προεπεξεργασίας για τα παιδιά (η ηλικία, η εξωτερική συμπεριφορά, το άγχος ή η σοβαρότητα της ASD). Παρόλο που τα παιδιά με ASD αντιμετωπίζουν εγγενείς δυσκολίες σχετικά με την κοινωνική αμοιβαιότητα καθώς και μια σειρά συμπτωμάτων συμπεριφοράς, αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι, μπορούν να αναπτύξουν μια ισχυρή σχέση με τον θεραπευτή τους και να συνεργαστούν γύρω από τους στόχους της CBT προσαρμοσμένων στις ανάγκες τους, ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο και την πολυπλοκότητα του αρχικού κλινικού προφίλ. Έτσι υποστηρίζοντας την καταλληλότητα μιας πρώιμης παρέμβασης της θεραπείας σε νοητικά ικανούς νέους με ASD, η οποία είναι σε θέση να βοηθήσει στην εκμάθηση δεξιοτήτων (με βελτιωμένη ανεξαρτησία στην καθημερινότητα τους) μπορεί να συμβάλλει σε μια πιο κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά με αυτοεξυπηρέτησή τους. Τα ευρήματα δείχνουν ότι, οι γονείς παιδιών με ASD αναφέρουν επίσης ισχυρή συμμαχία με τους θεραπευτές και μια συμφωνία σχετικά με τους στόχους της θεραπείας όταν συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία της θεραπείας CBT.

Η συμμαχία με βαθμολογία από την αυτοαναφορά του *θεραπευτή* ήταν σημαντικά ισχυρότερη για τα παιδιά που ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία  $M (SD) = 37.21 (6.55)$  έναντι αυτών που δεν ανταποκρίθηκαν  $M (SD) = 30.06 (5.75)$ ,  $t (51) = - 3.77$ ,  $p < .01$  και συσχετιζόμενα με τα αποτελέσματα της θεραπείας (CGI-S;  $r = -.30$ ,  $p < .05$ ) με μεγαλύτερες μειώσεις του άγχους (αλλαγή PARS  $r = .40$ ,  $p < .01$ ) μετά τη θεραπεία. Ωστόσο, αυτές οι σχέσεις δεν βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην βελτίωση των βαθμολογιών της θεραπευτικής συμμαχίας από την αυτοαναφορά στο ερωτηματολόγιο των γονέων και των παιδιών (Παράρτημα Εικόνα 9 Σχήμα 2).

### **Η αλλαγή συμπεριφοράς που μπορεί να δημιουργήσει μια Θεραπευτική Συμμαχία, μέσα από την εφαρμογή της Γνωστικής-Συμπεριφορικής Θεραπείας για το άγχος στη νεολαία (Creed & Kendall, 2005)**

Η έρευνα δείχνει ότι, η ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας είναι ένας προγνωστικός παράγοντας της έκβασης από τη θεραπεία του Horvath και του Luborsky (Horvath & Luborsky, 1993). Η πρώιμη συμμαχία (που αξιολογήθηκε κατά την 3<sup>η</sup> ή 4<sup>η</sup> συνεδρία) είναι ιδιαίτερα σαφής για το αποτέλεσμα (Hosking, 1994) και στην πιθανή φθορά της προβλέπεται ότι μετρά για την ποιότητα της θεραπείας. Οι συμμετέχοντες ( $N= 56$ ) ήταν παιδιά (ηλικίας 7–13 ετών) που έλαβαν Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT) των 16 συνεδριών στην Κλινική Παιδιών και Εφήβων με Αγχώδη Διαταραχή (CAADC). Οι συμμετέχοντες με κύρια διάγνωση ήταν: η γενικευμένη διαταραχή άγχους ( $N= 27$ ), η κοινωνική φοβία ( $N= 18$ ) και το άγχος αποχωρισμού ( $N= 11$ ). Από τους 56 συμμετέχοντες, οι 20 διαγνώστηκαν με τουλάχιστον μία συνύπαρξη ψυχικής διαταραχής, με ΔΕΠΥ ( $N=16$ ) (διαταραχή διάσπαση προσοχής/υπερκινητικότητα), με μέτρια κατάθλιψη ( $N= 8$ ), η με διαταραχή παραβατικής συμπεριφοράς ( $N=1$ ).

Η θεραπευτική συμμαχία μετρήθηκε με αναθεωρημένες εκδόσεις για παιδιά TASC<sup>40</sup> Shirk & Saiz, (Shirk & Saiz, 1992). Το TASC μελετήθηκε αρχικά σε 62 παιδιά σε περιβάλλον θεραπείας για εσωτερικούς ασθενείς (Shirk & Saiz, 1992). Αναπτύχθηκαν δύο εκδόσεις του TASC, μία για την αυτό - αξιολόγηση του παιδιού και μια παρόμοια για τον θεραπευτή. Η αξιοπιστία με τις δυο συνεχόμενες μετρήσεις

<sup>40</sup> Το TASC-R είναι μια κλίμακα 12 ερωτήσεων, τα οποία χαρακτηρίζουν την εκτίμηση του παιδιού (π.χ., «μου άρεσε να περνάω χρόνο με τον θεραπευτή μου», «ένιωσα ότι ο θεραπευτής μου ήταν στο πλευρό μου και προσπάθησε να με βοηθήσει») και του θεραπευτή (π.χ., «Στο παιδί άρεσε να περνάει χρόνο μαζί σου, ο θεραπευτής», «Το παιδί σε θεωρούσε σύμμαχο»).

ήταν δύσκολη επειδή η ποιότητα της συμμαχίας αναμένεται να κυμαίνεται με την πάροδο του χρόνου προς το καλύτερο (Safran, 1993). Η αντίληψη για τη θεραπευτική συμμαχία είναι εξαιρετικά υποκειμενική, επομένως είναι δύσκολο να επιβεβαιωθεί η υποκειμενική εμπειρία του παιδιού ή του θεραπευτή. Ένας πιθανός περιορισμός είναι ότι, τα παιδιά μπορεί να αισθάνονται ότι πρέπει να δώσουν θετικές «κολακευτικές» βαθμολογίες για τους θεραπευτές (δηλαδή, μπορεί να δημιουργήσουν ένα ανώτατο αποτέλεσμα). Για να μειωθεί η πιθανότητα τέτοιας προτροπής, τα παιδιά ενημερώθηκαν ότι οι αξιολογήσεις τους ήταν εμπιστευτικές. Κάθε παιδί ολοκλήρωσε το TASC – R μακριά από τον θεραπευτή και το έθεσε σε ένα σφραγισμένο κουτί. Ο θεραπευτής συμπλήρωνε την έκδοση για τον θεραπευτή TASC – R μετά από κάθε συνεδρία, και οι αξιολογήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για τις βαθμολογίες ήταν από τις συνεδρίες 1 έως 3 (Early Session) και από τη συνεδρία 7 (Middle Session).

Η Κλίμακα Συμπεριφοράς για τη Θεραπευτική Συμμαχία (TABBS)<sup>41</sup> αξιολογεί τις θεραπευτικές συμπεριφορές που προϋποθέτουν μια θετική θεραπευτική συμμαχία έως κλειδί της υπόθεσης. Το πρώτο βήμα για την ανάπτυξη του TABBS ήταν μια ποιοτική εξέταση προηγούμενων βιντεοσκοπημένων συνεδριών της CBT. Έγινε μέριμνα για τη δειγματοληψία συμπεριφορών που θα αντιπροσωπεύουν τις πτυχές του στόχου *Goal*, της εργασίας *Task* και των δεσμών *Bond* της θεραπευτικής σχέσης του Bordin (Bordin, 1979). Καταγράφηκαν οι συμπεριφορές των θεραπευτών σε δύο

---

<sup>41</sup>TABBS (Therapist Alliance-Building Behavior Scale) «Καταγράφηκαν συμπεριφορές θεραπευτών που ήταν τα εξής για το θετικό σθένος: (α) Προσαρμογή στην περίοδο σύνδεσης - ο θεραπευτής προσαρμόζει τη συνεδρία για το παιδί, συμπεριλαμβανομένων (των προτιμήσεων και των αντιπαθειών του παιδιού). (β) Παιχνιδιάρικο - ο θεραπευτής παρουσιάζει ατομικές εργασίες με έναν παιχνιδιάρικο τρόπο (δεν διστάζει να κατεβεί στο πάτωμα για να παίξει με το παιδί και να εμπλακεί σε διασκεδαστικές δραστηριότητες για να διευκολύνει το υλικό της συνεδρίας. (γ) Ενθάρρυνση και ελπίδας - ο θεραπευτής εκφράζει μια βαθιά πεποίθηση για γρήγορη βελτίωση και σημειώνει/ αναφέρει λεκτικά τη πρόοδο. (δ) Συνεργασία - ο θεραπευτής παρουσιάζει τη θεραπεία ως ομαδική προσπάθεια, δημιουργώντας μια αίσθηση συνύπαρξης με λέξεις όπως «εμείς» (ε) Επικύρωση - ο θεραπευτής δείχνει κατανόηση για τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τη συμπεριφορά του παιδιού με τρόπους που μπορεί να περιλαμβάνουν την απάντηση στις ανησυχίες / την εξερεύνηση προβλημάτων του παιδιού σχετικά με τη θεραπεία. (στ) Οι γενικές συνομιλίες: συνομιλίες μεταξύ του θεραπευτή και του παιδιού χωρίς εστίαση στο αγωγικό αντικείμενο, σχετικά με ένα θέμα που ενδιαφέρει το παιδί. και (ζ) Εύρεση κοινού εδάφους: πράγματα που κάνει ο θεραπευτής, έτσι ώστε το παιδί να μπορεί να αισθάνεται ξεχωριστό και συνδεδεμένο με τον θεραπευτή. Οι συμπεριφορές αρνητικού-σθένους περιλάμβαναν τα ακόλουθα: (α) Ωθώντας το παιδί να μιλήσει - ο θεραπευτής πιέζει το παιδί να μιλήσει για το άγχος που νιώθει. Αυτό δεν αναφέρεται σε συνομιλίες στις οποίες το παιδί συζητά πρόθυμα για το άγχος του και δεν βαθμολογείται, εκτός εάν ο θεραπευτής συνέχισε να ρωτάει για το άγχος του πέρα από το σημείο στο οποίο το παιδί φαίνεται ενδιαφερόμενο ή άνετο. (β) Να είναι πολύ απομακρυσμένος όχι χαλαρός - τρόποι που ο θεραπευτής κάνει τη σχέση όχι χαλαρή και άνετη, συμπεριλαμβανομένης της συνομιλίας με το παιδί με τρόπους που φαίνονται απομακρυσμένοι / τιμωρητικοί (γ) Δεν ακολουθεί τις υποσχέσεις - περιπτώσεις στις οποίες ο θεραπευτής δεν ακολουθεί τις υποσχέσεις που δόθηκαν στο παιδί ή απογοητεύει τις προσδοκίες του παιδιού (π.χ. δεν ακολουθεί τις αναμενόμενες ανταμοιβές ή δραστηριότητες) και (δ) Μιλώντας σε ακατάλληλο επίπεδο - φορές που ο θεραπευτής μιλά με τρόπο που μπορεί να αποξενώσει το παιδί, συμπεριλαμβανομένης της συνομιλίας σε επίπεδο που δεν είναι κατάλληλο για την ηλικία του παιδιού, συνομιλίες με την οικογένεια που αποκλείουν το παιδί ή μιλώντας για το παιδί σαν να μην είναι στο δωμάτιο» (Creed & Kendall, 2005, p. 500).

κατηγορίες. Το *αρνητικό σθένος* που αφορά τις θεραπευτικές συμπεριφορές, και που υποτίθεται ότι οδηγούν σε χαμηλές βαθμολογήσεις από την αξιολόγηση των παιδιών για τη συμμαχία, καθώς και το *θετικό σθένος* που συνίστανται σε αυτές που υποτίθεται ότι οδηγούν σε υψηλές αξιολογήσεις των παιδιών. Έγιναν ρητές προσπάθειες για τον αποκλεισμό θεραπευτικών συμπεριφορών (που είναι συγκεκριμένες σε αυτό το εγχειρίδιο) για να διασφαλιστεί κάποια γενίκευση πέρα από τη συγκεκριμένη θεραπεία. Ωστόσο, η γενικευσιμότητα μπορεί να μην ήταν επαρκής και να ήταν κάπως περιορισμένη επειδή οι συμπεριφορές έπρεπε να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας CBT για να συμπεριληφθούν στην κωδικοποίηση. Ο κατάλογος των θεραπευτικών συμπεριφορών υποβλήθηκε για την αξιολόγηση από εμπειρογνώμονες του χώρου που κατείχαν μια αντικειμενική εκτίμηση για τον ορισμό των στοιχείων (της κωδικοποίησης). Το τελικό μέτρο-κωδικοποίηση TABBS περιελάμβανε 7 συμπεριφορές θετικού-σθένους και 4 συμπεριφορές αρνητικού - σθένους. Το TABBS - Alliance (TABBS - A) περιλαμβάνει τις 4 ερωτήσεις (π.χ. «Πώς ένιωσες για τον θεραπευτή σου;», «Τι πιστεύεις ότι το παιδί σκέφτηκε για τη σχέση του με τον θεραπευτή του;», «Τι σκέφτεσαι για τη σχέση θεραπευτή-παιδιού;»). Σε κάθε ερώτηση βαθμολογήθηκε από 1 (αδύναμη σχέση) έως 5 (ισχυρή σχέση).

Τα επιλέξιμα παιδιά τυχαιοποιήθηκαν σε μία από τις τρεις θεραπείες των 16 συνεδριών διάρκειας 60 λεπτών ανά συνεδρία. Ένα μέλος του προσωπικού του προγράμματος (CAADC), εκτός από τον θεραπευτή, παρότρυνε το παιδί να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο TASC-R στο τέλος κάθε συνεδρίας και να το τοποθετήσει σε ένα σφραγισμένο «εμπιστευτικό» κουτί. Οι αξιολογήσεις από τις (1<sup>η</sup>-3<sup>η</sup>) συνεδρίες και της (7<sup>η</sup>) συνεδρίας χρησιμοποιήθηκαν σε αναλύσεις της ζητούμενης συμμαχίας (επειδή, στην CBT, οι εργασίες έκθεσης ξεκινούν από τη συνεδρία 8 και μπορεί να επηρεάσουν τις βαθμολογίες συμμαχίας).

Οι συμπεριφορές «συμμόρφωσης – προσαρμογής» του θεραπευτή ως προγνωστικός παράγοντας των *αξιολογήσεων – παιδιών για τη θεραπευτική συμμαχία* παρουσιάζονται στο (Παράρτημα Εικόνα 10 Σχήμα 3). Οι συμπεριφορές που βρέθηκαν να είναι (στατιστικά σημαντικοί) προγνωστικοί παράγοντες της αντίληψης του παιδιού για τη θεραπευτική συμμαχία και μετρήθηκαν στην 3<sup>η</sup> συνεδρία έδειξαν ότι: Συγκεκριμένα, η «συνεργασία» (10.85) και «γενικές συνομιλίες» (5.91) μεταξύ θεραπευτή και παιδιού ήταν προγνωστικές για τις υψηλότερες αξιολογήσεις των παιδιών για τη συμμαχία. Η διάσταση της αξιολόγησης για την κωδικοποίηση «η εύρεση κοινής βάσης/ έδαφος» (-9.75) ήταν προγνωστική για τις χαμηλότερες

βαθμολογίες των παιδιών για τη συμμαχία, όπως και το «σπρώχνοντας το παιδί να μιλήσει» (-6.98) εξαιτίας του άγχους του παιδιού ήταν προγνωστικός παράγοντας για τις χαμηλότερες βαθμολογίες του παιδιού για τη συμμαχία. Για τη 7<sup>η</sup> συνεδρία οι παιδικές αξιολογήσεις με στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της θεραπευτικής συμμαχίας ως προγνωστικός παράγοντας βρέθηκαν, όπως: Η κωδικοποίηση «σπρώχνοντας το παιδί να μιλήσει» (-0.18) παρέμεινε προγνωστική για τις χαμηλότερες βαθμολογίες των παιδιών για τη συμμαχία, επίσης η διάσταση αξιολόγησης της κωδικοποίησης «υπερβολικά επίσημη» (-1.68) προέβλεψε σημαντικά αρνητικές αξιολογήσεις της συμμαχίας με τον θεραπευτή και οι διαστάσεις αξιολόγησης «επικύρωση» (1.12) και «συνεργασία» (0.87) προέβλεψε θετικά τις βαθμολογίες θεραπειών μιας συμμαχίας.

Επίσης σύμφωνα με τα αποτελέσματα (Παράρτημα Εικόνα 10 Σχήμα 4) ο προγνωστικός παράγοντας που αξιολογεί τον βαθμό στον οποίο οι κωδικοποιημένες θεραπευτικές συμπεριφορές θα μπορούσαν να προβλέψουν τις *πρώιμες θεραπευτικές αξιολογήσεις ανάπτυξης συμμαχίας*, ορίστηκε να είναι η εκτίμηση (αυτοαναφοράς) βάσει του ερωτηματολογίου που απάντησε ο θεραπευτής. Οι συνολικές βαθμολογίες για τους 8 κωδικούς συμπεριφοράς του θεραπευτή εισήχθησαν σε μια γραμμική παλινδρόμηση, αλλά δεν υπήρχαν θεραπευτικές συμπεριφορές που να ήταν στατιστικά σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες από τις απαντήσεις του θεραπευτή για συμμαχία στην 3<sup>η</sup> συνεδρία ( $p=0.05$ ). Ο βαθμός στον οποίο οι θεραπευτικές συμπεριφορές προέβλεπαν στατιστικά σημαντικά τις βαθμολογίες «θεραπευτών» μιας θεραπευτικής συμμαχίας στην 7<sup>η</sup> συνεδρία ήταν οι εξής: η «υπερβολικά επίσημη» (-2.52) και «η εύρεση κοινής βάσης» (-1.67) που προέβλεψαν σημαντικά αρνητικές αξιολογήσεις των θεραπειών για τη συμμαχία και η «συνεργασία» (3.00) και «μια γενική συζήτηση» (1.85) που προέβλεψε θετικά τις βαθμολογίες για τη συμμαχία που αναπτύξανε με τα παιδιά.

Αυτή η μελέτη εντόπισε συγκεκριμένες θεραπευτικές συμπεριφορές που ήταν προγνωστικές για την αντίληψη των παιδιών, των θεραπειών και των παρατηρητών (ως ερευνητικά συμπεράσματα) μιας θεραπευτικής συμμαχίας. Η εμφάνιση της «συνεργασίας» προέβλεπε τις πρώιμες αξιολογήσεις των παιδιών για μια ισχυρότερη συμμαχία, και «ωθώντας το παιδί να μιλήσει» και «δίνοντας έμφαση σε κοινό έδαφος» προέβλεπε τις πρώιμες αξιολογήσεις των παιδιών για μια πιο αδύναμη συμμαχία. Το «σπρώχνοντας το παιδί να μιλήσει» συνέχισε να προβλέπει χαμηλότερες βαθμολογίες των παιδιών για μια συμμαχία στην 7<sup>η</sup> συνεδρία. Παρόλο που καμία από αυτές τις συμπεριφορές δεν προέβλεπε βαθμολογίες πρώιμης

θεραπευτικής συμμαχίας, η μεταγενέστερη θεραπευτική συμμαχία προέβλεπε «συνεργασία» (θετικά) και «υπερβολικά επίσημη» (αρνητικά). Άλλες θεραπευτικές συμπεριφορές δεν ήταν προγνωστικές για τις αξιολογήσεις των παιδιών για μια συμμαχία, συμπεριλαμβανομένων του «παιχνιδιού», της «ελπίδας» και της «ενθάρρυνσης και των γενικών συνομιλιών».

**Η θεραπευτική συμμαχία και ο εξαναγκαστικός εγκλεισμός ασθενών (ακούσια νοσηλεία), σε μια ιατροδικαστική μονάδα ψυχικής υγείας στην Ιρλανδία (Donnelly, et al., 2011)**

Η σύλληψη, εξαιτίας της ιατροδικαστικής εφαρμογής του νόμου για την ψυχική υγεία, που είναι συνήθως η ακούσια νοσηλεία, και η οποία από την πλευρά των ανθρωπίνων δικαιωμάτων θεωρείται ως η πιο αποτρόπαια πράξη και ηθική υποβάθμιση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, είναι μια συνηθισμένη πρακτική παντού στον κόσμο, στις ημέρες μας. Ο καταναγκαστικός εγκλεισμός χρησιμοποιείται για την προστασία του ίδιου του ατόμου αλλά και για την κοινωνία, και είναι ένα σκληρό μέτρο που φέρνει αμφιλεγόμενα ζητήματα για την ψυχική υγεία επειδή η εφαρμογή του νόμου καταπατά τα ανθρώπινα δικαιώματα κατά την ενημέρωση. Η θεραπευτική συμμαχία διάμεσων από την πλευρά της αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι, και θεωρείται ως βασικό μέτρο αποτελεσματικότητας σε αυτά τα προγράμματα - θεραπείας ψυχικής υγείας. Μαζί με την συμπτωματική βελτίωση και με μια ικανοποιητική συμπεριφορά, ο ασθενής μέσω της συμμαχίας αποστιγματίζεται κατά κάποιο τρόπο και πειθαρχεί να ακολουθήσει ένα σύνολο από κανόνες (για τη φαρμακευτική αγωγή του). Η μη τήρηση των κανόνων, συμπεριλαμβανομένης της εμμονής και της μη συμμόρφωσης είναι συχνή στην σχιζοφρένεια, και έτσι η αποτυχία της διαδικασίας μπορεί να θεωρηθεί μια αδύναμη θεραπευτική σχέση καθώς εμφανίζεται ως πυλώνας του επιθυμητού αποτελέσματος. Σ' αυτή την μελέτη, ως πιο κοινή διάγνωση εμφανίζεται να είναι η σχιζοφρένεια ή άλλη ψύχωση.

Τα βασικά *ερευνητικά ερωτήματα* σε αυτή τη μελέτη, σχετικά με τη συνεργασία και την εμπιστοσύνη, ως διαδικασία που προκύπτει μετά από ένα εγκλεισμό, θα λέγαμε ότι πιθανόν να μην έχουν την βαρύτητα της εγκυρότητας μιας άλλης έρευνας με ασθενείς με ψυχική διαταραχή που ζουν στην κοινότητα, και που επέλεξαν να συμμετάσχουν στην μελέτη. Έτσι αναζητώντας την αξιολόγηση του χρήστη (ασθενή) και της υπηρεσίας για τη θεραπευτική σχέση που προέκυψε στη θεραπεία του, καθώς



και την αξιολόγηση για αυτόν από τους θεραπευτές της υπηρεσίας, μπορεί να προκύψει κάποιο εσφαλμένο ή αντιφατικό αποτέλεσμα.

Εφαρμόστηκε το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης Working Alliance Inventory (WAI) Horvath & Greenberg (Horvath & Greenberg, 1989) και η κλίμακα Interpersonal Trust in Physician (ITP) του Hall και συνεργάτες (Hall, et al., 2002). Η υπόθεση της έρευνας ήταν ότι, η *εργατική συμμαχία* και η *εμπιστοσύνη* θα μπορούσαν να μετρηθούν ως μια ουσιαστική κατασκευή που είναι έγκυρη και αξιόπιστη για την αποτελεσματικότητα των παρόχων της υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, θα μπορούσε να μετρηθεί εάν η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής συμμαχίας επηρεάζεται από την επιβαρυνόμενη κατάσταση της ψυχικής υγείας τους ασθενούς.

Το Κεντρικό Νοσοκομείο Ψυχικών Παθήσεων είναι η μόνη Ιατροδικαστική Μονάδα Ψυχικής Υγείας στην Ιρλανδία. Κατά τη διάρκεια αυτής της μελέτης (Απρίλιος 2008) η Μονάδα Ψυχικής Υγείας είχε 83 κρεβάτια και σχεδόν όλοι ασθενείς ήταν άνδρες εκτός από 8 γυναίκες. Το νοσοκομείο δεχότανε μόνο ασθενείς που κρατήθηκαν επίσημα βάσει της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία (βάσει της νομοθεσίας περί ποινικού δικαίου). Το Κεντρικό Νοσοκομείο Ψυχικών Παθήσεων χωρίστηκε οργανωτικά σε τρεις κατηγορίες («η οξεία/υψηλή ασφάλεια», «η μεσαία ασφάλεια» και «η αποκατάσταση/ανάκαμψη»).

Σε όλους τους συμμετέχοντες δόθηκαν εξηγήσεις για το έργο, διαβεβαιώθηκαν για την εμπιστευτικότητα του, και τους ζητήθηκε να υπογράψουν μια εθελοντική συγκατάθεση. Σε όσους έδωσαν τη συναίνεση τους, ζητήθηκε να ολοκληρώσουν τα ερωτηματολόγια για την *θεραπευτική συμμαχία* (WAI) και για τη *διαπροσωπική εμπιστοσύνη* (ITP), πρώτα σχετικά με την εκτίμηση της θεραπευτικής τους σχέσης με τον σύμβουλο ψυχίατρο τους και στη συνέχεια με την υπεύθυνη νοσηλεύτρια τους.

Οι βοηθοί ψυχολόγοι αξιολόγησαν με τυφλό σύστημα συνολικά 81 από τους 83 ασθενείς (98%) που ολοκλήρωσαν τις αξιολογήσεις των ερωτηματολογίων για την WAI και για την ITP σχετικά με τον σύμβουλο ψυχίατρο και την πρωτοβάθμια νοσοκόμα τους. Η μέση ηλικία ήταν 46,6 έτη (SD 12,4), ο μέσος χρόνος από την εισαγωγή ήταν 7,3 έτη, (SD 10,2). Οι διαγνώσεις ήταν η σχιζοφρένεια 58 (70%), η διπολική συναισθηματική διαταραχή 5 (6%), η ψυχωτική κατάθλιψη (μελαγχολία) 4 (5%), η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή 5 (6%), η παρανοϊκή ψύχωση 6 (7%), και άλλες 5 (6%). Το εφαρμοσμένο γνώριμο ερωτηματολόγιο το Working Alliance Inventory (WAI), (Horvath & Greenberg, 1989) αποτελείται από 12 ερωτήσεις αυτοαναφοράς που έχει σχεδιαστεί για να συμπληρώνεται από τους ασθενείς που

αφορούν έναν θεράποντα ψυχίατρο ή μια νοσηλεύτρια μεμονωμένα. Έχουν συντάξει τις τροποποιήσεις έτσι ώστε το εργαλείο να μπορεί επίσης να ολοκληρωθεί από τους θεράποντες ψυχιάτρους ή νοσηλεύτριες σχετικά με τον ασθενή που χρησιμοποιεί ακριβώς την ίδια διατύπωση. Το WAI<sup>42</sup> διαιρέθηκε στις τρεις γνωστές υποκατηγορίες, «Στόχος» *Goal* (στοιχεία 4, 6, 10 και 11), «Εργασία» *Task* (στοιχεία 1, 2, 8 και 12) και «ομολογία για τη Δέσμευση» *Bond* (σημεία 3, 5, 7 και 9). Η Interpersonal Trust in a Physician scale (διαπροσωπική εμπιστοσύνης) του Hall και συνεργάτες (Hall, et al., 2002) είναι ένα ερωτηματολόγιο 10 στοιχείων αυτό-αξιολόγησης που έχει σχεδιαστεί για να συμπληρώνεται από τους ασθενείς σχετικά με τους ψυχιάτρους και τις νοσηλεύτριες. Η Παγκόσμια Αξιολόγηση της Λειτουργικότητας (GAF<sup>43</sup>) (American Psychiatric Association, 1994) και η Κλίμακα - Θετικών και Αρνητικών Συμπτωμάτων (PANSS<sup>44</sup>) από του Kay και συνεργάτες (Kay, et al., 1987) χορηγήθηκαν ξεχωριστά από βοηθούς ψυχολόγους, εκπαιδευμένους στην χρήση των ψυχομετρικών εργαλείων.

Το κριτήριο εγκυρότητας για τις βαθμολογίες της ψυχοπαθολογίας στις υποκατηγορίες (τρεις λειτουργικές ομάδες των θαλάμων) ήταν στατιστικά σημαντικό για την οξεία/ υψηλή ασφάλη (n = 22), για τη μεσαία ασφάλη (n = 33) και για τη χαμηλή ασφάλεια/ αποκατάσταση και ανάκαμψη (n = 28), (Παράρτημα Εικόνα 11 Σχήμα 3). Για το αποτέλεσμα *θεραπευτική συμμαχία (WAI)*, η βαθμολογία στις συνθήκες «ασθενείς», «νοσηλευτές» και «ιατροί» ήταν στατιστικά σημαντική, με χαμηλότερες τιμές στις «οξείες καταστάσεις» που προέρχεται από την αξιολόγηση των ψυχιάτρων για τους ασθενείς (43.1) με την υψηλότερη βαθμολογία για την ίδια κατηγορία να δίνεται από τους ασθενείς για τους ιατρούς (55.1). Επίσης στην υποομάδα «ασφαλείς πτέρυγες» οι τιμές της θεραπευτικής συμμαχίας παρουσιάζουν μια ανοδική πορεία με την αξιολόγηση των ασθενών για τις νοσηλεύτριες (60.3) και αντίστροφα την αξιολόγηση των νοσηλευτών (60.1) για τους ασθενείς. Επίσης παρουσιάστηκε και μια δύσκολη θεραπευτική σχέση που αναφέρουν οι ψυχίατροι για τους ασθενείς τους (51.4). Η τελευταία αξιολόγηση από τους ασθενείς στην υποκατηγορία «πριν από την έξοδο από την κλινική», αναφέρεται σε μια τέλεια συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό (66.9) παρόλο που ακριβώς το αντίστροφο σχήμα της αξιολόγησης δεν ήταν και τόσο ενθουσιασμένο από την συνεργασία [νοσηλεύτριες – ασθενείς (54.7)]. Το συνολικό αποτέλεσμα αυτοαναφοράς των ασθενών για τις νοσηλεύτριες (61.0) φαίνεται να υπερισχύει όλων των κατηγοριών

<sup>42</sup>Working Alliance Inventory

<sup>43</sup>Global Assessment of Function

<sup>44</sup>Positive and Negative Symptom Scale

που απαντήθηκαν, ενώ μικρότερη στο σκορ εμφανίζεται να είναι η αξιολόγηση της συμμαχίας των ψυχιάτρων για τους ασθενείς (50.8).

Σχετικά με τις συσχετίσεις εσωτερικής εγκυρότητας (WAI) των ασθενών και του υγειονομικού προσωπικού ως συλλογική εικόνα, παρακολουθούμε μια γενική συναίνεση των απαντήσεων των νοσηλευτών και των ασθενών, καθώς φαίνεται να συμπίπτουν για την ανοδική συμμαχία που προκύπτει. Σύμφωνα με το χρονικό διαχωρισμό των υποκατηγοριών νοσηλείας, φαίνεται από τα συμπεράσματα ότι, μια ισχυρή συμμαχία πρεσβεύει ένα ουσιαστικό αποτέλεσμα επιτυχίας που επιβεβαιώνεται στη συνθήκη «ασθενών – νοσηλευτών» από το μεσαίο στάδιο νοσηλείας «μέτρια κατάσταση νοσηρότητας».

Τα αποτελέσματα για τη *διαπροσωπική εμπιστοσύνη (ITP)*, επιβεβαιώνουν το προηγούμενο αποτέλεσμα. Με την συνολική βαθμολογία για την (ITP) να υπερισχύει, όσον αφορά την άποψη των ασθενών για τους ψυχιάτρους (38.2) και το αντίστροφο αποτέλεσμα, όσον αφορά την άποψη των ψυχιάτρων για τους ασθενείς, να είναι χαμηλότερο (26.4). Πιο αναλυτικά, για την ομάδα «οξείας νοσηρότητας» με υψηλή βαθμολογία αξιολόγησης, η άποψη των ασθενών για τους ψυχιάτρους τους κυμαίνεται στο (35.4) και μια χαμηλή διαπροσωπική εμπιστοσύνη παρακολουθείται στα αποτελέσματα απόψεων των ψυχιάτρων για τους ασθενείς (21.7). Για τη «μέτρια κατάσταση νοσηρότητας» παρατηρείται μια υψηλή τιμή αξιολόγησης των ασθενών για τους ψυχιάτρους (37.8) ενώ χαμηλή είναι η βαθμολογία των νοσηλευτών για τους ακούσια νοσηλευόμενους (26.2). Η υψηλή διαπροσωπική εμπιστοσύνη για την ομάδα των «ασθενών που ολοκλήρωσαν όλες τις διαδικασίες αποκατάστασης» σκοράρει ψηλά στη βαθμολογία των ασθενών για τους ψυχιάτρους τους (38.2), ενώ χαμηλά παραμένει η άποψη των ίδιων των ψυχιάτρων σχετικά με τους ασθενείς (26.4).

Η σχέση μεταξύ των μεταβλητών για την εσωτερική συνοχή όσον αφορά στο συνολικό αποτέλεσμα για την διαπροσωπική εμπιστοσύνη, δείχνει ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, εκτός από μια συμφωνία των απόψεων στην «μεσαία χρονική κατάσταση νοσηλείας», όπου οι απόψεις των νοσηλευτών και των ασθενών είναι εξίσου θετικές και υπερισχύουν των άλλων τιμών.

Δεδομένου ότι, η διάκριση μεταξύ των υπό-ομάδων της θεραπευτικής συμμαχίας (WAI) δεν υποστηρίζεται από την ανάλυση παραγόντων, αυτό εξηγεί τις μικρές διαφορές μεταξύ των (Goal, Task & Bond) που δεν είναι διακριτές.

Η άποψη του ασθενούς σχετικά με την εργατική συμμαχία θεωρείται ότι είναι πιο σημαντική από την άποψη του επαγγελματία υγείας, τουλάχιστον σε σχέση με το

αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας. Ως εκ τούτου, ο ασθενής έχει το ισχυρότερο μέτρο για να κρίνει την ποιότητα της υπηρεσίας. Τότε γιατί θα πρέπει να εξετασθεί ο βαθμός στον οποίο η θεραπευτική συμμαχία μπορεί να μετρηθεί σε έναν πληθυσμό ασθενών με ψύχωση για τους οποίους η συμμαχία προκύπτει από την υποχρεωτική θεραπεία που επιβάλλεται βάσει της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία; Έχει αποδειχθεί ότι η συμμαχία και η διαπροσωπική εμπιστοσύνη μπορούν να μετρηθούν ως δυαδικές λειτουργίες. Φαίνεται ότι, αυτό που μετριέται από μια τέτοια αθροιστική βαθμολογία, δεν είναι η πραγματική συμμαχία εργασίας ή η εμπιστοσύνη ως δυαδική λειτουργία, αλλά μάλλον ένα ατομικό μέτρο στάσης (συμπάθεια) ή μια διαπροσωπική εκτίμηση. Αυτά είναι πιθανό να συγγέονται από τους συσχετισμούς στο βαθμό της δυσκολίας της ψυχικής κατάστασης, βάσει συμπτωμάτων (PANSS) και του ψυχομετρικού εργαλείου για τη λειτουργικότητα (GAF) του κάθε ασθενή.

Υπάρχει επίσης ένα σημαντικό φαινόμενο «σφάλμα φωτοστέφανου» (Halo effect<sup>45</sup>) στη συσχέτιση της συμμαχίας WAI (0.707),  $p < 0.001$  και της εμπιστοσύνης ITP (0.673),  $p < 0.001$  σύμφωνα με το αποτέλεσμα της υποκείμενης διάθεσης και την προκατάληψη του καθένα για την αξιολόγηση. Είναι επομένως δυνατή μια ποικιλία ερμηνειών για τα δεδομένα της ποιοτικής έρευνας. Το πρώτο είναι ότι, οι ασθενείς στις «οξείες» περιπτώσεις στις πτέρυγες, έχουν τη χαμηλότερη συμμαχία εργασίας (54.3, 55.1) και την ελάχιστη διαπροσωπική εμπιστοσύνη (34.4, 35.4) με το υγειονομικό προσωπικό της κλινικής. Ενώ εκείνοι που έχουν προχωρήσει σε μονάδες «μέτριας ασφαλείας» και «προ-αναχώρηση» με τους λιγότερους περιορισμούς έχουν την καλύτερη συμμαχία εργασίας WAI [(60.3), (56.5) για την μέση αποθεραπεία και (66.9), (64.2) για το επίπεδο πριν την αναχώρηση] και τα καλύτερα αποτελέσματα διαπροσωπικής εμπιστοσύνης ITP [αντίστοιχα (37.8), (37.3) και (40.5), (41.4)], (Παράρτημα Εικόνα 11 Σχήμα 3).

Μια ποιοτική μελέτη δύσκολα μπορεί να διακρίνει μεταξύ των εναλλακτικών δυνατοτήτων που συμβάλλουν στη βελτίωση της κατάστασης, επειδή μπορεί να υπάρχουν επικαλούμενες μεταβλητές που να ορίζουν την πορεία της θεραπευτικής συμμαχίας και της διαπροσωπικής εμπιστοσύνης, δίχως να είναι φανερά. Για

---

<sup>45</sup> Το φαινόμενο σφάλμα φωτοστέφανου είναι η τάση για θετικές εντυπώσεις ενός ατόμου ή προϊόντος σε αξιολόγηση από ένα και μόνο χαρακτηριστικό του, για να επηρεασθούν θετικά οι απόψεις του για τη γνώμη του ή τα συναισθήματα κάποιου άλλου. Το φαινόμενο φωτοστέφανο είναι «το όνομα που δίνεται στο φαινόμενο με το οποίο αυτοί που αξιολόγησαν το ερωτηματολόγιο, τείνουν να επηρεάζονται από τις προηγούμενες κρίσεις τους σχετικά με την απόδοση ή την προσωπικότητα». Το φαινόμενο φωτοστέφανο που είναι γνωστική προκατάληψη μπορεί ενδεχομένως να εμποδίσει κάποιον να δεχτεί ένα άτομο, ένα προϊόν ή μια κίνηση με βάση την ιδέα μιας λανθασμένης πεποίθησης για το τι είναι καλό ή κακό.

παράδειγμα, συμπεριλαμβάνοντας τα αποτελέσματα της ψυχικής κατάστασης (PANSS) και της λειτουργικότητας (GAF) των ασθενών χωρίς διάκριση, θα μπορούσαν να προστεθούν επιπλέον μεταβλητές που δεν εξετάστηκαν στην ανάλυση. Για να φανεί ξεκάθαρα το αποτέλεσμα χρειάζεται μια μελέτη που να εξετάζει συγκεκριμένα και απομονωμένα ασθενείς της ίδιας ομάδας λειτουργικότητας και ψυχικής κατάστασης. Έτσι μπορεί να εξακριβωθεί εάν οι μεταβλητές – «βασική συμμαχία εργασίας» και η «διαπροσωπική εμπιστοσύνη» επηρεάζουν το αποτέλεσμα των θεραπειών για τους ασθενείς με σοβαρές ψυχικές διαταραχές στο ίδιο βαθμό στον οποίο οι ασθενείς με βασική κλινική κατάσταση περνάνε από τις τρεις χρονικές φάσεις της ίασης (οξεία, μεσαία και πριν την αποκατάσταση).

Μια δεύτερη απλή ερμηνεία υποδηλώνει ότι, όσοι ασθενείς επιτυγχάνουν ύφεση από τα συμπτώματά, αισθάνονται μια θετική συμμαχία και διαπροσωπική εμπιστοσύνη με τον ψυχίατρο που τους θεραπεύει, ενώ εκείνοι που δεν έχουν επιτύχει κάποια ύφεση, όχι παράλογα, είναι πιο αρνητικοί στις εκτιμήσεις τους. Η έλλειψη «επίδρασης φωτοστέφανου» για την αξιολόγηση των ασθενών ως προς την πρωτοβάθμια νοσοκόμα και τους γιατρούς τους σε σχέση με την κατάσταση της ύφεσης υποστηρίζει αυτήν την ερμηνεία. Ομοίως, οι ψυχίατροι φαίνεται να έχουν επηρεαστεί πολύ στις αξιολογήσεις τους από την κατάσταση ύφεσης των ασθενών τους, αν και οι πρωτοβάθμιες νοσηλεύτριες δεν ήταν και τόσο ενθουσιασμένες. Δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι, οι ψυχίατροι πιστεύουν ότι η θεραπευτική σχέση θα είναι ισχυρότερη με τους ασθενείς που ανταποκρίνονται στη θεραπεία, για πολλούς λόγους. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι, για το ερωτηματολόγιο της θεραπευτικής συμμαχίας (WAI), η μέγιστη βαθμολογία για τη θετική συμμαχία είναι 84 (12 items X 7value), με την βαθμολογία «4» (μερικές φορές) να αποτελεί μια ικανοποιητική απάντηση, έτσι ώστε η συνολική μέση βαθμολογία που είναι μεγαλύτερη από το 48 να μπορεί να θεωρηθεί θετική «κατά μέσο όρο».

**Επικύρωση της δύναμης της θεραπευτικής συμμαχίας για την αλλαγή της συμπεριφοράς (Working Alliance Inventory)σε ένα πρόγραμμα παρέμβασης κακοποιών Batterer Intervention Program (BIP), στο οποίο παίρνουν μέρος άντρες που κάποτε βρέθηκαν στη θέση του «βίαιου συντρόφου» (Santirso, et al., 2018)**

Υπάρχουν κάποιες συγκεντρωτικές μελέτες - στοχοποίησης για την εξερεύνηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων παρέμβασης κατά της ενδοοικογενειακής

βίας BIPs<sup>46</sup>. Με τη διερεύνηση του θέματος υποδεικνύεται ότι, οι στρατηγικές για τη συμμετοχή σε τέτοια προγράμματα είναι ο κινητήριος αγωγός για να παρουσιαστούν τα στάδια της τροποποίησης συμπεριφοράς, με συνέπεια λιγότερες υποτροπιάζουσες περιπτώσεις. Αυτές οι νέες στρατηγικές συμμαχίζονται την ιδέα ότι, η εργατική συμμαχία είναι το βασικό στοιχείο για την αύξηση των κινήτρων των χρηστών BIP, για την προσήλωση στη θεραπεία και την ενεργή-συμμετοχή τους στα προγράμματα. Η ερευνητική υπόθεση είναι ότι με τη βελτιωμένη εργατική συμμαχία, πιθανώς να διαμορφώνεται η άποψη των συμμετεχόντων ότι ο θεραπευτής πραγματικά νοιάζεται και ανησυχεί για την πρόοδο τους. Η εργατική συμμαχία συνδέεται επίσης με την άποψη ότι παρακινεί τους συμμετέχοντες για συμμετοχή και ολοκλήρωση του προγράμματος, μειώνοντας τα ποσοστά εγκατάλειψης και υποτροπής. Οι στόχοι της παρούσας μελέτης είναι: (1) η αξιολόγηση των ιδιοτήτων των ψυχομετρικών εργαλείων και της δομής των (υπό)παραγόντων της κλίμακας WAI-O-S<sup>47</sup> Tichenor & Hill (Tichenor & Hill, 1989) σε ένα δείγμα ανδρών που έχουν καταδικαστεί για ενδοοικογενειακή βία (IPV<sup>48</sup>) και παρακολουθούν το πρόγραμμα (BIP<sup>49</sup>) υποχρεωτικά. (2) να αναλύσει την εγκυρότητα που σχετίζεται με το κριτήριο αυτού του μέτρου, μελετώντας τη σχέση μεταξύ της συμμαχίας εργασίας και ενός συνόλου μεταβλητών που σχετίζονται με τις διαδικασίες παρέμβασης BIP, όπως την προθεραπευτική συμπεριφορά ομάδας και το κίνητρο για αλλαγή στην στάση της συμπεριφοράς τους.

Το δείγμα αποτελούνταν από 140 άνδρες που καταδικάστηκαν για ενδοοικογενειακή βία IPV και είχαν λάβει εντολή δικαστηρίου σε κοινοτικό πρόγραμμα θεραπείας - BIP<sup>50</sup>, το οποίο πρόγραμμα πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο της Βαλένθια. Τα κριτήρια επιλεξιμότητας ήταν: (α) να μην είχαν σοβαρή ψυχική διαταραχή, (β) να μην είχαν σοβαρό εθισμό στο αλκοόλ ή σε άλλες ουσίες και (γ) να είχαν υπογράψει συγκατάθεση ενημέρωσης για τη συμμετοχή τους. Η μέση ηλικία ήταν 40,26 έτη (SD = 11,66, εύρος 18-76). Το 50,7% είχε ολοκληρώσει τις στοιχειώδεις σπουδές τους, το 34,3% είχε ολοκληρώσει το γυμνάσιο ή την επαγγελματική κατάρτιση, το 10% πανεπιστημιακές σπουδές και το 5% δεν είχε καμία εκπαίδευση. Το 35,7% ήταν

---

<sup>46</sup>Batterer Intervention Programs (BIPs)

<sup>47</sup>Alliance Inventory-Observer Short Version (WAI-O-S) Από τη κλίμακα παρατήρησης αξιολογείται η εξαρτημένη μεταβλητή «συμμαχία εργασίας» και αποτελείται από 12 στοιχεία (π.χ., «ο συμμετέχων αισθάνεται ότι ο θεραπευτής τον χαρακτηρίζει ως άτομο», «ο συμμετέχων και ο θεραπευτής εργάζονται για αμοιβαία συμφωνημένους στόχους»)

<sup>48</sup>Intimate Partner Violence (IPV)

<sup>49</sup>Batterer Intervention Programs (BIPs).

<sup>50</sup>Καταδικάστηκαν σε φυλάκιση λιγότερο από δύο χρόνια, δεν είχαν προηγούμενο ποινικό μητρώο και η ποινή τους είχε ανασταλεί υπό τον όρο ότι, παρακολούθησαν αυτό το κοινοτικό πρόγραμμα παρέμβασης

άγαμοι, 39,3% διαζευγμένοι ή χωρισμένοι και 24,3% παντρεμένοι ή σε σχέση. Η πλειοψηφία, 70%, ήταν Ισπανοί, 12,7% ήταν Λατινοαμερικάνοι, 8,5% από άλλες ευρωπαϊκές χώρες, 7,8% από την Αφρική και 0,7% την Ασία. Το μέσο οικογενειακό εισόδημα της οικογένειας ήταν μεταξύ 6.000 και 12.000 ευρώ.

Επίσης εφαρμόστηκε μια παρατηρητική κωδικοποίηση της συμπεριφοράς (*Protherapeutic group Behavior*)<sup>51</sup> των συμμετεχόντων από μια θεραπευτική ομάδα (Semiatin, et al., 2013). Αυτή η μέθοδος αξιολογεί τις προ-θεραπευτικές συμπεριφορές των συμμετεχόντων εστιάζοντας σε ένα μέτρο-εκτίμησης *λεξιλογικού τύπου σύνθεσης* των προτάσεων. Τα στάδια αλλαγής (*Motivation to change*) βαθμολογούνται ως 1 (προκαταρκτικός σχεδιασμός), 2 (στοχασμός), 3 (προετοιμασία), 4 (δράση) και 5 (συντήρηση). Οι θεραπευτές αξιολόγησαν το κίνητρο για την αλλαγή κάθε συμμετέχοντα σε ένα μόνο αντικείμενο που κυμαίνεται από 1 (χαμηλό) έως 5 (υψηλό).

Αναφορικά με το επιλεγμένο μοντέλο των δυο παραγόντων CFA<sup>52</sup> (Παράρτημα Εικόνα 12 Σχήμα 2), η στρατηγική που ακολουθήθηκε για τη μέτρηση της εξαρτημένης μεταβλητής «Εργασιακή Συμμαχία» με το τρίπτυχο μοντέλο (Goal, Task&Bond) WAI-O-S, παρουσιάζεται ως μια διαδικασία που αποτελείται από τρία συστατικά: ο δεσμός ως συναισθηματικό συστατικό της σχέσης (Bond), η συμφωνία για τα καθήκοντα της θεραπείας (Task) και την συμφωνία για τους στόχους της θεραπείας (Goal), (Bordin, 1979). Ακολούθησε λεπτομερής διερεύνηση για την καλύτερη αξιοπιστία (ικανοποιητική φόρτιση των ερωτήσεων) σύμφωνα με το αποτέλεσμα που προέκυψε από την ψυχομετρική αξιολόγηση των συμμετεχόντων, και έτσι αποφασίστηκε η δέσμευση (Bond) να παραμείνει ως ένας κεντρικός παράγοντας. Τα υπόλοιπα δυο (Task & Goal) ομαδοποιήθηκαν σε μια ομάδα-παραγόντων, η οποία μετονομάστηκε σε συμφωνία (Agreement). Όλα τα στοιχεία παρουσίασαν μια θετική φόρτιση προς τους παράγοντες πρώτης τάξης, με τυποποιημένα φορτία πάνω από 0,80 σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις. Η εσωτερική εγκυρότητα των παραγόμενων υπο-ομάδων με τη συμφωνία των εργασιών και τους

---

<sup>51</sup> «Η αξιολόγηση αποτελείται από τρία στοιχεία: (α) Άρνηση/ αναγνώριση ή άρνηση της βίαιης συμπεριφοράς/ ανάγκη για προσωπική αλλαγή, για να αποφευχθούν καταχρηστικές πράξεις στο μέλλον, (β) διαπροσωπικές συμπεριφορές που εμφανίζονται στην ομάδα και σχετίζονται με την αλλαγή. Τέσσερις τύποι ρόλων συμπεριφοράς μπορούν να διακριθούν σε δύο διαστάσεις: αντιπαράθεση έναντι επιβεβαίωσης και θετική πρόοδος έναντι αρνητικής προόδου, (γ) ομάδας: το λεξιλόγιο των συμμετεχόντων που σχετίζονται με την αντίληψη της ομάδας σχετικά με το πρόγραμμα της θεραπείας. Οι βαθμολογητές απαντούσαν σε κλίμακα τύπου Likert 5 ερωτήσεων. Με βάση ατομικές συνεντεύξεις, αυτοαναφορές και άμεσες παρατηρήσεις, οι θεραπευτές αξιολόγησαν το στάδιο αλλαγής (Stage of change) κάθε συμμετέχοντα μετά την ταξινόμηση των» (Prochaska, et al., 1992)

<sup>52</sup>Confirmatory factor analysis

στόχους της θεραπείας - Agreement (0.96,  $p = .02$ ) και της δέσμευσης Bond (0.98,  $p = .02$ ) ως προς τη Γενική Εργασιακή Συμμαχία (General Working Alliance) ήταν ικανοποιητική.

Επίσης στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση (Παράρτημα Εικόνα 12 Σχήμα 3) βρέθηκε ότι αναπτύχθηκε μεταξύ τη Γενικής Συμμαχίας Εργασίας (General Working Alliance 0.73,  $p < .01$ ) και των προθεραπευτικών συμπεριφορών της ομάδας (Protherapeutic group behavior). Αυτό υποδηλώνει ότι, όταν υπάρχει συμφωνία μεταξύ του θεραπευτή και των συμμετεχόντων σχετικά με τους στόχους παρέμβασης και τις εργασίες [Agreement (Task/ Goal) 0.69,  $p < .01$ ] καθώς και επαρκής δεσμός (Bond 0.73,  $p < .01$ ), οι συμμετέχοντες είναι πιο πιθανό να αναλάβουν την ευθύνη για τις πράξεις τους. Επίσης είναι πιθανόν, επηρεαζόμενοι από το ομαδικό πνεύμα της ομάδας, να εκτίμησαν επαρκώς τις πρωτοβουλίες ανταλλαγής από τους άλλους. Μια άλλη μεταβλητή που συσχετίστηκε θετικά με τη συμμαχία εργασίας ήταν το κίνητρο για αλλαγή (Motivation of change 0.25,  $p < .01$ ), και τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι, ο επαρκής δεσμός στη συμφωνία (Agreement 0.33,  $p < .01$ ) για τους στόχους και τα καθήκοντα της παρέμβασης καθώς και η επίτευξη στη δέσμευση (Bond 0.22,  $p < .05$ ) μεταξύ των θεραπευτών και των συμμετεχόντων θα μπορούσε να διευκολύνει το κίνητρο της αλλαγής των παραβατών. Μεταφρασμένο θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι, η συνεργασία μεταξύ του θεραπευόμενου με παραβατική συμπεριφορά και του θεραπευτή του είναι, όχι μόνο ικανή να τροποποιήσει την γνωσιακή τους επεξεργασία, αλλά προφανώς και να αλλάξει τις σκέψεις τους για δράσεις καθώς και την συναισθηματική τους κατάσταση. Διαπιστώθηκε ότι, η εργατική συμμαχία σχετίζεται με τη μείωση της ψυχολογικής και σωματικής επιθετικότητας. Τέλος, σύμφωνα με την αξιολόγηση των δεδομένων υπάρχει μια θετική και σημαντική σχέση μεταξύ του σταδίου της αλλαγής (Stage of change 0.25,  $p < .01$ ) και της θεραπευτικής συμμαχίας, και πιο συγκεκριμένα με μεγάλο σθένος στο στάδιο της συμφωνίας για τις εργασίες απόκτησης των στόχων (Agreement 0.29,  $p < .01$ ) σε σύγκριση με το στάδιο του δεσμού (Bond 0.17,  $p < .01$ ). Η εργατική συμμαχία (WAI) θα μπορούσε να επιτηρείται κατά τη διάρκεια των διαφορετικών σταδίων της παρέμβασης, επιτρέποντας στους επαγγελματίες υγείας να εκτιμήσουν τον αντίκτυπο της σχέσης σε συγκεκριμένη φάση εξέλιξης της παρέμβασης, για να διαχωρίσουν τα κομβικά σημεία στο λαβύρινθο για το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι, το ερωτηματολόγιο WAI-O-S Horvath & Greenberg (Horvath & Greenberg, 1989) θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της συμμαχίας εργασίας μέσω εξωτερικών παρατηρητών σε



παρεμβατικές ρυθμίσεις (BIP). Η αλλαγή της δομής του μοντέλου σε αυτό το δείγμα υποστηρίζει την ομαδοποίηση τριών αρχικών παραγόντων του Bordin (Bordin, 1979), (δηλ. «Στόχος», «Εργασία» και «Δεσμός»), σε δύο παράγοντες πρώτης τάξης, δηλαδή («Επίτευξη της δέσμευσης» και «Συμφωνία»), και τον παράγοντα δεύτερης τάξης, δηλαδή («Γενική Συμμαχία Εργασίας») που εξηγεί τη σχέση μεταξύ των παραγόντων πρώτης τάξης που συμβαίνει για λόγους ώστε να βελτιώσει την προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα της έρευνας. Η εργατική συμμαχία (WAI) θα μπορούσε επομένως να παρακολουθείται κατά τη διάρκεια των διαφορετικών σταδίων της μεσολάβησης, επιτρέποντας στους ερευνητές να εκτιμήσουν τον αντίκτυπο της σχέσης (μεταξύ των θεραπευτών και των συμμετεχόντων του προγράμματος) σε συγκεκριμένη φάση εξέλιξης της παρέμβασης. Με αυτόν τον τρόπο παρακολούθησης θα προσφερόταν η ευκαιρία για συνεχή αξιολόγηση και βελτίωση της ποιότητας. Επιπλέον, τα ευρήματα μας έδειξαν υψηλούς συσχετισμούς μεταξύ των βαθμολογιών για τη συμμαχία WAI-O-S και ενός συνόλου σχετικών μεταβλητών στην αξιολόγηση της επιτυχίας του προγράμματος συμμόρφωσης BIP με τους παραβάτες βίαιους συντρόφους (IPV), παρέχοντας αποδεικτικά στοιχεία για την εγκυρότητα του κριτηρίου.

**Η θεραπευτική συμμαχία σε ομάδες γονέων και ασθενών ως μέρος της διαδικασίας στην ημι-οικιακή φροντίδα στην ψυχιατρική παρέμβαση για νέους στην Ολλανδία (ημι-οικιακές ψυχιατρικές μονάδες), (Lamers, et al., 2015)**

Στην φροντίδα της ψυχικής υγείας των νέων, η συμμαχία των θεραπευτών (φροντιστών) με τους γονείς θεωρείται ως ένα κρίσιμο συστατικό που σχετίζεται με την επιτυχία της θεραπείας. Οι γονείς συχνά δίνουν τη συγκατάθεσή τους για τη θεραπεία, και μπορεί να ενθαρρύνουν τους νέους να συμμετάσχουν πιο ενεργά σε αυτήν. Επιπλέον, όσο πιο θετική είναι η θεραπευτική συμμαχία μεταξύ γονέων και θεραπευτών, τόσο μεγαλύτερη είναι η γενική τροποποίηση των δυσκολιών στα παιδιά τους. Υποστηρίζεται ότι, οι γονείς που συμμετέχουν ενεργά στη θεραπεία των παιδιών τους έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να κάνουν ριζικές τροποποιήσεις στην στάση συμπεριφοράς των παιδιών τους, με αλλαγές που οδηγούν σε ένα πιο ευνοϊκό περιβάλλον για τα αποτελέσματα της θεραπείας. Αυτή η διερεύνηση σκοπεύει στην αναγκαία βελτίωση της ποιότητας ζωής και στη μείωση υποτροπής της ψυχικής διαταραχής στους νέους με τη μέθοδο- (ημι) οικιακής θεραπείας σε ψυχιατρικές μονάδες του Ινστιτούτο Παιδικής και Εφηβικής Ψυχιατρικής της Ολλανδίας. Οι νέοι

παρακολουθούν προγράμματα τουλάχιστον 3 ημέρες την εβδομάδα έως μία εβδομάδα με διανυκτέρευση. Δεδομένου ότι, η ψυχιατρική (ημι) οικιακή θεραπεία είναι μια από τις πιο δαπανηρές θεραπείες στην φροντίδα των νέων, τα ψυχομετρικά εργαλεία μέτρησης της ψυχικής περίθαλψης θα μπορούσαν μέσω παρακολούθησης να προσφέρουν την ευκαιρία για συνεχή αξιολόγηση και βελτίωση της ποιότητας. Παρόλο που το πεδίο των ενηλίκων έχει επικεντρωθεί εκτενώς στην εφαρμογή της ρουτίνας παρακολούθησης αποτελεσμάτων (ROM<sup>53</sup>), η πρόοδος στον τομέα της νεολαίας υστερεί. Η μεθοδική εφαρμογή ενός εργαλείου αξιολόγησης της γονικής συμμαχίας στην φροντίδα των νέων μπορεί ουσιαστικά να συμβάλει στην(ημι) οικιακή θεραπεία στην ψυχική υγεία ROM, όπως: (α) να αξιολογεί τακτικά την γονική συμμαχία με την πάροδο του χρόνου, (β) να βασίζεται στην αντίληψη της θεραπευτικής συμμαχίας του Bordin (Bordin, 1979), (γ) να μετρά τη γονική συμμαχία με μια ολόκληρη ομάδα θεραπείας αντί για έναν μόνο θεραπευτή, (δ) να μπορεί να αξιολογήσει την προοπτική των γονέων καθώς και των μελών της ομάδας για τη γονική συμμαχία και (ε) να προσαρμόζεται στο περίπλοκο περιβάλλον της (ημι) οικιακής ψυχιατρικής.

Αυτή η μελέτη περιελάμβανε νέους που έγιναν δεκτοί σε μία από τις 11 (ημι) οικιακές ψυχιατρικές μονάδες ενός ακαδημαϊκού παιδιατρικού ψυχιατρικού κέντρου στην Ολλανδία. Οι μονάδες βρίσκονται σε δύο πόλεις στο δυτικό τμήμα της χώρας και η καθεμία παρέχει θεραπεία για επτά έως οκτώ νέους. Αυτοί οι νέοι, ηλικίας από 5 έως 18 ετών, γίνονται δεκτοί όταν αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα σε συνδυασμό με την εξασθενημένη προσωπική, την οικογενειακή ή/ και την σχολική λειτουργικότητα. Το μόνο κριτήριο αποκλεισμού είναι εάν το IQ του νέου είναι μικρότερο από το 70. Οι πηγές παραπομπής περιλαμβάνουν: το περιβάλλον των εξωτερικών ασθενών του ινστιτούτου, τους γενικούς ιατρούς και τα κέντρα υγειονομικής περίθαλψης των νέων. Οι νέοι παρακολουθούν (ημι) οικιακή θεραπεία για τουλάχιστον 3 αλλά συνήθως και 5 ημέρες την εβδομάδα, για 8 ώρες την ημέρα. Σε ρυθμίσεις εσωτερικών ασθενών, οι νέοι έμεναν με διανυκτέρευση για τουλάχιστον 5 ημέρες την εβδομάδα. Σε αυτή την μελέτη εφαρμόζεται μια διεπιστημονική προσέγγιση, η οποία αποτελείται από κάποιους κανόνες εφαρμογής, και αφορά: το θεραπευτικό περιβάλλον στο θάλαμο, την συμβουλευτική εκπαίδευση γονέων, την εκπαιδευτική θεραπεία, την ψυχοκινητική θεραπεία και τη δημιουργική θεραπεία. Η θεραπεία περιλαμβάνει ένα πολύ δομημένο πρόγραμμα της ημέρας στο οποίο ενσωματώνονται κοινωνικές ρυθμίσεις, όπως το σχολείο και ο αθλητισμός. Ένας

---

<sup>53</sup> Routine Outcome Monitoring (ROM)

ψυχίατρος ή κλινικός ψυχολόγος συνδέεται με τη νεολαία ως υπεύθυνος περίπτωσης και έχει συνολική ευθύνη για τη θεραπεία της νεολαίας. Ο πρωταρχικός στόχος της (ημι) οικιακής θεραπείας είναι η μείωση των ψυχικών συμπτωμάτων, η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η ευημερία των νέων. Οι θεραπευτικοί στόχοι (Goal) είναι εξατομικευμένοι και μπορούν να περιλαμβάνουν διαγνωστικά, μέσω της εντατικής παρατήρησης, της μείωσης των συμπτωμάτων άγχους, της αύξησης της προσαρμοστικότητας, της βελτίωσης των σχέσεων μεταξύ ομοίων και της αύξησης της αυτοπεποίθησης.

Ο κύριος σκοπός της τρέχουσας μελέτης ήταν να προωθήσει τη βιβλιογραφία σχετικά με τη σύλληψη και τη μέτρηση της γονικής θεραπευτικής συμμαχίας σε πολύπλοκες ρυθμίσεις θεραπείας για τους νέους, καθοδηγούμενη από την πεποίθηση ότι η γονική συμμαχία είναι μια σημαντική μεταβλητή για την (ημι) οικιακή θεραπεία ROM στη φροντίδα των νέων. Προς το παρόν δεν υπάρχει ένα επίσημα διαθέσιμο εργαλείο μέτρησης για τη *συστηματική μέτρηση* της συμμαχίας «γονέων παρόχων». Για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το γνωστό εργαλείο μέτρησης των τριών διαστάσεων του Bordin (Bordin, 1979), το οποίο διακρίνει μεταξύ των στοιχείων (Bond, Task & Goal) και περιλαμβάνει την προοπτική των μελών της ομάδας καθώς και των γονέων. Αυτή η μελέτη αναφέρει τις ψυχομετρικές ιδιότητες ενός σύντομου εργαλείου μέτρησης της θεραπευτικής συμμαχίας «γονέων – παρόχων» σε ένα δείγμα νεολαίας με κατά κύριο λόγο περίπλοκες αναπτυξιακές διαταραχές στην (ημι) οικιακή ψυχιατρική. Το WAV-12R αναπτύχθηκε προσαρμόζοντας το ερωτηματολόγιο WAI-S Tracey & Kokotovic (Tracey & Kokotovic, 1989), το οποίο είναι το πιο χρησιμοποιημένο εργαλείο μέτρησης συμμαχίας για την ψυχοθεραπεία ενηλίκων από τους Horvath & Greenberg (Horvath & Greenberg, 1989).

Τα κύρια ευρήματα ήταν: (1) για την έκδοση του WAV-12R οι διαχειριστές των περιπτώσεων της έρευνας αποφάσισαν να εφαρμόσουν το αρχικό μοντέλο του (Bordin, 1979) που διακρίνει τους παράγοντες (Bond, Task & Goal). Το ερωτηματολόγιο έδειξε αποδεκτή την εφαρμογή στην περίπτωση μέτρησης της εξαρτημένης μεταβλητής – θεραπευτικής συμμαχίας των γονέων, (2) όμως για την έκδοση του ερωτηματολογίου WAV-12R των φροντιστών, εφαρμόστηκε ένα προσαρμοσμένο μοντέλο με παράγοντα (Insight, Bond & Work) (συνδυασμένη εργασία/ στόχος), (3) οι κλίμακες που προέκυψαν και στις δύο αναθεωρημένες εκδόσεις του ερωτηματολογίου WAV-12R έδειξαν ισχυρές εσωτερικές συνέπειες και ταυτόχρονη εσωτερική εγκυρότητα. Αυτά τα ευρήματα δικαιολογούν τη χρήση του

(WAV-12R) για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων-ρουτίνας στην (ημι) οικιακή ψυχιατρική και για σύνθετες περιπτώσεις-νέων με αναπτυξιακές διαταραχές.

Το μοντέλο τριών παραγόντων (Bond, Goal & Task)<sup>54</sup> αποκάλυψε μια αποδεκτή εφαρμογή σε αξιολόγηση των γονιών σύμφωνα με την τιμή του CFI<sup>55</sup> και του SRMR<sup>56</sup> (SRMR (0.08)). Οι συντελεστές φόρτωσης των ερωτήσεων ήταν όλοι στατιστικά σημαντικοί, όπως και η εσωτερική εγκυρότητα και η υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ υπό ομάδων. Πιο συγκεκριμένα όσο μεγαλύτερη είναι η επίτευξη δέσμευσης, τόσο οι προκαθορισμένες εργασίες θα ολοκληρώνονται αποτελεσματικά (Bond - Task .84) και θα καλύψουν τους στόχους (Bond – Goal .87), όπως είναι η άποψη των γονέων για τους φροντιστές (Παράρτημα Εικόνα 13 Διάγραμμα 1). Για παράδειγμα, η συμμαχία (Bond) μπορεί να είναι πιο σημαντική από την αρχή, ενώ οι συμμαχίες (Goal - Task .85) κατά τη διάρκεια (της μέσης και στο τέλος) της θεραπείας ή αντίστροφα. Οι διαχειριστές των περιπτώσεων (οι φροντιστές και οι νοσηλεύτες) αξιολογούν το σχέδιο θεραπείας μαζί με τους νέους και τους γονείς τους, και σχεδιάζουν από κοινού τα καθήκοντα και τους στόχους της θεραπείας.

Στη συνέχεια μετά από αναθεώρηση των δεικτών για την αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας από τους φροντιστές/ νοσηλεύτες, προκύπτει μια τροποποίηση του μοντέλου ως απάντηση της ισχυρής συσχέτισης μεταξύ των δύο πρώτων items<sup>57</sup> του ερωτηματολογίου και με την εσωτερική συνοχή να εξηγεί την παρέμβαση αυτή.

Όσον αφορά το αποτέλεσμα από την οπτική γωνία των «φροντιστών/ νοσηλευτών», βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση στο προσαρμοσμένο μοντέλο «γονικής συμμαχίας» (Παράρτημα 13 Διάγραμμα 2). Το αναφερόμενο μοντέλο διακρίνει τον υπό-παράγοντα *Επίγνωση/ Ενόραση* (Insight) σε θετική χαμηλή συσχέτιση με το

<sup>54</sup> Αυτό καθιστά το WAV-12R ένα πολύτιμο εργαλείο για τον εμπλουτισμό της τρέχουσας σπάνιας βιβλιογραφίας σχετικά με τη γονική συμμαχία σε (ημι) οικιακές ρυθμίσεις θεραπείας για νέους. Βρέθηκαν στοιχεία για την εγκυρότητα της κατασκευής των δύο εκδόσεων του WAV-12R μέσω της στατιστικής ανάλυσης-παραγόντων. Όπως ήταν αναμενόμενο, οι βαθμολογίες των διαχειριστών περιπτώσεων (οι νοσηλεύτες και οι φροντιστές) στο WAV12R παρήγαγαν μια αποδεκτή προσαρμογή στις διαστάσεις της θεραπευτικής συμμαχίας που πρότεινε ο Bordin (Bordin, 1979): Bond, Goal & Task. Αυτό το εύρημα ευθυγραμμίζεται με την έρευνα για το WAI-S στην ψυχική υγεία ενηλίκων ασθενών, η οποία επιβεβαίωσε επίσης ένα μοντέλο τριών παραγόντων.

<sup>55</sup>Comparative fit Index

<sup>56</sup>Standardized root mean square residual

<sup>57</sup> «Ένα αποτέλεσμα αυτής της θεραπείας είναι ότι είναι πιο σαφές για μένα πώς μπορεί να αλλάξει το παιδί.» και «Αυτό που κάνω σε αυτήν τη θεραπεία μου δίνει περισσότερη εικόνα για τα προβλήματα του παιδιού.» Και οι δυο ερωτήσεις φαίνεται να καταγράφουν έναν ξεχωριστό παράγοντα που αναφέρεται στην εικόνα του φροντιστή. Κατά συνέπεια, δοκιμάστηκε ένα προσαρμοσμένο μοντέλο που διακρίνει τρεις παράγοντες: τον νέο παράγοντα με την ονομασία «Insight» (ερωτήσεις 1 και 2), το «Bond» (ερωτήσεις 3, 5, 7 και 9) και το «Work» (ερωτήσεις 4, 6, 8, 10, 11 και 12) συμμαχία. Αυτό το εναλλακτικό μοντέλο αποκάλυψε μια αποδεκτή εφαρμογή σύμφωνα με τις τιμές RMSEA και SRMR και μια καλή εφαρμογή σύμφωνα με την τιμή CFI.

συναισθηματικό *Δεσμό* (Bond- 0.48) και ισχυρότερη σχέση *Εργασίας* (Work 0.62). Μεγαλύτερος βαθμός θετικής συσχέτισης βρέθηκε στο σθένος της θεραπευτικής σχέσης/ *Δεσμός* και τις *Εργασίες* (Bond – Work0.76). Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί ότι, η αυτογνωσία έχει επίσης αναφερθεί ως ένα σημαντικό κατασκευάσμα που σχετίζεται με τη θεραπευτική συμμαχία στη θεραπεία ενηλίκων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες. Το πώς ένα άτομο κατανοεί τις εμπειρίες του είναι θεμελιώδες ζήτημα για τη θεραπευτική αλληλεπίδραση σε αυτή την συνεργασία. Όταν οι πελάτες έχουν διαφορετική άποψη από τον θεραπευτή τους, αυτό επηρεάζει την προσήλωση του θεραπευόμενου στην θεραπεία. Ο αποσυντονισμός συχνά θα εμφανίζεται όταν είναι παρούσα μια ψυχική ασθένεια, όμως πρέπει οπωσδήποτε να δημιουργηθεί μια θετική συνεργασία και *επικοινωνία* μεταξύ των κλινικών και των ασθενών για να προχωρήσει η διαδικασία (Kourakos, et al., 2018). Ένας από τους λόγους για την παραπομπή της νεολαίας σε (ημι) οικιακή θεραπεία είναι ότι, τα προβλήματα της νεολαίας και των οικογενειών τους είναι τόσο περίπλοκα που οι διαγνώσεις παραμένουν ασαφείς. Για τους γονείς των νέων σε (ημι) οικιακή ψυχιατρική, η ακριβής συνειδητοποίηση των προβλημάτων και η αισιοδοξία για την αλλαγή μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας- διευκόλυνσης για μια θετική θεραπευτική συμμαχία. Ο υπό-παράγοντας *Επίγνωση/ Ενόραση* (Insight) στο ερωτηματολόγιο (συμπληρωμένο από τον φροντιστή) για την αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας WAV-12R ανοίγει ευκαιρίες για τους ερευνητές και τους παρόχους φροντίδας να εξετάσουν την σχέση της συμμαχίας με τα αποτελέσματα της θεραπείας των νέων.

Οι συντελεστές αξιοπιστίας κάθε υποκατηγορίας, που κυμαίνονται από 0.78 έως 0.97, ήταν αποδεκτοί ως εξαιρετικοί και στους δυο τύπους ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση της συμμαχίας με τις τρεις υποομάδες (Παράρτημα Εικόνα 13 Σχήμα 2). Για την έκδοση του γονέα, οι βαθμολογίες στις υποκατηγορίες WAV-12R συσχετίστηκαν με τη EUQ<sup>58</sup> ερωτηματολόγιο, συμπληρωμένο από τον φροντιστή, και οι τιμές κυμαίνονταν από 0.50 έως 0.78, παρέχοντας σημαντική υποστήριξη και ταυτόχρονη εγκυρότητα με μεγαλύτερη βαθμολογία-συσχέτιση στην υποομάδα της «εργασίας» (Work 0.78). Οι συσχετίσεις μεταξύ αναφορών των φροντιστών για το WAV-12R και την κλίμακα του ερωτηματολογίου που ολοκλήρωσε ο γονέας FEQ<sup>59</sup> για τον φροντιστή της υπηρεσίας υγειονομικής περίθαλψης ήταν επίσης ισχυρές για την κλίμακα της συνεργασίας (Bond 0.57) και λιγότερο ισχυρές για τον στόχο (Goal 0.53) και έως σύνολο (Total 0.56).

---

<sup>58</sup> (Empathy and Understanding Questionnaire) EUQ

<sup>59</sup>(Family Engagement Questionnaire) FEQ

## Η θεραπευτική συμμαχία - σε δύο θεραπείες για την εφηβική νευρική ανορεξία (Forsberg, et al., 2013)

Άλλη μια πρόκληση της θεραπείας είναι η εφαρμογή της θεραπευτικής συμμαχίας στην διαμόρφωση συμπεριφοράς και το τρόπο σκέψης για νεότερους ασθενείς με νευρική ανορεξία (AN), (Stiles-Shields, et al., 2016). Για τους σκοπούς αυτής της μελέτης, η θεραπευτική συμμαχία ορίστηκε χρησιμοποιώντας την πρωτοποριακή αντίληψη του Bordin (Bordin, 1979) που περιλαμβάνει: τη δέσμευση (Bond), τη συμφωνία για τα καθήκοντα (Work) και τους στόχους (Goal) της θεραπείας. Η πρωταρχική υπόθεση ήταν ότι, τα αποτελέσματα της πρώιμης θεραπευτικής συμμαχίας θα ήταν υψηλότερα σε μια Ατομική Θεραπεία (AFT<sup>60</sup>) σε σύγκριση με την Οικογενειακή Ομαδική Προσέγγιση (FBT<sup>61</sup>), καθώς η Ατομική Θεραπεία (AFT) επικεντρώνεται ιδιαίτερα στην ανάπτυξη πρώιμης συμμαχίας ως μέρος της θεραπείας, ενώ η Οικογενειακή Ομαδική Θεραπεία (FBT) δημιουργεί σε μικρότερο βαθμό μια διαπροσωπική προσήλωση.

Οι συμμετέχοντες στην τρέχουσα μελέτη ήταν ένα δείγμα που αντλήθηκε από την τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή (N = 121) για εφήβους με ανορεξία. Τα άτομα της δειγματοληψίας εξετάστηκαν για πιθανές συννοσηρότητες, όπως για παράδειγμα διαγνώσεις ψύχωσης, εξάρτησης από τα ναρκωτικά ή από το αλκοόλ και πιθανές αυτοκτονικές τάσεις. Οι συμμετέχοντες τοποθετήθηκαν τυχαία είτε στην Ομαδική Οικογενειακή FBT είτε στην Ατομική AFT θεραπευτική παρέμβαση. Για να εξεταστεί η σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας που μετρήθηκε στις αρχές της θεραπείας, επιλέχθηκαν από το δείγμα εκείνοι που είχαν ηχητικές καταγραφές στις

<sup>60</sup> Adolescent Focused Therapy -(AFT) «Η μορφή της Ατομικής Θεραπείας βασίζεται σε ένα μοντέλο της ψυχολογίας (ενδοσκόπηση και αυτογνωσία). Η εστίαση κατευθύνεται προς τους τρόπους με τους οποίους η θεραπεία θα πορευθεί προς την προστασία ενός ατόμου με ανορεξία σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις και συγκρούσεις μέσα του. Με την αύξηση της αυτογνωσίας και στη διευκόλυνση της αυτό-αποτελεσματικότητας, όπου η σχέση ασθενούς-θεραπευτή υποτίθεται ότι, είναι ο κύριος μηχανισμός. Το AFT έχει τρεις φάσεις. Η πρώτη φάση επικεντρώνεται στην οικοδόμηση σχέσης και στην εξερεύνηση των τρόπων με τους οποίους ο θεραπευτής θα αποσπάσει την ροή των αρνητικών σκέψεων του ασθενή. Η δεύτερη φάση εξετάζει θέματα ανάπτυξης και εξατομίκευσης. Η τρίτη φάση προωθεί την ανάπτυξη εναλλακτικών στρατηγικών για τη διαχείριση του άγχους και περιλαμβάνει την επίλυση προβλημάτων σχετικά με πιθανές μελλοντικές δυσκολίες που συνήθως σχετίζονται με την εφηβεία» (Forsberg, et al., 2013).

<sup>61</sup> Family-Based Treatment – (FBT) «Στην Οικογενειακή Ομαδική Θεραπεία δίνεται έμφαση στη γονική διαχείριση των συμπεριφορών διατήρησης (σοβαρός περιορισμός θερμίδων, υπερβολική άσκηση, συμπεριφορές εκκαθάρισης) που διαιωνίζουν εξαιρετικά χαμηλό βάρος. Το FBT έχει τρία στάδια. Στο πρώτο στάδιο, οι γονείς δεσμεύονται με το καθήκον να βοηθήσουν το παιδί τους να αποκαταστήσει το βάρος του. Κατά τη δεύτερη φάση, ο έλεγχος του φαγητού από τους γονείς σταδιακά περνάει στον έφηβο. Η τρίτη φάση στοχεύει στα αναπτυξιακά ζητήματα γύρω από την εφηβεία, καθώς και την πρόληψη και τον τερματισμό της υποτροπής» (Forsberg, et al., 2013).

συνεδρίες 3, 4 ή 5 και που ολοκλήρωσαν την αξιολόγηση του EOT<sup>62</sup> (έως το τέλος της θεραπείας). Επίσης απορρίφθηκαν αυτοί που είχαν εγκαταλείψει την θεραπεία (N = 21), καθώς και εκείνοι που δεν είχαν ολοκληρώσει τις ηχογραφήσεις της θεραπείας τους (N = 22). Το τελικό δείγμα συμμετεχόντων (N=78), στη μέτρηση της θεραπευτικής συμμαχίας (WAI-o), (N= 11) ήταν 91% γυναίκες, με τη μέση διάρκεια της ασθένειας να ήταν 10,6 μήνες (SD = 7,7) και με το 21% των συμμετεχόντων να είχαν συννοσηρή ψυχιατρική διάγνωση. Την στιγμή της αξιολόγησης (BL), το μέσο ποσοστό αναμενόμενου σωματικού βάρους (% EBW) του δείγματος ήταν 80,7% (SD = 3,6%) και η μέση βαθμολογία της παγκόσμιας εξέτασης διαταραχής διατροφής (EDE) ήταν 1,7 (SD = 1,4). Πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις ανά ζεύγος για κάθε ομάδα, και οι τρεις ομάδες συγκρίθηκαν στις ακόλουθες μεταβλητές: το βάρος που χάθηκε (BL% EBW<sup>63</sup>), την μέτρηση διατροφικής διαταραχής (BL EDE<sup>64</sup>), την κατάσταση πρώιμης μερικής ύφεσης (BL BMI), τη διάρκεια ασθένειας, την ηλικία και τα συνολικά λεπτά θεραπείας.

Δύο μεταπτυχιακοί φοιτητές κλινικής ψυχολογίας, οι οποίοι δεν συμμετείχαν στην αρχική διαδικασία (RCT), πραγματοποίησαν τις βαθμολογίες θεραπευτικής συμμαχίας με το ερωτηματολόγιο WAI-o Tichenor & Hill (Tichenor & Hill, 1989). Οι ηχογραφήσεις των θεραπειών ανατέθηκαν σε κάθε ερευνητή - βαθμολογητή, χρησιμοποιώντας έναν πίνακα τυχαίων αριθμών, για να αυξήσουν την αξιοπιστία. Οι βαθμολογίες κωδικοποιήθηκαν για να ξεχωρισθούν οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ του θεραπευτή και του ασθενή και στις δύο θεραπείες, και να πετύχει ο χειρισμός της έρευνας. Οι ερευνητές - αξιολογητές χρησιμοποίησαν ένα σημείο αναφοράς «συνεδρία 4» με τη βαθμολόγηση προς τα πάνω ή προς τα κάτω κατά τη συλλογή πληροφοριών. Η 3<sup>η</sup> συνεδρία επιλέχθηκε πρώτα, καθώς οι μελέτες δείχνουν ότι, η συμμαχία που μετρήθηκε νωρίς στη θεραπεία είναι συνήθως ένας καλύτερος προγνωστικός παράγοντας του αποτελέσματος και όταν η 3<sup>η</sup> συνεδρία δεν ήταν διαθέσιμη, η συνεδρία 5 βαθμολογήθηκε αντί αυτής τους Horvath & Bedi (Horvath & Bedi, 2002).

Συγκρίνοντας τις μέσες τιμές συμμαχίας ανά ομάδα θεραπείας, οι συμμετέχοντες στην Ατομική Θεραπεία AFT είχαν σημαντικά υψηλότερα αποτελέσματα συμμαχίας σε όλες τις κλίμακες. Τα μεγέθη των αποτελεσμάτων που μετρήθηκαν μεταξύ των

---

<sup>62</sup> Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες η θεραπευτική συμμαχία ήταν ένας προγνωστικός παράγοντας για το ικανοποιητικό αποτέλεσμα για τη διατροφική διαταραχή, έτσι δημιουργήθηκε μια υπόθεση ότι, με βάση τον τύπο θεραπείας, η πρώιμη συμμαχία δεν θα είχε διαφορετική επίδραση στην κλινική ύφεση στο τέλος της θεραπείας (EOT).

<sup>63</sup> Expected Body Weight

<sup>64</sup> Eating Disorder Examination

δύο θεραπειών έδειξαν ότι τα αποτελέσματα της συμμαχίας ήταν μεγάλα για την Ατομική Θεραπεία (Total Alliance: AFT  $M = 5.31 (.67)$ , έναντι της Ομαδικής Θεραπείας FBT  $M = 4.25 (.99)$ ,  $d = 1.26$ ,  $p < .001$ ). Επίσης, όπως αναφέρεται στα αποτελέσματα, **δεν** υπήρχε καμία κύρια επίδραση ή αλληλεπίδραση για τη συμμαχία στην *πλήρη ύφεση* (Full Remission). Για την μέτρηση της πρόωρης συμμαχίας (3<sup>η</sup>- 4<sup>η</sup> συνεδρία) για την Ομαδική Θεραπεία (FBT) 14 (36,8%) συμμετέχοντες εμφανίζουν τα πλήρη κριτήρια ύφεσης, και 9 (22,5%) στην Ατομική (AFT). Το ποσοστό της κατάστασης πλήρους ύφεσης στην Οικογενειακή FBT σε αυτό το υποσύνολο είναι χαμηλότερο από αυτό που βρέθηκε στην αρχική μελέτη (42%), αλλά σχεδόν ισοδύναμο με τα ποσοστά της αρχικής μελέτης στην Ατομική Θεραπεία AFT (23%). Ωστόσο, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι, η συμμαχία ήταν ένας σημαντικός μη ειδικός προβλεπτικός παράγοντας για τη *μερική ύφεση της ανορεξίας*. Στο τέλος της θεραπείας, 27 (67,5%) συμμετέχοντες στην AFT και 34 (89,4%) στην FBT πληρούσαν τουλάχιστον τα κριτήρια μερικής ύφεσης. Αυτά τα ποσοστά μερικής ύφεσης είναι παρόμοια με αυτά που βρέθηκαν στην αρχική μελέτη και για τις δύο θεραπείες. Τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης έδειξαν ότι η συνολική βαθμολογία συμμαχίας ήταν προγνωστική για το αποτέλεσμα ( $p = .021$ ,  $p < .05$ ), που είναι ένα αυστηρό κριτήριο της εγκυρότητας. Μια αύξηση μιας μονάδας στο σκορ (3.32) της συμμαχίας οδήγησε σε αύξηση των πιθανοτήτων της μερικής αύξησης του βάρους ( $> 85\%$ ). Ωστόσο, δεν υπήρχε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ τη συμμαχίας και του τύπου της θεραπείας στο αποτέλεσμα (Παράρτημα Εικόνα 14 Σχήμα 1). Η απόδειξη της ύπαρξης «αποχρώσεων της σχέσης συμμαχίας – αποτελέσματος» είναι περίπλοκη και η περαιτέρω βαθύτερη κατανόηση θα ωφεληθεί από μια προσεκτική εξέταση του τρόπου με τον οποίο η συμμαχία αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου. Έτσι, δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθεί η σχέση μεταξύ της συμμαχίας και της αλλαγής των συμπτωμάτων πριν από τις συνεδρίες 3, 4 ή 5 ή αργότερα στη θεραπεία. Για την «πρώιμη συμμαχία» εκτιμάται γύρω από την 3η ή την 4η συνεδρία της θεραπείας. Για αυτό το λόγο μετρήθηκε γύρω από τη 4<sup>η</sup> συνεδρία, και έτσι εκπληρώνεται ο στόχος που ήταν η αλλαγή των συμπτωμάτων να μην είχε συμβεί ακόμα, ενώ υπήρχε αρκετός χρόνος για να αναπτυχθεί μια σχέση συμμαχίας. Παρόλα αυτά, το 35% της αλλαγής στο βάρος (BMI) είχε συμβεί ήδη(ακόμη και εντός του πρώτου μήνα της θεραπείας και στις δύο μετρήσεις της θεραπείας) υποδηλώνοντας ότι, μπορεί να είναι απαραίτητο σε μελλοντικές μελέτες να εξεταστούν (οι συμμαχίες) νωρίτερα στη θεραπεία. Ωστόσο, η επιλογή να εξεταστεί η *αλλαγή στο βάρος πριν από τη μέτρηση της θεραπευτικής συμμαχίας*, είναι ένα βήμα για να αποτρέψει την πιθανή σύγχυση



στο αποτέλεσμα και να φωτίσει την κατεύθυνση της σχέσης «συμμαχίας-αποτελέσματος»

Συνοπτικά, οι συμμετέχοντες στην Ατομική Θεραπεία (AFT) είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα αποτελέσματα συμμαχίας, ενώ οι συνολικές βαθμολογίες ήταν υψηλές και στις δύο θεραπείες. Η συμμαχία δεν ήταν το απόλυτο μέτρο πρόβλεψης πλήρους ύφεσης για οποιαδήποτε θεραπεία, αν και ήταν μη ειδική πρόβλεψη για τη μερική ύφεση. Ωστόσο μια ισχυρή θεραπευτική συμμαχία μπορεί να είναι σημαντική για τον καθορισμό του πλαισίου της επιτυχίας της θεραπείας, όμως δεν αρκεί από μόνη της για να προκαλέσει ουσιαστική κλινική αλλαγή.

### **Προβλέψεις θεραπευτικής συμμαχίας σε δύο θεραπείες για ενήλικες με σοβαρή και ανθεκτική νευρική ανορεξία (Stiles-Shields, et al., 2016)**

Αυτή η μελέτη είναι μια “Secondary data” ανάλυση δεδομένων από την τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμασία (RCT) που έχει διεξαχθεί σε δύο γεωγραφικές περιοχές του Πανεπιστημίου του Σίδνεϊ και του νοσοκομείου Αγ. Γεώργιος στο Λονδίνο (The university Sydney & St. George's Hospital, University of London), με κέντρο συντονισμού των δεδομένων την Πανεπιστημιακή Κλινική του Σικάγου (The University of Chicago Medicine). Το δείγμα από το (Secondary data) συγκρίθηκε για την αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας (CBT-AN) και της Ειδικής Υποστηρικτικής Κλινικής Διαχείρισης (SSCM) για τους ενήλικους με διατροφική νευρική ανορεξία (SE-AN). Οι συμμετέχοντες έλαβαν 30 (ατομικές) συνεδρίες θεραπείας ως εξωτερικοί ασθενείς που πραγματοποιήθηκαν σε ένα χρονικό διάστημα των 8 μηνών. Η διαδικασία συγκέντρωσης των δεδομένων, είχε ξεκινήσει από τον Ιούλιο του 2007 έως τον Νοέμβριο του 2010 μέσα από διαφημίσεις σε κλινικές διατροφικής διαταραχής, σε κλινικούς και σε γενικούς ισότοπους. Οι συμμετέχοντες ήταν επιλέξιμοι όταν πληρούσαν τα κριτήρια διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου για ψυχικές διαταραχές (DSM-IV-TR), (Sadock, et al., 2004) για τη ανορεξία AN. Επίσης η διαταραχή έπρεπε να είχε συμβεί τα τελευταία 7 έτη, οι συμμετέχοντες να ήταν τουλάχιστον 18 ετών και να ήταν γυναίκες. Τα κριτήρια αποκλεισμού επίσης ήταν: 1) η παρουσίαση ενός τρέχοντος μανιακού επεισοδίου, 2) εάν υπήρχε μια ασθένεια ψύχωσης, 3) εάν υπάρχει κάποια εξάρτηση ουσιών ή πιθανή νευρολογική ασθένεια, 4) να υπάρχει τρέχουσα δέσμευση στην ψυχοθεραπεία, έτσι

ώστε τους επόμενους 12 μήνες η ασθενής (η γυναίκα) να μένει σε μικρή απόσταση από τον τόπο της μελέτης.

Οι συμμετέχουσες τυχαιοποιήθηκαν είτε σε Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία προσαρμοσμένη για την ανορεξία CBT-AN<sup>65</sup> είτε σε Ειδική Υποστηρικτική Κλινική Διαχείριση SSCM<sup>66</sup> από έναν ανεξάρτητο συνεργάτη και από τις δύο περιοχές της παρέμβασης. Συνολικά υπήρξαν 63 συμμετέχουσες στην CBT-AN (n = 31) ή στην SSCM (n = 32). Το εύρος ηλικίας για τις συμμετέχουσες στη μελέτη ήταν 20-62 (M = 33,4 ± 9,6), με τη διάρκεια της ασθένειας να κυμαίνεται από 7 έως 49 ετών (M = 16,6 ± 8,5). Η θεραπεία πραγματοποιήθηκε σε περιβάλλον εξωτερικών ασθενών στο Πανεπιστήμιο του Σίδνεϊ και στο Νοσοκομείο St. George's University του Λονδίνου. Οι συμμετέχουσες ζυγίστηκαν για το βάρος και μετρήθηκαν για το ύψος από έναν εκπαιδευμένο βοηθό της έρευνας, χρησιμοποιώντας μια βαθμονομημένη ψηφιακή κλίμακα για τον υπολογισμό του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ = kg / m<sup>2</sup>).

Το ερωτηματολόγιο - θεραπευτικών σχέσεων HRQ<sup>67</sup> μετρά την προοπτική του ασθενούς για την σχέση «θεραπευτή - ασθενούς» ή τη θεραπευτική συμμαχία που θα αναπτυχθεί στην εφαρμογή της θεραπείας διά μέσου 11 ερωτήσεων αυτοαναφοράς από τους Alexander & Luborsky (Alexander & Luborsky, 1986). Το ερωτηματολόγιο HRQ χορηγήθηκε τη δεύτερη εβδομάδα, στη μέση της θεραπείας και στο τέλος. Επίσης έγινε εφαρμογή των ψυχομετρικών εργαλείων για την εξέταση της διατροφικής διαταραχής (EDE<sup>68</sup> Cooper & Fairburn), (Cooper & Fairburn, 1987), το ερωτηματολόγιο (ANSOCQ<sup>69</sup> από του Rieger και συνεργάτες), (Rieger, et al., 2002) και την καταλληλότητα της θεραπείας σχετικά με τις προσδοκίες του ασθενούς (TSPE<sup>70</sup>). Το ερωτηματολόγιο για την καταλληλότητα της θεραπείας που αφορούσε την άποψη των ασθενών αποτελείται από 20 αναφορές που αξιολογούν την

---

<sup>65</sup> Cognitive Behavioral Therapy for anorexia nervosa (CBT-AN)

<sup>66</sup> Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)

<sup>67</sup> Helping Relationships Questionnaire (HRQ) Τα στοιχεία για το HRQ βαθμολογούνται σε κλίμακα likert 6 σημείων, που κυμαίνεται από -3 (δεν αληθεύει) έως +3 (αληθεύει). Οι συνολικές βαθμολογίες, κυμαίνονται από -33 έως 33, με τις υψηλότερες συνολικές βαθμολογίες να αντανακλούν μεγαλύτερη θεραπευτική συμμαχία.

<sup>68</sup> The Eating Disorder Examination (EDE) είναι μια ημι-δομημένη συνέντευξη που βασίζεται στην εκτίμηση του ερευνητή που την χορηγεί, η οποία μετρά τα γνωστικά και συμπεριφορικά συμπτώματα που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές

<sup>69</sup> The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ)

<sup>70</sup> The Treatment Suitability and Patient Expectations (TSPE) Το TSPE είναι ένα ερωτηματολόγιο με 2 σημεία αυτοαναφοράς, που έχει σχεδιαστεί για να εκτιμήσει την πεποίθηση ενός ασθενή σχετικά με την προσδοκία τους για βελτίωση με την εφαρμογή της θεραπείας («Πόσο επιτυχημένη πιστεύετε ότι θα είναι η θεραπεία σας εδώ;») και καταλληλότητα της συγκεκριμένης θεραπείας. Το ερωτηματολόγιο (TSPE) απαρτίζεται από 11 ερωτήσεις που κυμαίνεται από 0 (καθόλου δεν συμφωνώ) έως 10 (απόλυτα συμφωνώ). Το TSPE έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλαπλές δοκιμές (Alpha' Cronbach για το TSPE κυμαίνονταν από 0,75 έως 0,92) με ασθενείς με διατροφικές διαταραχές.

ετοιμότητα του ασθενούς για ανάρρωση από τη νευρική ανορεξία, με το σκοράρισμα σε ένα μεγαλύτερο βαθμό να υποδηλώνει μια καλύτερη κατάσταση ανάρρωσης (Rieger, et al., 2002). Το ερωτηματολόγιο TSPE (Zaitsoff, et al., 2008) χορηγείται μετά την πρώτη συνεδρία θεραπείας, μόλις ο ασθενής συναντηθεί με τον θεραπευτή και γνωρίζει σε ποια θεραπεία έχει τυχαιοποιηθεί. Ζητείται από τον ασθενή να σχολιάσει τη «συνολική» βελτίωση και όχι τη βελτίωση σε συγκεκριμένη συμπτωματολογία (π.χ. αύξηση βάρους, ποιότητα ζωής), (Zaitsoff, et al., 2008).

Οι βασικές αξιολογήσεις για το πώς οι «επιτυχημένοι» συμμετέχοντες πίστευαν ότι η θεραπεία θα ήταν η μόνη μεταβλητή που προέβλεπε στατιστικά σημαντικά τα αποτελέσματα για την πρόωρη *Early Treatment Alliance Model* για την επιτυχή εξέλιξη της θεραπείας ( $\beta = 0.67$ ,  $SE = 0.94$ ,  $p = .01$ ), για τη μέση *Mid Treatment Alliance Model* ( $\beta = 0.80$ ,  $SE = 0.80$ ,  $p = .009$ ) και για τη συμμαχία που δημιουργήθηκε με κάποια καθυστέρηση *Late Treatment Alliance Model* στην πάροδο της θεραπείας ( $\beta = 0.66$ ,  $SE = 1.98$ ,  $p = 0.03$ , Παράρτημα Εικόνα 15 Σχήμα 2). Καμία άλλη μεταβλητή (η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η διάρκεια της ασθένειας, η ηλικία, ο αριθμός προηγούμενων εμπειριών εξειδικευμένης θεραπείας με ED) που διερευνήθηκε, δεν προέβλεψε την ποιότητα του αποτελέσματος του ασθενούς με τη βαθμολογία της συμμαχίας TA σε οποιοδήποτε σημείο της θεραπείας ( $ps > .57$ , Παράρτημα Εικόνα 15 Σχήμα 3). Οι προσδοκίες του ασθενούς για την επιτυχία της θεραπείας φάνηκαν στατιστικά σημαντικές ( $t=1.73$ ,  $p = .12$ ), όπως και η βασική βαθμολογία καταλληλότητας της θεραπείας κατά την άποψη των θεραπευόμενων ( $p=1.03$ ,  $p = .33$ ) με την προϋπόθεση της πρόωρης συμμαχίας. Οι αξιολογήσεις των συμμετεχόντων για την αναμενόμενη επιτυχία της θεραπείας δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά με βάση την τοποθέτηση των συμμετεχόντων στις θεραπείες (CBT-AN  $M = 7,04 \pm 1,97$ , SSCM  $M = 7,17 \pm 1,56$ ,  $p = 0,78$ ).

Συνοπτικά τα αποτελέσματα της μελέτης υποδηλώνουν ότι, η αρχική προσδοκία του ασθενούς για ένα επιτυχημένο αποτέλεσμα προβλέπει στατιστικά σημαντικά την αναφερόμενη από την ασθενή θεραπευτική συμμαχία καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Επιπλέον, φαίνεται να υπάρχει μια διαμεσολαβητική σχέση μεταξύ των προσδοκιών της πρώιμης θεραπείας τους ασθενούς, της θεραπευτικής συμμαχίας και του θετικού αποτελέσματος για αυτό το δείγμα ενηλίκων γυναικών με νευρική ανορεξία.

Αυτή η μελέτη περίπτωσης στοχεύει στην περιγραφή για κάποια από τα διαγνωστικά κριτήρια που χαρακτηρίζουν τις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ) - αυτισμός<sup>71</sup> και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ενός 11χρόνου παιδιού, με κοινά χαρακτηριστικά του αυτισμού ASD<sup>72</sup>. Επίσης, περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία η οποία είναι βασισμένη στην αξιολόγηση και τη θεραπεία για τη βελτίωση της λειτουργίας του εφήβου με αυτισμό, για το συντονισμό των φροντιστών και την οικογένεια του.

Η διαταραχή στο φάσμα αυτισμού είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή που μπορεί να επηρεάσει πολλές πτυχές της ζωής ενός ατόμου. Έτσι με την πάροδο του χρόνου θα εξελιχθεί με τρόπο που σε κάθε περίοδο της ζωής του θα κάνει την εμφάνιση της με «διαφορετικό πρόσωπο» (στα συμπτώματα και στη συμπεριφορά). Η διάγνωση για την ASD μπορεί να ποικίλει ανάλογα με τον βαθμό της σοβαρότητας. Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-V), μια διάγνωση για την ASD πρέπει να πραγματοποιηθεί στην πρώιμη ηλικία, και πιο συγκεκριμένα πριν από τα 6 έτη, για να μπορεί η σωστή παρέμβαση να βοηθήσει για μεγαλύτερη αυτονομία του πάσχοντα (Sadock, et al., 2004). Η «Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς»<sup>73</sup> αποτελεί μια Συμπεριφορική Προσέγγιση της πρώιμης εντατικής παρέμβασης, η οποία εφαρμόζεται, εδώ και αρκετές δεκαετίες, σε παιδιά με διάγνωση αυτισμού (Μέλλον, 2007). Συγκεκριμένα, είναι ένα πρόγραμμα που αποσκοπεί στη διδασκαλία γνώσεων, την ενίσχυση κινήτρου, την περαιτέρω ανάπτυξη των ήδη υπάρχοντων δεξιοτήτων, καθώς και στην τροποποίηση των συμπεριφορικών ελλειμμάτων, με αποτέλεσμα την βελτίωση της

---

<sup>71</sup> Autism Spectrum Disorder (ASD)

<sup>72</sup> Η ΔΑΔ χαρακτηρίζεται από μια επίμονη στάση συμπεριφοράς με ποικιλία έλλειψη συναισθηματικής και κοινωνικής ανταλλαγής, στη μη λεκτική επικοινωνία, καθώς και σε σχέση με τη διαμόρφωση, τη διατήρηση και τη κατανόηση των σχέσεων του άλλου. Συγκεκριμένες, επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες, όπως κάποια χόμπι ή ενέργειες που περιλαμβάνουν στερεότυπα κινήσεις, τελετές ή ακαμψία, ακραία μη φυσιολογικά ενδιαφέροντα ή και προβλήματα με αισθητηριακές αντιδράσεις. Το DSM-V δηλώνει επίσης το επίπεδο σοβαρότητας της ΔΑΔ (που κυμαίνεται από ένα έως τρία επίπεδα της λειτουργικότητας). Όπου η σοβαρότητα στο πρώτο επίπεδο δείχνει ότι, το παιδί «απαιτεί υποστήριξη», ενώ η σοβαρότητα του επιπέδου τρία ότι «απαιτεί πολύ ουσιαστική υποστήριξη» (Sadock, et al., 2004).

<sup>73</sup> Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς (ΕΑΣ), (Applied Behaviour Analysis - ABA), που συμπεριλαμβάνει: (1) Τα προηγούμενα γεγονότα (Antecedents), (2) Τις συμπεριφορές (Behaviors) και (3) Τις συνέπειές τους (Consequences). Η ΕΑΣ στηρίζεται στις θεμελιώδεις αρχές δύο μορφών μάθησης, της κλασικής ή εξαρτημένης αντανάκλαστικής μάθησης και της συντελεστικής μάθησης, στις οποίες υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ συμπεριφοράς του ανθρώπου και των περιβαλλοντικών συνθηκών. Σύμφωνα με την ΕΑΣ, οι αντιδράσεις του παιδιού, όπως είναι οι βασικές αντανάκλαστικές αντιδράσεις, είναι αποτέλεσμα αυτών των δύο μορφών μάθησης (Μέλλον, 2007).

ζωής του. Το πρόγραμμα βασίζεται στις θεμελιώδεις αρχές της συντελεστικής<sup>74</sup> μάθησης, λαμβάνοντας υπόψη τα πολυάριθμα επιστημονικά ερευνητικά δεδομένα, τα αποτελέσματα στο επικοινωνιακό και το κοινωνικό περιβάλλον αλλά και τη γενική λειτουργικότητα του παιδιού με αυτισμό.

Ο Β. είναι ένας 11 έφηβος που είχε διαγνωστεί με ASD, και το οποίο απαιτούσε σοβαρή ουσιαστική υποστήριξη στην ηλικία των τεσσάρων ετών από τον παιδίατρο του. Ο Β. πηγαίνει στο ΕΕΕΓΛ<sup>75</sup> Αγίου Δημήτριου και τα απογεύματα παρακολουθεί ένα πρόγραμμα (ατομικό και ομαδικό) σε εξειδικευμένο κέντρο ημέρας – ΑΜΕΑ - Νοτίων Προαστίων της Αθήνας, που τα τελευταία 5 χρόνια έχει παραπομπή σε μια ομάδα από εργοθεραπευτές και ψυχοθεραπευτές. Ο Β. δυσκολεύεται να διατηρήσει κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και να ασχοληθεί με το κατάλληλο παιχνίδι για την ηλικία του, παίζοντας με τους συμμαθητές και τον αδερφό του. Για λόγους παραπομπής οι γονείς του Β. έχουν εκφράσει ότι αντιμετωπίζει δυσκολίες με την πρωινή του ρουτίνα, προκαλώντας προβλήματα συμπεριφοράς. Όταν ο Β. έχει αυτά τα ζητήματα, ολόκληρα τα ημερήσια προγράμματα του καταστρέφονται, με αποτέλεσμα να επικεντρώνεται στην σχολική του εργασία πολλές φορές, και μόνο κατά την παρουσία του συνοδού του (φροντιστή) και να αυξάνει τις δυσκολίες αλληλεπίδρασης με τους συνομηθικούς του καθ'όλη τη διάρκεια της ημέρας. Οι γονείς του αναγκαζόντουσαν να του περιέχουν έναν συνοδό (φροντιστή) από το σπίτι, προκειμένου να του επιτρέψει να λειτουργεί κάπως καλύτερα. Οι γονείς του αποκάλυψαν ότι, μερικές φορές ο Β. ουρλιάζει όταν ξυπνά από κάποιους θορύβους στο σπίτι, όπως το μπλέντερ, το ξυπνητήρι ή το κλάμα του αδερφού του. Διαπίστωσαν επίσης ότι δυσκολεύεται να ξυπνήσει, να ετοιμαστεί για το σχολείο, να αλληλεπιδράσει με συμμαθητές και να ολοκληρώσει τα μαθήματα του κατά τη διάρκεια αυτών των ημερών. Έχουν επίσης δηλώσει ότι δυσκολεύεται να κοιμηθεί όλη τη νύχτα και συχνά εμφανίζεται κουρασμένος, ενώ δεν μπορεί να κοιμηθεί και κατά τη διάρκεια της ημέρας. Όπως όλα τα παιδιά με αυτισμό, ο Β. παρουσίαζε κάποιες στερεοτυπίες. Κάποιες από αυτές περιελάμβαναν μία κίνηση του χεριού που καλύπτει το στόμα και τη μύτη του για λίγα δευτερόλεπτα, χωρίς ωστόσο να τον εμποδίζουν σε οποιαδήποτε δραστηριότητα καλούνταν να κάνει. Στο θέμα των

---

<sup>74</sup> Η θεωρία της συντελεστικής μάθησης αποτελεί μία ανάπτυξη και τελειοποίηση της θεωρίας της κλασικής εξαρτημένης μάθησης του Pavlov (Pavlov, 1927) και αυτό συμβαίνει, γιατί η θεωρία της συντελεστικής μάθησης θεωρεί την ανθρώπινη μάθηση πιο σύνθετη και τις ανθρώπινες ικανότητες περισσότερο υπεύθυνες για τις αλλαγές στο περιβάλλον του κάθε ατόμου. Ο Skinner θεωρούσε ότι, η μάθηση είναι μια έμφυτη ικανότητα στον άνθρωπο να μαθαίνει από τα αποτελέσματα των ενεργειών του, το οποίο ονομάζεται συντελεστική αντίδραση από των διακριτικών ερεθισμάτων συντελεστικής συμπεριφοράς και των επακόλουθων συνεπειών (Skinner, 1953).

<sup>75</sup> Ενιαίο Ειδικό Επαγγελματικό Γυμνάσιο-Λύκειο

στερεότυπων συμπεριφορών, παρουσίαζε μία προσκόλληση στα ακουστικά ερεθίσματα, και πιο συγκεκριμένα στα «Παιδικά τραγούδια». Τα «Ζουζούνια», αποτελούσαν τη μόνη πηγή ενδιαφέροντος για παιχνίδι και κουβέντα, ακόμα και με τους συνομηλίκους του, πράγμα το οποίο δε βοηθάει, καθώς τα υπόλοιπα παιδιά συνεχώς τον απορρίπτουν λόγω της συγκεκριμένης εμμονής. Παρατηρήθηκε ότι, ο Β. λαχταρούσε να πατάει συνεχόμενα το κουμπί ενός ηλεκτρονικού παιχνιδιού που έκανε ένα ήχο μελωδίας και να κτυπά με επαναλαμβανόμενες άσκοπες κινήσεις τα χέρια του φωνάζοντας δυνατά η μιλώντας με μια τσιριχτή φωνή - απομίμηση από τα αγαπημένα του τραγούδια. Όταν όμως έπρεπε να διακοπεί η συνέχεια της συμπεριφοράς αυτής, όπως αποδεικνύεται, έπεφτε στο πάτωμα και έδειχνε τέλειος αποσυντονισμένος και ανυπάκουος με ανεξέλεγκτη παραβατική συμπεριφορά (όπως χτυπήματα, τσιρίγματα με την ψεύτικη φωνή του και θυμό). Ο Β. δεν μπορούσε να συμμετάσχει σε διαδραστικό παιχνίδι με τον μικρότερο αδερφό του, και όταν του ζητήθηκε να μοιραστεί τα παιχνίδια μαζί του, αγνόησε το αίτημα. Όπως παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού, ο Β. ασχολούταν με ένα απλό παιχνίδι περιστροφής- μη λειτουργικά (με τελετουργικές επαναλαμβανόμενες κινήσεις). Επίσης παρατηρήθηκε να ανάβει και να σβήνει τα φώτα στο δωμάτιο του για αρκετά λεπτά πριν από τη μετάβαση σε διαφορετικό δωμάτιο.

Οι Εργοθεραπευτές από το κέντρο ημέρας που πήγαινε κάθε απόγευμα, συχνά βοηθούν την οικογένεια ή τον φροντιστή του, να κατανοήσουν τη κατάσταση του. Η συμπεριφορά ενός παιδιού, ως απάντηση στην ταλαιπωρία του με το αισθητηριακό περιβάλλον, και όχι ως κάτι που το παιδί επιλέγει να κάνει για να είναι ενοχλητικό. Αυτή η αναδιαμόρφωση επιτρέπει στην οικογένεια να προσεγγίσει το παιδί τους με συμπόνια και να δοκιμάσει πολλαπλές οδούς για να διευκολύνει την πιο κατάλληλη συμπεριφορά, όπως παρεμβάσεις βασισμένες σε αισθητηριακή προσαρμογή (SBIs). Η αισθητηριακή προσαρμογή SBI<sup>76</sup> συμβαίνει συνήθως στο φυσικό περιβάλλον του παιδιού, και απευθύνεται στην οικογένεια του παιδιού με σκοπό την επίτευξη μιας βραχυπρόθεσμης επίδρασης στην αυτορρύθμιση, στην προσοχή ή και στη συμπεριφορά (Watling & Hauer, 2015). Μεμονωμένα οι παρεμβάσεις βασισμένες σε Αισθητηριακή Προσαρμογή (SBI) περιλαμβάνουν προσαρμοσμένες συσκευές καθισμάτων που επιτρέπουν την κίνηση, ειδικά καλύμματα πατώματος για να αποτραπεί ένα πιθανό χτύπημα, ή τον τοίχο που αποσπάει την ηχητική ένταση. Αυτές οι λεπτομέρειες μπορούν να παρέχονται με συστηματικό τρόπο καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας του παιδιού ή ανάλογα με τις ανάγκες του, ως απόκριση στην

---

<sup>76</sup>sensory-based interventions (SBIs)

αυτορρύθμιση του παιδιού και συχνά συνδυάζονται σε αυτό που ονομάζεται αισθητηριακή ανατροφή.

Για παράδειγμα, η μητέρα του Β. έρχεται σε μια συνεδρία θεραπείας και δηλώνει ότι έχει βαρεθεί αυτή τη κατάσταση. Είχαν πάει μαζί στο μίνι μάρκετ, και ο Β. ήταν θυμωμένος επειδή δεν του επιτρεπόταν να παίξει με τα πράγματα από τα ράφια, όπως συνήθως του επιτρέπει η γιαγιά του (απλά δεν μπορούσε να τον συγκρατήσει). Περιγράφοντας το συνέχισε να φωνάζει «πολύ δυνατά» επηρεασμένη από το συμβάν. Μετά από μια συζήτηση με τον εργοθεραπευτή, η μητέρα συνειδητοποίησε ότι, η *Αισθητηριακή Διαταραχή Επεξεργασίας (SPD)* του Β. προκάλεσε το ξέσπασμα και δεν ήταν απλώς το παιδί που εμφανίζει κακή συμπεριφορά. Όπως ισχυριστήκαν οι (Watling & Hauer, 2015) το αισθητηριακό σύστημα χρησιμεύει ως πυξίδα για το σώμα κάποιου, έτσι ώστε να καθοδηγήσει την ανάπτυξη του. Τα άτομα με αυτισμό (ASD) δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες με την αντίληψη των αισθητηριακών πληροφοριών, αλλά δυσκολεύονται να επεξεργαστούν τις πληροφορίες, αναγκάζοντάς τους να αντιδράσουν *ασυνήθιστα*. Τα άτομα με ASD παρουσιάζουν μια *υπερευαισθησία στον ήχο* και στα *κινούμενα αντικείμενα*. Τα παιδιά αυτά συχνά «αγωνίζονται» με την ακουστική επεξεργασία, τείνουν να ανταποκρίνονται υπερβολικά σε κάποιους θορύβους, ενώ σε άλλους καθόλου (Watling & Hauer, 2015). Έχουν επίσης μικτές αποκρίσεις στις γενικής στάσης τους για την *ισορροπία* και τα προβλήματα με τις *εξειδικευμένες λεπτές κινήσεις*. Παρουσιάζουν επίσης δυσκολίες συγκέντρωσης και αυτοελέγχου όπως αναφερθήκαμε, και τα *κινητικά στερεότυπα* είναι αυτά τα οποία καθίστανται προφανή με το χτύπημα του χεριού «βηματοδότη», το τρέξιμο σε κύκλους, μερικές φορές αυτο-τραυματικές συμπεριφορές όπως το δάγκωμα, το χτύπημα σε κοντινά αντικείμενα, το τράβηγμα μαλλιών ή το χτύπημα κεφαλής, προφανώς για να εκφράζουν την ενόχληση αυτή. Αυτές οι κινητικές βλάβες και τα στερεότυπα μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τη μαθησιακή απόδοση των παιδιών.

Στη περίπτωση του Β. είναι ορισμένες περιβαλλοντικές τροποποιήσεις που έγιναν από τον εργοθεραπευτή. Οι αλλαγές περιλαμβάνουν, την αναδιοργάνωση του δωματίου στο σπίτι του όπως, ένα νέο ξυπνητήρι που ξεκινά απαλά και σταδιακά γίνεται και πιο δυνατό για να τον ξυπνήσει, και προσθήκη υλικών στα τοιχώματα (όπως αφρός), που απορροφούν τον ήχο, προκειμένου να μειωθεί η ένταση. Έτσι εξετάζοντας το δωμάτιο στο οποίο βρισκόταν τον περισσότερο χρόνο της ημέρας καταφέραμε να μειώσουμε τα ερεθίσματα τα οποία του προκαλούσαν ένα πιθανό άγχος.

Ένα δεύτερο παράδειγμα είναι όταν ο θεραπευτής μετά από μια συνάντηση-θεραπείας στο κέντρο ημέρας, τακτοποίησε τα παιχνίδια στο δωμάτιο, ενώ το παιδί μόλις είχε φτάσει και περίμενε να μπει στην συνεδρία. Μάλλον σκεπτόμενος ή αφηρημένος, ο θεραπευτής δεν προσπάθησε να συνάψει μια σχέση (*Bond*) με το παιδί για να διευκολυνθεί αργότερα κατά την έναρξη της θεραπείας. Όταν στο ξεκίνημα της συνεδρίας ο θεραπευτής μπήκε στο δωμάτιο με το παιδί, παρατήρησε ότι, ο Β. δεν ανταποκρίνεται σε συνεργασία και συνεχώς έκρυβε το πρόσωπο του με τα χέρια και κάθονταν στη γωνία πίσω από την πόρτα. Συνειδητοποιώντας την λανθασμένη προσέγγιση του (συμμόρφωση και προσαρμογή του θεραπευτή), ο θεραπευτής ζήτησε από το παιδί να κοιτάξει γύρω του και να διαλέξει με ποια παιχνίδια θα ήθελε να παίξει πρώτα. Όταν ο Β. επέλεξε ένα παιχνίδι, του ζητήθηκε να οδηγήσει τον θεραπευτή του στο παιχνίδι για να του δείξει την προτίμηση του (μοιράζοντας τις απόψεις για το σχέδιο δράσης). Ο θεραπευτής φρόντισε να συμπεριλάβει παιχνίδια που διευκόλυναν την αλληλεπίδραση μεταξύ τους, καθώς το παιδί έπαιζε καθ' όλη τη διάρκεια της συνεδρίας, όταν του δινόταν μια επιβράβευση έπειτα από κάθε δοκιμασία (*Task*). Οι περιβαλλοντικές τροποποιήσεις μπορούν να είναι ένας ισχυρός τρόπος για να επηρεάσουν τη λειτουργία του παιδιού.

*Η Λειτουργική Αξιολόγηση:* αποτελεί μια διαδικασία συγκέντρωσης πληροφοριών σχετικά με το αναπτυξιακό και το κοινωνικό – συμπεριφορικό ιστορικό του παιδιού, πληροφορίες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν με σκοπό την μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας της *θεραπευτικής συνεργασίας/ συμμαχίας*.

Η Λειτουργική Ανάλυση της Συμπεριφοράς μπορεί να επιτευχθεί με επίτευξη συγκεκριμένων στόχων (*Goals*) για να πετύχει μια θεραπευτική συμμαχία: (1) Σαφή περιγραφή των προβληματικών συμπεριφορών. (2) Τον εντοπισμό και τον προσδιορισμό των γεγονότων και των καταστάσεων που προηγούνται πριν την εκδήλωση της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. (3) Την παρατήρηση και τον καθορισμό των συνεπειών μιας συμπεριφοράς που την ενισχύουν ή την αποτρέπουν. (4) Η εκπαίδευση στην λειτουργική επικοινωνία διδάσκει στο παιδί τον τρόπο επικοινωνίας που μπορεί να χρησιμοποιήσει, έτσι ώστε να καταφέρει να αποκτήσει κάποιο αντικείμενο που ίσως επιθυμεί. (5) Προσδιορισμός της συμπεριφοράς που τίθεται προς τροποποίηση λόγω παρουσίας ελλειμμάτων. Παράδειγμα αποτελεί η μειωμένη ή η απύσχα βλεμματική επαφή του παιδιού όταν απευθύνονται σ' αυτό. Εντοπισμός και ορισμός επιθυμητών θεραπευτικών στόχων, όπως για παράδειγμα η αύξηση συχνότητας και διάρκειας της οπτικής επαφής. Καθορισμός μεθόδου μέτρησης της συμπεριφοράς προς την τροποποίηση της, καταγραφή συχνότητας και διάρκειας οπτικής επαφής του παιδιού με άλλα πρόσωπα. Αξιολόγηση του παρόντος επιπέδου



απόδοσης σχετικά με τη συμπεριφορά που πρόκειται να τροποποιηθεί, με σκοπό την απόδειξη πως η παρέμβαση είχε αποτελεσματικότητα. Για παράδειγμα, απαιτείται παρατήρηση και μέτρηση της διάρκειας και της συχνότητας της βλεμματικής επαφής πριν την έναρξη θεραπείας και σε προκαθορισμένα χρονικά διαστήματα στην συνέχεια εφαρμογής της μέθοδος<sup>77</sup>. (6) Εκπαίδευση στην τουαλέτα, πλύσιμο χεριών και δοντιών με σχέδιο δράσης και με τακτικές επαναλαμβανόμενες κινήσεις με βοήθεια του PET<sup>78</sup>, ανάλογα με τη δυσκολία της περίπτωσης. (7) Δημιουργική ομαδική απασχόληση, ψώνια στο σούπερ μάρκετ, οικιακές δημιουργίες (απογευματινό σνακ - τοστ, χυμό και πλύσιμο πιάτων) και προσαρμοσμένες αθλητικές δραστηριότητες ανάλογα με τον βαθμό βαρύτητα της διαταραχής. (8) Ποια είναι η ποιοτική αξιολόγηση των γλωσσικών χαρακτηριστικών της ομιλίας, το επίπεδο κατανόησης (φωνολογική, μορφολογική, σημασιολογική), οργάνωσης και έκφρασης; (9) Ποιο είναι το επίπεδο της απόδοσης του παιδιού σε δραστηριότητες που αφορούν το λεξιλόγιο αναγνώρισης, συσχέτισης και ενσωμάτωσης μιας εικόνας, και το προφορικό λεξιλόγιο, (10) Επίσης την αισθητηριακή του διαμόρφωση, τον κινητικό συντονισμό και το επίπεδο ενεργοποίησης καθώς και την αυτονομία του (Watling & Hauer, 2015).

Για παράδειγμα η παρέμβαση επίτευξης του *στόχου (Goal)*, του *έργου (Task)*, ήταν το λεξιλόγιο εικόνων, που ο Β. μπόρεσε να αναγνωρίσει σωστά 34 από τις 46 εικόνες που του ζητήθηκε να εντοπίσει. Μετά, κατά την δεύτερη εργασία, αυτή του λεξιλογίου-συσχέτισης, το παιδί μπόρεσε να εντοπίσει σωστά 12 από τις 30 εικόνες που του ζητήθηκε. Ο στόχος του έργου ήταν να προσδιορίσει τις εικόνες με βάση την ομοιότητα τους και με το ερέθισμα της εικόνας, τοποθετώντας τα από δίπλα. Στο τρίτο Task, αυτό του προφορικού ενσωματωμένου λεξιλογίου, ο μαθητής μπόρεσε να αναγνωρίσει σωστά μόνο 2 από τις 6 εικόνες που του παρουσιάστηκαν περιγραφικά. Ο στόχος για τον Β. ήταν να εντοπίσει τη συγκεκριμένη λέξη με τη χρήση μιας αναλυτικής περιγραφής της εικόνας, την οποία φορούσε στο κεφάλι του σαν στέμμα και δεν έβλεπε. Επίσης μπορούσε να ανιχνεύει δοκιμάζοντας διαφορετικές απαντήσεις και κατονομάζοντας τα αντικείμενα. Ταυτόχρονα με αυτό έπρεπε να ελεγχθεί σχετικά με την άρθρωση της λέξης που αναφέρονταν. Από την τελευταία δοκιμασία δεν πέτυχε κάποιο από τα 4 αντικείμενα που περιγράφηκαν για λόγους απροθυμίας του παιδιού να ασχοληθεί (είχε καταρρεύσει όλη η υπομονή του).

---

<sup>77</sup> καταγραφή με την μέθοδο άμεσης παρατήρησης, φάκελο ασθενή με πρόσβαση μόνο από θεράποντες – sensitive notes

<sup>78</sup> εικόνες που συμβολίζουν τη κίνηση-δράση που το παιδί επιθυμεί να πράξει και πρέπει να μας δείξει

Ο στόχος αυτής της μελέτης περίπτωσης, ήταν να παρουσιάσει την διαδικασία που ακλουθεί ένα παιδί με αυτισμό για να ενισχύσει τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της γνώσης του, καθώς και τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του για την ανταπόκριση στη δημιουργία ενός δεσμού (Bond). Με την εφαρμογή διάφορων εργασιών (Task), όπως για παράδειγμα στη δημιουργική ομαδική απασχόληση, στα ψώνια στο σούπερ μάρκετ, στην μαγειρική, στην κηπουρική, στη ποιοτική αξιολόγηση των γλωσσικών χαρακτηριστικών της ομιλίας (φωνολογική, μορφολογική, σημασιολογική), το επίπεδο κατανόησης (Παπαηλιού, 2005) καθώς και στην οργάνωση σε προσαρμοσμένες (εξατομικευμένες) αθλητικές δραστηριότητες, θα μπορούσαν να εφαρμοσθούν με στόχο (Goal) επίτευξης μεγαλύτερης γλωσσικής προόδου και αυτονομίας στην καθημερινότητα του ατόμου με αυτισμό. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι δυσκολίες στον τομέα της γλώσσας παρουσιάστηκαν σε μεγάλο βαθμό, ιδίως στις περιπτώσεις «συσχέτισης» και «προφορικής απόκρισης», ενώ στις περιπτώσεις «εικονογραφημένου λεξιλογίου» υπήρχαν καλά αποτελέσματα. Το θετικό αποτέλεσμα σχετίζεται με την επίδραση των χρωμάτων και της έντασης των εικόνων στον εγκέφαλο του παιδιού, όπως και ο τρόπος με τον οποίο αυτό βοηθά στη σωστή σύνδεση λέξεων και εικόνων (Παπαηλιού, 2005). Όπως η ομαδική επίσκεψη στο σούπερ μάρκετ για τα απαραίτητα υλικά για τη παρασκευή ενός απογευματινού σνακ από το ίδιο το παιδί, τρώγοντας παρέα με τα άλλα παιδιά από την ομάδα.

Επιπλέον, ένας άλλος παράγοντας φαίνεται να εμφανίστηκε ουσιαστικός στην σχέση «συμμαχία– αποτελέσματος» και αυτός ήταν η απρόθυμη συνεργασία του παιδιού από ένα σημείο και μετά. Μερικές φορές πιθανόν να σχετίζεται με της συχνές αλλαγές θεραπευτή ανάλογα με το πρόγραμμα επίτευξη στόχου Task. Επίσης μπορεί να ευθύνεται η μη συνεργασία μεταξύ μελών της επιστημονικής ομάδας για να υπάρχει μια συνέπεια της θεραπείας και λεπτομερή καταγραφή κάθε μιας συνεδρίας στο προσωπικό φάκελο του παιδιού, για να φαίνεται ξεκάθαρα η πρόοδος της θεραπείας (Σαρρής, και συν., 2002). Επίσης λάθος προσχεδιασμός - προγράμματος δράσης, από το διοικητικό προσωπικό του Κέντρου Ημέρας, που στην ουσία απαιτεί από το παιδί να προσαρμόζεται πιο γρήγορα από όσο είναι δυνατόν στην περίπτωση της πάθησης του (χρειάζεται μεγαλύτερο διάστημα για να συνάψει μια ποιοτική σχέση δεσμό Bond, η οποία σχέση είναι αναγκαία για να παραχθεί ένα έργο Task με στόχο Goal). Αυτό το εμπόδιο θα μπορούσε πιθανώς να ξεπεραστεί εάν υπήρχε μια ηλεκτρονική εφαρμογή (εφαρμογή κινητό τηλέφωνο π.χ. Slack) που να διευκολύνει τη διαχείριση ενός φάκελου από όλη την ομάδα εργασίας. Μια εφαρμογή με συντονιστή στη διοίκηση του Κέντρου Ημέρας, και δίχως δια ζώσης επαφής μεταξύ

τους, με συνέπεια την μέθοδο που ακολουθεί το παιδί με λεπτομερές καταγραφές και εξατομικευμένο πρόγραμμα ανάλογα με τις ανάγκες του παιδιού.

Το αποτέλεσμα τέτοιων μελετών περιπτώσεων στην προσχολική ηλικία είναι πολύ σημαντικό, καθώς προωθείται η πολυπλοκότητα του προβλήματος που υπάρχει και η δυνατότητα εξεύρεσης λύσεων με πρόωμη παρέμβαση για την επίτευξη του αποτελέσματος της έρευνας. Η πολυπλοκότητα και η έλλειψη ομοιογένειας στα συμπτώματα των Αυτιστικών Διαταραχών καθιστά δύσκολη την επίτευξη απόλυτων συμπερασμάτων και διαγνωστικών αποφάσεων επειδή κάθε περίπτωση είναι διαφορετική. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει ότι η εξερευνήσεις μεμονωμένων μελετών περίπτωσης δεν μπορούν να παράγουν αξιόπιστα αποτελέσματα.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που αναφερθήκαμε, με τη συλλογή των δεδομένων με την ποσοτική μέθοδο (πίνακες Likert) για τη μέτρηση στις εξαρτημένες μεταβλητές θεραπευτικής συμμαχίας (WAI) σε σχέση με το προσδοκώμενο αποτέλεσμα (Outcome), αποδεικνύεται η ποιότητα των μεθόδων για την αλλαγή της συμπεριφοράς. Παρουσιάζονται συνδυαστικά με την ποιοτική μέθοδο μέτρησης σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο (ασθενή – θεραπευτή) που αποσκοπεί να αναδείξει τη διαπροσωπική προσαρμογή ή την προσκόλληση ενός ατόμου με ασθένεια (ψυχική, νευρολογική, προσωρινή ή μόνιμη και εξάρτηση ουσιών), για μια πιθανή συνεργασία με επίτευξη εργασιακών στόχων, με σκοπό να περιορίσει τα συμπτώματα της ασθένειας και να τροποποιήσει τη συμπεριφορά ή την ολοκληρωτική ίαση του θεραπευόμενου. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προέκυψαν τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα που θίξαμε υπό διερεύνηση. Σχετικά με την κατευθύνουσα υπόθεση για την σχέση μεταξύ «θεραπευτικής συμμαχίας - αποτελέσματος» στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης ως προγνωστικούς παράγοντες που θα μπορούσαν να ορίσουν την πορεία της θεραπείας, παρατηρήσαμε ποιοι είναι εκείνοι οι παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την ανάπτυξη μιας ποιοτικής θεραπευτικής σχέσης, η οποία θα βοηθήσει στο να πεισθεί το άτομο να παλέψει με τα δεινά του ή τα πάθη του. Επίσης οι ικανότητες του ψυχοθεραπευτή, όπως η συναισθηματική συμπόνια, η ανθεκτικότητα, η ενσυναίσθηση και η αίσθηση της ηθικής υποχρέωσης θα τον οπλίσουν περαιτέρω στην αφοσίωση στο έργο του. Από την άλλη η νοσηλευτική είναι ένα επίπονο επάγγελμα και η αντιμετώπιση των καθημερινών δυσκολιών των ασθενών απαιτεί την ανάπτυξη μιας αμοιβαίας συνεργασίας, η οποία τους καλεί να πάρουν τον ρόλο του ψυχοθεραπευτή. Οι νοσηλευτές συνεχίζουν να δείχνουν την ικανότητα τους να αντιμετωπίσουν την κατάσταση αυτή σαν μια πραγματική ευκαιρία βελτίωση της αποτελεσματικότητάς τους.

Σχετικά με τα συνοπτικά αποτελέσματα που προέκυψαν μετά από λεπτομερή ανασκόπηση των σχετικών ερευνών μπορούμε να συμπεράνουμε, βασιζόμενοι, στα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα για τις σχέσεις και τις συσχετίσεις μεταξύ ανεξάρτητων μεταβλητών ή επικαλούμενων (πχ. ηλικία, εμπειρία, φύλο, επαγγελματική κατάρτιση, δημογραφικά, κτλ.) την χρονική μέτρηση (η πρώιμη, η μέση ή προς το τέλος της θεραπείας) των εξαρτημένων μεταβλητών (θεραπευτική συμμαχία) εξαιτίας της έμμεσης επιρροής πάνω στα αποτελέσματα (εξάλειψης

συμπτωμάτων) – ποιότητα (διατήρηση του αποτελέσματος δίχως υποτροπή) και την *άμεση επιρροή* (η ενσυναίσθηση, η ανθεκτικότητα, η προσωπικότητα του θεραπευτή, η συμμόρφωση του θεραπευτή κτλ.).

Η θεραπευτική συμμαχία ορίζεται έως ένας πραγματικός συνεργατικός (συναισθηματικός) δεσμός μεταξύ του θεραπευτή και του ασθενή (Kendall, et al., 2009), (Arnow, et al., 2013), (Allen, et al., 2017), (Creed & Kendall, 2005), (Crits-Christoph, et al., 2009), (Krupnick, et al., 1996), (Stiles-Shields, et al., 2016). Ένας διευρυμένος ορισμός από τον (Bordin, 1979) διαχωρίζει τη *θεραπευτική συμμαχία WAI* σε τρεις υποομάδες: *στόχος (Goal)*, *εργασία (Task)* και *δεσμός (Bond)*. Ο *στόχος* αναφέρεται σε μια αμοιβαία συμφωνία για συγκεκριμένα αποτελέσματα που είναι η έκβαση της παρέμβασης. Το *έργο* περιλαμβάνει μια συμφωνία για την τρέχουσα προσέγγιση της επίτευξης των στόχων. Τέλος, ο *δεσμός*, αντανακλά την ανάπτυξη της θετικής σχέσης «θεραπευτή – ασθενούς» που χαρακτηρίζεται από μια αμοιβαία συμπαγή εμπιστοσύνη.

Η πρόωμη μέτρηση των μεταβλητών η διαδικασία μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποκαλυπτική, επειδή ο ρυθμός αλλαγής των συμπτωμάτων τείνει να είναι μεγαλύτερος νωρίς (Early Session) κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Bernabeo&Holmboe, 2013), (Arnow, et al., 2013), (Allen), (Crits-Christoph, et al., 2009), (Creed&Kendall, 2005), (Shirk&Saiz, 1992), (Lamers, et al., 2015). Στις περισσότερες μελέτες, η σχέση μεταξύ της θεραπευτικής συμμαχίας και της αλλαγής των συμπτωμάτων σχετικά με την χρονική προτεραιότητα εφαρμογής των ψυχομετρικών εργαλείων, συμβαίνει να μην έχει τεκμηριωθεί επαρκώς (Feeley, et al., 1999). Ωστόσο η θεραπευτική συμμαχία είναι ευρέως αναφερόμενη μεταβλητή στις έρευνες (Horvath & Symonds, 1991) που έχουν τεκμηριώσει την στατιστική σχέση μεταξύ της συμμαχίας και του αποτελέσματος σε μια ποικιλία ψυχοθεραπειών. Η βελτίωση των συμπτωμάτων πριν από τη μέτρηση της συμμαχίας μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης. Ως εκ τούτου αυτή η αντίληψη του θεραπευόμενου, μπορεί να είναι εν μέρει υπεύθυνη για τις παρατηρούμενες σχέσεις «συμμαχίας – αποτελέσματος». Επομένως προκειμένου να διασφαλιστεί η χρονική προτεραιότητα ενός μέτρου - διαδικασίας που λαμβάνεται σε μια δεδομένη συνεδρία, η αλλαγή των συμπτωμάτων που βιώθηκε από τον θεραπευόμενο πριν από αυτήν τη συνεδρία δεν πρέπει να συμπεριληφθεί στο μέτρημα της αλλαγής των συμπτωμάτων.

Όσον αναφορά την στρατηγική για την χρήση επαναλαμβανόμενων μετρήσεων των μεταβλητών, όπως τη διαδικασία της θεραπείας και την ποιότητα των

αποτελεσμάτων, οι ερευνητές έχουν χρησιμοποιήσει μια ποικιλία προσεγγίσεων για να διερευνήσουν τη διαδικασία αλλαγής στάσεων και εξάλειψη των συμπτωμάτων στην ψυχοθεραπεία. Εκτός από την επιλογή ευρέως ποικίλων θεραπειών και μεθόδων μέτρησής τους, οι ερευνητές έχουν επίσης χρησιμοποιήσει μια ποικιλία στρατηγικών για τον προσδιορισμό του διαστήματος πάνω στο οποίο πρέπει να εξεταστεί η αλλαγή στην μέτρηση της έκβασης (από μια μεμονωμένη αλλαγή, σε μια πολύ σύντομη – πρώιμη αλλαγή έως μια ολόκληρη πορεία της θεραπείας ή επαναλαμβανόμενες μετρήσεις). Επιπλέον, όσον αφορά τη διαδικασία των μετρήσεων θα λάβουμε υπόψη τη διακύμανση στο αποτέλεσμα που σχετίζεται με τη βασική λειτουργικότητα των ασθενών GAF<sup>79</sup> και την αλλαγή των συμπτωμάτων (όπως HAM-D<sup>80</sup> για την κατάθλιψη ή PAM<sup>81</sup> γενικά για ψυχικές διαταραχές, SUC<sup>82</sup> για χρήση ουσιών, EDE<sup>83</sup> για διατροφικές διαταραχές κτλ.) που συνέβη πριν από την αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας (WAI). Παρά την μεταβλητότητα σε διάφορες μελέτες, η ακριβής χρονική περίοδος κατά την οποία τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων ψυχοθεραπείας γίνονται εμφανή ως μετρήσιμες αλλαγές στα συμπτώματα, διαφέρουν (π.χ. 2<sup>η</sup>, 4<sup>η</sup>, 6<sup>η</sup> συνεδρία). Αυτό είναι πιθανό επειδή οι ερευνητές γενικά δεν έχουν επικεντρωθεί στον εντοπισμό της συγκεκριμένης χρονικής καθυστέρησης μεταξύ θεραπευτικών παρεμβάσεων και των επακόλουθων βελτιώσεων των συμπτωμάτων.

Μελέτες όπου η προσκόλληση και η συμμαχία (για παράδειγμα στην CBT για κατάθλιψη) συχνά χρησιμοποιούν στατιστικά μοντέλα στα οποία οι αξιολογήσεις του αποτελέσματος για μια μεμονωμένη συνεδρία θεραπείας, εξετάζονται ως προγνωστικός παράγοντας αλλαγής. Υπό αυτή η άποψη πιθανόν το μέτρημά που γίνεται να είναι σε ένα σημαντικό μέρος - πορείας της θεραπείας που οδεύει στο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα αλλά, ακόμα απλά δεν έχει φανεί στο αποκορύφωμα του (Krupnick, et al., 1996). Όπως για παράδειγμα το φαινόμενο- αλληλεπίδραση (Early

---

<sup>79</sup> Global Assessment of Function (GAF)

<sup>80</sup> Ορίζονται ως τουλάχιστον 60% μείωση της βαθμολογίας για τη κατάθλιψη (HAM-D) (Hamilton, 1960), με συνολική βαθμολογία HAM-D 24item, (< 7). Σύμφωνα με τα κριτήρια IV-TR για MDD για 2 επισκέψεις κατά τη διάρκεια των εβδομάδων 6 έως 12

<sup>81</sup> Patient Activation Measure (PAM) - μια κλίμακα 13 διαστάσεων που καταγράφει τέσσερις βασικές έννοιες τους ασθενούς: (1) Η πεποίθηση ότι η ανάληψη ενεργού ρόλου είναι σημαντική («Όταν όλα λέγονται και γίνονται, είμαι το άτομο που είναι υπεύθυνο για τη φροντίδα της υγείας μου»), (2) Εμπιστοσύνη και γνώση για δράση («Ξέρω τι κάνουν κάθε ένα από τα συνταγογραφούμενα φάρμακά μου»), (3) Λήψη δράσης («Κατάφερα να διατηρήσω τις αλλαγές στον τρόπο ζωής μου») και (4) Παραμένοντας την πορεία υπό πίεση («Είμαι βέβαιος ότι μπορώ να βρω λύσεις όταν προκύπτουν νέα προβλήματα με την υγεία μου»)

<sup>82</sup> Ημερολόγιο Χρήσης Ουσίας Substance Use Calendar (SUC) - Η αυτοαναφορά της χρήσης ουσιών (μαριχουάνα, κοκαΐνη, αλκοόλ, μεθαμφεταμίνη, βενζοδιαζεπίνες, οπιοειδή, άλλα φάρμακα).

<sup>83</sup> The Eating Disorder Examination (EDE) είναι μια ημι-δομημένη συνέντευξη που βασίζεται στην εκτίμηση του ερευνητή, η οποία μετρά τα γνωστικά και συμπεριφορικά συμπτώματα που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές

Alliance X Method), που δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των 4<sup>ων</sup> συνθηκών. Εκτός από την εξαίρεση μιας ασθενέστερης σχέσης μεταξύ πρώιμης συμμαχίας και της θεραπευτικής μεθόδου για την Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT) από ότι, για τις άλλες μεθόδους θεραπείας, με βάση την αξιολόγηση της συνολικής συμμαχίας στην κλίμακα σοβαρότητας συμπτωμάτων για την κατάθλιψη BDI<sup>84</sup> για 3% της δειγματοληψίας [ $F(3, 216) = 2,7, p < .05$ ], (Krupnick, et al., 1996). Αν και αυτές οι μελέτες μπορούν να αποκαλύψουν «σχέσεις – αποτελέσματος» στη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT), εστιάζοντας σε επαναλαμβανόμενες αξιολογήσεις των μέτρων διαδικασίας (σε *πολλαπλές συνεδρίες Early, Middle & Late Treatment*), καθώς οι πιθανοί προγνωστικοί παράγοντες της αλλαγής των συμπτωμάτων από τη μία συνεδρία στην άλλη έχουν διαφορετικά πλεονεκτήματα. Για παράδειγμα, η συμμαχία *Bond* (Early Alliance) μπορεί να είναι πιο σημαντική στην αρχή (Early Session), ενώ οι συμμαχίες *Goal* και *Task* μπορεί να είναι πιο ουσιαστικές κατά τη διάρκεια της μέσης (Middle Session) και στο τέλος (EOT) της θεραπείας ή το αντίστροφο.

Οι ερευνητές που περιγράφουν μια θεραπευτική παρέμβαση συχνά εμπλέκουν τον όρο *προσκόλληση* (adherences) για να αναφερθούν στις ειδικές θεραπευτικές ενέργειες. Με βάση μια ανάλυση παραγόντων ενός ευρύτερου μέτρου προσήλωσης στην ψυχοθεραπεία (πχ. στη CBT για κατάθλιψη), οι ερευνητές DeRubeis και Feeley (DeRubeis & Feeley, 1990) έχουν περιγράψει δύο τύπους προσκόλλησης: το *συγκεκριμένο* (concrete) και το *αφηρημένο* (abstract). Η *συγκεκριμένη* συμμόρφωση περιλαμβάνει μεθόδους που έχουν σχεδιαστεί για να βοηθήσουν τους ασθενείς να εντοπίσουν και να διορθώσουν αντιφατικές, αρνητικές σκέψεις, τεχνικές συμπεριφοράς και την χρήση των εργασιών στο σπίτι. Οι *αφηρημένες* τεχνικές περιλαμβάνουν ευρύτερες συζητήσεις για θέματα που σχετίζονται με τη θεραπεία, συμπεριλαμβανομένων προσπαθειών για περαιτέρω κατανόηση της σημασίας των πεποιθήσεων των ασθενών και των συνομιλιών σχετικά με την πρόοδο των συνεδριών.

Στη μελέτη τους (Lamers, et al., 2015), που καθιστά ένα πολύτιμο εργαλείο για τον εμπλουτισμό της τρέχουσας κατάστασης σχετικά με τη γονική συμμαχία σε (ημι) οικιακές ρυθμίσεις θεραπείας για νέους με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στην

---

<sup>84</sup> Για να εκτιμηθεί το αποτέλεσμα κατά τον τερματισμό της θεραπείας, χρησιμοποιήθηκαν δύο μέθοδοι ευρείας μέτρησης για τη σοβαρότητα της κατάθλιψης: (1) η βαθμολογημένη κλίμακα κλινικής αξιολόγησης της κατάθλιψης - το ερωτηματολόγιο Beck Depression Inventory BDI του Beck και συνεργάτες (Beck, et al., 1961) και (2) το ερωτηματολόγιο του Hamilton HRSD (Hamilton, 1960), το οποίο εφαρμόστηκε μετά από κάποιες ουσιαστικές τροποποιήσεις που αφορούν πρόσθετα στοιχεία αξιολόγησης γνωστικών συμπτωμάτων και λειτουργιών.

Ολλανδία, ο παράγοντας «Γονική Συμμαχία» φαίνεται να καλύπτεται από στοιχεία που σχετίζονται με πτυχές «*Bond*» και όχι με πτυχές «*Task*» και «*Goal*», με πιθανότητα οι συσχετίσεις για αυτές τις δύο τελευταίες κλίμακες να ήταν κάπως χαμηλότερες. Πιο συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη είναι η επίτευξη δέσμευσης τόσο οι προκαθορισμένες εργασίες θα ολοκληρώνονται αποτελεσματικά και θα καλύπτουν τους στόχους, και αυτή είναι η άποψη των γονέων για τους φροντιστές των παιδιών τους. Αυτός είναι ο λόγος που το υγειονομικό προσωπικό δημιουργεί και αξιολογεί το σχέδιο δράσης της θεραπείας, μαζί με τους νέους και τους γονείς τους. Ο κύριος σκοπός της τρέχουσας μελέτης ήταν να προωθήσει μεγαλύτερη δημοσιότητα, σχετικά με το επίκαιρο θέμα της πρόληψης για τη μέτρηση της γονικής θεραπευτικής συμμαχίας. Σε ένα κλίμα μακροπρόθεσμης προαγωγής, μέσα από πολύπλοκες ρυθμίσεις θεραπείας για τους νέους, και καθοδηγούμενη από την πεποίθηση ότι, η γονική συμμαχία είναι μια σημαντική μεταβλητή για (ημι) οικιακή ROM στη φροντίδα των νέων (Lamers, et al., 2015).

Στο μικτό μοντέλο από τη μελέτη τους (Arnou, et al., 2013), που περιλαμβάνει την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων από την πρώιμη συμμαχία (Early Alliance), τη βασική λειτουργικότητα (GAF), τη συνθήκη - θεραπεία, την πρώιμη αλλαγή στα συμπτώματα κατάθλιψης (HAM-D) και την αλληλεπίδραση του τύπου θεραπεία με την πρώιμη συμμαχία, όλα προέβλεπαν στατιστικά σημαντικά το αποτέλεσμα. Στα μοντέλα που αξιολόγησαν αυτές τις μεταβλητές ξεχωριστά για τους ασθενείς που τυχαιοποιήθηκαν στη Σύντομη Ψυχοδυναμική Παρέμβαση με υποστηριζόμενη φαρμακευτική αγωγή (BSP + ADM) και τη Συμπεριφορική Γνωσιακή Θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή επίσης (CBASP + ADM), η πρώιμη αλλαγή συμπτωμάτων, η πρώιμη συμμαχία (Early Alliance) και η βασική λειτουργικότητα των ασθενών (GAF) συνέχισαν να είναι προβλεπτικός παράγοντας και στις δύο συνθήκες θεραπείας (Arnou, et al., 2013). Όπως υποθέσαμε βρέθηκε μια σημαντική αλληλεπίδραση της συμμαχίας με τη θεραπευτική παρέμβαση (Alliance X Treatment group). Επίσης μια συσχέτιση μεταξύ των αξιολογήσεων συμμαχίας και της αλλαγής στα συμπτώματα για την κατάθλιψη (HAM-D) όπου αυτή ήταν ισχυρότερη μεταξύ των ασθενών που έλαβαν Γνωσιακή Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία (CBASP) σε σύγκριση με τη Σύντομη Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία (BSP). Βρέθηκαν επίσης αποδεικτικά στοιχεία ότι, οι συμμετέχοντες στη συνθήκη της CBASP αξιολόγησαν τη συμμαχία ως ισχυρότερη κατά τη διάρκεια της θεραπείας από εκείνες στην BSP, όπως και μια ισχυρότερη πρώιμη συμμαχία και εξάλειψη συμπτωμάτων για τη συνθήκη της CBASP (Arnou, et al., 2013). Αυτά τα ευρήματα έρχονται σε σύγκρουση με τα αποτελέσματα για την πρόωρη συμμαχία (Early Alliance) της θεραπείας CBT για την



κατάθλιψη, από τη μελέτη τους (Krupnick, et al., 1996), ενώ τα υπόλοιπα ευρήματα επιβεβαιώνουν ότι η παρακολουθούμενη μέση συμμαχία και το τελικό αποτέλεσμα αγγίζουν τα όρια της τελειότητας για την κατάθλιψη. Εξάλλου δεν είναι τυχαίο που η Συμπεριφορική Γνωσιακή Θεραπεία CBT θεωρείται μια από της πιο κατάλληλες θεραπείες για την αντιμετώπιση «εσφαλμένων σχημάτων» της σκέψης και της αρνητικής διάθεσης για αλλαγή. Πιθανόν ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης ή το χρόνο που χρειάζεται ένας θεραπευτής για να πλησιάσει το θεραπευόμενο, μπορεί να διαφέρει από μια περίπτωση σε άλλη. Αυτή η μελέτη είναι μια εμπειρική διερεύνηση που συγκρίνει τα επίπεδα της θεραπευτικής συμμαχίας και την σχέση τους με την επίτευξη, όχι μόνο σε σαφείς διαφορετικούς τύπους ψυχοθεραπείας, αλλά και στη φαρμακοθεραπεία. Αξίζει επίσης να σημειωθεί το υψηλό επίπεδο μέσης συμμαχίας κυμαίνεται μεταξύ του μέσου όρου και μικρών αποκλίσεων στη συμμαχία για κάθε θεραπευτική προσέγγιση. Υπήρχαν σχεδόν ασήμαντες διαφορές στην σχέση μεταξύ των ομάδων θεραπείας, για τη θεραπευτική συμμαχία με το αποτέλεσμα στη Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία (IPT), στην Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT) και στην ενεργή και Placebo θεραπεία. Το συμπέρασμα των καθυστερήσεων - σύναψης μιας θεραπευτικής σχέσης, μπορεί να αντικατοπτρίζει την κλινική ανταπόκριση για τη διαφορετική μέθοδο προσέγγισης, αλλά μπορεί επίσης εν μέρει να δικαιολογεί την ισχυρότερη σχέση μεταξύ της μέσης συμμαχίας και του αποτελέσματος. Ίσως το μεγαλύτερο ενδιαφέρον ήταν η εύρεση μιας ισχυρής σχέσης μεταξύ της συμμαχίας και του αποτελέσματος στη φαρμακοθεραπεία, τόσο στις συνθήκες της ιμipραμίνης όσο και στο εικονικό φάρμακο. Η θεραπευτική συμμαχία μπορεί να επηρεάσει έντονα την απόκριση «Placebo» που είναι ενσωματωμένη στη φαρμακοθεραπεία έως μη ειδικός παράγοντας, πάνω και πέρα από τη συγκεκριμένη φαρμακολογική δράση του φαρμάκου (Munoz, et al., 1994). Η θεραπευτική συμμαχία μπορεί να βοηθήσει στη δημιουργία ενός «συγκρατημένου» περιβάλλοντος στο οποίο η αποδοχή της λήψης ενός φαρμάκου μπορεί να ενισχυθεί και να επιτρέψει την αντιμετώπιση των ανησυχιών στο πλαίσιο μιας υποστηρικτικής και συνεργατικής σχέσης (όπως δυσκολίες σχετικά με την ανεκτικότητα και τις παρενέργειες των φαρμάκων). Έτσι ο ρόλος που διαδραματίζει η θεραπευτική συμμαχία στην επίδραση του αποτελέσματος, εκτείνεται όχι μόνο πέρα από την Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία (IPT) έως την θεραπεία της Γνωσιακής Συμπεριφοράς (CBT), άλλα και πέρα από την ίδια την ψυχοθεραπεία, με επιπτώσεις στον τρόπο με τον οποίο η φαρμακοθεραπεία αντιλαμβάνεται και ασκείται. Σύμφωνα με δημοσιευμένες αναφορές του Οργανισμού Πολιτικής και Έρευνας για την Υγεία (AHCPH) για τη διαταραχή της διάθεσης (κατάθλιψη) στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα (ΠΦΥ), αναφέρεται ότι οι γιατροί της

ΠΦΥ ενθαρρύνουν τους καταθλιπτικούς ασθενούς να ξεκινήσουν μια φαρμακευτική θεραπεία, αντί να παραπέμψουν σε ειδικό ψυχικής υγείας για πιθανόν άλλη αντιμετώπιση, όπως ψυχοθεραπεία (Munoz, et al., 1994), (Krupnick, et al., 1996). Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο ψυχολόγος Πρωτοβάθμιας περίθαλψης συνεργάζεται για τη διαχείριση των περιπτώσεων και την πιθανή τους παραπομπή ανάλογα με τη βατότητα/ βαρύτητα των συμπτωμάτων, για να υπάρχει μια ομαλότητα και ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης, με τη βοήθεια της σωστής διασύνδεσης μεταξύ Οργανισμών Υγείας. Ο ακριβής ρόλος που διαδραματίζει ο ψυχολόγος στην Πρωτοβάθμια περίθαλψη ποικίλλει και πρέπει να είναι ευέλικτος ανάλογα με τις ανάγκες της κλινικής, των ιατρών και των ασθενών (Danielle, 2015).

Στη μελέτη τους (Allen, et al., 2017), οι μεταβλητές τιμές της πρώιμης συμμαχίας (Early Alliance), το βασικό επίπεδο λειτουργικότητας (GAF), η συνθήκη της θεραπείας, η πρώιμη αλλαγή στα συμπτώματα ψυχικών διαταραχών (PAM) και η αλληλεπίδραση του συγκεκριμένου είδους θεραπείας (Treatment) με την πρώιμη συμμαχία (Early Alliance), όλα προέβλεπαν στατιστικά - σημαντικά το αποτέλεσμα (Outcome). Τα ευρήματα είναι, ότι ένας *θεραπευτικός δεσμός* (Bond) με μια ισχυρή επικοινωνία συνδέονται με την ενεργοποίηση κατά την έναρξη της θεραπείας (όταν εισάγονται σε μοντέλα - ξεχωριστές υποομάδες Bond, Task & Goal), αλλά όχι με τη μεγαλύτερη αλλαγή στις βαθμολογίες των συμπτωμάτων (PAM). Αυτά υποδηλώνουν ότι, η ισχυρή επικοινωνία και ο *δεσμός* (Goal) μπορεί να είναι τα προαπαιτούμενα για την ενεργοποίηση της θεραπευτικής σχέσης νωρίς (Early Alliance), όμως η θεραπευτική συμμαχία σχετικά με τα *καθήκοντα* (Task) και τους *στόχους* (Goal) της θεραπείας ενσταλάζει στους ασθενείς την αίσθηση ότι είναι σε θέση να διαχειριστούν τις συνθήκες ψυχικής τους υγείας μακροπρόθεσμα και με μεγαλύτερη αυτονομία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ο *σχεσιακός παράγοντας* - «εργαζόμενου υγειονομικής περίθαλψης – ασθενούς» συμβάλλει στη μεγαλύτερη ενεργοποίηση τους ασθενούς στο πλαίσιο μιας συνεχιζόμενης θεραπευτικής σχέσης και επηρεάζεται από τη διάρκεια και την ένταση αυτής (Allen, et al., 2017).

*“Communication of patients with healthcare professionals affects patients' outcomes, helps them learn to regulate their emotions, increases compliance and is correlated with patient confidence and satisfaction as well as quality of life. Health communication strategies should respond to the needs of the public so that it complies with its health recommendations.”* (Kourakos, et al., 2018)

Η επικοινωνία μεταξύ του εργαζόμενου υγειονομικής περίθαλψης και των ασθενών με χρόνια νοσήματα, είναι ο παράγοντας που συμβάλλει στο να επηρεάζει θετικά το

αποτέλεσμα της υγείας. Έτσι, αυξάνοντας τη συμμόρφωση τους με τους κανόνες της θεραπείας τους βοηθά να μάθουν να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους, διατηρώντας με συνέπεια και συνέχεια τις οδηγίες που τους δόθηκαν. Οι στρατηγικές επικοινωνίας για την υγεία πρέπει να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του κοινού, με τρόπο που οι εμπλεκόμενοι να συμμορφώνονται (με τις συστάσεις αυτές για την υγεία τους), έτσι ώστε να πετύχουν μια ποιότητα στην ζωή τους με την ανακτημένη αυτοπεποίθηση και την ικανοποιητική αυτονομία (Kourakos, et al., 2018).

Σύμφωνα με τους (Donnelly, et al., 2011) η άποψη του ασθενούς για τη συνεργαζόμενη συμμαχία θεωρείται ότι είναι πιο σημαντική από την άποψη των θεραπόντων ιατρών, τουλάχιστον σε σχέση με την έκβαση της ψυχοθεραπείας. Στη μελέτη τους (Donnelly, et al., 2011) με ασθενείς με ψύχωση για τους οποίους η μέτρηση της εργατικής συμμαχίας προέρχεται από την υποχρεωτική θεραπεία που επιβάλλεται από τη νομοθεσία για την ψυχική υγεία (ακούσια νοσηλεία) στην Ιρλανδία, έχει αναδειχθεί ότι η *συμμαχία εργασίας* (WAI) και η *διαπροσωπική εμπιστοσύνη* (ITP) που εξετάζονται, μπορούν να μετρηθούν ως παράλληλες λειτουργίες που αλληλοεπιδρούν. Οι συσχετίσεις μεταξύ ζευγών ασθενών και κλινικών για τις βαθμολογίες αθροίσματος είναι μέτριες, αν και στατιστικά σημαντικές. Φαίνεται ότι αυτό που στην ουσία αντιπροσωπεύει μια τέτοια αθροιστική βαθμολογία δεν είναι η πραγματική εξαρτημένη μεταβλητή που ερευνάμε (η συμμαχία εργασίας WAI ή η εμπιστοσύνη ITP), αλλά μάλλον ένα ατομικό μέτρο - στάσης της εκτίμησης. Είναι πιθανόν τα αποτελέσματα να επηρεάζονται από τους συσχετισμούς με τα μέτρα (της ακούσιας νοσηλείας) για την ψυχική υγεία, που είναι η σημαντική επίδραση -«φωτοστέφανο» (Halo Effect), κάτι σαν αντίδραση στην κατάσταση αυτή ή ακόμα και της υποκείμενης διάθεσης του καθενός (Donnelly, et al., 2011), (Forsberg, et al., 2013), (Stiles-Shields, et al., 2016). Για αυτούς τους λόγους η μελέτη δεν μπορεί να διακρίνει μεταξύ των εναλλακτικών δυνατοτήτων που θα βελτιώνει τη θεραπευτική συμμαχία (WAI), επειδή με την επιτυχημένη συμμόρφωση οι συμμετέχοντες προχωρούν σε επόμενη φάση που οδεύει προς την είσοδο από τη νοσηλεία. Δηλαδή εκείνοι με την καλύτερη συνεργασία και διαπροσωπική εμπιστοσύνη επιλέγονται από το υγειονομικό προσωπικό για να προχωρήσουν από οξείες σε μεσαίες μονάδες και μετά σε μονάδες προ - εισόδου από την ακούσια νοσηλεία (Donnelly, et al., 2011). Αυτό υποδηλώνει ότι, όσοι επιτυγχάνουν ύφεση από τα συμπτώματά τους αισθάνονται μια θετική συμμαχία (WAI) και διαπροσωπική εμπιστοσύνη (ITP) με τον θεράποντα ψυχίατρο ή νοσηλευτή, ενώ εκείνοι που δεν έχουν επιτύχει ύφεση, και όχι παράλογα, είναι πιο αρνητικοί στις εκτιμήσεις τους. Ομοίως, οι ψυχίατροι φαίνεται να έχουν επηρεαστεί

πολύ θετικά στις αξιολογήσεις τους από την κατάσταση ύφεσης των συμπτωμάτων τους ασθενούς, αν και οι νοσηλευτές δεν ήταν και τόσο αισιόδοξοι (Donnelly, et al., 2011).

Οι μελέτες -παρατηρήσεις επιτρέπουν την εξαγωγή συμπερασματικών επιπτώσεων μόνο εάν πληρούνται ορισμένες προϋποθέσεις, κρίσιμη είναι η *χρονική προτεραιότητα μεταξύ των μεταβλητών* της διαδικασίας, όπως η διαπροσωπική σχέση (π.χ. συμμαχία) και η έκβαση της θεραπείας (π.χ. σοβαρότητα των συμπτωμάτων), (DeRubeis & Feeley, 1990), (Feeley, et al., 1999). Για να υποστηρίξει την υπόθεση ότι, μια επιτυχής θεραπευτική συμμαχία μεσολαβεί στο αποτέλεσμα της θεραπείας, η συμμαχία πρέπει να αποδειχθεί ότι προβλέπει το αποτέλεσμα σε ένα επόμενο χρονικό σημείο, ενώ λαμβάνει υπόψη την αλλαγή στη μεταβλητή αποτελεσμάτων πριν από τη μέτρηση της θεραπευτικής συμμαχίας (Krupnick, et al., 1996), (Arnou, et al., 2013), (Stiles-Shields, et al., 2016). Οι αναφορές για την σχέση μεταξύ της συμμαχίας και του αποτελέσματος θα μπορούσαν να περιοριστούν από: (1) τη συσχέτιση της συμμαχίας που αξιολογήθηκε στο σημείο “Α” με επακόλουθο αποτέλεσμα μετά τη θεραπεία χωρίς να ληφθεί υπόψη η πιθανότητα ότι, κάποιες από τις προβλεπόμενες αλλαγές έχουν ήδη συμβεί πριν από το χρονικό σημείο “Α” και (2) τη συσχετιζόμενη βελτίωση στη μεταβλητή των αποτελεσμάτων από πριν έως μετά τη θεραπεία με μέσο όρο βαθμολογίας συμμαχίας κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Feeley, et al., 1999), (Klein, et al., 2003).

Στη μελέτη για την εφηβική ανορεξία (AN) από τους (Forsberg, et al., 2013) όπως διαπιστώθηκε, βρήκαμε σημαντικά μεγαλύτερες βαθμολογίες θεραπευτικής συμμαχίας στην Εστιασμένη (Ατομική) Θεραπεία για τους εφήβους (AFT) αντί στην Οικογενειακή Θεραπεία (FBT). Επίσης, δεν υπήρχε καμία κύρια επίδραση ή αλληλεπίδραση για τη συμμαχία στην πλήρη ύφεση. Ωστόσο, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι, η συμμαχία ήταν ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της *μερικής ύφεσης*. Η αντιμετώπιση των «αποχρώσεων» της σχέσης «συμμαχίας – αποτελέσματος» είναι περίπλοκη και η περαιτέρω κατανόηση (της σχέσης μεταξύ των εφήβων με ανορεξία) θα ωφεληθεί από μια προσεκτική εξέταση του τρόπου με τον οποίον η συμμαχία αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου. Υπολογίζοντας τη συμμαχία γύρω από την 4<sup>η</sup> συνεδρία, με στόχο να μετρηθεί αρκετά νωρίς, ώστε η πλειοψηφία στις αλλαγές των συμπτωμάτων να μην έχει συμβεί ακόμα, ενώ από την άλλη να υπήρξε αρκετός χρόνος για να αναπτυχθεί μια σχέση (Horvath & Bedi, 2002). Ωστόσο, ακόμα και εάν εντός του πρώτου μήνα της θεραπείας, το 35% της αλλαγής βάρους (BMI) είχε είδη συμβεί και στις δύο θεραπείες, παρ’ αυτά, η

αλλαγή ελέγχθηκε πριν από τη μέτρηση της συνόδου συμμαχίας για να αποτραπεί πιθανή σύγχυση στο αποτέλεσμα, όπως και να φωτισθεί πιο ξεκάθαρα η κατεύθυνση της σχέσης «συμμαχίας – αποτελέσματος» (DeRubeis & Feeley, 1990), (Feeley, et al., 1999). Οι αξιολογήσεις της θεραπευτικής συμμαχίας έγιναν ανεξαρτήτως και δίχως να φανερώνεται το αποτέλεσμα στους ιατρούς και στους συμμετέχοντες. Επιπλέον, η ανάλυση των δεδομένων ελέγχθηκε για τις βασικές διαφορές καθώς και για οποιαδήποτε συμπτωματική αλλαγή που σχετίζεται με την έκβαση (EDE και βάρος) πριν από την αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας, μετριάζοντας έτσι τις επιπτώσεις της πρώιμης θεραπείας - απόκρισης στην ανάλυση. Σύμφωνα με τις προσδοκίες, η συμμαχία κατόρθωσε να είναι πιο αποτελεσματική στην Ατομική Θεραπεία (AFT), από αυτήν που δημιουργήθηκε στην Οικογενειακή Θεραπεία (FBT). Ως εκ' τούτου, σχετικά με τον διαφορετικό ρόλο που διαδραματίζουν οι συνηθισμένοι παράγοντες, όπως η συμμαχία σε διαφορετικές θεραπείες, φαίνεται ότι στους έφηβους με ανορεξία (AN) και με την παρουσία μιας ισχυρής θεραπευτικής συμμαχίας, σίγουρα θα μπορούσε να καθοριστεί το θεραπευτικό πλαίσιο επιτυχίας της θεραπείας, αλλά δεν αρκεί από μόνη της για να προκαλέσει ουσιαστική κλινική αλλαγή (Forsberg, et al., 2013).

Οι (Stiles-Shields, et al., 2016) σε μια συνεργασία μεταξύ κορυφαίων πανεπιστημίων και νοσοκομείων, διά μέσω της βάσης δεδομένων (Big data – Secondary data) από την Αυστραλία και την Αγγλία, με συντονιστή την Αμερική, παρουσιάζουν την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής συμμαχίας στην Γνωσιακή Συμπεριφορική προσέγγιση (CBT-AN) και στην Ειδική Υποστηρικτική Κλινική διαχείριση (SSCM<sup>85</sup>) για ενήλικες με ανορεξία (SE-AN). Σε αντίθεση με τις αρχικές υποθέσεις, σχεδόν όλες οι μεταβλητές που εξετάστηκαν δεν βρέθηκαν να είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της θεραπευτικής συμμαχίας (TA) στην αρχή της θεραπείας, στη μέση της θεραπείας ή στο τέλος EOT. Πράγματι, οι προσδοκίες των ασθενών για τη θεραπεία (είναι ένα ερωτηματολόγιο TSPE, που δόθηκε μετά την πρώτη περίοδο θεραπείας) βρέθηκε (TSPE) να είναι ο μόνος σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της συμμαχίας (TA) καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Οι αναλύσεις έδειξαν ότι, ο παράγοντας πρώιμης συμμαχίας (Early Alliance) επηρεάζει τα αποτελέσματα, έτσι ώστε οι προσδοκίες θεραπείας του ασθενούς με ανορεξία να οδηγήσουν στην ανάπτυξη μιας αμοιβαίας συνεργασίας (Therapeutic Alliance), η οποία επηρεάζει τα αποτελέσματα της θεραπείας (Stiles-Shields, et al., 2016). Επιπλέον, προτείνει για τους κλινικούς γιατρούς που προσπαθούν να εμπλέξουν τους ασθενείς με (SE-AN) σε

---

<sup>85</sup>Specialist Supportive Clinical Management

σημαντική ψυχολογική *εργασία* (Task), να επικεντρώσουν τις προσπάθειες τους νωρίς (Early Session) στη θεραπεία (Stiles-Shields, et al., 2016). Όπου είναι διαθέσιμες, αυτές οι δράσεις πρώιμης συνεργασίας μπορούν να βοηθήσουν στη διαδικασία της δημιουργίας θετικής συμμαχίας (TA) καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας, η οποία με τη σειρά της υποστηρίζει καλύτερα αποτελέσματα (μερικής ύφεσης) για έφηβους (Forsberg, et al., 2013). Πράγματι, καθώς διεξάγεται περισσότερη έρευνα για τον εντοπισμό των πιο αποτελεσματικών μέσων για τη θεραπεία ενηλίκων με (SE-AN), η ενίσχυση της συμμαχίας (TA) είναι ένα πιθανό κανάλι για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων για τις διαθέσιμες θεραπείες. Το ερωτηματολόγιο για της προσδοκίες των ασθενών σχετικά με την θεραπεία (TSPE) χορηγήθηκε επίσης μετά την πρώτη συνεδρία, πράγμα που σημαίνει ότι είναι πιθανό οι πεποιθήσεις των ασθενών να επηρεάστηκαν επίσης από τη σχέση που βίωσαν με τον θεραπευτή τους κατά την 1<sup>η</sup> συνεδρία. Για αυτόν τον λόγο, είμαστε προσεκτικοί στο να ερμηνεύσουμε υπερβολικά αισιόδοξα αυτά τα ευρήματα, και έως εκ' τούτου μπορούν να επιβεβαιωθούν σε μελλοντική έρευνα που θα εξετάζει τις προσδοκίες θεραπείας πριν από τη συνάντηση με τον θεραπευτή (Stiles-Shields, et al., 2016). Τόσο η εργασιακή συμμαχία (Horvath & Symonds, 1991), όσο και η θεραπευτική προσκόλληση με τον θεραπευτή (Feeley, et al., 1999), (Luborsky, et al., 1996), (DeRubeis & Feeley, 1990) έχει αποδειχθεί ότι συσχετίζονται με το αποτέλεσμα στην ψυχοθεραπεία, αλλά σημαντικό σημείο στην εφαρμογή της μεθόδου μέτρησης είναι η χρονική προτεραιότητα της διαδικασίας που πρέπει να αναφέρεται λεπτομερώς. Έτσι σίγουρα θα αποφευχθεί μια λανθάνουσα πορεία της έρευνας παρατήρησης και θα μειωθεί η πιθανότητα να παρουσιαστεί ένα ασαφές αποτέλεσμα. Με την αξιολόγηση των μέτρων διαδικασίας νωρίς στην θεραπεία, περιορίζοντας την ευκαιρία των τρίτων μεταβλητών που επηρεάζουν το αποτέλεσμα, θα μπορούσε να αποφευχθεί η παρερμηνεία ή η λάθος συσχέτιση που δεν αφορά το αποτέλεσμα.

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης (Santirso, et al., 2018) έδειξαν ότι το ερωτηματολόγιο (WAI-O-S) θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της συμμαχίας εργασίας μέσω εξωτερικών παρατηρητών (βιντεοσκοπημένο υλικό από τις συνεδρίες της θεραπείας) σε παρεμβατικές ρυθμίσεις για την ενδοοικογενειακή βία στην Ισπανία. Η αλλαγή της δομής του μοντέλου σε αυτό το δείγμα υποστηρίζει την ομαδοποίηση των τριών αρχικών παραγόντων του Bordin (Bordin, 1979), (δηλαδή Στόχος, Εργασία και Επίτευξη), σε δύο παράγοντες πρώτης τάξης (δηλαδή Επίτευξη και Συμφωνία), καθώς επίσης και τον παράγοντα δεύτερης τάξης (δηλαδή, τη Γενική Συμμαχία Εργασίας) που εξηγεί τη σχέση μεταξύ των παραγόντων της πρώτης τάξης, και συμβαίνει για τους λόγους βελτίωσης και προσαρμογής του μοντέλου στα

δεδομένα. Η εργατική συμμαχία (WAI) είναι ένα βασικό στοιχείο για την αύξηση του κινήτρου των βίαιων συντρόφων (IPV) να έχουν μια ενεργή συμμετοχή σε προγράμματα παρέμβασης της ενδοοικογενειακής βίας (BIP) για τη συμμόρφωση τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης η θετική συσχέτιση που βρέθηκε μεταξύ της γενικής συμμαχίας εργασίας και των προθεραπευτικών συμπεριφορών της ομάδας υποδηλώνει ότι όταν υπάρχει μια «συμφωνία» μεταξύ του θεραπευτή και των συμμετεχόντων σχετικά με τους «στόχους» παρέμβασης, τις «εργασίες» και τους «επαρκείς δεσμούς», οι συμμετέχοντες είναι πιο πιθανό να αναλάβουν την ευθύνη για τις πράξεις τους. Επίσης οι βίαιοι σύντροφοι θα εκτιμήσουν επαρκώς τις πρωτοβουλίες αλλαγής συμπεριφοράς σε ένα πλαίσιο εμπειρικής αλληλεπίδρασης μέσα από την ομάδα (ενδοτικότητα που ασκεί η ομάδα όταν το άτομο ανήκει κάπου). Μια άλλη μεταβλητή που συσχετίστηκε θετικά με τη συμμαχία εργασίας ήταν το κίνητρο για αλλαγή. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι ο θετικός «δεσμός», η «συμφωνία» για τους «στόχους» (τα καθήκοντα της παρέμβασης) και ο «δεσμός» μεταξύ θεραπευτών και συμμετεχόντων θα μπορούσε να διευκολύνει την τροποποίηση του κινήτρου των παραβατών. Συμπερασματικά θα μπορούσε να ισχυριστεί κάποιος ότι η συνεργασία μεταξύ του θεραπευόμενου με παραβατική συμπεριφορά και του θεραπευτή είναι όχι μόνο ικανή να τροποποιήσει την γνωστική τους επεξεργασία, αλλά προφανώς και να αλλάξει τις δράσεις τους και τη συναισθηματική τους κατάσταση. Επίσης διαπιστώθηκε ότι η εργατική συμμαχία (WAI) σχετίζεται με μείωση της ψυχολογικής και σωματικής επιθετικότητας (Santirso, et al., 2018).

Αυτή η μελέτη (Kerns, et al., 2019) αξιολόγησε τη θεραπευτική συμμαχία σε σχέση με το αποτέλεσμα της θεραπείας σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα νεολαίας με αυτισμό (ASD) που έλαβε προσαρμοσμένη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT) για το άγχος. Οι αξιολογήσεις συμμαχίας θεραπευτών, παιδιών και γονέων μετά τη θεραπεία ήταν εσωτερικά συνεπείς, γενικά θετικές και ανάλογες με εκείνες που παρατηρήθηκαν σε παιδιά χωρίς ASD που έλαβαν CBT (Kendall, et al., 2009), υποδηλώνοντας ισχυρή συμμαχία μεταξύ παιδιών και θεραπευτών όπως και μεταξύ των γονέων και των θεραπευτών έως το τέλος της θεραπείας. Οι αξιολογήσεις για τη συμμαχία του θεραπευτή, του γονέα και του παιδιού, δε συσχετίστηκαν σημαντικά με τα χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, η εξωτερική συμπεριφορά, το άγχος ή η σοβαρότητα για την αναπτυξιακή διαταραχή ASD, αν και τα παιδιά με αυτισμό (ASD) αντιμετωπίζουν εγγενείς δυσκολίες με την κοινωνική αμοιβαιότητα (σχετικά με την κατανόηση για την πρόθεση και τη διάθεση του άλλου) καθώς και με μια σειρά συμπτωμάτων συμπεριφοράς (στερεοτυπική εκδήλωση) που συχνά

συνυπάρχουν. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι μπορούν να αναπτύξουν μια ισχυρή σχέση με τον θεραπευτή τους και να συνεργαστούν γύρω από *τους στόχους/ τις εργασίες* (Goal/ Task) της Συμπεριφορικής Γνωσιακής Θεραπείας (CBT) προσαρμοσμένων στις ανάγκες τους. Οι γονείς παιδιών με ASD αναφέρουν επίσης ισχυρή συμμαχία με θεραπευτές και συμφωνία σχετικά με *τους στόχους/ τις εργασίες* θεραπείας όταν συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία της ΣΓΘ (Kerns, et al., 2019).

Ο στόχος αυτής της μελέτης- περίπτωσης (Μιχαηλοβα, 2020) ήρθε να ενισχύσει τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της γνώσης για τη συμπεριφορά ενός παιδιού στο φάσμα του αυτισμού και για την ανταπόκριση του στη δημιουργία ενός *δεσμού* (Bond) στην θεραπευτική συμμαχία. Ο θεραπευτής αξιοποιεί διαμέσου της εφαρμογής, με διάφορες *εργασίες* (Task) και με *στόχο* (Goal), την επίτευξη δεξιοτήτων που προσδοκούν σε περισσότερη αυτονομία για το άτομο με αυτισμό, αλλά και την ποιότητα διαβίωσης της οικογένειας, ως σύνολο. Ο θεραπευτής εφαρμόζει μια στρατηγική για την ανάλυση της συμπεριφοράς υπό τη μορφή μιας γκάμας από δοκιμασίες, όπως για παράδειγμα τη δημιουργική ομαδική απασχόληση, την ένταξη στο κοινωνικό περιβάλλον (ψώνια στο σούπερ μάρκετ), τη μαγειρική, την κηπουρική, την ποιοτική αξιολόγηση των γλωσσικών χαρακτηριστικών της ομιλίας (τη φωνολογική, τη μορφολογική, τη σημασιολογική), το επίπεδο κατανόησης, της οργάνωσης και τις προσαρμοσμένες (εξατομικευμένες) αθλητικές δραστηριότητες. Ένα εμπόδιο στην υλοποίηση των δράσεων πολλές φορές είναι η απρόθυμη συνεργασία του παιδιού από ένα σημείο και μετά. Τα παιδιά στο φάσμα του αυτισμού δεν έχουν υπομονή και γρήγορα βαριούνται στην προσπάθεια τους για να πετύχουν κάτι. Όμως πιθανόν και να σχετίζεται με τις συχνές αλλαγές του θεραπευτή ανάλογα με το πρόγραμμα επίτευξης *στόχου* (Task) και την μη ικανοποιητική συνεργασία μεταξύ των μελών της ομάδας εργασίας (θεραπευτές). Επίσης παράγοντα αστοχίας μπορεί να αποτελεί και ο λάθος προσχεδιασμός του προγράμματος δράσης από το διοικητικό προσωπικό του Κέντρου Ημέρας που απαιτεί από το παιδί να προσαρμόζεται πιο γρήγορα από όσο είναι δυνατόν. Μάλλον χρειάζεται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για το παιδί για να συνάψει μια ποιοτική σχέση *δεσμό* (Bond), η οποία σχέση όμως είναι αναγκαία για να παραχθεί ένα *έργο* (Task) με *στόχο* (Goal). Αυτό το εμπόδιο θα μπορούσε πιθανώς να ξεπεραστεί εάν υπήρχε μια ηλεκτρονική εφαρμογή που να διευκολύνει τη διαχείριση ενός φάκελου από όλη την ομάδα εργασίας με συντονιστή το διοικητικό προσωπικό του κέντρου ημέρας, η ακόμα και σε επίπεδο ηλεκτρονικής υγείας στο ΕΣΥ. Αυτή η διαδικασία θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί ακόμα και δίχως δια ζώσης επαφή μεταξύ των εκπαιδευτών και θα είχε ως όφελος μια συνέπεια στη μέθοδο που ακολουθεί το παιδί με λεπτομερείς



καταγραφές σχετικά με την εξέλιξη της θεραπείας σε εξατομικευμένο πρόγραμμα, ανάλογα με τις ανάγκες του και τη δυσκολία που αντιμετωπίζει.

*«Ο φάκελος φροντίδας υγείας στηρίζεται στην ιατρική, νοσηλευτική και διοικητική πληροφορία και επιτρέπει την ολιστική θεώρηση του αρρώστου ως υποκειμένου υγείας. Αυτή η καινοτομία διασφαλίζει παράλληλα την ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ των μελών του προσωπικού υγείας καθώς και μεταξύ αυτών και των ασθενών. Η ποιότητα της επικοινωνίας αποτελεί έναν από τους πλέον σημαντικούς παράγοντες που επιδρούν στην ικανοποίηση των ασθενών και του προσωπικού. Αμφότερες η επικοινωνία και η διαχείριση της πληροφορίας ενεργούν θετικά στη συνολική διασφάλιση ποιότητας των υπηρεσιών υγείας» (Σαρρής και συν., 2002).*

Το αποτέλεσμα τέτοιων μελετών περιπτώσεων (στην προσχολική ηλικία) είναι πολύ σημαντικό, καθώς προωθεί την πολυπλοκότητα του προβλήματος που υπάρχει, και τη δυνατότητα εξεύρεσης λύσεων πρώιμης παρέμβασης για την επίτευξη του αποτελέσματος της έρευνας (Παπαηλιου, 2005). Η πολυπλοκότητα και η έλλειψη ομοιογένειας στα συμπτώματα των αυτιστικών διαταραχών καθιστά δύσκολη μια γενίκευση απόλυτων συμπερασμάτων και διαγνωστικών αποφάσεων επειδή κάθε περίπτωση είναι διαφορετική. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει ότι η εξερεύνηση μεμονωμένων μελετών περιπτώσεων δεν μπορεί να παράγει αξιόπιστα αποτελέσματα για να διευκολυνθεί η πρόωγη παρέμβαση (Μιχαηλοβα, 2020).

Σίγουρα υπάρχει λόγος να πιστεύουμε ότι η *καθυστέρηση* για τις επακόλουθες *βελτιώσεις των συμπτωμάτων* μπορεί να είναι τόσο σύντομη, όσο ο χρόνος *διατήρησης* τους. Σε μελέτες που επικεντρώθηκαν στον εντοπισμό προβλέψεων υπερβολικά μεγάλων αλλαγών συμπτωμάτων αμέσως μετά την πρώτη μέτρηση (1<sup>η</sup> ως 4<sup>η</sup> συνέδρια δηλαδή ξαφνική βελτίωση), (Crits-Christoph, et al., 2009), και αν και τα δεδομένα για αυτό το ζήτημα είναι ανεπαρκή, υποψιαζόμαστε ότι η χρονική καθυστέρηση κατά την οποία πολλές θεραπευτικές δραστηριότητες παράγουν βελτιώσεις συμπτωμάτων, πιθανόν να είναι σύντομη. Επίσης στην έρευνα σχετικά με τη διαδικασία της ψυχοθεραπείας θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν επαναλαμβανόμενες μετρήσεις στην διαδικασία για το αποτέλεσμα, για να λάβει ακριβέστερες εκτιμήσεις της σχέσης των μεταβλητών της πρώιμης διαδικασίας και της επακόλουθης βελτίωσης των συμπτωμάτων. Στη μελέτη του Crits-Christoph και συνεργάτες (Crits-Christoph, et al., 2009), όταν η θεραπευτική συμμαχία είναι σχετικά διαφορετική (υψηλές ή χαμηλές τιμές) σε σύγκριση με τον μέσο όρο, υπάρχει μια ισχυρή ανησυχητική αλλαγή στα αποτελέσματα χρήσης ναρκωτικών από τις εβδομάδες 4<sup>η</sup> έως 16<sup>η</sup> της θεραπευτικής παρέμβασης (Middle Session). Ενώ για τους

θεραπευτές που έχουν επίπεδα συμμαχίας κοντά στο συνολικό μέσο όρο οι συντελεστές κλίσης είναι σχεδόν μηδέν, υποδεικνύοντας ότι, τα αποτελέσματα χρήσης ναρκωτικών/ αλκοόλ είναι σταθερά για τις πρώτες μετρήσεις 1<sup>η</sup> έως 4<sup>η</sup> συνόδρια (Early Session). Επιπλέον, η σχέση μεταξύ της συμμαχίας και του αποτελέσματος σε πληθυσμούς με κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών μπορεί να περιπλέκεται από το γεγονός ότι, πολλοί ασθενείς μπορούν εύκολα να αποφύγουν τα ναρκωτικά και το αλκοόλ στην αρχή της θεραπείας, όμως η διατήρηση μιας τέτοιας αποχής (ή μείωσης) είναι πιο δύσκολη, συμπεραίνοντας πως μια πετυχημένη συμμαχία μπορεί να μην αρκεί για να επηρεάσει τα αποτελέσματα της θεραπείας. Σε πολλές μελέτες, υπολογίζοντας το αποτέλεσμα με τρόπο που μπορεί να μπερδέψει την πρόθεση των χρηστών για μείωση των ναρκωτικών με την ολιστική διακοπή της χρήσης, πιθανόν να αμφισβητήσει αδικώς την ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας. Στην τρέχουσα μελέτη, και αξιολογώντας το αποτέλεσμα σε δύο φάσεις, φαίνεται ξεκάθαρα ότι στην πρώτη φάση (Early Session) στην οποία καταγράφηκε σε μεγάλο βαθμό η αρχική μείωση της χρήσης ναρκωτικών (στο μηδέν - εβδομάδες 1 έως 4) και στην δεύτερη (Middle Session) που πιθανώς συνέλαβε ολίσθηση και υποτροπές (εβδομάδες 4 έως 16), αποκαλύφτηκε ότι η συμμαχία ήταν κατά κύριο λόγο σχετικά αποτελεσματική κατά την περίοδο παρακολούθησης. Αυτό το εύρημα αποδεικνύει ότι, μια προφανώς δυνατή συμμαχία δεν προβλέπει ένα καλό αποτέλεσμα απαραίτητως (Crits-Christoph, et al., 2009).

Ένα άλλο βασικό ζήτημα είναι η κατεύθυνση της σχέσης «συμμαχίας – αποτελέσματος», όπου για παράδειγμα μπορεί να προκύψει λανθασμένη συσχέτιση μεταξύ εξαρτημένων μεταβλητών της ερευνάς. Υποστηρίζεται η άποψη ότι στην εμπειρία τους με την αλλαγή συμπτωμάτων οι συμμετέχοντες πιθανόν να αξιολογήσουν την σχέση τους με τον θεραπευτή ως πετυχημένη θεραπευτική συμμαχία (Crits-Christoph, et al., 2009). Παρεμπιπτόντως, και επειδή η αλλαγή των συμπτωμάτων επηρεάζει θετικά την αντίληψη κάποιου (σημαντικού) άλλου για τη συμμαχία, όπως και το αποτέλεσμα από τη μελέτη τους (Donnelly, et al., 2011), ή απλώς και οι δύο μεταβλητές αλληλοεπηρεάζονται μεταξύ τους. Όπως σημείωσε ο Feeley και οι συνεργάτες του (Feeley, et al., 1999), στις υπάρχουσες μελέτες, όσον αφορά την σχέση «συμμαχίας - αποτελέσματος», παρακολουθείται μια γενική εικόνα της μεθόδου παρέμβασης, και μπορεί να είναι στην πλειοψηφία τους *παρατηρητικές* και όχι *πειραματικές*. Μπορεί να υπάρχει μια δημόσια αντίληψη ότι η διαδικασία παρομοίωσης έκθεσης σε απειλητικό ερέθισμα δεν είναι κατάλληλη (ή ακόμη και σκληρή) στο πλαίσιο της θεραπείας για το άγχος (Kendall, et al., 2009), όπως αποδεικνύεται από ένα άρθρο στο New York Times με τίτλο «*Η πιο σκληρή*

θεραπεία» που περιέγραψε εργασίες έκθεσης σε ένα εγχειρίδιο της Συμπεριφορικής Γνωσιακής Θεραπείας για το άγχος των ενηλίκων (Slater, 2003). Τέτοιες αντιλήψεις αναμένεται να αποτρέψουν τους επαγγελματίες από το να υιοθετήσουν θεραπείες που βασίζονται στην πειραματική διαδικασία (έκθεση νέων με αγχωτικές διαταραχές), καθώς θα μπορούσε να θεωρηθούν ότι διαλύουν τη θεραπευτική συμμαχία. Οι παρούσες αναλύσεις δεν παρέχουν καμία ένδειξη ότι η θεραπευτική συμμαχία «υποφέρει» με την εισαγωγή των εκθέσεων. Τόσο οι νέοι FCBT (που συμμετείχαν σε εργασίες έκθεσης σε συνεδρίες με καθοδήγηση θεραπευτή) όσο και οι νέοι FESA (που δεν συμμετείχαν σε τέτοιες εργασίες έκθεσης) παρουσίασαν παρόμοιο επίπεδο αύξησης της συμμαχίας σε μεταγενέστερες συνεδρίες (Kendall, et al., 2009). Με τη μέθοδο της διπλής μέτρησης (με την πρώτη μέτρηση να χαρακτηρίζει την ανάπτυξη συμμαχίας πριν από την έκθεση και τη δεύτερη που χαρακτηρίζει την ανάπτυξη συμμαχίας μετά την έκθεση) δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στην θεραπευτική συμμαχία. Δεδομένης της υψίστης σημασίας που αποδίδεται στη συμμαχία από ένα μεγάλο ποσοστό επαγγελματιών ψυχικής υγείας, τα παρόντα ευρήματα πρέπει να ενημερώνουν τις προσπάθειες διάδοσης που προωθούν την χρήση τέτοιων εμπειρικά υποστηριζόμενων θεραπειών. Πράγματι, οι ασκούμενοι που διστάζουν να εξετάσουν στρατηγικές που βασίζονται στην έκθεση (απειλητικό ερέθισμα) κατά τη διάρκεια της συνεδρίας για τη θεραπεία διαταραχών άγχους στην παιδική ηλικία λόγω ανησυχίας για τη θεραπευτική σχέση, μπορούν πιο εύκολα να εξετάσουν τις εργασίες έκθεσης στο πλαίσιο των παρόντων ευρημάτων. Επιπλέον, η δημόσια ρητορική που χαρακτηρίζει τις θεραπείες που βασίζονται στην έκθεση ως «βασανιστήρια» (Slater, 2003) φαίνεται αρκετά λανθασμένη, δεδομένου ότι οι αξιολογήσεις συμμαχιών δεν παρουσίασαν αρνητική ανάπτυξη μετά την έναρξη των εργασιών έκθεσης κατά τη διάρκεια της συνεδρίας (Kendall, et al., 2009). Δυστυχώς, μια τέτοια ρητορική μπορεί να αποτρέψει τους πιθανούς «καταναλωτές» να επιλέξουν να συμμετάσχουν σε θεραπείες που υποστηρίζουν τα ερευνητικά στοιχεία. Η παρούσα μελέτη (Kendall, et al., 2009) εξέτασε τη συμμαχία κατά τη διάρκεια της θεραπείας, με τις αξιολογήσεις συμμαχίας να παρέχονται στο τέλος κάθε συνεδρίας. Μέσα στη διαδικασία της συνεδρίας οι μεταβλητές δεν αξιολογήθηκαν. Ίσως οι ρήξεις να συμβούν όταν γίνονται εργασίες έκθεσης, αλλά η συμμαχία διορθώνεται καθώς βελτιώνεται η αποτελεσματικότητα του παιδιού και μειώνεται το άγχος. Για παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί να ανησυχεί για την εκτέλεση «εργασίας έκθεσης» και με την έναρξη του έργου να αναστατωθεί και να αμφισβητήσει την εμπιστοσύνη που είχε αναπτυχθεί με τον θεραπευτή του. (δηλαδή ρήξη της σχέσης). Ωστόσο, ο θεραπευτής μπορεί να είναι σε θέση να διαπραγματευτεί με το παιδί και να παρέχει επαρκή ενθάρρυνση για

να πείσει το παιδί να κάνει την εργασία έκθεσης (δηλαδή, επισκευή). Οι εργασίες έκθεσης κατά τη διάρκεια της συνεδρίας μπορεί να συμβάλλουν σε παροδικές ρήξεις της συμμαχίας που επιδιορθώνονται κατά τη διάρκεια της περιόδου λειτουργίας (Kendall, et al., 2009).

Η παρούσα ανασκοπική μελέτη, προσπάθησε να αποκαλύψει τη συνύπαρξη της σχέσης «συμμαχίας – αποτελέσματος» με την αντιμετώπιση από ένα ευρύ φάσμα επαγγελματιών στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, χρησιμοποιώντας ειδικά εργαλεία μέτρησης για να δείξει την διαφοροποίηση τους, αλλά και τη σημαντικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης. Τόσο η εργασιακή συμμαχία (Horvath & Symonds, 1991) όσο και η θεραπευτική προσκόλληση με τον θεραπευτή (Feeley, et al., 1999), (Luborsky, et al., 1996), (DeRubeis & Feeley, 1990) ή και η προσαρμοστική συμμόρφωση του Creed και του Kendall (Creed & Kendall, 2005) έχει αποδειχθεί ότι συσχετίζονται με το αποτέλεσμα στην ψυχοθεραπεία. Οι Creed και Kendall (Creed & Kendall, 2005) διερεύνησαν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά των θεραπευτών που συμβάλλουν στην αντίληψη του παιδιού για τη θεραπευτική συμμαχία στην εφαρμογή της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας (CBT) για διαταραχές με άγχος (AN). Οι πρώτες συνεδρίες παρακολούθηθηκαν και κωδικοποιήθηκαν για 11 θεραπευτικές συμπεριφορές του παιδιού που υποτίθεται ότι προβλέπουν βαθμολογίες συμμαχίας. Οι βαθμολογίες συμμαχιών παιδιών και θεραπευτών συγκεντρώθηκαν μετά την 3<sup>η</sup> για (Early alliance) και 7<sup>η</sup> (Middle Session) συνεδρία θεραπείας. Η «συνεργασία» προέβλεψε θετικά τις πρώτες παιδικές αξιολογήσεις της συμμαχίας, ενώ για να «βρίσκονται σε κοινό έδαφος» και «ωθώντας το παιδί να μιλήσει» προέβλεπε αρνητικά τις πρώτες παιδικές αξιολογήσεις της συμμαχίας. Επίσης η «συνεργασία» και «φιλική προσέγγιση» προέβλεπε θετικά τις αξιολογήσεις συμμαχίας θεραπευτών από τη Συνεδρία 7. Οι αξιολογήσεις συμμαχίας παιδιών και θεραπευτών συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά. Τα αποτελέσματα σχετικά με την προσαρμοστική συμπεριφορά του θεραπευτή, συζητιούνται ως ένα βήμα προς τον προσανατολισμό των εμπειρικά υποστηριζόμενων στρατηγικών για την οικοδόμηση μιας ισχυρότερης συμμαχίας «παιδιού - θεραπευτή» (Creed & Kendall, 2005).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αυτό το κεφάλαιο έχει έως στόχο την εξαγωγή συμπερασμάτων από την ανάλυση που έγινε στην υφιστάμενη κατάσταση της συγκέντρωσης αποτελεσμάτων. Αναφερόμαστε στην δυναμική της σχέσης «θεραπευτικής συμμαχίας» η οποία με την παρουσία της μπορεί να αλλάξει άμεσα τη συμπεριφορά. Αυτή η δυναμική αποδεικνύεται από τη συγκεντρωτική εικόνα των αποτελεσμάτων της ανασκοπικής ανάλυσης που παρουσιάζονται στον Πίνακα 2 (Πίνακας 2).

Οι αξιολογήσεις τους ασθενούς με *κατάθλιψη* για τη συμμαχία σχετίζονται σημαντικά με το αποτέλεσμα της θεραπείας. Η θεραπευτική συμμαχία βρέθηκε να έχει σημαντική επίδραση στην κλινική αποτελεσματικότητα τόσο για τις δυο ψυχοθεραπείες όσο και για τη φαρμακευτική και την εικονική θεραπεία (Krupnick, et al., 1996).

Μια πιο θετική συμμαχία της πρώιμης συνεργασίας (*Early alliance*) συσχετίστηκε με χαμηλότερες αξιολογήσεις συμπτωμάτων τόσο στη Συμπεριφορική Γνωσιακή Θεραπεία (CBASP) όσο και στη Σύντομη Ψυχοδυναμική Θεραπεία (BSP). Επιπλέον, η αλληλεπίδραση μεταξύ της συμμαχίας και της ψυχοθεραπείας για την *χρόνια κατάθλιψη* ήταν σημαντική, έτσι ώστε η ποιότητα της συμμαχίας να σχετίζεται περισσότερο με τις βαθμολογίες βελτίωσης συμπτωμάτων μεταξύ εκείνων στην ομάδα ΣΓΘ (CBASP), (Arnow, et al., 2013).

Οι αξιολογήσεις συμμαχίας για *παιδιά με αγχωτικές διαταραχές* στο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για τον θεραπευτή, για το παιδί, για τη μητέρα και για τον πατέρα έδειξαν σημαντική αύξηση της συμμαχίας σε όλες τις συνεδρίες της θεραπείας. Η αρχική ανάπτυξη των συμμαχιών (*Early Alliance*) ήταν απότομη και στη συνέχεια επιβραδύνθηκε με την πάροδο του χρόνου, ανεξάρτητα από την χρήση των εργασιών – έκθεσης «απειλητικό ερέθισμα» που προστέθηκε μόνο στη μια από τις θεραπείες (μόνο στην οικογενειακή ΣΓΘ). Τα δεδομένα δεν έδειξαν ρήξη στη θεραπευτική συμμαχία μετά την εισαγωγή εκθέσεων κατά τη διάρκεια και μέχρι το τέλος της συνεδρίας (Kendall, et al., 2009).

Συγκεντρώθηκαν αξιολογήσεις για τη συμμαχία μετά τη θεραπεία, σε μια δειγματοληψία νέων στο φάσμα του αυτισμού με συνύπαρξη αυξημένου επίπεδου άγχους και των γονέων τους, καθώς και βαθμολογίες για τη συμπεριφορά των παιδιών πριν και μετά την θεραπεία. Οι βαθμολογίες συμμαχίας ήταν ανάλογες με τις βαθμολογίες που παρατηρήθηκαν σε τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά (Kendall, et al.,

2009). Τα δεδομένα δείχνουν ότι η θεραπευτική συμμαχία (στους νέους με διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού) μπορεί να σχετίζεται θετικά με το αποτέλεσμα της θεραπείας (Kerns, et al., 2019).

Η πολυπλοκότητα και η έλλειψη ομοιογένειας στα συμπτώματα των αυτιστικών διαταραχών καθιστά δύσκολη μια γενίκευση απόλυτων συμπερασμάτων και διαγνωστικών αποφάσεων, επειδή κάθε περίπτωση είναι διαφορετική. Οι μελέτες περιπτώσεων φέρνουν μια ποιοτική διερεύνηση του προβλήματος με ζωνρή περιγραφή των συμπτωμάτων και των συννοσηρότητων. Στην περίπτωση του Β. τα ευρήματα διαπίστωσαν ότι το παιδί έχει ένα καλύτερο επίπεδο στο λεξιλόγιο για τη διεύρυνση που έχει γίνει από μια εικόνα, αντί στις συσχετίσεις και στις ανιχνεύσεις ενός αντικειμένου από την περιγραφή του. Αυτό πιθανόν συσχετίζεται με την επίδραση των χρωμάτων και της έντασης των εικόνων στον εγκέφαλο του με τρόπο κατά τον οποίον αυτό βοηθά στη σωστή σύνδεση των λέξεων – εικόνων (Μιχαηλοβα, 2020). Επιπλέον ένας άλλος παράγοντας φαίνεται να ήταν ουσιαστικός στην σχέση «συμμαχία – αποτελέσματος». Η απρόθυμη συνεργασία του παιδιού από ένα σημείο και μετά. Ίσως να χρειάζεται μεγαλύτερο διάστημα για να συνάψει μια ποιοτική σχέση δεσμού (Bond), η οποία σχέση είναι αναγκαία για να παραχθεί ένα έργο (Task) με στόχο (Goal). Αυτό το εμπόδιο θα μπορούσε πιθανώς να ξεπεραστεί εάν υπήρχε μια ηλεκτρονική εφαρμογή που να διευκολύνει τη διαχείριση ενός φακέλου από όλη την ομάδα εργασίας με συντονιστή τη διοίκηση του κέντρο ημέρας, ακόμα και χωρίς δια ζώσης επαφή μεταξύ τους (Σαρρής και συν., 2002). Αυτή η ενέργεια θα επιφέρει όφελος για τη συνέπεια στη μέθοδο που ακολουθεί το παιδί με λεπτομερείς καταγραφές σχετικά με την εξέλιξη της θεραπείας, και σε εξατομικευμένο πρόγραμμα ανάλογα με της ανάγκες του και με τη δυσκολία που αντιμετωπίζει. Το αποτέλεσμα, τέτοιων μελετών περιπτώσεων στην προσχολική ηλικία είναι πολύ σημαντικό, καθώς προωθείται η πολυπλοκότητα του προβλήματος που υπάρχει και η δυνατότητα εξεύρεσης λύσεων της πρώιμης παρέμβασης για την επίτευξη του αποτελέσματος της έρευνας (Παπαηλιού, 2005).

Σε μια άλλη μελέτη οι βαθμολογίες συμμαχιών παιδιών με αγχωτικές διαταραχές και θεραπευτών συγκεντρώθηκαν μετά την 3<sup>η</sup> (Early) και 7<sup>η</sup> (Middle) συνεδρία θεραπείας. Οι πρώτες 3 συνεδρίες κωδικοποιήθηκαν (TABBS) για 11 θεραπευτικές συμπεριφορές που υποτίθεται ότι προβλέπουν βαθμολογίες συμμαχίας (WAI). Η «συνεργασία» προέβλεπε θετικά τις πρώιμες παιδικές αξιολογήσεις (Early Alliance) της συμμαχίας, ενώ όταν ο θεραπευτής προσπαθούσε να βρει «κοινό έδαφος ωθώντας το παιδί να μιλήσει», αντιθέτως προέβλεψε αρνητικά τις πρώτες (Early Alliance

παιδικές αξιολογήσεις της συμμαχίας. Επίσης η «συνεργασία» και η «φιλική προσέγγιση» προέβλεπε θετικά τις αξιολογήσεις συμμαχίας θεραπευτών από τη Συνεδρία 7 (Middle Session). Η προσαρμοσμένη συμπεριφορά του θεραπευτή φαίνεται να είναι ένα σημαντικό βήμα προς τον προσανατολισμό των θεραπειών, μια μέθοδος εμπειρικά υποστηριζόμενων στρατηγικών για την οικοδόμηση μιας ισχυρότερης συμμαχίας «παιδιού - θεραπευτή» (Creed & Kendall, 2005).

Όσο μεγαλύτερη είναι η επίτευξη δέσμευσης, τόσο οι προκαθορισμένες εργασίες θα ολοκληρώνονται αποτελεσματικά (Bond - Task) και θα καλύπτουν τους στόχους (Bond - Goal), καθώς αυτή είναι και η άποψη των γονέων για τους φροντιστές από την(ημι) οικιακή ψυχιατρική θεραπεία για νέους από την Ολλανδία. Για παράδειγμα, ο δεσμός (Bond) της συμμαχίας μπορεί να είναι πιο σημαντικός από την αρχή (*Early Alliance*), ενώ οι συμμαχίες (στόχος Goal - καθήκοντα Task) κατά τη διάρκεια της μέσης (*Middle Session*) και στο τέλος της θεραπείας. Για την καλύτερη διαχείριση των περιπτώσεων (οι νοσηλευτές) αξιολογούν το σχέδιο θεραπείας μαζί με τους νέους και τους γονείς τους και στη συνέχεια σχεδιάζουν από κοινού τα καθήκοντα (Task) και τους στόχους (Goal) της θεραπείας (Lamers, et al., 2015).

Η βελτίωση της ενεργοποίησης για μεγαλύτερη αυτονομία στους *εξωτερικούς ασθενείς με ψυχική διαταραχή* που μένουν στην κοινότητα, μπορεί να απαιτεί την αντιμετώπιση αλληλεπιδράσεων «ασθενών-υγειονομικού προσωπικού ή παρόχου». Όπως η *συμφωνία* (Agreement) για μια συνεργασία στην αρχή της σχέσης (*Early Alliance*) σχετικά με τα *καθήκοντα* (Tasks) και τους *στόχους* (Goals) της περίθαλψης, ενώ σε μια δεύτερη φάση της σχέσης (*Middle session*) ένας γερός *δεσμός* (Bond) που να συνεχίζει την έκβαση της θεραπείας και μετά την έξοδο από την διαδικασία της νοσηλείας (Allen, et al., 2017).

Οι *ψυχικά ασθενείς με ακούσια νοσηλεία* αξιολόγησαν τους κλινικούς γιατρούς και νοσηλευτές με υψηλότερους βαθμούς, από ότι το αντίθετο. Οι βαθμολογίες ήταν υψηλότερες στους θαλάμους πριν από την έξοδο, από ότι στους οξείους θαλάμους (Halo Effect). Η ψυχική κατάσταση (PANSS) και η παγκόσμια διάταξη για τη λειτουργικότητα (GAF) συσχετίστηκαν με όλες τις βαθμολογίες (Donnelly, et al., 2011).

Στη μελέτη τους (Crits-Christoph, et al., 2009), όταν η θεραπευτική συμμαχία είναι σχετικά διαφορετική (υψηλές ή χαμηλές τιμές) σε σύγκριση με τον μέσο όρο, υπάρχει μια ισχυρή ανησυχητική αλλαγή στα αποτελέσματα χρήσης ναρκωτικών από τις εβδομάδες 4<sup>η</sup> έως 16<sup>η</sup> της θεραπευτικής παρέμβασης (*Middle Sessions*). Ενώ για τους

θεραπευτές που έχουν επίπεδα συμμαχίας κοντά στο συνολικό μέσο όρο, οι συντελεστές κλίσης είναι σχεδόν μηδενικοί, υποδεικνύοντας ότι, τα αποτελέσματα χρήσης ναρκωτικών/ αλκοόλ είναι σταθερά για τις πρώτες μετρήσεις 1<sup>η</sup> έως 4<sup>η</sup> συνεδρία (*Early Session*). Επιπλέον, η σχέση μεταξύ της συμμαχίας και του αποτελέσματος σε πληθυσμούς με κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών μπορεί να περιπλέκεται από το γεγονός ότι πολλοί ασθενείς μπορούν εύκολα να αποφύγουν τα ναρκωτικά και το αλκοόλ στην αρχή της θεραπείας (*Early Alliance*), όμως η διατήρηση μιας τέτοιας αποχής (ή μείωσης) είναι πιο δύσκολη αργότερα και η ισχυρή συμμαχία μπορεί να μην αρκεί για να επηρεάσει τα αποτελέσματα της θεραπείας.

Η στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της γενικής συμμαχίας εργασίας (*General Working Alliance*) και των προθεραπευτικών συμπεριφορών της ομάδας (*Protherapeutic group behavior*), υποδηλώνει ότι, όταν υπάρχει συμφωνία μεταξύ του θεραπευτή και των συμμετεχόντων σχετικά με τους στόχους της παρέμβασης και με τις εργασίες *Agreement (Task/ Goal)* υπάρχει και επαρκής δεσμός (*Bond*). Οι βίαιοι σύντροφοι είναι πιο πιθανό να αναλάβουν την ευθύνη για τις πράξεις τους και να εκτιμήσουν επαρκώς τις πρωτοβουλίες ανταλλαγής από τους άλλους μέσα από το πρόγραμμα. Μια άλλη μεταβλητή που συσχετίστηκε θετικά με τη συμμαχία εργασίας, ήταν το κίνητρο για την αλλαγή (*Motivation of change*). Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι ένας θετικός δεσμός (*Bond*) μεταξύ θεραπευτών και συμμετεχόντων και μια συμφωνία (*Agreement*) για τους στόχους/ τα καθήκοντα της παρέμβασης, θα μπορούσε να διευκολύνει στο κίνητρο αλλαγής των παραβατών (*Santirso, et al., 2018*).

Σε αντίθεση με τις αρχικές υποθέσεις στη μελέτη τους (*Stiles-Shields, et al., 2016*), σχεδόν όλες οι μεταβλητές που εξετάστηκαν δεν βρέθηκαν να είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της θεραπευτικής συμμαχίας (*TA*), στην αρχή της θεραπείας (*Early Session*), στη μέση της (*Middle Session*) ή στο τέλος (*EOT*). Πράγματι, οι προσδοκίες των ασθενών με νευρική ανορεξία για τη θεραπεία, σύμφωνα με ένα ερωτηματολόγιο *TSPE* που δόθηκε μετά την πρώτη περίοδο της θεραπείας, βρέθηκε να είναι ο μόνος σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της συμμαχίας (*TA*) καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας (*Stiles-Shields, et al., 2016*).

Οι νέοι συμμετέχοντες (παιδιά) με νευρική ανορεξία στην Ατομική Θεραπεία (*AFT*) είχαν σημαντικά υψηλότερα αποτελέσματα της συμμαχίας. Ωστόσο, οι συνολικές βαθμολογίες ήταν υψηλές και στις δύο θεραπείες. Η συμμαχία δεν ορίστηκε ως παράγοντας πρόβλεψης πλήρους ύφεσης για οποιαδήποτε από τις θεραπείες, αλλά προέβλεπε τη μερική ύφεση των συμπτωμάτων (*Forsberg, et al., 2013*).



Συνοψίζοντας το αποτέλεσμα εν συντομία από την ανασκοπική διερεύνηση, αναρωτιόμαστε το τι αναφέρεται συνήθως ως κύρια διαφορά μεταξύ ΣΓΘ ή μια μορφή της Πελατοκεντρικής ή και της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς, πως δηλαδή μια διαφορετική διαδικασία συνήθως φέρνει ένα κοινό αποτέλεσμα (Eelen, et al., 2018) ή έχει διαφορετική αντίδραση (αντίσταση) από τον αναλυόμενο (Kerns, et al., 2019), (Μιχαλοβα, 2020). Η μια προσέγγιση υποτίθεται ότι εστιάζει πρωτίστως την προσοχή της στην «εμπειρία» του πελάτη, ενώ η άλλη ασχολείται με τη συμπεριφορά «απλώς». Τον ισχυρισμό ότι, αυτό που έχει σημασία στη θεραπεία είναι η εμπειρία του πελάτη «αισθητή εμπειρία» όπως θα την προσέγγισε ο Ροτζεριανός υποστηρικτής, μπορεί και ο τρόπος της συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης για τον συμπεριφοριστή, ή η μάθηση από μίμηση αλλά και απο άμεση πρόσβαση σε αυτήν, μέσω της κλασικής ενδοσκόπησης. Το μόνο που μπορεί κανείς να κάνει είναι να εντοπίσει τις απαιτήσεις στις συνθήκες (ανεξάρτητες μεταβλητές) που επηρεάζουν αυτήν την «αισθητή εμπειρία» (εξαρτώμενη μεταβλητή), με τρόπο παρόμοιο με εκείνο ενός συμπεριφοριστή που δεν αλλάζει άμεσα τη συμπεριφορά, αλλά προτείνει αλλαγές στους προηγούμενους ή επακόλουθους παράγοντες που την καθορίζουν (Μελλον, 2007), (Kerns, et al., 2019), (Μιχαλοβα, 2020). Το πειραματικό μοντέλο είναι ο βασικός χαρακτήρας της θεραπείας συμπεριφοράς σε μια σειρά θεραπειών, η οποία παραμένει σε αντίθεση με τη θεμελιώδη φιλοσοφία της Ανθρωποκεντρικής εφαρμογής της θεραπείας (Crits-Christoph, et al., 2009), (Eelen, et al., 2018), (Rogers, 1957), όπου ο πρωταρχικός στόχος είναι η μείωση της χρήσης ουσιών και η βελτίωση της ποιότητας ζωής. Τόσο διαφορετικοί στο πνεύμα, όμως όχι στο στόχο τους, σαν τις παραλλαγές για την εκτίμηση ενός πολύτιμου λίθου που κάθε φορά που θα το κοιτάξεις από διαφορετική οπτική γωνία, θα ανακαλύπτεις την ίδια τελειότητα. Περιγραφικά, η διαφορετική εκδοχή για αυτό «το κάτι» που η αξία του απ' όλες τις πλευρές παραμένει ανεκτίμητη, παρόλο που οι ρητορικές τοποθετήσεις «για αυτό» μπορεί να ποικίλουν.

Η απάντηση για μια επιτυχημένη θεραπεία είναι στις *εξατομικευμένες θεραπευτικές μεθόδους* (Σαρρής και συν., 2002), που μπορούν να περιλαμβάνουν κάποια διαγνωστικά μέσα - εντατικής παρατήρησης (Μιχαλοβα, 2020), (Kerns, et al., 2019), με την εφαρμογή της ΣΓΘ που αποσκοπεί στη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους (Creed & Kendall, 2005), με την αύξηση της προσαρμοστικότητας και την αυτονομίας των ανθρώπων με χρόνια ψυχική ασθένεια (Allen, et al., 2017), (Lamers, et al., 2015) με βελτίωση των σχέσεων μεταξύ παθήσεων που είναι σε συννοσηρότητα και αύξησης της αυτοπεποίθησης του ατόμου (Kerns, et al., 2019), (Μιχαλοβα, 2020), (Forsberg, et al., 2013), (Stiles-Shields, et al., 2016). Έτσι μια

ισορροπημένη θεραπευτική σχέση (Early Alliance) νωρίς στο ξεκίνημα μιας θεραπείας, σίγουρα θα ευνοούσε ένα θετικό αποτέλεσμα εξάλειψης των συμπτωμάτων και θα το διατηρούσε για ένα μεγαλύτερο χρονικό διάστημα χωρίς υποτροπές, μέσα από τη νωρίτερη εφαρμογή (*Early Alliance*) της από κοινού απόφασης για τη στρατηγική που θα προσεγγίσει τους *στόχους (Goal)* και τα *καθήκοντα (Task)* του ενδιαφερόμενου. Βελτιώνεται με αυτόν τον τρόπο ο *δεσμός (Bond)* που έχει προκύψει στη συνέχεια (Middle Session) με την πορεία της θεραπευτικής προσέγγισης, που πολλές φορές γίνεται πιο σθεναρός και δίνει την αίσθηση στον θεραπευόμενο για μεγαλύτερη αυτονομία μετά την ενεργοποίησή του.

*Πίνακας 2 Σύντομη παρουσίαση του περιεχομένου της ερευνητικής ανασκοπικής διερεύνησης που περιλαμβάνεται στη μελέτη*

Πηγή (Publication)	Χώρα (Country)	Θεραπευτικός χειρισμός / Type of treatment	Διαταραχή (Disorder)	Ψυχομετρικά εργαλεία: (συμμαχίας – αποτελέσματος) Alliance–Outcome Measure	Συμπεράσματα
--------------------	----------------	--	----------------------	--	--------------

(Krupnick, et al., 1996)	USA (N=225)	Interpersonal psychotherapy (IPT), Cognitive Behavior Therapy (CBT), imipramine plus clinical	Depression/ κατάθλιψη	(HRSD & BDI)	WAI Therapist & Patient alliance factors/Early & Mean of sessions	Οι προβλέψεις για τους ασθενείς με κατάθλιψη για τη συμμαχία, συσχετίστηκαν σημαντικά με το αποτέλεσμα της θεραπείας και στις δυο ψυχοθεραπείες (Ατομική Ψυχοδυναμική και ΣΓΘ) και επιπλέον στις φαρμακευτικές και εικονικές θεραπείες (Krupnick, et al., 1996).
--------------------------	-------------	---	-----------------------	--------------	---	--

		management (IMI-CM), or placebo plus clinical management (PLA-CM).				
<b>Arnold, et al., 2013)</b>	USA (N=395)	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) versus Brief Supportive Psychotherapy (BSP).	Chronic Depression / χρόνια κατάθλιψη	HAM-D & GAF/Early, Middle, Late symptoms change	WAI Early (2-4week), Middle (6week), Late (12 week)	Η συμμαχία που αναπτύχθηκε νωρίς (Early Alliance) στην θεραπεία, συσχετίστηκε με εξάλειψη συμπτωμάτων και στις δυο θεραπείες (Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία CBASP & Σύντομη Ψυχοδυναμική Θεραπεία BSP). Επιπλέον, η αλληλεπίδραση μεταξύ συμμαχίας και ψυχοθεραπείας για την χρόνια κατάθλιψη, σχετίζεται περισσότερο με τις βαθμολογίες βελτίωσης συμπτωμάτων μεταξύ εκείνων στην ομάδα CBASP (Arnold, et al., 2013).
<b>(Allen, et al.,</b>	USA (N=264)		Mental health/ Anxiety, Bipolar,	Patient Activation Measure	WAI patient (agreement on	Η βελτίωση της ενεργοποίησης για μεγαλύτερη αυτονομία στους εξωτερικούς

2017)			Psychotic Disorder & Other / ψυχική υγεία	(PAM)	tasks/goals and bond)	ασθενείς με ψυχική διαταραχή που μένουν στη κοινότητα, μπορεί να απαιτεί την αντιμετώπιση αλληλεπιδράσεων «ασθενών-παρόχου», όπως η συμφωνία (Agreement) για μια συνεργασία στην αρχή της σχέσης (Early Alliance) για τα καθήκοντα (Tasks) και τους στόχους (Goals), με συνέπεια ενός δεσμού (Goal) σε δεύτερη φάση της σχέσης (Middle Session), για διατήρηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας (Allen, et al., 2017).
(Crits - Christoph, et al., 2009)	USA (N= 319)	Motivational Enhancement Therapy (MET) & Counseling as usual (CAU)	Outpatient substance users / εξωτερικοί χρήστες ουσιών	Εξέταση ούρων, Ημερολόγιο Χρήσης Ουσίας Substance Use Calendar (SUC)	Helping Alliance Questionnaire-II (HAq-II), (outcome 2-4 week & 4-16 week)	Οι θεραπευτές που είχαν επίπεδα της συμμαχίας κοντά στο συνολικό μέσο όρο, στην εργαστηριακή εξέταση ούρων, η τιμή ήταν σχεδόν μηδέν, υποδεικνύοντας ότι, τα αποτελέσματα χρήσης ναρκωτικών / αλκοόλ είναι σταθερά για τις πρώτες μετρήσεις από 1η έως 4η συνεδρία (Early Session), ενώ η θεραπευτική συμμαχία για τους χρήστες ουσιών συγκριτικά κυμαίνεται σε διαφορετικά

						επίπεδα (υψηλές ή χαμηλές τιμές) με τον μέσο όρο. Υπάρχει μια ισχυρή ανησυχητική αλλαγή στα αποτελέσματα χρήσης ναρκωτικών από τις εβδομάδες 4η έως 16η της θεραπευτικής παρέμβασης (Middle Sessions). (Crits-Christoph, et al., 2009).
<b>(Kendall, et al., 2009)</b>	USA (N= 86)	family-based cognitive behavioral treatment (FCBT) + with exposure tasks (ΣΓΘ + απειλητικό ερέθισμα 9-16 συνέδρια )& to family education, support, and attention	Children with anxiety disorders / παιδιά με αγχωτικές διαταραχές	Diagnostic status: ADIS-Children/Parents	Therapist alliance-building: TASC-r (parents 2, child, therapist)	Η αρχική ανάπτυξη της συμμαχίας (Early Alliance) και στις δυο θεραπείες (Οικογενειακή και Ατομική ΣΓΘ για παιδιά με αγχωτικές διαταραχές) ήταν απότομη, με την πάροδο του χρόνου επιβραδύνθηκε (Middle) και κάπου μετά το «ερέθισμα-απειλής» (που προστέθηκε μόνο στη μια από τις θεραπείες (Οικογενειακή ΣΓΘ), κλονίστηκε αλλά στη συνέχεια ανακτήθηκε ξανά με τη τέχνη του θεραπευτή να καθησυχάσει το παιδί. Στο τελικό αποτέλεσμα, τα δεδομένα δεν έδειξαν ρήξη στη θεραπευτική συμμαχία κατά τη διάρκεια και μέχρι τέλος του προγράμματος αποθεραπειών (Kendall, et

		(FESA), (ομαδική οικογενει ακή θεραπεία χωρίς έκθεση σε ερέθισμα )				al., 2009).
<b>(Kern s, et al., 2019)</b>	USA USA (N= 64)	Cognitiv e behavior al therapy (CBT) - 16 συνεδρίες	youth with autism spectrum disorder (with anxiety, IQ>70)	Anxiety Disorders Interview Schedule– Child and Parent Versions (ADIS-IV- C/P)	TASC-R (Shirk and Saiz, 1992) is a 7-item (parent version) to 12-item (therapist and child versions)	Συγκεντρώθηκαν αξιολογήσεις για τη συμμαχία μετά τη θεραπεία, σε μια δειγματοληψία νέων στο φάσμα του αυτισμού με συνύπαρξη αυξημένου επιπέδου άγχους. Τα δεδομένα δείχνουν ότι, η θεραπευτική συμμαχία μπορεί να επηρεάζει θετικά το αποτέλεσμα της θεραπείας. (Kerns, et al., 2019)
<b>(Cree d &amp; Kend all, 2005)</b>	USA (N= 52)	CBT at the Child and Adolesce nt Anxiety Disorder s Clinic (CAAD C), 16συνεδ	Anxiety in youth / νέους με αγχωτικές διαταραχές	The Anxiety Disorder Interview Schedule for Children and Parents (ADIS-C/P	TASC-R (Shirk & Saiz, 1992), Therapist Alliance- Building Behavior Scale (TABBS)	Σε μια άλλη μελέτη οι βαθμολογίες συμμαχιών παιδιών με αγχωτικές διαταραχές και θεραπευτών συγκεντρώθηκαν και κωδικοποιήθηκαν μετά την 3η (Early) και 7η (Middle) συνεδρία θεραπείας. Η κωδικοποίηση -

		ρίες				<p>«συνεργασία» προέβλεπε θετικά τις πρώιμες παιδικές αξιολογήσεις (Early Alliance) της συμμαχίας, ενώ όταν ο θεραπευτής προσπαθούσε να βρει «κοινό έδαφος, ωθώντας το παιδί να μιλήσει» αντίθετα προέβλεψε αρνητικά τις πρώτες παιδικές αξιολογήσεις της συμμαχίας. Επίσης η «συνεργασία» και «φιλική προσέγγιση» προέβλεπε θετικά τις αξιολογήσεις συμμαχίας θεραπευτών από τη συνεδρία 7. Η προσαρμοσμένη συμπεριφορά του θεραπευτή φαίνεται να είναι ένα σημαντικό βήμα προς τον προσανατολισμό των θεραπειών σε μια μέθοδο εμπειρικά υποστηριζόμενων στρατηγικών για την οικοδόμηση μιας ισχυρότερης συμμαχίας παιδιού - θεραπευτή (Creed &amp; Kendall, 2005).</p>
<b>(Donnelly, et al., 2011)</b>	Ireland (N=81)		Forensic mental health/ ακούσια	global assessment of function (GAF) and	Working Alliance Inventory (WAI)	Οι ψυχικοί ασθενείς με ακούσια νοσηλεία αξιολόγησαν τους κλινικούς γιατρούς και τις

			νοσηλεία (ψυχική υγεία)	the Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS)	Psychiatrist, nurse & patient) and Interpersonal Trust in Physician (ITP)	νοσηλεύτριες με υψηλότερους βαθμούς από ότι, το αντίθετο. Οι βαθμολογίες ήταν υψηλότερες στους θαλάμους πριν από την έξοδο από ό, τι στους οξείους θαλάμους (Halo Effect). Η ψυχική κατάσταση (PANSS) και η παγκόσμια διάταξη για τη λειτουργικότητα (GAF) συσχετίστηκαν με όλες τις βαθμολογίες (Donnelly, et al., 2011).
<b>(Santiroso, et al., 2018)</b>	Spanish (N=140, men)	Batterers' Intervention Programs (BIPs) με ΣΓΘ	intimate partner violence (IPV) / βίαιοι σύντροφοι	Working Alliance Inventory-Observers Short Version (WAI-O-S), (Bond and Agreement), and factor (General working alliance)		Υπάρχει συμφωνία (Agreement) μεταξύ του θεραπευτή και των συμμετεχόντων σχετικά με τους στόχους παρέμβασης στις εργασίες (Task/ Goal) και επαρκής δεσμός (Bond). Οι βίαιοι σύντροφοι είναι πιο πιθανό να αναλάβουν την ευθύνη για τις πράξεις τους και να επανεκτιμήσουν επαρκώς τις πρωτοβουλίες ανταλλαγής μέσα από την ομάδα. Μια άλλη μεταβλητή που συσχετίστηκε θετικά με τη συμμαχία εργασίας ήταν το κίνητρο για την αλλαγή



						(Santirso, et al., 2018).
<b>(Lamers, et al., 2015)</b>	Netherlands (N=93)	Routine Outcome Monitoring (ROM), (semi) residential psychiatry treatment / (ημι)οικιακή ψυχιατρική θεραπεία	Mental health youths / νέοι με ψυχικές διαταραχές	Working Alliance Inventory-Short Version (WAV-12), career & team		Ο δεσμός (Bond) της συμμαχίας μπορεί να είναι πιο σημαντικός από την αρχή (Early Alliance) της θεραπείας, ενώ οι συμμαχίες (στόχοι Goal – εργασίες Task) κατά τη διάρκεια (στη μέση (Middle) και στο τέλος), για να δίνουν καλύτερη ώθηση της θεραπείας. Για την καλύτερη διαχείριση των περιπτώσεων των νέων με ψυχική διαταραχή, οι νοσηλευτές αξιολογούν το σχέδιο θεραπείας από κοινού (μαζί με τους νέους και τους γονείς τους), σχεδιάζοντας τα καθήκοντα (Task) και τους στόχους (Goal) της θεραπείας. (Lamers, et al., 2015).
<b>(Forsberg, et al., 2013)</b>	USA (N=78)	Family-Based Treatment (FBT) and Adolescent Focused	Anorexia Nervosa youths / νεαροί με νευρική ανορεξία	Eating Disorder Examination (EDE), Weigh	WAI-o (11.)	Οι νέοι συμμετέχοντες με νευρική ανορεξία στην Ατομική Θεραπεία AFT είχαν σημαντικά υψηλότερα αποτελέσματα συμμαχίας. Ωστόσο, οι συνολικές βαθμολογίες ήταν υψηλές και στις δύο

		Therapy (AFT)				θεραπείες (Ατομική και Ομαδική). Η συμμαχία δεν ορίστηκε ως παράγοντας πρόβλεψης πλήρους ύφεσης για οποιαδήποτε θεραπεία, αλλά προέβλεπε τη μερική ύφεση των συμπτωμάτων (Forsberg, et al., 2013)
<b>(Stiles - Shields, et al., 2016)</b>	USA, Australia, England and Secondary data (N=63, females)	Cognitive Behavioral Therapy for anorexia nervosa (CBT-AN) & Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)	enduring anorexia nervosa adult	Eating Disorder Examination (EDE), The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ), BMI= Body Mass Index	The Treatment Suitability and Patient Expectations (TSPE), Helping Relationships Questionnaire (HRQ)	Οι προσδοκίες για τη θεραπεία των ασθενών με νευρική ανορεξία, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο TSPE που δόθηκε μετά την πρώτη περίοδο (Early) της θεραπείας, βρέθηκαν να είναι ο μόνος σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της συμμαχίας ΤΑ καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας (Stiles-Shields, et al., 2016).
<b>(Μιχαήλοβα, 2020)</b>	Ελλάδα N=1 μελέτη περίπτωση	Ανάλυση Συμπεριφορά και Προσαρμοσμένη εργοθεραπεία για παιδιά	ΔΑΦ	Με την εφαρμογή διάφορων εργασιών (Task), όπως για παράδειγμα στη	Ποιοτική μέθοδο αξιολόγησης θεραπευτικής συμμαχίας (Bond,	Στη μελέτη - περίπτωση του Β. σύμφωνα με τα ευρήματα διαπιστώθηκε δυσκολία στη συνεργασία και συγκέντρωση (στο έργο Task με στόχο Goal) του παιδιού από ένα σημείο και μετά, κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Αυτή η

ση	στο φάσμα του αυτισμού		δημιουργική ομαδική απασχόληση, στα ψώνια στο σούπερ μάρκετ, στην μαγειρική, στην κηπουρική, στη ποιοτική αξιολόγηση των γλωσσικών χαρακτηριστι κών της ομιλίας (φωνολογική, μορφολογική, σημασιολογι κή) ,το επίπεδο κατανόησης καθώς και στην οργάνωση σε προσαρμοσμέ νες (εξατομικευμ ένες) αθλητικές δραστηριότητ ες, θα μπορούσαν να εφαρμοσθούν με στόχο	Task & Goal)	συμπεριφορά είναι ένα φαινόμενο που συναντάμε συχνά στην εκπαίδευση παιδιών με αυτισμό. Φαίνεται ότι, το παιδί χρειάζεται μεγαλύτερο διάστημα για να συνάψει μια ποιοτική σχέση με δεσμό Bond, η οποία σχέση είναι αναγκαία για να παραχθεί ένα έργο Task με στόχο Goal. Αυτό το εμπόδιο θα μπορούσε πιθανώς να ξεπεραστεί εάν υπήρχε μια ηλεκτρονική εφαρμογή που να διευκολύνει τη διαχείριση ενός φακέλου από όλη την ομάδα εργασίας του κέντρου ημέρας (Μιχαίλοβα, 2020).
----	---------------------------------	--	---	-----------------	--

				(Goal) επίτευξης μεγαλύτερης γλωσσικής προόδου και αυτονομίας στην καθημερινότ ητα του ατόμου με αντισμό.		
--	--	--	--	---	--	--

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alanson, W., 1953. The Interpersonal Psychotherapy of Harry Stack Sullivan: Remembering the Legacy Article. *W. W. Norton & Co*, January.
- Alexander, L. & Luborsky, L., 1986. The penn helping alliance scales. *Guilford Press*, p. 325–66.
- Allen, M. et al., 2017. Patient-Provider Therapeutic Alliance Contributes to Patient Activation in Community Mental Health Clinics. *Adm Policy Mental Health*, July.p. 44(4): 431–440.
- American Psychiatric Association, 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed)*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Ardito, R. B. & Rabellino, D., 2011. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Psychology for Clinical Settings*, October , Volume 2 | Article 270 .
- Arnow, B. et al., 2013. The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal Consult Clinic Psychology*, p. 81 : 627.
- Ball, S. et al., 2007. Site matters: motivational enhancement therapy in community drug abuse clinics. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* . s.l.:s.n., p. 75:556–567.
- Barker, P. & Poppy, B.-B., 2011. Myth of mental health nursing and the challenge of recovery. *International Journal of Mental Health Nursing*, p. (20) 337–344.
- Beck, A., 1976. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A., 1984. *Cognitive approaches to stress*. s.l.:R. Woolfolk & P. Lehrer.
- Beck, A. & Clark, D., 1988. Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, pp. 1, 23-36.
- Beck, A., Emery, G. & Greenberg, R., 1985. *Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T. et al., 1961. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, pp. 4, 561-571.

- Bennett, J. K., Fuertes, J. N., Keitel, M. & Phillips, R., 2011. The role of patient attachment and working alliance on patient adherence, satisfaction, and health-related quality of life in lupus treatment. *Patient Education and Counseling*, pp. (6) 53-59.
- Bernabeo, E. & Holmboe, E., 2013. Patients, providers, and systems need to acquire a specific set of competencies to achieve truly patient-centered care. *Health Affairs*, p. 32(2):250–258.
- Bordin, E. S., 1979. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, pp. 16(3), 252–260.
- Clarke, L., 2014. Mental health nursing: what difference does it make?. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, p. (21) 558–563.
- Cooper, Z. & Fairburn, C., 1987. The eating disorder examination: a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal Eating Disorder*, p. 6:1–8.
- Creed, T. A. & Kendall, P. C., 2005. Therapist alliance-building behavior within a cognitive-behavioral treatment for anxiety in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, pp. 73, 498–505.
- Crits-Christoph, P. et al., 2009. *The Alliance in Motivational Enhancement Therapy and Counseling as Usual for Substance Use Problems*, s.l.: Journal Consult Clinic Psychology.
- Danielle, C., 2015. *The Role of Psychology in Integrated Primary Care for Complex Patients: Effects on Mental Health, Utilization of Medical Services, and Physiological Markers of Health*, Worthington: VCU Scholars Compass.
- DeRubeis, R. & Feeley, M., 1990. Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, p. 14:469–482.
- Donnelly, V. et al., 2011. Therapeutic alliance in forensic mental health: coercion, consent and recovery. *Ireland Journal Psychology Medicine*, pp. 28(1): 21-28.
- Eelen, P., Depreeuw, E. & Van den Bergh, O., 2018. The Therapist as Conditioned Stimulus. *Psychologica Belgica. Universitaire Pers Leuven*, pp. 58(1), 172–183.
- Elliott, R. & Greenberg, L., 1997. Multiple Voices in Process-Experiential Therapy: Dialogues between Aspects of the Self. *Journal of Psychotherapy Integration*, pp. 7, 225-239.

- Ellis, A., 1962. *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Epstein, S., 1973. The self-concept revisited, or a theory of a theory. *American Psychologist*, pp. 28, 404-416.
- Epstein, S., 1985. The implications of cognitive-experiential self-theory for research in social psychology and personality. *Journal for the Theory of Social Behavior*, pp. 15, 283–309.
- Eysenck, H., 1952. The effects of psychotherapy: an evaluation. *J. Consult. Psychol*, p. (16) 319–324.
- Feeley, M., DeRubeis, R. & Gelfand, L., 1999. The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, p. 67(4):578–582.
- Forsberg, S. et al., 2013. Therapeutic Alliance in Two Treatments for Adolescent Anorexia Nervosa. *International Journal Eating Disorders*, January, p. 201 ; 46(1): 34–38.
- Freud, S., 1913. *On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis*. Hogarth Press ed. London: J. Strachey.
- Freud, S., 1958. *The dynamics of transference*. Hogarth Press ed. London: J. Starchey
- Greenberg, L., 2002. *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington: DC: APA.
- Greenberg, L. & Paivio, S., 1997. Working with emotions in psychotherapy. *Guilford*.
- Greenberg, L. & Pascual-Leone, J., 1995. A dialectical constructivist approach to experiential change. *American Psychological Association*.
- Greenberg, L. S. & Safran, J. D., 1987. Emotion in psychotherapy. *Guilford Press*.
- Hagerty, T. A., Samuels, W. & Norcini-Pala, A., 2017. Peplau's Theory of Interpersonal Relations: An Alternate Factor Structure for Patient Experience Data?. *Nurs Sci Q.* , Apr, p. ; 30(2): 160–167.
- Hall, M., Zheng, B., Dugan, E. & al., e., 2002. Measuring Patients' Trust in Their Primary Care Providers. *Med Care Res Rev*, pp. 59(3): 293-318.
- Hamilton, M. A., 1960. A rating scale for depression. *Journal of Neurology and Neurosurgical Psychiatry*, pp. 23, 56-62.

- Hartley, D., 1985. Measuring the therapeutic alliance in psychotherapy. *Report submitted to the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program.*
- Hartley, D. E. & Strupp, H. H., 1983. The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In: *Empirical studies of psychoanalytical theories.* s.l.:Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hatcher, R. & Barends, A., 1996. Patients' view of the alliance of psychotherapy: exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, p. 64(6):1326-1336.
- Hibbard, J., Stockard, J., Mahoney, E. & Tusler, M., 2004. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Services Research*, p. 39(4 Pt 1):1005–1026.
- Horvath, A. & Bedi, R., 2002. Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients. In: *The alliance.* New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. & Greenberg, L., 1989. The development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal Counselling Psychology*, pp. 36(2): 223-233.
- Horvath, A. & Luborsky, L., 1993. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J. Consult. Clin. Psychol.* , pp. 61, 561–573.
- Horvath, A. O., 1994. The working alliance: Theory, research, and practice. In: *Research on the alliance.* New York: Wiley, pp. 259-286.
- Horvath, A. & Symonds, B., 1991. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, p. 38 :139–149.
- Hosking, P., 1994. Utilizing Rogers' Theory of Self-Concept in mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 18(6), 980.
- Kay, S., Fiszbein, A. & Opler, L., 1987. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schiz bull*, pp. 13: 261-276.
- Kendall, P., Comer, J. & Marker, C., 2009. In-session exposure tasks and therapeutic alliance across the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, p. 77:517–525.



- Kerns, C. M., Collier, A., Lewin, A. B. & Storch, E. A., 2019. Therapeutic alliance in youth with autism spectrum disorder receiving cognitive-behavioral treatment for anxiety. *HHS Public Access*, 1 July, p. 22 (5) : 636–640.
- Klein, D. et al., 2003. Therapeutic alliance in depression treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, p. 71:997–1006.
- Klein, M., 1946. Projective identification: The fate of a concept. *Notes on some schizoid mechanisms*, pp. 19-46.
- Kourakos, M. et al., 2018. Communication as the Basis of Care for Patients with Chronic Diseases. *American Journal of Nursing Science*, Volume 8, pp. 7-12.
- Krupnick, J. et al., 1996. The role of therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Volume 64, pp. 532-539.
- Lamers, A., Delsing, M. J. M. H., van Widenfelt, B. M. & Vermeiren, R. R. J. M., 2015. A Measure of the Parent-Team Alliance in Youth Residential Psychiatry: The Revised Short Working Alliance Inventory. *Child Youth Care Forum*, 13 February.
- Luborsky, L. et al., 1996. The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAq-II): Psychometric properties. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, p. 5:260–271.
- Martin, D., Garske, J. & Davis, M., 2000. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, p. 68: 438–450.
- Meissner, W. W., 2007. Therapeutic alliance: theme and variations. *Psychoanalytic Psychology*, pp. 24(2), 231-254.
- Miller, G. A., Galanter, E. & Pribram, K. A., 1960. *Plans and the structure of behavior*. New York: Holt, Rhinehart, & Winston.
- Morris, J. B. & Beck, A. T., 1974. The efficacy of anti-depressantdrugs. *Archives of General Psychiatry*, pp. 30, 667-674.
- Munoz, R. F. et al., 1994. On the AHCPR Depression in Primary Care guide-lines: Further considerations for practitioners. *American Psychologist*, pp. 49,42-6 .

- Ospina, M. et al., 2008. Behavioural and Developmental Interventions for Autism Spectrum Disorder: A Clinical Systematic Review. *Plos One*, p. 3(11): e3755.
- Pavlov, I., 1927. *Conditioned Reflexes*. London: Oxford University Press.
- Penckofer, S., Byrn, M., Mumby, P. & Ferrans, C. E., 2011. Improving Subject Recruitment, Retention, and Participation in Research through Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nurs Sci Q.*, April, p. 24(2): 146–151.
- Peplau, H., 1952/1991. Interpersonal relations in nursing. *New York: Putnam*.
- Peplau, H., 1992. Interpersonal relations: A theoretical framework for application in nursing practice.. *Nursing Science Quarterly.*, p. 5:13–18.
- Peplau, H., 1997. Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly. Nursing Science Quarterly*, p. 10:162–167.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C., 1992. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. pp. 47, 102-114.
- Ramjan, L. M., 2004. Nurses and the therapeutic relationship: caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 45(5), 495–503.
- Rieger, E., Touyz, S. & Beumont, P., 2002. The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ): information regarding its psychometric properties. *International Journal Eating Disorder*, p. 32:24–38.
- Rogers, C., 1957. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, pp. 21, 95-103.
- Rubin, D. & Schenker, N., 1986. Multiple imputation for interval estimation from simple random samples with ignorable nonresponse. *Journal of the American Statistical Association.*, pp. 81 (394): 366-374.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. & Kaplan, H. I., 2004. *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*. 4 επιμ. Αθήνα: Παρισσιανου Α.Ε..
- Safran, J. D., 1993. The therapeutic alliance rupture as a transtheoretical phenomenon: Definitional and conceptual issues. *Journal of Psychotherapy Integration*, pp. 3, 33–49.
- Santirso, F. A. et al., 2018. Validation of the Working Alliance Inventory-Observer Short Version with male intimate partner violence offenders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, pp. 18, 152-161.

- Schutz, C. & Bulman, S., 2013. *Reflective Practice in Nursing*. FIFTH EDITION ed. s.l.:John Wiley & Sons, Ltd.
- Semiatin, J., Murphy, C. & Elliot, J., 2013. Observed behavior during group treatment for partner-violent men: Acceptance of responsibility and promotion of change. *Psychology of Violence*, pp. 3, 126-139.
- Shanley, E. & Jubb-Shanley, M., 2012. Coping focus counselling in mental health nursing. *International journal of mental health nursing*, pp. 21(6), 504-512.
- Shirk, S. & Saiz, C., 1992. Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, p. 4:713–728.
- Shurick, A. A. et al., 2012. Durable Effects of Cognitive Restructuring on Conditioned Fear. *Emotion*, December, p. 12(6): 1393–1397.
- Skinner, B. F., 1953. *Science and Human Behavior*. New York: Macmillan.
- Slater, L., 2003. The cruelest cure. *New York Times*, 2 November. pp. 32, 131–140.
- Sobell, L. & Sobell, M., 1992. Timeline followback: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In: *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biological methods*. New Jersey: Humana, pp. 41-72.
- Stiles-Shields, C. et al., 2016. Predictors of therapeutic alliance in two treatments for adults with severe and enduring anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, p. 4:13.
- Thomas, A. et al., 2018. Peplau's Theory of Interpersonal Relations: An Alternate Factor Structure for Patient Experience Data?. *Nursing Science Quarterly*.
- Tichenor, V. & Hill, C. E., 1989. A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy*, pp. 26, 195-199.
- Tracey, T. & Kokotovic, A., 1989. Factor Structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, p. 1:207–210..
- Watling, R. & Hauer, S., 2015. Effectiveness of ayres sensory integration and sensory-based interventions for people with autism spectrum disorder: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, p. 69 (5).
- Watson, J. B., 1913. Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, pp. 20, 158-177.

- Watson, J. B., 1914. *Behavior: An introduction to comparative psychology*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Watson, J. B., 1916. The place of a conditioned reflex in psychology. *Psychological Review*, pp. 23, 89-116.
- Watson, J. B., 1919. *Psychology from the standpoint of a behaviorist*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Watson, J. B., 1925. *Behaviorism*. New York: W. W. Norton.
- Watson, J. B. & Rayner, R., 1920. Conditioned Emotional Reaction. *Journal of Experimental Psychology*, pp. 16, 223-227.
- Wells, A. & Matthews, G., 1996. Modelling cognition in emotional disorders: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, pp. 34, 881-888.
- White, L. K. et al., 2019. Complementary Features of Attention Bias Modification Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Pediatric Anxiety Disorders. *American Journal Psychiatry*, 23 January .
- Zaitsoff, S., Celio, D. A., Rienecke, H. R. & Le Grange, D., 2008. How do adolescents with bulimia nervosa rate the acceptability and therapeutic relationship in family-based treatment?. *Intentional Journal Eating Disorder*, p. 41:390–8.
- Zetzel, E. R., 1956. Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, pp. 37, 369-376.
- Κεφης, Β. Ν., 2014. *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. 2η επιμ. Αθήνα: Κρητική.
- Κουστενη, Δ., 2012. *Επιστημονικά Τεκμηριωμένη Ψυχοθεραπεία. Προβληματική, Εφαρμογές και Κριτική Προσεγγίση*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Μελλον, Ρ., 2007. *Ψυχολογία της Συμπεριφοράς*. Β Έκδοση επιμ. σ.λ.: Εκδόσεις Τοπος.
- Μιχαλοβα, Β. Π., 2020. *Μελέτη περίπτωσης ενός παιδιού στο φάσμα του αυτισμού*, Αθήνα: Μη δημοσιευμένη μελέτη.
- Νασιακού, Μ., Χαντζή, Α. & Φατούρου-Χαρίτου, Μ., 2007. *Εισαγωγή στην ψυχολογία*. Αθήνα: Gutenberg.
- Παπαηλιού, Χ. Φ., 2005. *Η ανάπτυξη της γλώσσας. Θεωρητικές προσεγγίσεις και ερευνητικά δεδομένα από την τυπική και αποκλινούσα γλωσσική συμπεριφορά*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Ποταμιάνος, Γ. & Αναγνωστόπουλος, Φ., 2012. Προσωπικότητα: Θεωρίες, Κλινική Πρακτική και Έρευνα. Εκδόσεις Παπαζήση

Σαρρής, Μ., Χρυσάκης, Μ. & Σούλης, Σ., 2002. Επικοινωνία και διαχείριση πληροφορίας στις υπηρεσίες υγείας: απο τον ιατρικό φάκελο στο φάκελο φροντίδας υγείας. *Νοσηλευτική*, 41(2), 174-184

Εικόνα Α: Patient Activation Measure (PAM), Πηγή: (Hubbard, 2004)

Πηγή: (Hubbard, 2004)

Development of the Patient Activation Measure (PAM) 1013

Table 1: Preliminary (from Stage 2) 21-Item Activation Measure with Calibrations

Item	Calibration	SEM	Infit	Outfit
How much do you know about why you are supposed to take each of your prescribed medicines?	40.3	1.4	1.12	1.15
Taking an active role in my own care is the most important factor in determining my health and ability to function.	41.0	1.5	1.15	1.11
How much do you know about the lifestyle changes, like diet and exercise, that are recommended for your condition?	42.4	1.4	1.33	1.14
How much do you know about the nature and causes of your health condition(s)?	44.3	1.4	1.28	1.28
How confident are you that you can tell your health care provider concerns you have even when he/she does not ask?	45.9	1.3	1.40	1.33
How much do you know about how to prevent further problems with your condition?	46.2	1.3	0.90	0.82
Even if I make the changes in diet and exercise recommended for my condition, it won't make any difference to my health.	47.0	1.3	1.13	1.13
How much do you know about self-treatment approaches for your condition?	47.9	1.3	1.20	1.06
How much do you know about the medical treatment options available for your condition?	48.9	1.2	1.20	1.12
How confident are you that you can find trustworthy sources of information about your health condition and your health choices?	48.9	1.2	1.10	1.03
How confident are you that you can follow through on medical treatments you need to do at home?	50.0	1.2	0.87	0.81
How confident are you that you can identify when it is necessary to get medical care and when you can handle the problem yourself?	50.2	1.2	0.92	1.10
How confident are you that you can take actions that will help prevent or minimize some symptoms or problems associated with your condition?	51.2	1.2	0.92	0.88
How confident are you that you can follow through on medical recommendations your health care provider makes such as changing your diet or doing regular exercise?	52.9	1.2	0.88	0.90
To what extent are you able to handle symptoms on your own at home?	54.4	1.2	1.02	1.01
How well have you been able to maintain these lifestyle changes?	55.2	1.2	0.73	0.74
To what extent have you made the changes in your lifestyle, like diet and exercise, that are recommended for your condition?	56.4	1.2	0.74	0.73
Maintaining the lifestyle changes that have been recommended for my condition is too hard to do on a daily basis.	57.0	1.1	0.76	0.76
Even if I'm dissatisfied, it is usually too much of a hassle to change health care providers.	57.7	1.1	1.04	1.12
How confident are you that you can figure out solutions when new situations or problems arise with your condition?	57.7	1.1	0.74	0.73
How confident are you that you can keep the symptoms of your disease from interfering with the things you want to do?	59.5	1.1	1.02	1.04

Ordering is by difficulty calibration.

**SEM:** SEM is the standard error of measurement in estimation of the item difficulty. SEM is the precision of the item difficulty estimation and is shown in 0–100 units.

**Infit:** Infit mean square error is one of two quality control fit statistics assessing item dimensionality (the degree to which the item falls on the same single, real number line as the rest of the items). Infit is an information-weighted residual of observed responses from model expected responses and is most sensitive to item fit when the item is located near the person's scale location.

**Outfit:** Outfit mean square error fit statistic is most sensitive to item dimensionality when the item scale location is distant from the person's scale location.

Εικόνα Β: Working Alliance Inventory (WAI) – ένα ψυχομετρικό εργαλείο που χρησιμοποιείται ευρέως για την αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας (Tracey & Kokotovic, 1989), Πηγή: (Tracey, 1989)

**TABLE 1. All items on WAI-O-S as organized by the three subfactors of the General Therapeutic Alliance factor**

<i>Goal</i>	
Item 4:	There are doubts or a lack of understanding about what participants are trying to accomplish in therapy.
Item 6:	The client and therapist are working on mutually agreed upon goals.
Item 10:	The client and therapist have different ideas about what the client's real problems are.
Item 11:	The client and therapist have established a good understanding of the changes that would be good for the client.
<i>Task</i>	
Item 1:	There is agreement about the steps taken to help improve the client's situation.
Item 2:	There is agreement about the usefulness of the current activity in therapy (i.e., the client is seeing new ways to look at his/her problem).
Item 8:	There is agreement on what is important for the client to work on.
Item 12:	The client believes that the way they are working with his/her problem is correct.
<i>Bond</i>	
Item 3:	There is a mutual liking between the client and therapist.
Item 5:	The client feels confident in the therapist's ability to help the client.
Item 7:	The client feels that the therapist appreciates him/her as a person.
Item 9:	There is mutual trust between the client and therapist.
◆ <i>Note:</i> WAI-O-S = Working Alliance Inventory, shortened observer-rated version.	

Πηγή: (Tracey, 1989)

Εικόνα C: Μέτρηση της θεραπευτικής συμμαχίας χρησιμοποιώντας την έκδοση του ερωτηματολογίου *Helping Alliance (HAq-II, Luborsky et al., 1996)*, Πηγή: (Luborski, 1986)

**Appendix A. Helping Alliance Questionnaire, Patient Version**

*Instructions:* These are ways that a person may feel or behave in relation to another person—their therapist. Consider carefully your relationship with your therapist, and then mark each statement according to how strongly you agree or disagree. *Please mark every one.*

	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
1. I feel I can depend upon the therapist.	1	2	3	4	5	6
2. I feel the therapist understands me.	1	2	3	4	5	6
3. I feel the therapist wants me to achieve my goals.	1	2	3	4	5	6
4. At times I distrust the therapist's judgment.	1	2	3	4	5	6
5. I feel I am working together with the therapist in a joint effort.	1	2	3	4	5	6
6. I believe we have similar ideas about the nature of my problems.	1	2	3	4	5	6
7. I generally respect the therapist's views about me.	1	2	3	4	5	6
8. The procedures used in my therapy are not well suited to my needs.	1	2	3	4	5	6
9. I like the therapist as a person.	1	2	3	4	5	6
10. In most sessions, the therapist and I find a way to work on my problems together.	1	2	3	4	5	6
11. The therapist relates to me in ways that slow up the progress of the therapy.	1	2	3	4	5	6
12. A good relationship has formed with my therapist.	1	2	3	4	5	6
13. The therapist appears to be experienced in helping people.	1	2	3	4	5	6
14. I want very much to work out my problems.	1	2	3	4	5	6
15. The therapist and I have meaningful exchanges.	1	2	3	4	5	6
16. The therapist and I sometimes have unprofitable exchanges.	1	2	3	4	5	6
17. From time to time, we both talk about the same important events in my past.	1	2	3	4	5	6
18. I believe the therapist likes me as a person.	1	2	3	4	5	6
19. At times the therapist seems distant.	1	2	3	4	5	6

Πηγή: (Luborski, 1986)



Εικόνα 1 Σχήματα 1: Αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας (TA) για τις τέσσερις συνθήκες θεραπευτικής παρέμβασης (CBT, IPT, IMI-CM & PLA-CM), με εκτίμηση της πρώιμης συμμαχίας και της μέσης τιμής για τη TA, σύμφωνα με την αξιολόγηση βάσης του ερωτηματολογίου για τους θεραπευτές και τους θεραπευόμενους, Πηγή: Krupnick, 1996)

**Table 1**  
*Means and Standard Deviations by Treatment Group and Session*

Scale and session*	Treatment group			
	CBT	IPT	IMI-CM	PLA-CM
<b>Total alliance</b>				
Early session	3.8 (0.3)	3.8 (0.4)	3.7 (0.3)	3.7 (0.3)
Mean of sessions	3.8 (0.3)	3.9 (0.4)	3.7 (0.3)	3.6 (0.3)
<b>Therapist alliance factor</b>				
Early session	3.8 (0.3)	3.7 (0.4)	3.5 (0.4)	3.4 (0.4)
Mean of sessions	3.7 (0.3)	3.7 (0.3)	3.5 (0.3)	3.4 (0.4)
<b>Patient alliance factor</b>				
Early session	3.7 (0.5)	3.7 (0.7)	3.6 (0.5)	3.6 (0.4)
Mean of sessions	3.6 (0.5)	3.8 (0.6)	3.6 (0.5)	3.5 (0.4)

*Note.* Standard deviations in parentheses. Scores have a possible range of 0 (*not at all*) to 5 (*great deal*). CBT = cognitive behavior therapy; IPT = interpersonal psychotherapy; IMI-CM = imipramine plus clinical management; PLA-CM = placebo plus clinical management.  
\*For each patient, the "mean of sessions" is computed as the average of all rated sessions. Of the 225 patients in this analysis, 182 were rated on three sessions, 30 on two sessions, and 13 on one session. Patients had fewer than three rated sessions because of early withdrawal or dropout from the study.

Πηγή: (Krupnick, 1996)

Εικόνα 2 Σχήματα 2 και 3: Αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας (TA) για τις τέσσερις συνθήκες (CBT, IPT, IMI-CM & PLA-CM), με εκτίμηση της πρόιμης συμμαχίας και της μέσης τιμής για τη TA, σύμφωνα με την αξιολόγηση βάσης του ερωτηματολογίου για τους θεραπευτές και τους θεραπευόμενους, Πηγή: (Krupnick, 1996)

**Table 2**  
*Predicting Depression (HRSD) at Treatment Termination From Early Total Alliance Score and From Mean Total Alliance Score*

Predictor variable	Early therapeutic alliance		Mean therapeutic alliance	
	<i>sr</i> <sup>2</sup>	<i>p</i>	<i>sr</i> <sup>2</sup>	<i>p</i>
Covariates				
Pretreatment HRSD	.05	.0005	.05	.0001
Treatment group	.02	<i>ns</i>	.00	<i>ns</i>
Total therapeutic alliance score	.06	.0002	.19	.0001
Alliance × Treatment Group interaction	.02	<i>ns</i>	.01	<i>ns</i>

*Note.* *sr*<sup>2</sup> is squared semipartial correlation. HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression.

**Table 3**  
*Predicting Depression (HRSD) at Treatment Termination From Early Patient and Therapist Alliance Factor Scores and From Mean Patient and Therapist Alliance Factor Scores*

Predictor variable	Early therapeutic alliance		Mean therapeutic alliance	
	<i>sr</i> <sup>2</sup>	<i>p</i>	<i>sr</i> <sup>2</sup>	<i>p</i>
Covariates				
Pretreatment HRSD	.04	.0009	.04	.0005
Treatment group	.02	<i>ns</i>	.01	<i>ns</i>
Patient alliance factor	.08	.0001	.21	.0001
Therapist alliance factor	.00	<i>ns</i>	.00	<i>ns</i>
Alliance × Treatment Group interaction	.02	<i>ns</i>	.02	<i>ns</i>

*Note.* *sr*<sup>2</sup> is squared semipartial correlation. HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression.

Πηγή: (Krupnick, 1996)

Εικόνα 3 Σχήματα 2 και 1: Οι μέσες βαθμολογίες- αλλαγής συμπτωμάτων HAM-D και η θεραπευτική συμμαχία WAI στις δυο συνθήκες θεραπείας κατά την διάρκεια των 12 εβδομάδων δοκιμής, Πηγή: (Arnou 2013)

Πηγή: (Arnou 2013)

**Table 2**

Mixed Model Parameter Estimates for the Prediction of HAM-D Symptom Reduction Across Treatment (n = 224)

	Estimate	SE	t	Significance	95% CI Lower	95% CI Upper	d
Intercept <sup>I</sup>	14.72	.39	38.05	p < .001	13.96	15.48	3.60
Gender	-.30	.46	.65	p = .52	-1.20	.60	.06
Age	-.04	.02	1.65	p = .10	.01	-.07	.16
Baseline GAF	-.27	.03	9.21	p < .001	-.32	-.21	.87
Early alliance	-.23	.03	7.48	p < .001	-.29	-.17	.71
Early symptom change	.21	.03	6.37	p < .001	-.14	.28	.60
Treatment group	.93	.46	2.05	p = .04	-1.79	-.01	.19
Alliance X Treatment group	.12	.04	2.88	p = .004	.04	.21	.27

Note:

<sup>I</sup>Intercept reflects estimated mean HAM-D score across all time points.

Gender reference group = male. Treatment group reference group = CBASP + ADM. GAF = Global Assessment of Functioning.

Πηγή: (Arnou 2013)

Mixed Model Parameter Estimates for the Prediction of HAM-D Symptom Reduction Across Treatment Among Patients Receiving BSP + ADM (n = 113)

	Estimate	SE	t	Significance	95% CI Lower	95% CI Upper	d
Intercept <sup>I</sup>	15.81	.45	34.85	p < .001	14.93	16.71	4.63
Female Gender	-.54	.68	-.79	p = .43	-1.87	.79	.11
Age	.06	.03	1.93	p = .05	.00	.12	.26
Baseline GAF	-.30	.05	-6.39	p < .001	-.40	-.21	.85
Early alliance	-.11	.03	-3.58	p < .001	-.17	-.05	.48
Early symptom change	.29	.05	5.73	p < .001	.19	.38	.76

Note:

<sup>I</sup>Intercept reflects estimated mean HAM-D score across all time points.

Gender reference group = male. GAF = Global Assessment of Functioning.

Εικόνα 4 Σχήματα 3a, 4 και 3b: Οι μέσες βαθμολογίες - αλλαγής συμπτωμάτων HAM-D και η θεραπευτική συμμαχία WAI στις δυο συνθήκες θεραπείας κατά τη διάρκεια των 12 εβδομάδων δοκιμής, Πηγή: (Arnow 2013)

**Table 3a**

Mixed Model Parameter Estimates for the Prediction of HAM-D Symptom Reduction Across Treatment Among Patients Receiving CBASP + ADM (n = 111)

	Estimate	SE	t	Significance	95% CI Lower	95% CI Upper	d
Intercept <sup>1</sup>	14.43	.45	34.16	p < .001	14.93	16.71	4.59
Female Gender	-.06	.62	.11	p = .91	-1.29	1.14	.01
Age	.01	.03	.45	p = .66	-.04	.07	.06
Baseline GAF	-.25	.04	-6.80	p < .001	-.32	-.17	.91
Early alliance	-.22	.03	-7.48	p < .001	-.28	-.16	1.00
Early symptom change	.14	.05	3.01	p = .003	.05	.22	.40

Note:

<sup>1</sup> Intercept reflects estimated mean HAM-D score across all time points.

Gender reference group = male. GAF = Global Assessment of Functioning.  
 Gender reference group = male. GAF = Global Assessment of Functioning.

Πηγή: (Arnow 2013)

**Table 4**

Bivariate Correlations Between Alliance and HAM-D Total Scores

	HAM-D Total Score						
	Baseline	Week 2	Week 4	Week 6	Week 8	Week 10	Week 12
WAI total in CBASP + ADM	-.23*	-.10	-.35**	-.32**	-.23*	-.35**	-.21*
WAI total in BSP + ADM	-.15	-.16	-.11	-.23*	-.14	-.10	-.13

Note: *rs* range from 111-63 in CBASP + ADM because of missing data. *rs* range from 113-73 in BSP + ADM because of missing data. WAI = Working Alliance Inventory. HAM-D = Hamilton Rating Scale for Depression.

\* p < .05.  
 \*\* p < .01

Πηγή: (Arnow 2013)

Mixed Model Parameter Estimates for the Prediction of HAM-D Symptom Reduction Across Treatment Among Patients Receiving BSP + ADM (n = 113)

	Estimate	SE	t	Significance	95% CI Lower	95% CI Upper	d
Intercept <sup>1</sup>	15.81	.45	34.85	p < .001	14.93	16.71	4.63
Female Gender	-.54	.68	-.79	p = .43	-1.87	.79	.11
Age	.06	.03	1.93	p = .05	.00	.12	.26
Baseline GAF	-.30	.05	-6.39	p < .001	-.40	-.21	.85
Early alliance	-.11	.03	-3.58	p < .001	-.17	-.05	.48
Early symptom change	.29	.05	5.73	p < .001	.19	.38	.76

Note:

<sup>1</sup> Intercept reflects estimated mean HAM-D score across all time points.

Gender reference group = male. GAF = Global Assessment of Functioning.

Πηγή: (Arnow 2013)

Εικόνα 5 Σχήμα 2: Σύνδεση PAM με τη θεραπευτική συμμαχία και την προσαρμογή επικοινωνίας για τα χαρακτηριστικά των ασθενών και των κλινικών συντελεστών κατά την έναρξη (n = 170), Πηγή: (Allen et al, 2017)

Allen et al.

**Table 2**  
**Association of PAM with therapeutic alliance and communication adjusting for characteristics and clinical contributors at baseline (n=170)**

Predictors	PAM (base line)		
	Beta	SE	P value
Therapeutic Alliance factor 1 (task&goal)	0.54	0.22	0.01
Therapeutic Alliance factor 2 (bond)	0.00	0.46	0.99
Communication	0.28	0.42	0.50
female (male as reference)	3.01	2.25	0.18
Race/Ethnicity (white as reference)			
Latino	0.29	3.53	0.94
Black	0.58	3.71	0.88
Other	6.79	4.62	0.14
Age (18-34 as reference)			
35-49	2.94	2.74	0.28
50-64	2.53	2.95	0.39
65+	-5.62	9.55	0.56
Immigrant (US-born as reference)	-5.20	2.91	0.07
Education (less than 12 yrs as reference) 12 or more than 12 yrs	-1.59	2.43	0.51
Employed (unemployment as reference)	1.48	2.53	0.56
Insurance Status (uninsured as reference)			
Private Only	-3.21	3.42	0.35
Public Only	0.99	2.51	0.69
Other	11.34	13.94	0.42
Mental Health (good as reference)			
Excellent	6.47	2.44	0.01
Very Good	-7.91	3.39	0.02
Fair	7.73	3.16	0.01
Poor	8.63	5.78	0.14
Disability days	-0.25	0.11	0.02
Diagnosis (depression as reference)			
Anxiety Disorder	1.36	3.52	0.70
Bipolar Disorder	1.84	3.62	0.61
Psychotic Disorder	-2.79	5.69	0.62
Adjustment Disorder	0.51	3.78	0.89
Other	-4.83	3.26	0.14
Attendance ratio during 180 days before baseline	-0.14	5.45	0.98
Length in Treatment (months)	0.01	0.02	0.65
Constant	26.45	14.43	0.07

Πηγή: (Allen et al, 2017)

Εικόνα 6: Η θεραπευτική συμμαχία (TA) και η προσαρμογή επικοινωνίας για τα χαρακτηριστικά των ασθενών και των κλινικών συντελεστών κατά την έναρξη της παρέμβασης (n = 170). Λεπτομερείς αναλύσεις στις υποομάδες (Task, Goal, Bond), Πηγή: (Allen, 2017)

	Activation (baseline)			Therapeutic alliance (baseline)			Therapeutic alliance, task & goal (baseline)			Therapeutic alliance, bond (baseline)			Communication (baseline)			Change in Activation (T3-T1)		
	Mean	SE	P value	Mean	SE	P value	Mean	SE	P value	Mean	SE	P value	Mean	SE	P value	Mean	SE	P value
Uninsured	74.1	2.3	0.29	76.0	1.5	0.52	62.8	1.3	0.49	26.3	0.5	0.82	41.7	0.4	0.5	2.9	1.9	0.48
Private Only	68.9	2.8	.	73.1	2.5	.	60.3	2.1	.	25.7	0.9	.	40.6	0.8	.	5.9	2.6	.
Public Only	71.8	1.4	.	73.6	0.9	.	60.9	0.7	.	25.8	0.3	.	40.9	0.3	.	1.8	1.1	.
Other	91.6	.	.	70.0	.	.	56.0	.	.	27.0	.	.	41.0	.	.	8.4	.	.
<b>Mental Health Status</b>	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Excellent	77.7	1.6	0.00	75.8	1.3	0.12	62.9	1.1	0.15	25.8	0.5	0.87	41.0	0.5	0.8	0.9	1.5	0.01
Very good	83.1	3.9	.	76.2	3.1	.	63.3	2.5	.	26.0	1.6	.	40.8	1.4	.	5.2	6.4	.
Good	79.4	2.6	.	75.6	1.4	.	62.6	1.1	.	26.0	0.5	.	40.9	0.5	.	-3.0	3.4	.
Fair	69.6	1.5	.	73.6	1.1	.	60.5	0.9	.	26.1	0.4	.	41.3	0.4	.	3.1	1.1	.
Poor	55.5	3.7	.	69.1	2.8	.	57.9	2.1	.	25.1	1.0	.	40.3	0.7	.	10.0	3.5	.
<b>Diagnosis</b>	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Depression	71.0	1.5	0.37	73.4	1.0	0.61	60.6	0.8	0.60	25.8	0.3	0.81	40.9	0.3	0.8	1.8	1.2	0.49
Anxiety	74.6	3.6	.	73.0	2.9	.	60.3	2.5	.	25.6	1.0	.	40.8	1.1	.	5.8	2.4	.
Bipolar	74.9	3.2	.	75.1	2.7	.	62.4	2.2	.	25.9	0.9	.	41.6	0.8	.	2.1	3.3	.
Psychotic Disorder	77.8	4.5	.	78.9	1.5	.	64.9	1.5	.	27.7	0.2	.	42.6	0.4	.	4.3	3.7	.
Adjustment	76.1	2.8	.	76.2	2.0	.	63.1	1.7	.	25.9	0.9	.	41.1	0.8	.	-0.5	3.4	.
Other	68.0	3.0	.	75.0	1.6	.	62.2	1.5	.	26.1	0.8	.	41.0	0.6	.	5.8	2.6	.

Πηγή: (Allen, 2017)

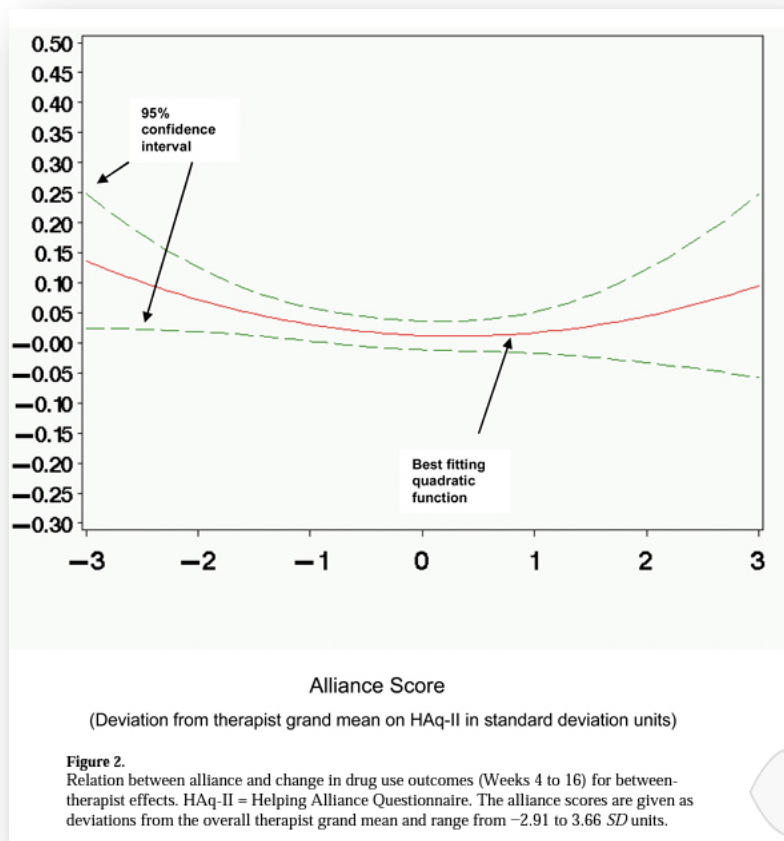
Εικόνα 7 Σχήμα 1 και Σχεδιάγραμμα 2: Σχέση μεταξύ της συμμαχίας «θεραπευτή - θεραπευόμενου» και της αλλαγής στα αποτελέσματα χρήσης ναρκωτικών (για τις εβδομάδες 1<sup>η</sup> έως 4<sup>η</sup> και 4<sup>η</sup> έως 16<sup>η</sup>) για τα αποτελέσματα συμμαχίας *Helping Alliance Questions*, Πηγή: (Paul Crits-Christoph, 2009)

**Table 1**

Results of Multilevel Model Relating Patient-Reported Alliance to Drug Use Outcomes

Variable	Drug Use Outcomes: Weeks 1 to 4					Drug Use Outcomes: Weeks 4 to 16				
	B	SE	F	df	p	B	SE	F	df	p
Intercept	-0.13	0.290	0.21	1, 255	0.65					
Site (5 sites; one used as reference)	-0.31	0.197	1.95	4, 243	0.10					
	-0.28	0.174								
	-0.16	0.261								
	0.15	0.220								
Baseline drug use (average weekly use past 90 days)	-0.07	0.011	37.60	1, 248	<0.0001					
Week 1 urine-breathalyzer results for primary drug of abuse	0.88	0.067	166.65	1, 255	<0.0001					
HAQ-II - linear effects (HAQ-II by Time interaction)										
Within therapist	0.08	0.155	1.28	1, 255	0.58	0.011	0.014	0.61	1, 246	0.44
Between therapist	0.26	0.229	1.44	1, 255	0.26	-0.09	0.028	9.55	1, 247	0.002
HAQ-II - quadratic effects (HAQ-II <sup>2</sup> by Time interaction)										
Within therapist	-0.0004	0.0008	0.29	1, 255	0.59	-0.00005	0.00008	0.44	1, 246	0.51
Between therapist	-0.001	0.001	1.25	1, 255	0.26	0.0005	0.0001	11.76	1, 247	0.0007
HAQ-II by Treatment (linear) (HAQ-II by Treatment by Time interaction)										
Within therapist	0.04	0.176	0.05	1, 255	0.82	-0.02	0.018	0.86	1, 245	0.35
Between therapist	-0.33	0.269	1.54	1, 255	0.22	0.02	0.036	0.20	1, 246	0.65
HAQ-II by Treatment (quadratic) (HAQ-II <sup>2</sup> by Treatment by Time interaction)										
Within therapist	-0.0002	0.0009	0.07	1, 255	0.79	0.00007	0.00009	0.61	1, 245	0.43
Between therapist	0.002	0.001	1.64	1, 255	0.20	-0.0001	0.0002	0.53	1, 246	0.46

Note. HAQ-II = Helping Alliance Questionnaire. Drug use at baseline and outcome is self-report of days per week using primary drug of abuse. *N* = 257.



Πηγή: (Paul Crits-Christoph, 2009)

Εικόνα 8: Απεικόνιση της εξαρτημένης μεταβλητής συμμαχίας (έκθεση - «θεραπευτή», «παιδιού», «μητέρας» και «πατέρα»). Οικογενειακή εκπαίδευση, FESA (υποστηρίξη και θεραπεία προσοχής) και FCBT (Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία), Πηγή: (Kendall, 2018)

Table 1  
Fit Indices and Parameter Estimates

Alliance variables	Linear model		Dual slope model		
	Initial status	Slope 1	Initial status	Slope 1 <sup>a</sup>	Slope 2 <sup>b</sup>
Therapist					
FESA	35.37*	0.13	34.89*	0.23	0.02
FCBT	35.40*	0.22 <sup>c</sup>	34.56*	0.39 <sup>c</sup>	0.03
Fit indices	Log-likelihood = -3,644.78 (df = 293) AIC = 7,311.56 BIC = 7,337.20		Log-likelihood = -3,623.39 (df = 287) AIC = 7,280.78 BIC = 7,320.40		
Child					
FESA	40.32*	0.17*	39.57*	0.28	0.05
FCBT	40.15*	0.13*	39.94*	0.26*	-0.03
Fit indices	Log-likelihood = -3,499.11 (df = 293) AIC = 7,020.21 BIC = 7,045.85		Log-likelihood = -3,479.80 (df = 287) AIC = 6,993.59 BIC = 7,033.21		
Mother					
FESA	43.22*	0.14*	43.21*	0.34*	-0.09
FCBT	44.18*	0.17*	43.71*	0.31*	-0.01
Fit indices	Log-likelihood = -2,830.72 (df = 293) AIC = 5,683.44 BIC = 5,709.08		Log-likelihood = -2,812.71 (df = 287) AIC = 5,659.42 BIC = 5,699.04		
Father					
FESA	40.76*	0.18*	39.97*	0.28*	0.05
FCBT	43.37*	0.12*	43.33*	0.25*	-0.06
Fit indices	Log-likelihood = -1,993.20 (df = 293) AIC = 4,008.39 BIC = 4,031.79		Log-likelihood = -1,984.93 (df = 287) AIC = 4,003.85 BIC = 4,040.01		

Note. All parameter estimates are unstandardized coefficients. FESA = family education, support, and attention treatment; FCBT = family cognitive-behavioral therapy; AIC = Akaike Information Criterion (lower scores are better); BIC = Bayesian Information Criterion (lower scores are better).  
<sup>a</sup> Before exposure for the FCBT group. <sup>b</sup> After exposure for the FCBT group. <sup>c</sup> Parameter value differs significantly ( $p < .05$ ) between FESA and FCBT.  
<sup>\*</sup>  $p < .05$ .

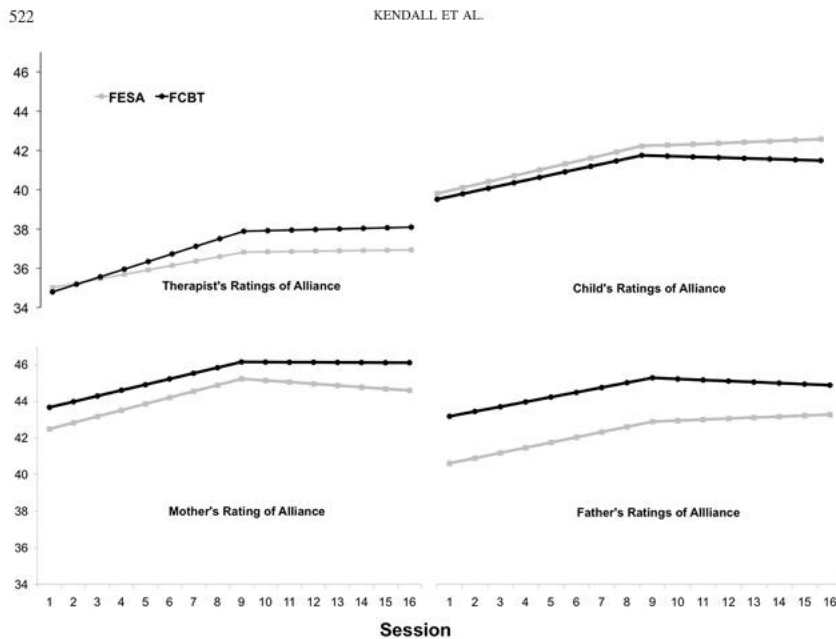


Figure 1. Alliance trajectories as predicted by dual slope latent growth curve modeling (therapist, child, mother, and father report). FESA = family education, support, and attention treatment; FCBT = family cognitive-behavioral treatment.



**Table 2**

Relationship of alliance to pretreatment characteristics and treatment response.

<i>Child characteristics</i>	<b>Child TASC</b>	<b>Therapist TASC</b>	<b>Parent TASC</b>
	<b>Pearson's <i>R</i></b>	<b>Pearson's <i>R</i></b>	<b>Pearson's <i>R</i></b>
Age in years	0.17	0.13	0.03
PARS 5-item Total	-0.03	-0.06	-0.12
Pre-treatment CGI-S	0.05	-0.09	0.02
CBCL Externalizing Raw Total	-0.10	-0.19	-0.02
CBCL Internalizing Raw Total	0.14	-0.20	0.05
SRS Raw Total	0.01	-0.12	0.01
<i>Treatment response</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Responder	40.15 (6.61)	37.21 (6.55) <sup>a</sup>	26.82 (2.07)
Non-responder	37.14 (9.98)	30.06 (5.75) <sup>a</sup>	27.64 (0.63)
	<b>Pearson's <i>R</i></b>	<b>Pearson's <i>R</i></b>	<b>Pearson's <i>R</i></b>
Change in PARS	0.20	0.40 <sup>**</sup>	-0.22
Post-treatment CGI-S	-0.15	-0.30 <sup>*</sup>	-0.02

TASC: Therapeutic Alliance Scale for Children; PARS: Pediatric Anxiety Rating Scale, 5-item total score; CGI-S= Clinical Global Impression – Severity, rating based on results of all measures collected at that time point; CBCL = Child Behavior Checklist, SRS = Social Responsiveness Scale.

<sup>a</sup> Means significantly different at  $p < .01$  level;

<sup>\*</sup>  $p < .05$ ;

<sup>\*\*</sup>  $p < .01$

Εικονα 9 Σχήμα 2: Παρουσίαση αποτελέσματος για τη θεραπευτική συμμαχία, σύμφωνα με τις απαντήσεις των θεραπειών, των γονέων και των παιδιών, Πηγή: (Kerns, 2018)

Πηγή: Kerns, 2018

Εικόνα 10 Σχήμα 3 και 4: Οι αξιολογήσεις του παιδιού και του θεραπευτή σχετικά με τις συμπεριφορές που διαμεσολαβούνται στη σχέση «συμμαχίας – αποτελέσματος». Πηγή: (Creed, 2005)

Table 3

Summary of Linear Regression Analysis for Specific Therapist Behavior Predicting Child Ratings of the Therapeutic Alliance at Session 3 and Session 7 (n = 56)

Variable	B	SE B	$\beta$
<b>Session 3</b>			
1. Playfulness	-5.56	4.24	-.23
2. Pushing	-6.98	3.08	-.29*
3. Hope-encouragement	-0.38	5.64	-.02
4. Formality	-4.69	3.18	-.20
5. Collaboration	10.85	4.75	.45*
6. Validating	0.98	4.07	.04
7. General conversations	5.91	4.40	.25
8. Finding common ground	-9.75	4.01	-.41*
<b>Session 7</b>			
1. Playfulness	-0.48	1.46	-.07
2. Pushing	-0.18	0.08	-1.70*
3. Hope-encouragement	-0.22	1.83	-.03
4. Formality	-1.68	1.10	-.25
5. Collaboration	0.87	1.70	.13
6. Validating	1.12	1.45	.16
7. General conversations	-1.09	1.55	-.16
8. Finding common ground	0.39	1.41	.06

Note.  $R^2$  for Session 3 = .33,  $p = .01$ ;  $R^2$  for Session 7 = .14,  $p = .55$ .  
\*  $p < .05$ .

Table 4

Summary of Linear Regression Analysis for Specific Therapist Behavior Predicting Therapist Ratings of the Therapeutic Alliance at Session 3 and Session 7 (n = 56)

Variable	B	SE B	$\beta$
<b>Session 3</b>			
1. Playfulness	1.24	4.37	.05
2. Pushing	-3.08	3.37	-.13
3. Hope-encouragement	2.44	5.63	.10
4. Formality	-1.82	3.31	-.08
5. Collaboration	7.69	4.97	.32
6. Validating	-0.40	4.47	-.02
7. General conversations	7.25	4.56	.31
8. Finding common ground	-7.21	4.30	-.31
<b>Session 7</b>			
1. Playfulness	-1.18	1.33	-.16
2. Pushing	0.39	1.02	.05
3. Hope-encouragement	1.19	1.71	.15
4. Formality	-2.52	1.00	-.33*
5. Collaboration	3.00	1.51	.38*
6. Validating	-0.11	1.35	-.01
7. General conversations	1.85	1.38	.24
8. Finding common ground	-1.67	1.30	-.22

Note.  $R^2$  for Session 3 = .28;  $p = .05$ ;  $R^2$  for Session 7 = .39,  $p < .01$ .  
\*  $p < .05$ .

**Table 3: Cross sectional mean working alliance (WAI) and interpersonal trust (ITP) scores**

Cross sectional mean (SD) Working Alliance (WAI) and Interpersonal Trust (ITP) scores according to the stages along the pathway through care

	Cluster I	Cluster II	Cluster III	All	Anova F/p
	Acute / high secure wards	Medium term medium secure wards	Pre discharge wards		
<b>WAI</b>					
<b>N</b>	<b>21</b>	<b>32</b>	<b>28</b>	<b>81</b>	
Patient rates nurse	54.3 (17.9)	60.3 (12.2)	66.9 (13.3)	61.0 (14.9)	4.7/0.012
Patient rates psychiatrist	55.1 (15.3)	56.5 (15.6)	64.2 (17.1)	58.8 (16.3)	2.5/NS
<b>N</b>	<b>22</b>	<b>33</b>	<b>28</b>	<b>83</b>	
Psychiatrist rates patient	43.1 (13.9)	51.4 (19.6)	56.1 (12.5)	50.8 (16.6)	4.2/0.019
Nurse rates patient	49.9 (11.9)	60.1 (13.1)	54.7 (14.1)	55.6 (13.6)	4.0/0.02
<b>ITP</b>					
<b>N</b>	<b>21</b>	<b>32</b>	<b>28</b>	<b>81</b>	
Patient rates nurse	34.4 (6.4)	37.8 ( 5.1)	40.5 ( 4.4)	37.8 ( 5.7)	8.1/0.001
Patient rates psychiatrist	35.4 (7.1)	37.3 ( 7.5)	41.4 ( 5.3)	38.2 ( 7.0)	5.3/0.007
<b>N</b>	<b>22</b>	<b>33</b>	<b>28</b>	<b>83</b>	
Psychiatrist rates patient	21.7 (6.7)	26.2 ( 9.8)	30.1 ( 7.2)	26.4 ( 8.7)	6.5/0.002
Nurse rates patient	27.6 (7.4)	30.2 ( 7.3)	31.3 ( 7.1)	29.9 ( 7.3)	1.6/NS

patients,  $r = 0.731$ ,  $p < 0.001$  and for 83 nurse ratings of working alliance and interpersonal trust in patients  $r = 0.759$ ,  $p < 0.001$ .

Πηγή: (Creed, 2005)

Εικόνα 11 Σχήμα 3: Οι βαθμολογίες της μέσης τιμής (SD) Working Alliance (WAI) και Interpersonal Trust (ITP) σύμφωνα με τα στάδια πορείας της φροντίδας, Πηγή: (Donnelly, 2011)

Πηγή: (Donnelly, 2011)

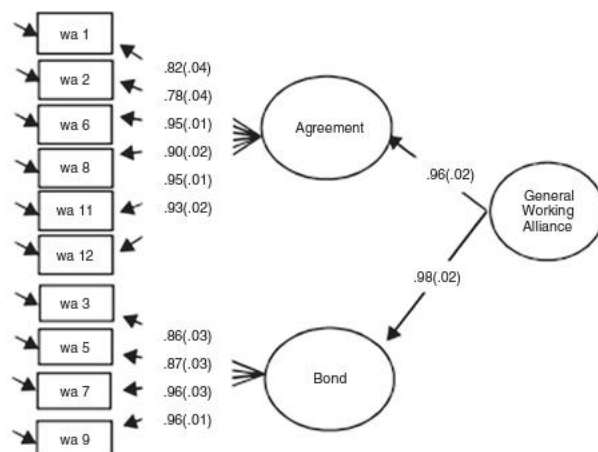


Figure 2 CFA second order model with standardized item loadings.

	Agreement(Task/Goal)	Bond	General working alliance
Protherapeutic group Behavior	$r = .69^{**}$	$r = .73^{**}$	$r = .73^{**}$
Stage of change	$r = .29^{**}$	$r = .17^*$	$r = .25^*$
Motivation to change	$r = .33^{**}$	$r = .22^*$	$r = .29^{**}$

Note. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Εικόνα 12 Σχημα 2 και 3: CFA Μοντέλο μέτρησης της εργασιακής συμμαχίας που αποτελείται από δυο κεντρικούς παράγοντες που εξηγούν τη θετική συσχέτιση τους σε έναν δευτερογενή παράγοντα General Workiing Alliance, Πηγή: (Santirso, 2018)

Πηγή: (Santirso, 2018)

Εικόνα 13 Σχήμα 2 Διάγραμμα 1 και 2: Συσχετίσεις μεταξύ των σχετικών ερωτηματολογίων (για τους φροντιστές και για την οικογένεια των νέων) με την μέτρηση της θεραπευτικής συμμαχίας στην προσαρμοσμένη έκδοση WAV-12R. Το ερωτηματολόγιο EUQ για τον φροντιστή (2) και το FEQ για τον γονέα (1), Πηγή: (Lamers, 2015)

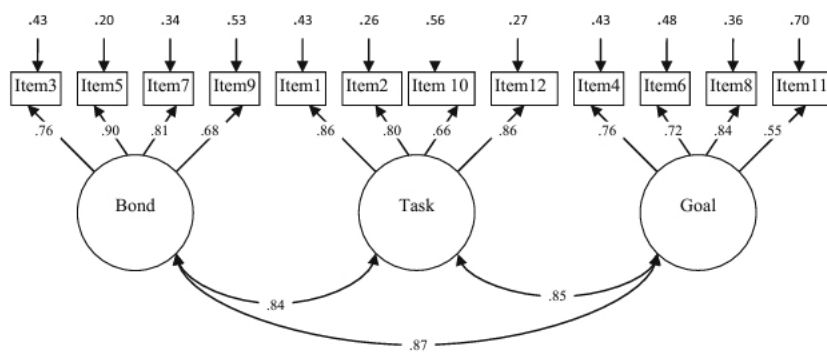


Fig. 1 Factor loadings, intercorrelations and error variance of the team version of the WAV-12R for a 3-factor model (N = 80)

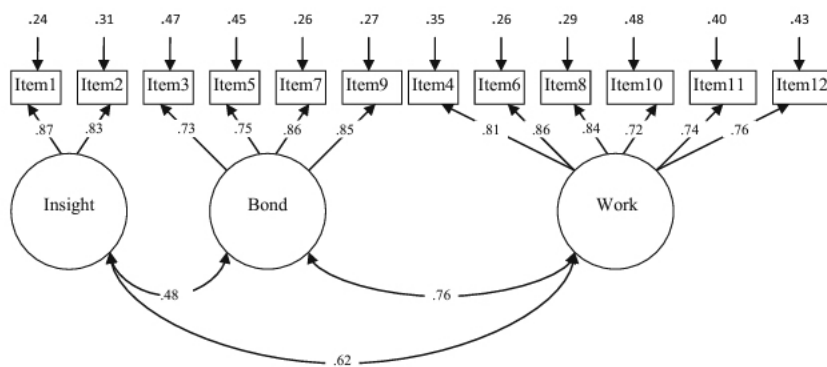


Fig. 2 Factor loadings, intercorrelations and error variance of the WAV-12R (caregiver version) for an adjusted 3-factor model (N = 73)

Εικόνα 14 Σχήμα 1: Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα παλινδρόμησης για τις δυο θεραπείες (AFT, FBT), με την κύρια επίδραση και την αλληλεπίδραση μεταξύ της θεραπευτικής συμμαχίας και το είδος της θεραπείας, όπως και εκτίμηση της ποιότητας του αποτελέσματος (μερική ή ολιστική ύφεση από τη διαταραχή – επίπεδο του σωματικού βάρους), Πηγή: (Forsberg, 2014)

Page 8

**Table 1**  
**Logistic Regressions for Treatment Outcome Measures**

Predictors	OR	95% CI	df	P
<b>Predictors of Full Remission</b>				
Constant	.38		1	.005
Factor 1	2.24	[1.24, 4.05]	1	.007**
Factor 2	1.03	[.56, 1.88]	1	Ns
Alliance: Total Score	1.54	[.69, 3.45]	1	Ns
Treatment	1.42	[.36, 5.66]	1	Ns
Treatment × Alliance Interaction	1.46	[.29, 7.31]	1	Ns
<b>Predictors of Partial Remission</b>				
Constant	12.89		1	<.001
Factor 3	4.73	[1.80, 12.46]	1	.002**
Alliance: Total Score	3.32	[1.20, 9.20]	1	.02*
Treatment	19.04	[1.72, 210.87]	1	.02*
Treatment × Alliance Interaction	2.74	[.40, 18.85]	1	Ns

*Note.* OR=Odds Ratio; CI=Confidence Interval; df=degrees freedom; Factor 1=Baseline BMI%ile and Early Full Remission by weight; Factor 2=Baseline EDE and early change in restraint; Factor 3=BL BMI%ile and Early Partial Remission status; Full Remission=>95% Expected Body Weight and Eating Disorder Examination scores within 1SD of community norms; Partial Remission=>85% Expected Body Weight; ns=non-significant.

\* p<.05  
\*\* p<.01.

**Table 2** Cronbach's alpha's of the Subscales of the two versions of the WAV-12R and Pearson correlations with related alliance questionnaires

	WAV-12R team version (n = 78)				WAV-12R parent version (n = 67)			
	Bond	Task	Goal	Total	Bond	Work	Insight	Total
Internal reliability	0.97	0.87	0.78	0.93	0.87	0.92	0.84	0.93
Concurrent validity								
Total score, EUQ	–	–	–	–	0.50**	0.78**	0.54**	0.75**
Parental scale, FEQ	0.57**	0.48**	0.53**	0.56**	–	–	–	–

EUQ Empathy and Understanding Questionnaire completed by caregiver, FEQ Family Engagement Questionnaire completed by case manager

\*\* Significant at the 0.01 level

*Πηγή: (Forsberg, 2014)*

Εικόνα 15 Σχήμα 2 και 3: Πρόβλεψη για τη θεραπευτική συμμαχία σχετικά με τις μετρήσεις Πηγή: (Stiles-Shields, 2016)

**Table 2** Significant predictors of therapeutic alliance determined through stepwise regression

Stepwise regression variable	$\Delta R^2$	$\Delta F$	B	SE	$\beta$	p
Early Treatment Alliance Model						
Baseline Rating of Anticipated Treatment Success	.45	8.97	2.83	0.94	.67	.01
Mid Treatment Alliance Model						
Baseline Rating of Anticipated Treatment Success	.64	12.68	2.86	0.80	.80	.009
Late Treatment Alliance Model						
Baseline Rating of Anticipated Treatment Success	.44	7.09	5.27	1.98	.66	.03

Note. Variables excluded for early treatment alliance model: number of previous specialist eating disorder interventions, baseline motivation score, duration of illness, age, baseline Body Mass Index (BMI), rating of treatment suitability, and baseline eating disorder severity ( $p > .68$ ); variables excluded for mid and end of treatment alliance models: early treatment rating of therapeutic alliance, number of previous specialist eating disorder interventions, baseline motivation score, duration of illness, age, baseline BMI, rating of treatment suitability, and baseline eating disorder severity ( $p > .57$ )

**Table 3** Variables excluded as significant predictors of therapeutic alliance determined through stepwise regression

Stepwise regression variable	Beta In	t	p
Early Treatment Alliance Model			
Previous specialist ED intervention	.362	1.73	.12
Baseline ANSOQC Total	.142	.57	.58
Duration of illness	-.052	-.22	.83
Age	-.026	-.11	.92
Baseline BMI	-.173	-.72	.49
Baseline rating of treatment suitability	.278	1.03	.33
Baseline EDE Global score	-.039	-.17	.87
Mid Treatment Alliance Model			
Previous specialist ED intervention	.119	.49	.64
Baseline ANSOQC Total	.366	1.64	.15
Duration of illness	-.353	-1.70	.14
Age	-.435	-1.81	.12
Baseline BMI	-.403	-1.63	.16
Baseline rating of treatment suitability	-.225	-.74	.49
Baseline EDE Global score	-.281	-1.26	.25
Early Treatment HRQ Total	.087	.27	.80
Late Treatment Alliance Model			
Previous specialist ED intervention	-.091	-.34	.74
Baseline ANSOQC Total	-.176	-.61	.56
Duration of illness	-.229	-.86	.41
Age	-.021	-.07	.95
Baseline BMI	.300	.98	.36
Baseline rating of treatment suitability	-.147	-.44	.67
Baseline EDE Global score	-.049	-.18	.86
Early Treatment HRQ Total	.205	.66	.53

Note. ED = Eating Disorder; ANSOQC = The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire; BMI = Body Mass Index; EDE = Eating Disorders Examination; HRQ = Helping Relationships Questionnaire

Πηγή: (Stiles-Shields, 2016)