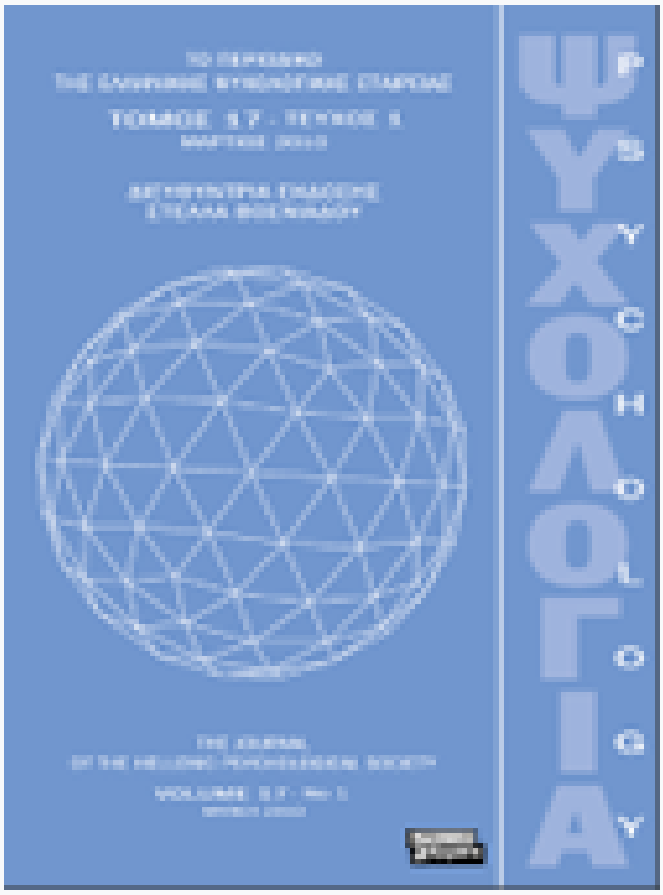
ePublishing

Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 17, No 4 (2010)



Do certain psychoanalytic interventions influence the therapeutic alliance?

Νικόλας Αναστασιάδης, Ειρήνη Γρυμάνη, Νίκος Λαμνίδης

doi: 10.12681/psy_hps.23776

Copyright © 2020, Νικόλας Αναστασιάδης, Ειρήνη Γρυμάνη, Νίκος Λαμνίδης

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0.

To cite this article:

Αναστασιάδης N., Γρυμάνη E., & Λαμνίδης N. (2020). Do certain psychoanalytic interventions influence the therapeutic alliance?. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, *17*(4), 402–412. https://doi.org/10.12681/psy_hps.23776

https://epublishing.ekt.gr | **e-Publisher:** EKT | **Downloaded at:** 25/01/2026 10:00:50

Ψυχολογία, 2010, 17 (4) ◆ 402-412 PSYCHOLOGY, 2010, 17 (4) ◆ 402-412

Επηρεάζουν διάφορες παρεμβάσεις ψυχαναλυτικού τύπου την πορεία της θεραπευτικής συμμαχίας;[1]

Νικόλας Αναστασιάδης[2]

Ειρήνη Γρυμάνη[3]

Νίκος Λαμνίδης[4]

Περίληψη

Η παρούσα εργασία είναι μια μελέτη μονής κλινικής περίπτωσης. Όπως οι Frieswyk et al. (1994), κάναμε και εμείς μια προσπάθεια να δώσουμε μια απάντηση στο ερώτημα, με ποιόν τρόπο συσχετίζονται οι ψυχαναλυτικές παρεμβάσεις, ως ανεξάρτητες μεταβλητές, και η συνεργασία, μια παράμετρος της θεραπευτικής συμμαχίας, ως εξαρτημένη μεταβλητή. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε μια σειρά απομαγνητοφωνημένων συνεδριών ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας ενός οριακού ασθενή. Στην πρώτη φάση, τυποποιήθηκαν τα απομαγνητοφωνημένα πρωτόκολλα σε αποσπάσματα (segments) των πενήντα γραμμών. Στη συνέχεια, κάθε ενότητα βαθμολογήθηκε με βάση τα ακόλουθα δύο κριτήρια: (1) Κατά πόσο υπήρχαν θετικές ή αρνητικές τροπές (shifts) στη συνεργασία και (2) ποιες ήταν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που προηγήθηκαν αμέσως πριν από τις τροπές αυτές. Για τη βαθμολόγηση των τροπών στη συνεργασία, χρησιμοποιήθηκε το εγχειρίδιο των Allen et al. (1988) ενώ για τη βαθμολόγηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων εφαρμόστηκε το εγχειρίδιο των Horwitz, Colson και Frieswyk (1988). Στο τέλος, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης κατά Spearman, προκειμένου να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτιση μεταξύ των θεραπευτικών παρεμβάσεων ανά ενότητα και της θεραπευτικής συμμαχίας. Σε αντίθεση με έρευνες του παρελθόντος, η ανάλυση των δεδομένων μάς φανέρωσε πως η παρέμβαση *ενθάρρυνση για επεξεργασία* σχετίζεται σημαντικά με θετικές τροπές στη θεραπευτική συμμαχία ($p<0,01$).

Λέξεις-κλειδιά: Συμμαχία ως παράγοντας πρόβλεψης για το αποτέλεσμα μιας ψυχοθεραπείας, στηρικτική (supportive) εναντίον εκφραστικής (expressive) ψυχοθεραπείας, τύποι (patterns) στην ψυχοθεραπεία, θεραπευτικές παρεμβάσεις και η σχέση τους με τη θεραπευτική συμμαχία.

---

1. Η πραγματοποίηση της παρούσας ερευνητικής εργασίας έγινε χάρη στη χρηματοδότηση της Διεθνούς Ψυχαναλυτικής Ενώσεως (International Psychoanalytical Association, IPA), με την ερευνητική υποτροφία (grant) προς τον Ν. Λαμνίδη και τη Χ. Χαντζή (Πρόγραμμα Άνοιξης 2001).

2. Η παρούσα έρευνα αποτελεί τμήμα της διπλωματικής διατριβής του Νικόλα Αναστασιάδη, που κατατέθηκε στο Πανεπιστήμιο του Salzburg της Αυστρίας (2003). Σχόλια σχετικά με το άρθρο μπορούν να απευθυνθούν στον Ν. Αναστασιάδη, Weiherburggasse 1B, A-6020 Innsbruck, Austria. Tel.: +43 664 5744518, e-mail: anastasiadis@karachalios.at

3. Διεύθυνση: Συνοδότου 3, 11634 Παγκράτι, Αθήνα. Τηλ.: 210 7228900, e-mail: igrimani@hotmail.com

4. Διεύθυνση: Εθνικής Αντιστάσεως 84β, 15231 Χαλάνδρι, Αθήνα. Τηλ.: 210 6744487, e-mail: lamnidis@otenet.gr

1. Εισαγωγή

Ο Freud υπήρξε ο πρώτος που τόνισε τη σημασία της αρμονικής σχέσης μεταξύ του αναλυτή και του ασθενούς και, ειδικότερα, του «ειλικρινούς ενδιαφέροντος» και της «ευαίσθητης συμμετοχής» από την πλευρά του αναλυτή. Ήταν επίσης και ο πρώτος που συσχέτισε τη θεραπευτική συμμαχία με την επιτυχία της θεραπείας (1912/1966). Ο Sterba (1934) και ο Fenichel (1941), ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλο, τροποποίησαν τις αντιλήψεις που είχε εκφράσει ο Freud νωρίτερα, ετοιμάζοντας το έδαφος για ερευνητές όπως η Zetzel (1956), η οποία, για πρώτη φορά, καθιέρωσε τον τεχνικό όρο «συμμαχία» (alliance). Σημειώνεται ότι η Zetzel πρότεινε το διαχωρισμό της μεταβίβασης από τη συμμαχία.

Σήμερα, αρκετοί θεραπευτές και ερευνητές προσδίδουν στη συμμαχία και στη θεραπευτική σχέση μια πρωτεύουσα θέση (Lambert & Bergin, 1994). Οι Howgego et al. (2003) συμπεραίνουν ότι υπάρχουν τέσσερα μεγάλα θεωρητικά ρεύματα που τοποθετούν τη θεραπευτική συμμαχία σε ένα εννοιολογικό πλαίσιο. Οι αφετηρίες αυτών των ρευμάτων μπορούν να εντοπισθούν αντίστοιχα στους Greenson (1967/1995), Rogers (1957), Strong (1968) και Bordin (1976):

1. Ο Greenson πρότεινε τον ορισμό της συμμαχίας βάσει τριών κριτηρίων: (α) Της «πραγματικής σχέσης» (real relationship), διακριτής από τα φαινόμενα της μεταβίβασης, (β) της ίδιας της μεταβίβασης και (γ) της «θεραπευτικής συμμαχίας» (working alliance) που εικονίζει την πρόθεση συνεργασίας μεταξύ του θεραπευτή και του ασθενούς με στόχο τη θεραπευτική αλλαγή.
2. Ο Rogers προσπαθούσε να εντοπίσει τα ενεργά στοιχεία της θεραπευτικής σχέσης. Ειδικότερα, θεώρησε την «ενσυναισθησία» (empathy), τη «συντονία» (congruence) και την «απεριόριστη θετική εκτίμηση» (unconditional positive regard) ως αναγκαίες προϋποθέσεις για τη θεραπευτική επιτυχία.
3. Ο Strong πρότεινε πως, στην πρώτη φάση της θεραπείας, ο θεραπευόμενος εκλαμβάνει το θεραπευτή ως αξιόπιστο, έμπειρο και ελκυστικό. Οι τρεις αυτές μεταβλητές αποτελούν τη βάση για τη «δύναμη πειθούς» (persuasive power), η οποία οδηγεί στη θετική αλλαγή κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής πορείας.
4. Ο Bordin τελικά γενίκευσε την έννοια της συμμαχίας σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, όπου αυτή αποτελείται από τα ακόλουθα τρία συστατικά: (α) την αποστολή (task), (β) το σκοπό (goal) και (γ) το δεσμό (bond). Η συμμαχία είναι ένας «παράγοντας-κλειδί» στη θεραπευτική πορεία, καθώς ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος είναι ισότιμοι «συνεταίροι». Σε αντίθεση με τον Greenson, ο Bordin δεν θεωρούσε τη θεραπευτική συμμαχία διακριτη από τη μεταβίβαση.

Στην κλινική ψυχανάλυση κυριαρχούν δύο μείζονες προσεγγίσεις στο θέμα της θεραπευτικής συμμαχίας. Έτσι, ορισμένοι θεωρούν τη συμμαχία ως μια απολύτως άχρηστη και άστοχη έννοια (Hanly, 1994), ένα αρχαϊκό (μεταβιβαστικό) παράγωγο από την πρώιμη σχέση μητέρας-παιδιού που αναμένεται να συμβολοποιηθεί (Meltzer, 1967) ή ακόμα και μια παράμετρο της μεταβίβασης που αναμένει την ερμηνεία της (Sandler, Dare & Clark, 1973. Brenner, 1979). Οι υποστηρικέτες της δεύτερης προσέγγισης θεωρούν τη θεραπευτική συμμαχία μια ουσιαστική παράμετρο της θεραπευτικής σχέσης. Στην περίπτωση αυτήν, η συμμαχία μπορεί να έχει και κυμαινόμενη συσχέτιση με τη μεταβίβαση (Greenson, 1974. Rosenfeld, 1974. Modell, 1976, Curtis, 1979. Blum & Simons, 1981. Guillaumin, 1998).

Ένα από τα πλέον δοκιμασμένα εργαλεία για την εμπειρική αξιολόγηση της συμμαχίας είναι τα CALPAS (*California Psychotherapy Alliance Scales*). Το εργαλείο αυτό αξιολογεί τις ακόλουθες τέσσερις διαστάσεις: (α) «εργασιακή συμμαχία», (β) «θεραπευτική συμμαχία», (γ) «αμοιβαία συμφωνία του θεραπευτή και του θεραπευόμενου» όσον αφορά τους στόχους και τους σκοπούς της θεραπευτικής αγωγής και (δ) «ενσυναισθησία» καθώς και «συναισθηματική συμμετοχή» του θεραπευτή (όπου μπορεί να συμπεριληφθεί και μια εκδοχή της αντιμεταβίβασης). Εκτός από το εργαλείο των CALPAS, τυγχάνουν ευρύτερης εφαρμογής στην έρευνα και στην κλινική πράξη και τα PENN (*Pennsylvania Helping Alliance Scales*), τα VTAS (*Vanderbilt Therapeutic Alliance Scales*) και το WAI (*Working Alliance Inventory*).

Όλα τα αναφερόμενα εργαλεία αξιολόγησης πληρούν τα κριτήρια σχετικά με την εγκυρότητα, την αξιοπιστία και την αντικειμενικότητα.

Όπως υπογραμμίζουν οι Horvath και Luborsky (1993), υπάρχει μεγάλος όγκος εμπειρικών αποτελεσμάτων που διαφωτίζει τη σχέση μεταξύ της θεραπευτικής συμμαχίας και της έκβασης της ψυχοθεραπείας. Ειδικότερα, υπάρχουν πολλές εμπειρικές μελέτες που επανειλημμένα φανερώνουν μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του μεγέθους της θεραπευτικής συμμαχίας κατά την έναρξη της θεραπείας και της έκβασης της αγωγής μετά από τους έξι πρώτους μήνες. Παραδείγματος χάρη οι Martin, Garske και Davis (2000) αναφέρουν στη μελέτη τους μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συμμαχίας που δημιουργείται στις πρώτες τρεις συνεδρίες και της συνολικής θεραπευτικής επιτυχίας. Οι δε Gaston, Marmar, Gallagher και Thompson (1991) βρήκαν μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της δέκατης έως δέκατης πέμπτης συνεδρίας και του αποτελέσματος της θεραπείας. Σε μια μετα-ανάλυση, που περιλάμβανε 24 μελέτες και που διεξήχθη από τους Horvath και Symonds (1991), το μέγεθος της επίδρασης (effect size) της συμμαχίας πάνω στην έκβαση ήταν ίσο με 0,26.

Το κίνητρο για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης ήταν να συνδέσουμε συγκεκριμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις με τη θεραπευτική συμμαχία. Σχετικά με τη διερεύνηση του ερωτήματος αυτού διεξήχθη ήδη μια μελέτη στο παρελθόν από τους Frieswyk et al. (1994). Εξέτασαν το ερώτημα αν οι «στηρικτικές παρεμβάσεις» (supportive interventions) διαφέρουν από τις «διερευνητικές παρεμβάσεις» (exploratory interventions) ως προς την επίδρασή τους στη θεραπευτική συμμαχία. Οι ερευνητές έδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ μιας θετικής συμμαχίας και των ερμηνειών του θεραπευτή. Προκειμένου να επιβεβαιώσουμε τα ευρήματα των προαναφερθέντων ερευνητών θέσαμε τα εξής ερωτήματα:

1. Θα μπορούσαμε να επιτύχουμε μια αξιόπιστη βαθμολόγηση των αλλαγών (τροπών) της θεραπευτικής συμμαχίας;
2. Θα μπορούσαμε να δείξουμε μια σχετική υπεροχή ορισμένων παρεμβάσεων, με την έννοια της υψηλότερης συσχέτισής τους, με θετικές τροπές της συμμαχίας; Σύμφωνα με τα ευρήματα των Frieswyk et al. (1994) αναμέναμε ότι ορισμένες παρεμβάσεις που ανήκουν στον στηρικτικό πόλο θα σχετίζονταν συστηματικά με τις θετικές τροπές της συνεργασίας.

Πριν την περιγραφή της μεθοδολογίας της παρούσας έρευνας θα θέλαμε να σημειώσουμε ότι τα αποτελέσματά μας βασίζονται σε μια μονή περίπτωση (single case study). Οι έρευνες μονής περίπτωσης υποστηρίζονται ιδιαιτέρως στην πρόσφατη βιβλιογραφία ως πολύτιμες πηγές πληροφοριών αλλά και υποθέσεων. Χαρακτηριστικά, ο Kazdin (1994) αναφέρει: «Η φροντίδα για την εξωτερική εγκυρότητα δεν είναι απαραιτήτως πρόβλημα εκτός εάν γίνει δυνατόν να διατυπωθεί μια εξειδικευμένη υπόθεση που να καθιστά πιθανή τη μη γενικευσιμότητα (της)» (σελ. 30).

2. Μέθοδος

Υποκείμενα

Στη μελέτη συμμετείχαν ένας ψυχοθεραπευτής, τρείς ανεξάρτητοι βαθμολογητές και ένας ασθενής.

Θεραπευτής

Ο ψυχοθεραπευτής είναι ψυχίατρος, που την χρονική στιγμή της ερευνώμενης θεραπείας είχε συμπληρώσει 18 χρόνια ψυχοθεραπευτικής πρακτικής πλήρους απασχόλησης και βρισκόταν στο τελευταίο στάδιο της ψυχαναλυτικής του εκπαίδευσης. Διατηρούσε μια σχέση εξωτερικού συνεργάτη με την Ψυχιατρική Κλινική του Αιγηνητείου Νοσοκομείου και είχε ασχοληθεί συστηματικά με τη θεωρία και την έρευνα της θεραπευτικής συμμαχίας τα τέσσερα τελευταία χρόνια.

Αξιολογητές

Ο ένας ήταν ο ίδιος ο ψυχοθεραπευτής (ένα έτος μετά την επιβεβλημένη από εξωτερικούς παράγοντες διακοπή της θεραπείας). Η δεύτερη αξιολογήτρια είναι ψυχολόγος, με μεταπτυχιακή διατριβή και, κατά τη στιγμή της έρευνας, είχε 15ετή εμπειρία ψυχοθεραπευτικής πρακτικής και βρισκόταν σε προχωρημένο στάδιο της ψυχαναλυτικής της εκπαίδευσης. Ο τρίτος αξιολογητής είναι ψυχολόγος που, τη στιγμή της έρευνας ήταν φοιτητής μεταπτυχιακού προγράμμα-

τος στην ψυχολογία που έγραφε τη διπλωματική του εργασία. Λόγω της εντατικής του ενασχόλησης με το θέμα της συμμαχίας τα τελευταία δύο χρόνια είχε επαρκή εμπειρία στην εκτίμηση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων.

Ασθενής

Κατά την παραπομπή του, ο ασθενής είναι 35 ετών, παντρεμένος, με δύο παιδιά. Εργάζεται περιστασιακά. Προέρχεται από μια εξαιρετικά διαταραγμένη πατρική οικογένεια και έχει υποστεί πλήθος τραυματικών πληγμάτων, ιδίως από την πλευρά της μητέρας του. Κατά την έναρξη της θεραπείας διαθέτει ένα μακρό ιστορικό παρορμητικών σεξουαλικών πρακτικών του τύπου της επιδειξιομανίας. Οι διαγνώσεις βάσει του DSM-IV ήταν: Επιδειξιομανία, δυσθυμία, αγχώδης διαταραχή και ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας. Η κλινική διάγνωση του «Οριακού-Διαστροφικού» μπήκε από την ομάδα των ψυχιάτρων και ψυχολόγων του αντίστοιχου Τμήματος του Αιγινητείου Νοσοκομείου, πριν από την έναρξη της θεραπείας. Κατόπιν ο ασθενής παραπέμφθηκε διαγνωσμένος στο συγκεκριμένο θεραπευτή. Ακριβής κλινική περιγραφή του ασθενούς έγινε σε άλλη δημοσίευση (Βασλαματζής κ.ά., 2005)

Αγωγή και συνεδρίες

Η θεραπεία που διεξήχθη ήταν ψυχαναλυτικού τύπου (λεπτομέρειες για τη θεραπεία αναφέρονται στους Βασλαματζή κ.ά., 2005). Πριν την έναρξη της θεραπείας, ο θεραπευόμενος έδωσε τη γραπτή συμφωνία του για την συμμετοχή του στην παρούσα έρευνα. Έτσι μαγνητοφωνήθηκαν όλες οι συνεδρίες, δύο κάθε εβδομάδα. Από το σύνολο των μαγνητοσκοπημένων συνεδριών στην παρούσα μελέτη βαθμολογήθηκαν οι δέκα. Η επιλογή των συνεδριών για επιμέρους διερεύνηση ήταν τυχαία, δηλαδή δεν έγινε με κανένα συγκεκριμένο κριτήριο. Η πρώτη βαθμολογημένη συνεδρία (25η από την αρχή της θεραπείας) διεξήχθη στις 16 Μαϊου του 2002 και η τελευταία (34η από την αρχή της θεραπείας) στις 2 Ιουλίου 2002.

Μέσα αξιολόγησης

Σε πρώτη φάση αξιολογήθηκαν οι αλλαγές (τροπές) στη θεραπευτική συμμαχία. Στη συνέχεια βαθμολογήθηκαν και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, προκειμένου να μπορέσουν να συσχετιστούν με τη συμμαχία.

Τροπές στη συμμαχία

Για την αξιολόγηση τροπών στη θεραπευτική συμμαχία εφαρμόστηκε το εγχειρίδιο των Allen et al. (1988) που σχεδιάστηκε για την παρακολούθηση της συμμαχίας κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας.

Κατηγοριοποίηση θεραπευτικών παρεμβάσεων

Για την κατηγοριοποίηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων εφαρμόστηκε το σύστημα των Horwitz, Colson και Frieswyk (1988). Σύμφωνα με αυτούς τους ερευνητές, οι ψυχαναλυτικές παρεμβάσεις (συμπεριλαμβανόμενης και της ερμηνείας) μπορούν να τυποποιηθούν σε επτά διακριτές κατηγορίες: (1) *Ερμηνεία*. Το βασικό συστατικό στοιχείο αυτής της παρέμβασης είναι ότι περιέχει πάντα έναν επεξηγηματικό χαρακτήρα χωρίς όμως αυτό να συνεπάγεται πάντα τη ρητή αναφορά ενός «διότι». Συχνά, η ερμηνεία σημαίνει τη σύνδεση δύο ή περισσότερων στοιχείων σε μια καινούρια σχέση. (2) *Αντιπαράθεση*. (α) Απευθύνεται σε κίνηση αποφυγής και άρνησης του ασθενούς ή (β) αποτελεί εγχείρημα υπογράμμισης συναισθημάτων καθώς και περιεχομένων που ο ασθενής φαίνεται να μην παίρνει υπ' όψη. Η αντιπαράθεση πάντα απευθύνεται σε κάτι που ο ασθενής δεν θέλει να αποδεχτεί ή που θέλει να αρνηθεί ή να ελαχιστοποιήσει. (3) *Διευκρίνιση*. Συνιστά, από πλευράς θεραπευτή, τη σύνοψη ή ακόμη και αναδιατύπωση των όσων είπε ο ασθενής με σκοπό την κατά το δυνατόν πιο συνεκτική οπτική τους. (4) *Ενθάρρυνση* για επεξεργασία. Εκτός από την παροχή διαευκρινίσεων σκοπός της παρέμβασης είναι η εστίαση σε ένα συγκεκριμένο σημείο των λεγομένων του ασθενούς. (5) *Ενσυναίσθηση*. Η παρέμβαση αυτή δείχνει πως ο θεραπευτής συντονίζεται με τον συναισθηματικό τόνο του ασθενούς, αλλά μόνον αυτό, χωρίς άλλα επικοινωνιακά περιεχόμενα. (6) *Συμβουλή* και *έπαινος*. Η συμβουλή μπορεί να αφορά και τα της θεραπείας αλλά και τα εκτός θεραπείας. Ο έπαινος αναγνωρίζει μία προσπάθεια ή ένα επίτευγμα του ασθενούς. (7) *Βεβαίω-*

ση. Αφορά εκφράσεις του τύπου «χμ», «αχά», «ναι», «ο.κ.» ή «καταλαβαίνω τι εννοείτε».

Διαδικασία

Προκειμένου να βαθμολογηθούν η τροπές στη θεραπευτική συμμαχία παραδόθηκαν οι δέκα αποτυπωμένες συνεδρίες, μαζί με ένα αντίγραφο του εγχειριδίου των Allen et al. (1988), στους βαθμολογητές. Σύμφωνα με τις οδηγίες του εγχειριδίου των Allen et al., το κείμενο που απάρτιζε τις δέκα αποτυπωμένες συνεδρίες έπρεπε να χωριστεί σε αποσπάσματα των πενήντα γραμμών (σημειώνεται ότι το εγχειρίδιο τον Allen et al. δεν περιορίζει το μέγεθος ή τη μορφή της γραμματοσειράς που πρέπει να έχει το κείμενο υπό μελέτη). Συνεπώς, η κάθε αποτυπωμένη συνεδρία αποτελείτο από 10 έως 12 αποσπάσματα των πενήντα γραμμών.

Στη συνέχεια, οι βαθμολογητές έπρεπε να σκοράρουν, για κάθε απόσπασμα των πενήντα γραμμών, «+» (για θετική τροπή), «π +» (για πιθανών θετική τροπή), «0» (για αποσπάσματα που δεν υπάρχει τροπή), «π –» (για πιθανώς αρνητική τροπή) ή «–» (για αρνητική τροπή). Οι βαθμολογήσεις στάλθηκαν με φάξ στον κύριο ερευνητή.

Σε δεύτερη φάση βαθμολογήθηκαν όλες οι παρεμβάσεις του θεραπευτή στις δέκα συνεδρίες. Η βαθμολογήσεις αυτές πραγματοποιήθηκαν από τον κύριο ερευνητή και επιβεβαιώθηκαν αργότερα από του υπόλοιπους ερευνητές.

Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων τα αποτελέσματα της βαθμολόγησης ομαδοποιήθηκαν σε τρεις κατηγορίες: (α) μη ύπαρξη τροπής, (β) αρνητική και (γ) θετική τροπή. Στη συνέχεια για κάθε απόσπασμα καθεμιάς από τις δέκα συνεδρίες υπολογίστηκε η επικρατούσα τιμή των τριών βαθμολογιών. Σε δώδεκα από το σύνολο των εκατόν δεκατριών αποσπασμάτων δεν ήταν δυνατός ο υπολογισμός της επικρατούσας τιμής. Αυτό συνέβαινε γιατί και οι τρεις βαθμολογητές βαθμολόγησαν με διαφορετικό τρόπο (π.χ.: ο πρώτος βαθμολογητής βλέπει αρνητική τροπή στη συμμαχία, ο δεύτερος βλέπει θετική, ενώ ο τρίτος θεωρεί ότι δεν υπάρχει κάποια τροπή). Προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ του τρόπου βαθμολόγησης των τριών βαθμολογητών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 (Pearson's chi-square test). Ο συντελεστής συσχέτισης κατά Spearman χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί πιθανή συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των θεραπευτικών παρεμβάσεων ανά απόσπασμα και της συμμαχίας μεταξύ θεραπευόμενου και θεραπευτή. Η μη παραμετρική διαδικασία Kruskal-Wallis χρησιμοποιήθηκε για να συγκρίνει τον αριθμό παρεμβάσεων σε καθεμιά από τις τρεις πιθανές τροπές. Για όλες τις συγκρίσεις ως επίπεδο σημαντικότητας θεωρήθηκε το $\alpha=5\%$, ενώ όπου χρειάστηκε να γίνουν πολλαπλές συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni. Τέλος, η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 12.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

3. Αποτελέσματα

Συνολικά, βαθμολογήθηκαν 113 αποσπάσματα από 10 συνεδρίες. Ο μέσος αριθμός αποσπασμάτων ήταν 11,3 με ελάχιστη τιμή το οκτώ και μέγιστη το δεκατρία.

Τα αποτελέσματα από τη βαθμολόγηση των 113 αποσπασμάτων συνοψίζονται στον Πίνακα 1. Η μη ύπαρξη τροπής είναι η βαθμολογία που εμφανίζεται συχνότερα (51,9%). Το αποτέλεσμα της δοκιμασίας χ^2 έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($\chi^2=10{,}161$; $p=0{,}04$) στον τρόπο βαθμολόγησης των τριών βαθμολογητών. Η διαφορά αυτή οφείλεται στο διαφορετικό τρόπο που βαθμολόγησαν τα αποσπάσματα ο πρώτος με τον τρίτο βαθμολογητή ($\chi^2=9{,}05$; $p=0{,}01$).

Όπως ήταν αναμενόμενο, ο βαθμός συμφωνίας μεταξύ των τριών βαθμολογητών είναι χαμηλός ($K=0{,}08$; $p=0{,}07$).

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται ο αριθμός και το είδος παρέμβασης μέσα σε κάθε συνεδρία. Συνολικά, παρατηρήθηκαν 830 παρεμβάσεις. Ο μεγαλύτερος αριθμός παρεμβάσεων έγινε στην τελευταία συνεδρία. Σχεδόν σε όλες τις συνεδρίες (εκτός από την ένατη) η παρέμβαση που χρησιμοποιείται περισσότερο είναι η *ενθάρρυνση για επεξεργασία* (52,4%). Άλλες παρεμβάσεις

Πίνακας 1
Αποτελέσματα βαθμολόγησης των 113 ενοτήτων

	Βαθμολογητής 1		**Βαθμολογητής 2**		**Βαθμολογητής 3**		**Σύνολο**	
Βαθμολογία	N	%	N	%	N	%	N	%
Αρνητική τροπή	19	16,8	24	21,2	25	22,1	68	20,1
Μη ύπαρξη τροπής	72	63,7	54	47,8	50	44,2	176	51,9
Θετική τροπή	22	19,5	35	31,0	38	33,6	95	28,0
Σύνολο	**113**	**100**	**113**	**100**	**113**	**100**	**339**	**100**

Πίνακας 2
Συχνότητα N (%) εμφάνισης παρεμβάσεων

	Συνεδρία										
Τύπος παρέμβασης	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**Σύνολο**
Ερμηνεία	3 (5,3)	–	–	–	–	–	–	9 (30,0)	–	4 (3,5)	16 (1,9)
Αντιπαράθεση	–	4 (4,0)	–	9 (9,0)	–	4 (3,7)	–	1 (3,3)	3 (3,5)	17 (14,9)	38 (4,6)
Διευκρίνιση	18 (31,6)	29 (28,7)	13 (21,3)	19 (19,0)	11 (10,2)	47 (43,5)	16 (25,0)	6 (20,0)	43 (50,0)	31 (27,0)	233 (28,1)
Ενθάρρυνση για επεξεργασία	21 (36,8)	47 (46,5)	29 (47,5)	56 (56,0)	85 (78,7)	51 (47,2)	45 (70,3)	13 (43,4)	35 (40,7)	53 (46,0)	435 (52,4)
Ενσυναίσθηση	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Συμβουλή και αναγνώριση	1 (1,7)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1 (0,1)
Βεβαίωση	13 (22,9)	20 (19,8)	18 (29,1)	15 (15,0)	12 (11,1)	6 (5,6)	3 (4,7)	1 (3,3)	4 (4,6)	7 (6,0)	99 (11,9)
Μη ταξινομημένη	1 (1,7)	1 (1,0)	1 (1,6)	1 (1,0)	–	–	–	–	1 (1,2)	3 (2,6)	8 (1,0)
Σύνολο παρεμβάσεων	**57 (100)**	**101 (100)**	**61 (100)**	**100 (100)**	**108 (100)**	**108 (100)**	**64 (100)**	**30 (100)**	**86 (100)**	**115 (100)**	**830 (100)**

Πίνακας 3
Συντελεστές συσχέτισης κατά Spearman (*ρ*) μεταξύ αριθμού παρεμβάσεων και θεραπευτικής συμμαχίας

	Θεραπευτική συμμαχία
Τύπος παρέμβασης	
Ερμηνεία	0,05
Αντιπαράθεση	0,08
Διευκρίνιση	0,1
Ενθάρρυνση για επεξεργασία	0,26*
Συμβουλή και αναγνώριση	–0,02
Βεβαίωση	–0,06
Μη ταξινομημένη	0,03

* Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο α=0,01

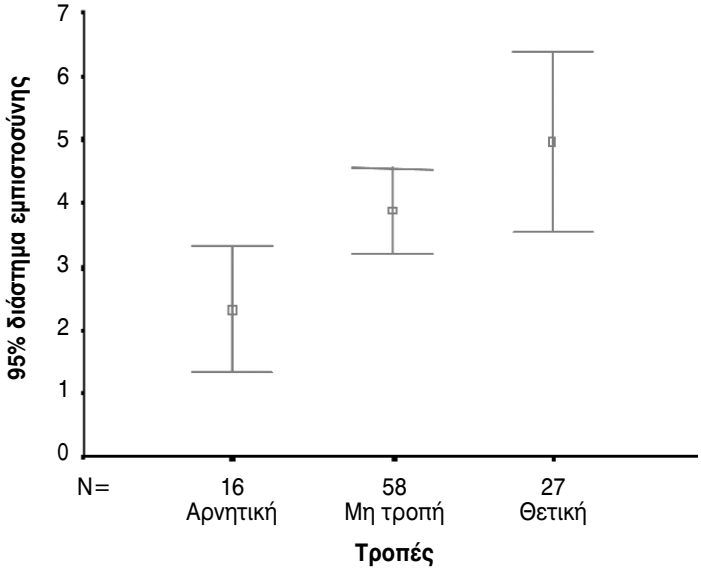
που χρησιμοποιούνται συχνά είναι η *διευκρίνιση* (28,1%) αλλά και η *βεβαίωση* (11,9%). Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τα ευρήματα της μελέτης των Allen et al. (1996), όπου η συχνότερη παρέμβαση ήταν επίσης η *ενθάρρυνση για επεξεργασία* (46,6%), ακολουθούμενη από τη *διευκρίνιση* (20,1%). Αξίζει να σημειωθεί η πλήρης απουσία της *ενσυναίσθησης* στην παρούσα μελέτη καθώς και το χαμηλό ποσοστό (1,4%) της ίδιας παρέμβασης στη μελέτη των Allen et al. (1996). Η βασική διαφορά μεταξύ των δύο μελετών αφορά τη χρήση της παρέμβασης *συμβουλή και έπαινος* (0,1% στην παρούσα μελέτη vs 14,4% στη μελέτη των Allen et al.).

Τα δεδομένα της παρούσας έρευνας υποστηρίζουν ότι όσο πιο συχνά εμφανίζεται η παρέμβαση *ενθάρρυνση για επεξεργασία*, τόσο περισσότερο παρατηρείται μια τάση θετικών τροπών στη θεραπευτική συμμαχία (ρ=0,26; $p<0,01$). Από το αποτέλεσμα της δοκιμασίας Kruskal-Wallis φαίνεται ότι ο αριθμός παρεμβάσεων τύπου *ενθάρρυνση για επεξεργασία* διαφέρει σημαντικά μεταξύ των τριών ομάδων πιθανών τροπών (Η=7,99; $p=0,02$). Η διαφορά εντοπίζεται μεταξύ των ομάδων της θετικής και της αρνητικής τροπής (μέση διαφορά=2,65; $p=0,01$).

3. Συμπεράσματα

Το βασικό κίνητρο της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του αν και σε ποιο βαθμό συγκεκριμένες παρεμβάσεις επηρεάζουν τη θεραπευτική συμμαχία. Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε βασίστηκε σε προηγούμενη μελέτη των Allen et al. (1996). Η έρευνα αυτή είχε καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η αύξηση της συχνότητας παρεμβάσεων τύπου *ερμηνεία* καθώς και *διευκρίνιση* σχετίζονται σημαντικά με θετικές τροπές στη θεραπευτική συμμαχία ($p<0,01$). Ένα δεύτερο εύρημα ήταν ότι η αύξηση της συχνότητας της παρέμβασης *συμβουλή* και *αναγνώριση* είχε σημαντικά αρνητική επίδραση στη συμμαχία ($p<0,01$). Τα αποτελέσματα της δικής μας μελέτης, προς έκπληξή μας, οδηγούν σε μια τελείως διαφορετική εικόνα. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε ότι η παρέμβαση *ενθάρρυνση για επεξεργασία* σχετίζεται σημαντικά με θετική τροπή στη θεραπευτική συμμαχία ($p<0,01$).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε μια βασική μεθοδολογική αδυναμία της παρούσας μελέτης. Αυτή συνίσταται στην έλλειψη ομαδικής και συστηματικής εκπαίδευσης των τριών βαθμολογητών. Η αδυναμία αυτή αντικατοπτρίζεται



Γράφημα 1
Διάγραμμα πλαισίου: Αριθμός παρεμβάσεων τύπου *ενθάρρυνση για επεξεργασία* ανά ομάδα πιθανής τροπής

ξεκάθαρα στο χαμηλό βαθμό συμφωνίας (K=0,08; p=0,07). Πέρα από την έλλειψη εκπαίδευσης, που είναι μια σημαντική αδυναμία, άλλοι λόγοι που πιθανόν να συντέλεσαν στο χαμηλό βαθμό συμφωνίας είναι: (α) η γλώσσα (αγγλικά), στην οποία γράφτηκαν οι οδηγίες, να μην ήταν το ίδιο κατανοητή σε όλους τους βαθμολογητές· (β) το σημείο αναφοράς ως προς το οποίο γίνεται η βαθμολόγηση, να θεωρήθηκε από κάποιους βαθμολογητές η αμέσως προηγούμενη ενότητα, ενώ από κάποιους άλλους, για παράδειγμα, να θεωρήθηκε η αρχική κατάσταση του ασθενούς ή ακόμη και ο στόχος της θεραπείας· (γ) πιθανές αδυναμίες του εγχειριδίου, όπως έλλειψη σαφήνειας· και (δ) αδυναμία των βαθμολογητών (λόγω ανεπαρκούς εκπαίδευσης στην ερευνητική μεθοδολογία) να προσεγγίσουν το υλικό με το χαμηλότερο δυνατό βαθμό υπόρρητης θεωρητικοποίησης.

Οι αδυναμίες αυτές δεν μηδενίζουν το ερευνητικό αποτέλεσμα. Αντίθετα, η γνώση τους μας δίνει το κίνητρο βελτίωσης σε μελλοντικές προσπάθειες. Για παράδειγμα, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί το SASB (Structural Analysis of Social Behavior) του Benjamin (1974) όπως έκαναν οι Henry, Schacht και Strupp (1986). Μια δεύτερη πρόταση θα ήταν η χρήση των CALPAS-R (California Psychotherapy Alliance Scales, Rater Version) καθώς και το HAr (Helping Alliance rating method). Θα είχε επίσης ενδιαφέρον σε μια μελλοντική προσπάθεια να χρησιμοποιηθούν τα δεδομένα από τις πρώτες συνεδρίες που αποδεδειγμένα (Gaston et al., 1991) συσχετίζονται σημαντικά με το αποτέλεσμα της θεραπευτικής αγωγής. Τέλος, θα πρέπει κάθε παρόμοια προσπάθεια να περιλαμβάνει από την αρχή υπολογισμό του μεγέθους του δείγματος συνεδριών που θα πρέπει να αναλυθούν, ώστε η μελέτη να έχει την κατάλληλη στατιστική δύναμη (power). Συνοψίζοντας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η παρούσα προσπάθεια είναι μια πιλοτική μελέτη, στα συμπεράσματα της οποίας θα μπορούσαν να βασιστούν μελλοντικές ερευνητικές ιδέες.

Βιβλιογραφία

Allen, J. G., Coyne, L., Colson, D. B., Horwitz, L., Gabbard, G. O., Frieswyk, S. H., & Newson, G. (1996). Pattern of therapist interventions associated with patient collaboration. *Psychotherapy, 33*, 245-261.

Βασλαματζής, Γ., Ζερβής, Χ., Ιωάννοβιτς, Ε., Κοκκώση, Μ., Λαμνίδης, Ν., Τσάνη, Χ., & Χατζηανδρέου, Μ. (2005). Ο Οριακός Ασθενής, Αθήνα: Καστανιώτης.

Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review, 81*, 392-425.

Blum, H., P., & Simons R., C., (1981). Contemporary problems of psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 29*, 643-658.

Bordin, E. S. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, *16*, 252-260.

Brenner, C. (1979). Working alliance, therapeutic alliance, and transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *27*, 137-157.

Curtis, C. H., (1979). The concept of therapeutic alliance: Implications for the "widening Scope". *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *27*, 159-192.

Fenichel, O. (1941). *Problems in psychoanalytic technique.* New York: The Psychoanalytic Quarterly, Inc.

Freud, S. (1966). The dynamics of transference. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 99-108). London: Hogarth Press. (Original work published 1912).

Frieswyk, S. H., Gabbard, G. O., Horwitz, L., Allen, J. G., Colson, D. B., Newsom, G. E., & Coyne, L. (1994). The role of the therapeutic alliance in psychoanalytic therapy with borderline patients. In A. O. Horvath, & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 199-224). New York: John Wiley & Sons.

Gabbard, G. O. (2000). Hatred and Its Rewards. *Psychoanalytic Inquiry*, *20*, 409-420.

Gaston, L., Marmar, C. R., Gallagher, D., & Thompson, L. W. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy processes. *Psychotherapy Research*, *1*, 104-112.

Gaston, L., Piper, W. E., Debbane, E. G., Bienvenu, J. P., & Garant, J. (1991, July). *Alliance and technique in predicting outcome of short- and long-term psychotherapy*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Lyon, France.

Greenson, R. R., (1974). Transference: Freud or Klein. *International Journal of Psychoanalysis*, *55*, 37-48.

Greenson, R. R. (1995). *Technik und Praxis der Psychoanalyse* (7th ed.). Stuttgart: Klett-Cotta. (Original work published 1967).

Guillaumin, J. (1998). *Transfert/Contre-transfert*. Paris: Éditions L' Esprit du Temps.

Hanly, C., (1994). Reflections on the place of the therapeutic alliance in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, *75*, 457-467.

Herny, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1986). Structural Analysis of Social Behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 27-31.

Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 561-573.

Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *38*, 139-149.

Horwitz, L., Colson, D. B., & Frieswyk, S. (1988). Intervention categories inventory. Unpublished manuscript. The Menninger Clinic, Topeka, USA.

Howgego, I. M., Yellowlees, P., Owen, C., Meldrum, L., & Dark, F. (2003). The therapeutic alliance: The key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *37*, 169-183.

Kazdin, A. E. (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 19-71). New York: John Wiley & Sons.

Kernberg, F. O., (2001). Recent developments in the technical approaches of English-language psychoanalytic schools. *Psychoanalytic Quarterly*, 70, 519-547.

Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143-189). New York: John Wiley & Sons.

Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 438-450.

Meltzer, D. (1967). *The psychoanalytical process*. London: Heinemann.

Modell, H. A., (1976). “The holding environment” and the therapeutic action of psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *24*, 285-307.

Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In. H. Kirschenbaum & V. L. Henderson (Eds.), *The Carl Rogers Reader* (pp. 219-235). Bury St Edmunds: St Edmundsbury Press Limited.

Rosenfeld, H., (1974). “Transference: Freud or Klein”, A discussion of the paper by Ralph R. Greenson. *International Journal of Psychoanalysis*, *55*, 49-51.

Sandler, J., Dare, C., & Dark, A. (1973). *The patient and the analyst: The basis of the psychoanalytic process*. New York: International University Press.

Siegel, S., & Castellan, J. N. (1988). *Non parametric statistics for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, *15*, 117-126.

Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, *15*, 215-224.

Widloecher, D. (2002). Primary love and infantile sexuality: An eternal debate. In D. Widloecher (Ed.), *Infantile sexuality and attachment* (pp.1-36). New York: Other Press.

Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, *37*, 369-376.

Do certain psychoanalytic interventions influence the therapeutic alliance?

NICOLAS ANASTASIADIS[1]

IRENE GRYMANI[2]

NIKOS LAMNIDIS[3]

ABSTRACT The present study is a single case study. Following a strategy, which has been successfully applied in the past by Frieswyk et al. (1994), we attempted to answer the question whether there is a connection between various psychoanalytic interventions and the therapeutic alliance. In order to investigate this question, the verbatim-typed protocols of ten psychotherapy sessions were examined. Following the instructions given in the Manual for Assessing the Therapeutic Alliance and Collaboration in Psychotherapy (Allen et al., 1988), we separated the protocols into fifty line segments. Consequently, each of the segments was rated according to the following criteria: (1) Positive or negative shifts in the therapeutic alliance and (2) types of observed interventions (as described in an unpublished manuscript, presented by Horwitz, Colson and Frieswyk, 1988). The ratings of collaboration shifts were done by three independent observers. In order to achieve a final consensus between ratings, we calculated the mode. Finally, Spearman correlations were calculated in order to assess the strength of association between observed therapeutic interventions and shifts in the therapeutic alliance. The main finding of our study was, that there is a strong correlation between the number of the intervention *Encouragement to Elaborate* and positive shifts in collaboration between patient and therapist ($p<0.01$). No other significant correlations could be observed. Our finding is of specific interest, for studies in the past have come to the conclusion, that there is a strong association between interpretations and the therapeutic alliance.

Key words: The alliance as a predictor of therapeutic success, Supportive versus expressive psychotherapy, patterns in therapy, Therapeutic interventions and the alliance.

1. Address: Weiherburggasse 1B, A-6020 Innsbruck, Austria. Tel.: +43 664 5744518, e-mail: anastasiadis@karachalios.at

2. Address: Synodotou 3, 11 634 Pagkrati, Athens. Tel.: 210 7228900, e-mail: igrimani@hotmail.com

3. Address: Ethnikis Antistaseos 84b, 15231 Halandri, Athens. Tel.: 210 6744487, e-mail: lamnidis@otenet.gr