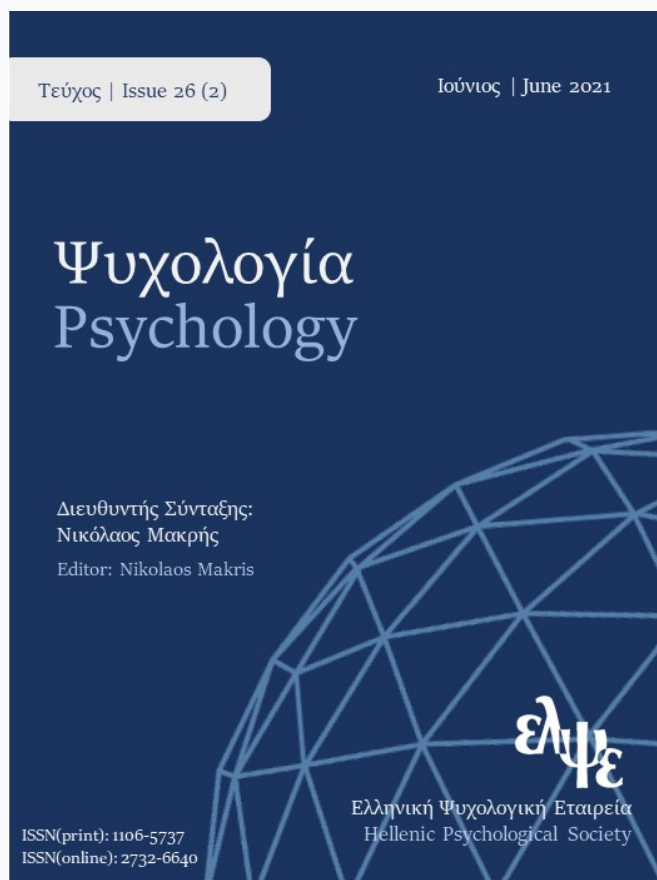


Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 26, No 2 (2021)

Special Section: The therapeutic relationship in clinical and counseling psychology.



The therapeutic relationship in cognitive behavioral therapy

Giorgos Efstathiou

doi: [10.12681/psy_hps.26862](https://doi.org/10.12681/psy_hps.26862)

Copyright © 2021, Giorgos Efstathiou



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

To cite this article:

Efstathiou, G. (2021). The therapeutic relationship in cognitive behavioral therapy. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 26(2), 65–85. https://doi.org/10.12681/psy_hps.26862

Η θεραπευτική σχέση στη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία

Γιώργος ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ¹

¹ Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, Αθήνα, Ελλάδα

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ	ΠΕΡΙΛΗΨΗ
Αντίσταση, Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Θεραπεία, θεραπευτική σχέση, θεραπευτική συμμαχία, μεταβίβαση - αντιμεταβίβαση, ρήξεις στη θεραπευτική συμμαχία	Στο άρθρο περιγράφονται οι ιδιαιτερότητες της θεραπευτικής σχέσης στη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία (ΓΣΘ) και ο τρόπος αντιμετώπισης των δυσκολιών στη θεραπευτική διάδραση. Παρουσιάζεται η ιστορική εξέλιξη της κατανόησης της θεραπευτικής σχέσης στο πλαίσιο της ΓΣΘ, από την αρχική θεώρησή της ως μία αναγκαία αλλά όχι ικανή συνθήκη για την επίτευξη της θεραπευτικής αλλαγής ως τη σύγχρονη θεώρηση ότι η θεραπευτική αλλαγή προκύπτει τόσο από τις τεχνικές, όσο και από την θεραπευτική σχέση. Περιγράφονται ο ρόλος του θεραπευτή και τα ειδικά χαρακτηριστικά της θεραπευτικής συμμαχίας, κεντρικά μεταξύ των οποίων είναι ο συνεργατικός εμπειρισμός και η μαιευτική μέθοδος. Οι δυσκολίες στη θεραπευτική σχέση και οι δυνατότητες αντιμετώπισής τους συζητούνται στο πλαίσιο των συναφών φαινομένων της αντίστασης, των ρήξεων στη θεραπευτική συμμαχία και της μεταβίβασης - αντιμεταβίβασης. Γίνεται αναφορά στη συλλογιστική πίσω από την τήρηση των ορίων στη θεραπευτική σχέση. Συμπερασματικά, στη ΓΣΘ η ενασχόληση με τη θεραπευτική σχέση δεν είναι τόσο κεντρική όσο σε άλλες προσεγγίσεις και απαρτίζεται με τις τεχνικές, παρότι γίνονται συνεχείς προσπάθειες βελτίωσης και διεύρυνσης της κατανόησης της θεραπευτικής διάδρασης. Ωστόσο, η θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται στη ΓΣΘ δεν υστερεί συγκριτικά με άλλες προσεγγίσεις και θεωρείται εξίσου σημαντικός μηχανισμός αλλαγής με τις θεραπευτικές τεχνικές.
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
Γιώργος Ευσταθίου Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς Ηριδανού 6, 115 28, Αθήνα, Ελλάδα Email: gefstath@psych.uoa.gr	

Παραδοσιακά στην Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία (ΓΣΘ) η συμμαχία θεωρείτο μια «μη ειδική μεταβλητή», δηλαδή μία μη κεντρική πτυχή της θεραπείας, ένας διαπροσωπικός παράγοντας που διευκολύνει την εφαρμογή και τη συμμόρφωση στις ειδικές τεχνικές, οι οποίες επιφέρουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα, και όχι ως ένας μηχανισμός αλλαγής αυτός καθαυτός (Castonguay et al., 2010). Κατά συνέπεια μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '80, δε δινόταν ιδιαίτερη έμφαση στη θεραπευτική σχέση στο πλαίσιο της ΓΣΘ: ο σκοπός του θεραπευτή ήταν να εγκαθιδρυθεί μια θετική σχέση εμπιστοσύνης, ώστε να προχωρήσει η κυρίως θεραπευτική εργασία (Persons, 1989).

Αυτή η έμφαση στις ειδικές τεχνικές, αρχικά στη θεραπεία της συμπεριφοράς και αργότερα στη ΓΣΘ, σε βάρος της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης, οδήγησε στο μύθο ότι η ΓΣΘ είναι απρόσωπη και αγνοεί τη θεραπευτική σχέση (Westbrook et al., 2011). Ωστόσο, την εποχή που εισήχθη η ΓΣΘ, συνεπεία της τεράστιας επίδρασης του Rogers, θεωρείτο ότι οι ειδικοί που εκπαιδεύονταν στο μοντέλο είχαν ήδη εκπαίδευση στις βασικές δεξιότητες συμβουλευτικής από την επαγγελματική τους εκπαίδευση (Gilbert & Leahy, 2007). Στην άποψη αυτή συνηγορούν και τα λίγα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα, στα οποία φαίνεται ότι οι θεραπευτές της συμπεριφοράς της εποχής δεν υστερούσαν ως προς την ποιότητα της σχέσης που σύναπταν σε σύγκριση με θεραπευτές άλλων προσεγγίσεων. Οι Schaap, Bennun, Schindler, & Hoogduin (1993) συνοψίζουν μία σειρά

ερευνών που διεξήχθησαν από το 1975 έως το 1982. Στις έρευνες αυτές οι θεραπευτές της συμπεριφοράς έδειξαν ίδια επίπεδα συναισθηματικής υποστήριξης και ζεστασιάς σε σχέση με ψυχοδυναμικούς και gestalt θεραπευτές, ενώ σε μία έρευνα επέδειξαν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης και αυθεντικότητας συγκριτικά με ψυχοδυναμικούς θεραπευτές. Γενικά ήταν πιο κατευθυντικοί, έδιναν μεγαλύτερη έμφαση στη δόμηση της συνεδρίας και ανέπτυσαν περισσότερες πρωτοβουλίες. Οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι μπορεί οι θεραπευτές της συμπεριφοράς να έχουν ένα χαρακτηριστικό στυλ που διαφέρει από αυτό των άλλων προσεγγίσεων, αλλά τα ευρήματα αυτά καταρρίπτουν το παραδοσιακό στερεότυπο μίας ψυχρής και μηχανιστικής θεραπευτικής προσέγγισης.

Η σκέψη γύρω από τη θεραπευτική σχέση στο πλαίσιο της ΓΣΘ εξελίσσεται συνεχώς και σκοπός του πρώτου μέρους του άρθρου είναι να περιγραφεί αναλυτικά τόσο η παραδοσιακή, όσο και η σύγχρονη άποψη για τη θεραπευτική διάδραση. Γίνεται αναλυτική συζήτηση για την έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας, τα ειδικά χαρακτηριστικά της θεραπευτικής συμμαχίας που αναπτύσσεται στη ΓΣΘ και το βαθμό που θεραπευτική συμμαχία επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα στις διάφορες μορφές της ΓΣΘ. Περιγράφεται η σύγχρονη άποψη για τη θεραπευτική σχέση στη ΓΣΘ, σύμφωνα με την οποία είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί η σχέση ως όχημα θεραπευτικής αλλαγής, ίσης σημασίας με τις θεραπευτικές τεχνικές. Στο δεύτερο μέρος συζητούνται ο τρόπος που αντιμετωπίζονται οι δυσκολίες στη θεραπευτική σχέση. Περιγράφονται οι πηγές και τα είδη της αντίστασης, ο τρόπος που η αντίσταση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πηγή πληροφοριών και η κακή χρήση της έννοιας της αντίστασης για τη συγκάλυψη θεραπευτικών λαθών. Αναφέρονται τρόποι αποκατάστασης των ρήξεων στη θεραπευτική συμμαχία που βασίζονται στη διατύπωση περίπτωσης, στη «χρήση του εαυτού του θεραπευτή» και στη μετα-επικοινωνία. Γίνεται αναφορά στην κοινωνικό-γνωστική έννοια της μεταβίβασης και τις αντιμεταβίβασης, στις πηγές των αντιμεταβιβαστικών αντιδράσεων και στο πώς η γνωσιακή θεώρηση του φαινομένου της μεταβίβασης καθορίζει το πώς προσεγγίζει η ΓΣΘ τα όρια στη θεραπευτική σχέση.

Ιστορική αναδρομή

Στις αρχικές προσεγγίσεις της θεραπείας της συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών υπάρχουν λίγες αναφορές στη σημασία της θεραπευτικής σχέσης, λόγω της έμφασης στην εφαρμογή των τεχνικών. Ο Wolpe, εισηγητής της συστηματικής απευαισθητοποίησης, αναφέρει (1958, σελ. 104) ότι τα λεγόμενα του θεραπευόμενου πρέπει να γίνονται αποδεκτά χωρίς αμφισβήτηση ή κριτική και ο θεραπευόμενος να νιώθει ότι ο θεραπευτής είναι ανεπιφύλακτα με το μέρος του. Ωστόσο η στάση αυτή δεν απηχεί την προσπάθεια του θεραπευτή να δείξει κατανόηση αλλά «μια εντελώς μη ηθικολογική στάση για την συμπεριφορά των ανθρώπινων οργανισμών». Ο Wolpe σημειώνει ότι στο μέτρο που αυτή η στάση του θεραπευτή βοηθά τον θεραπευόμενο να ξεπεράσει μη προσαρμοστικά άγχη, τότε θα πρέπει να θεωρηθεί ψυχοθεραπευτική και παραδέχεται ότι πολλοί από τους θεραπευόμενους που έδειχναν να τον συμπαθούν στην αρχή της θεραπείας παρουσίασαν σημαντική βελτίωση πριν εφαρμοστούν ειδικές θεραπευτικές μέθοδοι. Ωστόσο, οι πρώτοι θεραπευτές της συμπεριφοράς αγνόησαν αυτές τις παρατηρήσεις, καθώς θεωρούσαν τους εαυτούς τους ακόμη και «μηχανικούς της συμπεριφοράς» (Ayllon & Michael, 1959).

Το 1957 ο Rogers δημοσίευσε το περίφημο άρθρο του για τις ικανές και αναγκαίες συνθήκες για τη θεραπευτική αλλαγή. Στο άρθρο περιγράφονται έξι συνθήκες, τρεις από τις οποίες θεωρούνται βασικές στην ψυχοθεραπεία και στη συμβουλευτική (ενσυναίσθηση, αποδοχή και αυθεντικότητα). Το 1959 ο Ellis, πατέρας της Λογικοθυμικής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας, απάντησε ότι οι συνθήκες αυτές είναι επιθυμητές, αλλά όχι απαραίτητες σε όλες τις περιπτώσεις για την επίτευξη θεραπευτικού αποτελέσματος.

Το γνωσιακό μοντέλο του Beck παρότι παρουσιάζει σημαντικές ομοιότητες με αυτό του Ellis δίνει μεγαλύτερη έμφαση στη θεραπευτική σχέση. Στο κλασικό βιβλίο για τη θεραπεία της κατάθλιψης οι Beck, Rush, Shaw, & Emery (1979) αφιερώνουν ένα κεφάλαιο στη θεραπευτική σχέση, στο οποίο περιγράφουν τα επιθυμητά χαρακτηριστικά του γνωσιακού θεραπευτή και τα ειδικά χαρακτηριστικά της σχέσης στη ΓΣΘ. Το κεφάλαιο αντανakλά και τα προηγούμενα ευρήματα στο χώρο της θεραπείας της συμπεριφοράς σχετικά με το πώς

επιθυμητά χαρακτηριστικά του θεραπευτή επηρεάζουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα (Ford, 1978· Morris & Suckerman, 1974· Rabavilas et al., 1979).

Η παραδοσιακή γνωσιακή – συμπεριφοριστική προσέγγιση για τη θεραπευτική σχέση

Οι Beck et al. (1979) θεωρούν ότι η θεραπευτική σχέση είναι κεντρική στην εφαρμογή της ΓΣΘ, η οποία πέρα από το σύνολο των τεχνικών και των διαδικασιών που διαθέτει δεν παύει να αποτελεί την ειδική διάδραση δύο ανθρώπων με σκοπό την επίτευξη ενός ιδιαίτερα δύσκολου έργου. Ωστόσο, η καλή θεραπευτική σχέση αποτελεί «αναγκαία, αλλά όχι ικανή» συνθήκη για την επίτευξη του θεραπευτικού αποτελέσματος, το οποίο επιτυγχάνεται μέσω της χρήσης ειδικών γνωσιακών και συμπεριφορικών τεχνικών.

Βασική έννοια της θεραπευτικής σχέσης της γνωσιακής συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας είναι ο συνεργατικός εμπειρισμός (Beck et al., 1979), δηλαδή η συνεργασία μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου για τον εμπειρικό έλεγχο της εγκυρότητας των γνωσίων του θεραπευόμενου, σε πραγματικές συνθήκες. Η θεραπεία δομείται ώστε να εξασφαλίζεται η συνεργασία και η συμμετοχή του θεραπευόμενου σε κάθε στάδιο. Προκειμένου να ενισχυθεί η συνεργατική φύση της θεραπευτικής σχέσης, ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος αναλαμβάνουν ισότιμους ρόλους, όλες οι θεραπευτικές διαδικασίες είναι ανοικτές και εξηγούνται στον θεραπευόμενο, η εργασία για το σπίτι και η ατζέντα κάθε συνεδρίας καθορίζονται από κοινού με τον θεραπευόμενο και ο θεραπευτής παραδέχεται άμεσα τα λάθη του (Beck et al., 1985).

Τα γενικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή που διευκολύνουν τη γνωσιακή ψυχοθεραπεία, αλλά και τις άλλες μορφές ψυχοθεραπείας, είναι η ζεστασιά, η ενσυναίσθηση και η αυθεντικότητα (Beck et al., 1979). Η συναισθηματική ζεστασιά, όπως εκφράζεται μέσω της λεκτικής και μη λεκτικής συμπεριφοράς του θεραπευτή δεν προάγει μόνο την ανάπτυξη μιας καλής και αρμονικής σχέσης (rapport), αλλά επιτρέπει και την αναδόμηση γνωσίων σχετικά με το ενδιαφέρον του θεραπευτή, αλλά και με τις ανθρώπινες σχέσεις γενικότερα. Η αυθεντικότητα είναι το χαρακτηριστικό που επιτρέπει στον θεραπευτή να είναι γνήσιος και ειλικρινής τόσο απέναντι στον εαυτό του, όσο και απέναντι στο θεραπευόμενο. Βέβαια δεν αρκεί ο θεραπευτής να είναι αυθεντικός, πρέπει να διαθέτει και τις δεξιότητες να επικοινωνεί την αυθεντικότητά του στον θεραπευόμενο.

Η ενσυναίσθηση αφορά στην ικανότητα του θεραπευτή να μπει στη θέση του θεραπευόμενου, να δει και να βιώσει τη ζωή μέσα από τα δικά του μάτια, με σκοπό να διαπιστώσει πώς ερμηνεύει τα γεγονότα και κατ'επέκταση γιατί εμφανίζει συγκεκριμένα συναισθήματα και συγκεκριμένες συμπεριφορές. Η ενσυναισθητική στάση διευκολύνει τη συνεργασία και μειώνει της πιθανότητες ανάπτυξης επικριτικής στάσης προς τον θεραπευόμενο. Δοθέντος ότι θεραπευτής έχει το δικό του μαθησιακό ιστορικό και τις δικές του πεποιθήσεις, είναι πιθανό προσπαθώντας να επιδείξει ενσυναίσθηση να αισθανθεί συναισθήματα που πηγάζουν από τις δικές του γνωσίες και δεν αντιστοιχούν σε αυτά του θεραπευόμενου. Ταυτόχρονα ο θεραπευτής πρέπει διατηρήσει τη δέουσα θεραπευτική απόσταση από τα συναισθήματα του θεραπευόμενου, χωρίς να ταυτιστεί ή να υπερεμπλακεί, με αποτέλεσμα να πιστέψει και ότι οι δυσλειτουργικές γνωσίες του θεραπευόμενου είναι έγκυρες.

Η γνωσιακή αρχή διαμεσολαβεί τη βίωση αυτών των επιθυμητών χαρακτηριστικών από τον θεραπευόμενο. Σημασία έχει το πώς αντιλαμβάνεται και νοηματοδοτεί ο θεραπευόμενος τη στάση του θεραπευτή και όχι η πρόθεση του θεραπευτή. Ο θεραπευτής προσπαθεί να βρει την κατάλληλη ισορροπία στην εκδήλωση αυτών των επιθυμητών χαρακτηριστικών βάσει των αντιδράσεων του θεραπευόμενου, ενώ προτρέπεται να αναζητά άμεση ανατροφοδότηση για τον τρόπο που γίνεται αντιληπτή η στάση του από τον θεραπευόμενο.

Ως προς τις μεταβίβαστικές και αντιμεταβίβαστικές αντιδράσεις προτείνεται να αντιμετωπίζονται κατά μέτωπο, χρησιμοποιώντας τις ίδιες εμπειρικές τεχνικές για τις άλλες δυσλειτουργικές γνωσίες. Σημειώνεται ότι και οι θετικές μεταβίβαστικές αντιδράσεις (π.χ ο θεραπευτής ως σωτήρας) μπορούν να εμποδίσουν τη θεραπευτική πρόοδο και προτείνεται σε αυτές τις περιπτώσεις να γίνει προσπάθεια να αναδειχθεί ο συνεργατικός χαρακτήρας της θεραπείας. Η σημασία του συνεργατικού εμπειρισμού είναι τόσο κεντρική που

αποφεύγονται οι τεχνικές που δεν είναι πλήρως κατανοητές από τον θεραπευόμενο ως προς τον σκοπό τους και δεν επιτρέπουν τη συνειδητή συμμετοχή του.

Θεωρείται δε ότι η συνεργατική εφαρμογή των τεχνικών αυτή καθεαυτή προάγει τη θεραπευτική σχέση (Beck et al., 1979). Ο θεραπευτής εξηγεί με σαφήνεια στον θεραπευόμενο τη συλλογιστική της θεραπείας, τη δομή που θα ακολουθηθεί και αργότερα τη διατύπωση περίπτωσης με γνωσιακούς όρους, προκειμένου να καταδείξει ότι κατανοεί τα προβλήματα του θεραπευόμενου και να τα συνδέσει με συγκεκριμένες θεραπευτικές διαδικασίες. Αυτό που υπονοείται σύμφωνα με τα παραπάνω (και συχνά αποδεικνύεται στην κλινική πράξη) είναι ότι εστιάζοντας στις διαδικασίες και τους στόχους της θεραπείας και χρησιμοποιώντας τις ειδικές θεραπευτικές τεχνικές, ο θεραπευτής μπορεί να αναπτύξει μια καλή θεραπευτική συμμαχία χωρίς να αφιερώσει χρόνο αποκλειστικά για τη σχέση στις συνεδρίες (Castonguay et al., 2010). Οι Beck et al., (1985) αναφέρουν ότι ορισμένα εγγενή χαρακτηριστικά της ΓΣΘ προάγουν τη θεραπευτική σχέση: Ο θεραπευτής διερευνώντας τον τρόπο που βλέπει ο θεραπευόμενος τα πράγματα είναι σε θέση να του προσφέρει ακριβή ενσυναίσθηση, η γρήγορη ανακούφιση από τα συμπτώματα ενδυναμώνει τη σχέση, η συνεχής αναζήτηση ανατροφοδότησης επιτρέπει να έρχονται στην επιφάνεια οι διαστρεβλώσεις για τον θεραπευτή και τη θεραπεία προτού βλάψουν σημαντικά τη σχέση, ενώ η στάση του θεραπευτή προσαρμόζεται στο στυλ του κάθε θεραπευόμενου.

Η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας

Την ίδια χρονιά που εκδόθηκε το βιβλίο για τη ΓΣΘ της κατάθλιψης, ο Bordin (1979) δημοσίευσε ένα άρθρο για τη σημασία της θεραπευτικής συμμαχίας σε όλο το εύρος των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων. Η θεραπευτική συμμαχία είναι μια έννοια πιο ευρεία από αυτήν της θεραπευτικής σχέσης και περιλαμβάνει τρία συστατικά: (α) τη συμφωνία για το σκοπό, δηλαδή το λόγο για τον οποίο γίνεται η θεραπεία, (β) τη συμφωνία για τα καθήκοντα, δηλαδή τις δραστηριότητες που ανατίθενται στον θεραπευόμενο και τον θεραπευτή μέσα στη συνεδρία και (γ) τον δεσμό, δηλαδή τη ανθρώπινη σχέση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Σύμφωνα με τον Bordin (1979) «η αποτελεσματικότητα μίας θεραπείας είναι συνάρτηση εν μέρει, αν όχι εξολοκλήρου, της δύναμης της θεραπευτικής συμμαχίας».

Η επίδραση της θεραπευτικής συμμαχίας στο θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι κεντρική για την υπόθεση ότι η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας οφείλεται σχεδόν αποκλειστικά σε κοινούς παράγοντες (DeRubeis et al., 2006). Κοινοί (ή μη ειδικοί) παράγοντες θεωρούνται αυτοί που συναντώνται σε όλα τα ψυχοθεραπευτικά μοντέλα. Σε όλες τις ψυχοθεραπείες γίνεται απόπειρα να εγκαθιδρυθεί μία θεραπευτική συμμαχία, άρα πρόκειται για έναν κοινό παράγοντα. Εφόσον η ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας καθορίζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα, τότε η αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπειών καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό από κοινούς παράγοντες. Οι θεραπευτές των διαφόρων προσεγγίσεων πλανώνται όταν πιστεύουν ότι οι μοναδικές (ή ειδικές) τεχνικές που βασίζονται στο θεωρητικό τους μοντέλο είναι σημαντικές στη διαδικασία της αλλαγής.

Το 2018 δημοσιεύθηκαν τα πορίσματα της τρίτης ομάδας εργασίας του Κλάδου Ψυχοθεραπείας και του Κλάδου Συμβουλευτικής της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρείας σχετικά με τη διερεύνηση των βασισμένων σε τεκμήρια (evidence-based) θεραπευτικών σχέσεων στην ψυχοθεραπεία (Norcross & Lambert, 2018) που επιβεβαιώνουν ότι η θεραπευτική συμμαχία προβλέπει τη θεραπευτική αλλαγή. Τα ευρήματα αυτά έρχονται να προστεθούν σε αυτά της δεύτερης ομάδας εργασίας των Κλάδου Ψυχοθεραπείας και του Κλάδου Κλινικής Ψυχολογίας (Norcross & Lambert, 2011) και σε αυτά της πρώτης ομάδας εργασίας του Κλάδου Ψυχοθεραπείας (Ackerman et al., 2001). Σύμφωνα με τη μετανάλυση της ομάδας εργασίας (Flückiger, Del Re, Wampold, & Horvath, 2018), υπάρχει μια μεσαίου μεγέθους θετική σχέση μεταξύ θεραπευτικής συμμαχίας και θεραπευτικού αποτελέσματος ($r = 0,278$, $p < 0,0001$) σε όλες τις θεραπευτικές προσεγγίσεις, εξηγώντας περίπου το 8% της διακύμανσης του θεραπευτικού αποτελέσματος. Για λόγους σύγκρισης οι Norcross & Lambert (2018) αναφέρουν ότι οι μοναδικοί, ειδικοί παράγοντες των διαφόρων θεωρητικών προσεγγίσεων εξηγούν από 0 έως 10% της διακύμανσης της θεραπευτικής αλλαγής ανάλογα με τη μετανάλυση.

Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι ακριβώς ίδιου επιπέδου σχέση μεταξύ θεραπευτικής συμμαχίας και θεραπευτικού αποτελέσματος ($r = 0,275$, $p < 0,0001$) παρατηρείται και στις παρεμβάσεις που προσφέρονται μέσω ηλεκτρονικών μέσων και του Διαδικτύου (Flückiger et al., 2018). Οι Norcross & Lambert (2018) προσφέρουν την ερμηνεία ότι ακόμη και οι παρεμβάσεις στις οποίες υπάρχει ελάχιστη επικοινωνία με τον θεραπευτή προσφέρονται σε ένα σχεσιακό πλαίσιο το οποίο περιλαμβάνει διαπροσωπικές δεξιότητες, πειθώ και ζεστασιά, ενώ ακόμη και στις παρεμβάσεις αυτοβοήθειας (self-help) υπάρχει η διάσταση της διαπροσωπικής υποστήριξης και της κανονικοποίησης των ανησυχιών του θεραπευόμενου. Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με τη διαπίστωση ότι οι καθοδηγούμενες από θεραπευτή παρεμβάσεις μέσω Διαδικτύου είναι πιο αποτελεσματικές από αυτές που δεν υπάρχει καθόλου ανθρώπινη επαφή, αν και ακόμη και αυτές οι εντελώς αυτοματοποιημένες παρεμβάσεις δείχνουν να είναι αποτελεσματικές για ένα ποσοστό θεραπευόμενων (Andersson, 2016).

Τα ευρήματα της ομάδας εργασίας ενισχύουν την άποψη ότι η θεραπευτική συμμαχία αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα και δεν αποτελεί επιφανινόμιο της βελτίωσης στα αρχικά στάδια της θεραπείας (Flückiger et al., 2018). Αυτή η κατεύθυνση αιτιότητας έχει εντοπιστεί και σε προηγούμενες πρόσφατες έρευνες (Zilcha-Mano et al., 2014). Ωστόσο, η σχέση μεταξύ θεραπευτικής συμμαχίας και συμπτωματικής βελτίωσης είναι περίπλοκη, καθώς δεν προβλέπει μόνο η αλλαγή στη θεραπευτική συμμαχία την αλλαγή σε επίπεδο συμπτωμάτων, αλλά και η αλλαγή σε επίπεδο συμπτωμάτων προβλέπει την αλλαγή της θεραπευτικής συμμαχίας (Barber et al., 2000 · Falkenström et al., 2013).

Σημειώνεται ότι το πόρισμα της ομάδας εργασίας δεν υποστηρίζει την ακραία υπόθεση της αποκλειστικής σημασίας των κοινών παραγόντων για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, αλλά αντίθετα αναφέρει: «η θεραπευτική σχέση εξηγεί στον ίδιο βαθμό με τη συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδο, πιθανόν και σε μεγαλύτερο, τη βελτίωση του θεραπευόμενου» και η θεραπευτική σχέση δρα από κοινού με τη θεραπευτική μέθοδο, τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή για τον καθορισμό της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας (Norcross & Lambert, 2018). Γενικώς θεωρείται πλέον παραδεκτό ακόμη και από υπέρμαχους της υπόθεσης των κοινών παραγόντων ότι υπάρχουν, τουλάχιστον για κάποιες διαταραχές, εμπειρικά υποστηριζόμενες θεραπείες, με ενεργά ειδικά χαρακτηριστικά που έχουν εφαρμογή σε κάποιες διαταραχές και όχι σε άλλες και ότι το αποτέλεσμα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων καθορίζεται και από τεχνικούς και από σχεσιακούς παράγοντες (Hofmann & Barlow, 2014 · Laska et al., 2014).

Η θεραπευτική συμμαχία στη ΓΣΘ

Σύμφωνα με τον Bordin (1979) οι διάφορες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις μπορούν να διακριθούν ανάλογα με το είδος της θεραπευτικής συμμαχίας που ενσωματώνουν, το οποίο έχει διαφορετικές απαιτήσεις για τον θεραπευόμενο και τον θεραπευτή. Σε μια συγκριτική διερεύνηση μεταξύ ΓΣΘ και διαπροσωπικής θεραπείας σε βουλιμικούς ασθενείς βρέθηκε ότι η θεραπευτική συμμαχία καθορίζεται από διαφορετικούς παράγοντες και εξελίσσεται διαφορετικά, παρότι αξιολογήθηκε το ίδιο υψηλά και στις δύο συνθήκες και είχε εξίσου σημαντική επίδραση στο θεραπευτικό αποτέλεσμα (Constantino et al., 2005).

Ως κύριο ειδικό χαρακτηριστικό της συμμαχίας στη ΓΣΘ έχει θεωρηθεί η συνεργασία και η ομαδική δουλειά (Castonguay et al., 2010), στην οποία οι Kazantzis, Datitlio και Dobson (2017) προσθέτουν τον εμπειρισμό και τη μαιευτική μέθοδο. Η συνεργασία στη ΓΣΘ αφορά την «κοινή εργασία» (shared work) ανάμεσα στον θεραπευόμενο και τον θεραπευτή και ο εμπειρισμός στην υιοθέτηση της επιστημονικής μεθόδου για τον έλεγχο της καταλληλότητας της νοηματοδότησης των εμπειριών του θεραπευόμενου (Tee & Kazantzis, 2011). Η μαιευτική μέθοδος ή σωκρατικός διάλογος είναι μια σχεσιακή διεργασία στην οποία ο θεραπευτής βοηθά τον θεραπευόμενο μέσω ερωτήσεων να εντοπίσει ποιες είναι οι γνώσεις του, να διερευνήσει αν υπάρχουν γνωσιακές παραποιήσεις και να τις αντικαταστήσει με πιο λειτουργικές γνώσεις (Beck et al., 1985, σελ. 177).

Στα πορίσματα της δεύτερης ομάδας εργασίας για τη διερεύνηση των βασισμένων σε τεκμήρια θεραπευτικών σχέσεων στην ψυχοθεραπεία (Norcross & Wampold, 2011), η συνεργασία σημειώνεται ως πιθανά αποτελεσματικό στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης. Αυτό οδήγησε σε αντιδράσεις από ΓΣ ερευνητές ότι στις

έρευνες που συμπεριλήφθησαν στη μετανάλυση ο όρος αφορούσε κυρίως τη συμμόρφωση με την εργασία για το σπίτι (Kazantzis et al., 2015). Σε κάθε περίπτωση η συνεργασία συγκαταλέγεται στα ευαπόδεια στοιχεία της θεραπευτικής σχέσης στο πόρισμα της τρίτης ομάδας εργασίας (Norcross & Lambert, 2018). Η ομάδα εργασίας δε συμπεριέλαβε τον εμπειρισμό και τη μαιευτική μέθοδο στα στοιχεία της θεραπευτικής σχέσης που μελέτησε, αλλά η συλλογή και η προσφορά ανατροφοδότησης από/προς το θεραπευόμενο, ένα άλλο στοιχείο στο οποίο η ΓΣΘ δίνει μεγάλη σημασία (Beck, 2011) θεωρήθηκε επίσης ευαπόδεια.

Οι Kazantzis, Cronin, Dattilio, & Dobson (2013) τονίζουν ότι στο βαθμό που ο συνεργατικός εμπειρισμός αποτελεί το πλαίσιο για την ανάπτυξη νέων γνωσιακών διεργασιών και νέου γνωσιακού περιεχομένου, οι σχεσιακές διεργασίες ήταν πάντα κεντρικός παράγοντας θεραπευτικής αλλαγής στη ΓΣΘ. Μάλιστα υποστηρίζουν ότι επειδή η γενική έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας εμπεριέχει την έννοια της συνεργασίας λανθασμένα θεωρείται ότι είναι συνώνυμη με την ειδική έννοια της «κοινής εργασίας» που έχει η συνεργασία στο πλαίσιο της ΓΣΘ. Όταν η συνεργασία μετρήθηκε υπό αυτήν την ειδική έννοια (Kazantzis et al., 2017, σελ. 67) ο συνεργατικός εμπειρισμός εξήγησε το 12,3% της διακύμανσης του θεραπευτικού αποτελέσματος, ποσοστό μεγαλύτερο από αυτό που συνήθως αποδίδεται στη θεραπευτική συμμαχία. Υπό το πρίσμα του συνεργατικού εμπειρισμού όλα τα συστατικά της ΓΣΘ είναι σχεσιακά, χωρίς αυτό να υπονοεί ότι ολόκληρη η θεραπευτική επίδραση οφείλεται σε κοινούς παράγοντες (Kazantzis et al., 2017). Με εξαίρεση τις παρεμβάσεις αποκλειστικής αυτοβοήθειας μέσω βιβλίων ή Διαδικτύου, η εφαρμογή των γνωσιακών συμπεριφορικών τεχνικών είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με τη θεραπευτική σχέση.

Η υψηλή σημασία της θεραπευτικής συμμαχίας στη ΓΣΘ φαίνεται να καταδεικνύεται και σε μία διερεύνηση της επίδρασης της θεραπευτικής συμμαχίας σε μια ειδική μορφή της ΓΣΘ για τη χρόνια κατάθλιψη και σε μία βραχεία μορφή υποστηρικτικής θεραπείας που δίνει ιδιαίτερη έμφαση στον έλεγχο των κοινών παραγόντων σε ασθενείς με κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας προέβλεπε σε υψηλότερο βαθμό το θεραπευτικό αποτέλεσμα στη ΓΣΘ, την κατευθυντικότερη και πιο δομημένη από τις δύο θεραπείες (Arnold et al., 2013). Ανάλογα ευρήματα για την αυξημένη σημασία της θεραπευτικής συμμαχίας για τη θεραπευτική αλλαγή στη ΓΣΘ σε σχέση με τη βραχεία ψυχοδυναμική θεραπεία και τη θεραπεία της συμπεριφοράς αναφέρουν οι Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer, & Gagnon (1998), με τη θεραπευτική συμμαχία να αξιολογείται εξίσου υψηλά στη ΓΣΘ και τη βραχεία ψυχοδυναμική θεραπεία.

Ως προς την αξιολόγηση της ποιότητας της θεραπευτικής συμμαχίας στη ΓΣΘ, έχει βρεθεί το ίδιο υψηλή με τη ψυχοδυναμική – διαπροσωπική θεραπεία σε ασθενείς με κατάθλιψη, με τους θεραπευόμενους να αξιολογούν υψηλότερα τον παράγοντα της συνεργασίας στη ΓΣΘ (Agnew-Davies et al. 1998). Οι Raue, Castonguay, & Goldfried (1993) αναφέρουν υψηλότερη βαθμολογία για τη θεραπευτική συμμαχία γενικά και για τη συμφωνία για το σκοπό ειδικά, σε έρευνα που συγκρίθηκαν τα ίδια θεραπευτικά μοντέλα στην ίδια διαγνωστική κατηγορία, προσφέροντας ως εξήγηση τη μεγαλύτερη έμφαση που δίνεται στη ΓΣΘ στη δομή και την συνεργασία. Αντίστοιχα ευρήματα για τα συστατικά της θεραπευτικής συμμαχίας που είναι σημαντικά για την αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ, προκύπτουν από μία έρευνα σε ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, στην οποία φάνηκε ότι η συμφωνία για τους σκοπούς και τα καθήκοντα είναι πιο σημαντική από το δεσμό (Webb et al., 2011). Σε μια παραγοντική διερεύνηση της αξιολόγησης των παραμέτρων της θεραπευτικής συμμαχίας στη ΓΣΘ, βρέθηκε ότι η συμφωνία για τους σκοπούς και τα καθήκοντα συµμεταβάλλονται ανεξάρτητα από το δεσμό (Andrusyna et al., 2001). Οι Raue, Goldfried, και Barkham (1997) αναφέρουν υψηλότερη αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας σε σχέση με την ψυχοδυναμική – διαπροσωπική θεραπεία σε καταθλιπτικούς ασθενείς, ενώ αντίστοιχα υψηλότερα αξιολογήθηκε η θεραπευτική συμμαχία σε σχέση με τη βραχεία ψυχοδυναμική θεραπεία σε γηροψυχιατρικούς καταθλιπτικούς ασθενείς (Gaston et al., 1991).

Στις ΓΣΘ παρεμβάσεις γίνεται προσπάθεια να κοινωνικοποιηθεί ο θεραπευόμενος από την αρχή της θεραπείας στο θεραπευτικό μοντέλο, στον γνωσιακό μηχανισμό εξήγησης της διαταραχής του και στην αναμενόμενη πορεία της θεραπείας, κάτι που έχει βρεθεί να έχει θετική συσχέτιση με την ενεργό συμμετοχή του θεραπευόμενου στη θεραπεία, με τη συνέχιση της θεραπείας και με το θεραπευτικό αποτέλεσμα (Greenberg et

al., 2006). Σε μία διερεύνηση της θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ της ΓΣΘ, της βραχείας ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας και μίας μορφής βραχείας ψυχοδυναμικής θεραπείας με ειδική έμφαση σε σχεσιασμούς παράγοντες σε δείγμα ασθενών με διαταραχές προσωπικότητας της Ομάδας Γ, αναφέρθηκαν λιγότερες ρήξεις στη θεραπευτική σχέση στη συνθήκη της ΓΣΘ σε σχέση με τις άλλες δυο θεραπευτικές προσεγγίσεις (Muran et al., 2009). Οι ερευνητές προσφέρουν ως εξήγηση ότι η έμφαση που δίνεται στη συνεργασία στη ΓΣΘ οδηγεί τους θεραπευτές να εστιάζουν στα σημεία συμφωνίας και να διατηρούν ένα ομαλό διευκολυντικό κλίμα κοινής προσπάθειας.

Η σύγχρονη γνωσιακή – συμπεριφοριστική προσέγγιση για τη θεραπευτική σχέση

Η ενασχόληση της ΓΣΘ με τη θεραπευτική σχέση ξεκινά να γίνεται πιο συστηματική κατά τα τέλη της δεκαετίας του '80 λόγω της ενασχόλησης με τις διαταραχές προσωπικότητας. Οι Beck και συνεργάτες εξηγούσαν στο βιβλίο για την κατάθλιψη ότι η θεραπευτική σχέση είναι πιο σημαντική στη θεραπεία των καταθλιπτικών ασθενών σε σχέση με πιο περιγεγραμμένες διαταραχές, όπως οι ειδικές φοβίες (1979, σελ. 51). Κατά ανάλογο τρόπο στην πρώτη έκδοση του βιβλίου για τις διαταραχές προσωπικότητας ο Beck και οι συνεργάτες του εξηγούν ότι κατά τη θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας απαιτείται μία κοντινότερη και πιο ζεστή σχέση από ό,τι στις αγχώδεις διαταραχές ή στην κατάθλιψη (Beck & Freeman, 1990). Οι απόψεις αυτές δεν είναι αντίθετες με τα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τη σημασία της θεραπευτικής συμμαχίας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, η οποία έχει καταδειχθεί και ειδικά για τη ΓΣΘ με χρήση θεραπευτικών πρωτοκόλλων που βασίζονται σε εγχειρίδια (Flückiger et al., 2012). Η θεραπευτική σχέση είναι σημαντική για τους ασθενείς όλων των διαγνώσεων, αλλά είναι συχνά πιο εύκολο να κτιστεί μια ισχυρή θεραπευτική συμμαχία με τους ασθενείς κάποιων διαγνώσεων (π.χ. διαταραχή πανικού) σε σύγκριση με κάποιους άλλους (π.χ. οριακή διαταραχή προσωπικότητας).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι το μέγεθος της θετικής σχέσης μεταξύ θεραπευτικής συμμαχίας και θεραπευτικού αποτελέσματος εξαρτάται από τον πληθυσμό που ερευνάται (Kazantzis et al., 2018). Για τους θεραπευόμενους που είχαν δυσκολίες στο επίπεδο της προσωπικότητας σύμφωνα με τους θεραπευτές τους, η επίδραση της θεραπευτικής συμμαχίας στο αποτέλεσμα ήταν έξι φορές μεγαλύτερη (Falkenström et al., 2013). Φαίνεται ότι για ένα σημαντικό αριθμό θεραπευόμενων οι από συνεδρία σε συνεδρία αλλαγές στη θεραπευτική συμμαχία δεν είναι πολύ σημαντικές, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η θεραπευτική συμμαχία δεν είναι σημαντική, αλλά ότι παραμένει σχετικά σταθερή κατά τη διάρκεια της θεραπείας επηρεάζοντας θετικά ή αρνητικά το αποτέλεσμα (Falkenström et al., 2014· Zilcha-Mano et al., 2018).

Η παραδοσιακή προσέγγιση της ΓΣΘ αναλύει τη θεραπευτική συμμαχία ως ένα σταθερό γνώρισμα (trait-like aspect) της αλληλεπίδρασης του θεραπευόμενου με τον θεραπευτή, ενώ η σύγχρονη προσέγγιση τη θεωρεί ένα καταστασιακό χαρακτηριστικό (state-like aspect) που κυμαίνεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας συνεισφέροντας με μοναδικό και ξεχωριστό τρόπο στο θεραπευτικό αποτέλεσμα (Zilcha-Mano et al., 2018). Η διακύμανση αυτή έχει παρατηρηθεί στη ΓΣΘ, με τη θεραπευτική συμμαχία να αυξάνει με την πάροδο του χρόνου, ακολουθώντας μάλιστα ένα μη γραμμικό πρότυπο (Weiss et al., 2014).

Βάσει της παραδοσιακής προσέγγισης ο θεραπευτής αντιμετωπίζει το εξής παράδοξο, όταν συνεργάζεται με θεραπευόμενους που το είδος των δυσκολιών τους δεν τους επιτρέπουν να εγκαθιδρύσουν μία θετική συνεργατική σχέση ώστε η θεραπεία να προχωρήσει στην εφαρμογή των τεχνικών: Καλείται να θεραπεύσει το θεραπευόμενο πριν αρχίσει η θεραπεία (Persons, 2008). Στον αντίποδα βρίσκεται η ιδέα της σχέσης ως θεραπείας, στην οποία όταν εφαρμόζεται κατά αποκλειστικό τρόπο δεν υπάρχουν τεχνικές παρεμβάσεις εκτός από αυτές που απευθύνονται στη θεραπευτική αλληλεπίδραση μεταξύ θεραπευόμενου και θεραπευτή και στην οποία συνήθως γίνεται απόπειρα να εκλυθούν εντός συνεδρίας προβληματικές συμπεριφορές που αλλιώς μπορεί να μην εμφανίζονταν στη θεραπευτική διάδραση. Στη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπευτική παράδοση συγκαταλέγονται τέτοιες παρεμβάσεις όπως η CBASP (Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy· McCullough, 2000) και η FAP (Functional Analytic Psychotherapy· Kohlenberg & Tsai, 1991).

Ωστόσο στην κλασική ΓΣΘ κατά Beck, όταν οι διαπροσωπικές δυσκολίες ή άλλες δυσλειτουργικές συμπεριφορές εκδηλώνονται στη θεραπεία, ο θεραπευτής οφείλει να επιτρέψει κάθε είδους θετική ή αρνητική αντίδραση και να την αντιμετωπίσει ως «παράθυρο στον ιδιωτικό κόσμο του θεραπευόμενου», αλλά δεν τις προκαλεί, ακριβώς όπως δεν τις αγνοεί (Beck & Freeman, 1990· Beck et al., 2004). Ο βαθμός που ο τρόπος σχετίζεται που αναγνωρίζεται στη θεραπευτική σχέση γενικεύεται και έξω από αυτή θα πρέπει να αποτελεί αντικείμενο διερεύνησης και ο θεραπευτής δε θα πρέπει να παραγνωρίζει την πιθανή δική του ευθύνη για τις δυσκολίες στη θεραπευτική αλληλεπίδραση (Safran & Muran, 2000).

Ακολουθείται, δηλαδή, ένα συνδυαστικό πρότυπο, στο οποίο γίνεται εξαρχής μία προσπάθεια να εγκαθιδρυθεί και να διατηρηθεί μία συνεργατική σχέση ώστε να υποστηριχθούν οι θεραπευτικές τεχνικές, αλλά ταυτόχρονα θεωρείται ότι η συμπεριφορά του θεραπευόμενου κατά την αλληλεπίδραση με τον θεραπευτή μπορεί να είναι τυπική της γενικής συμπεριφοράς του έξω από τη συνεδρία και έτσι η αξιολόγηση και η θεραπεία λαμβάνει χώρα σε δύο επίπεδα: σε αυτό των τεχνικών παρεμβάσεων και σε αυτό της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης του θεραπευτή με τον θεραπευόμενο (Persons, 2008). Η ιδέα της ανεξάρτητης επίδρασης των τεχνικών (μοναδικοί παράγοντες) και των κοινών παραγόντων (ποιότητα θεραπευτικής σχέσης) είναι σύμφωνη με τα πορίσματα της τρίτης ομάδας εργασίας για τη θεραπευτική σχέση (Norcross & Lambert, 2018) και έχει εντοπιστεί από νωρίς σε έρευνες στο χώρο της ΓΣΘ για την κατάθλιψη (Burns & Nolen-Hoeksema, 1992· Persons & Burns, 1985· Muran, et al., 1995· Rector et al., 1999). Συνεπώς, η θεραπευτική σχέση μπορεί να χρησιμοποιηθεί όχι μόνο ως «εργαστήριο αλλαγής» (Beck et al., 1979), αλλά ως ένα «εργαστήριο σχέσεων» (Davidson, 2000) για την άμεση αλλαγή των διαπροσωπικών γνωσίων και συμπεριφορών (Castonguay et al., 2010). Ο τρόπος με τον οποίο ο θεραπευτής σχετίζεται με τον θεραπευόμενο μπορεί να αλλάξει τις βασικές πεποιθήσεις του για τους άλλους ανθρώπους και για τον κόσμο γενικότερα (Kazantzis, 2017).

H J, Beck (2005) περιγράφει μία σειρά από τρόπους με τους οποίους μπορούν να επιτευχθούν θεραπευτικοί στόχοι μέσω της θεραπευτικής σχέσης: ενισχύοντας θετικά επιθυμητές συμπεριφορές μέσα στη συνεδρία, χρησιμοποιώντας την αυτοαποκάλυψη, αποτελώντας μοντέλο προς μίμηση, και προσφέροντας άμεση ανατροφοδότηση για τα συναισθήματα που προκαλεί στον θεραπευτή η συμπεριφορά του θεραπευόμενου μέσα στη συνεδρία.

Κάποιες φορές η επιθυμία του θεραπευόμενου να ικανοποιήσει τον θεραπευτή είναι το μόνο του κίνητρο για τη συμμετοχή του στις θεραπευτική διαδικασία (Wright & Davis, 1994). Από την άλλη, πολλοί θεραπευόμενοι έχουν εξαιρετικές δεξιότητες σχετίζονται και δεν απαιτείται η χρήση της θεραπευτικής σχέσης ως θεραπεία, με το παραδοσιακό μοντέλο της εγκαθίδρυσης μιας εξαρχής σταθερά καλής θεραπευτικής συμμαχίας να είναι αρκετό για την ολοκλήρωση της παρέμβασης (Persons, 2008).

Για να περιγράψουν την ουσία του ρόλου του θεραπευτή στη ΓΣΘ, οι Alford και Beck (1997) χρησιμοποιούν τον όρο «καθοδηγητική υποστήριξη». Ο θεραπευτής διατηρεί το ρόλο του ειδικού που κατευθύνει την πορεία της θεραπείας, έχοντας μια ρεαλιστικά αισιόδοξη στάση. Σκοπός του είναι, στο πλαίσιο του συνεργατικού εμπειρισμού, ο θεραπευόμενος να λειτουργεί ως ισότιμος συνεργάτης στη θεραπεία, ως ειδικός στο πώς μπορούν να εφαρμοστούν οι γενικές αρχές της θεραπείας στο πλαίσιο των ειδικών του μοναδικών αναγκών. Ο θεραπευόμενος δεν πρέπει να υιοθετεί παθητική στάση ή να θεωρεί ότι ο θεραπευτής θα δώσει λύση στις δυσκολίες του χωρίς τη δική του συνεργασία, γιατί ακόμη και αν υπάρξει θεραπευτικό αποτέλεσμα αυτό θα είναι βραχύβιο και υπάρχει περίπτωση να αναπτυχθεί εξάρτηση που θα επιμηκύνει την θεραπεία. Ο θεραπευτής είναι ένας συνεργάτης, ένας συμμετοχικός παρατηρητής ή ένας «προπονητής», μία πηγή δηλαδή ενθάρρυνσης και υποστήριξης της προσπάθειας του ίδιου του θεραπευόμενου να γίνει θεραπευτής του εαυτού του.

Η σχέση με κάθε θεραπευόμενο είναι μοναδική (Wright & Davis, 1994). Ο γνωσιακός συμπεριφοριστής θεραπευτής προσαρμόζει όλα τα στοιχεία της θεραπείας στον θεραπευόμενο, συμπεριλαμβανομένων των πτυχών που άπτονται της θεραπευτικής συμμαχίας, όπως η ψυχοεκπαίδευση στη συλλογιστική της θεραπείας, ο τρόπος εφαρμογής του συνεργατικού εμπειρισμού και της μαιευτικής μεθόδου (Kazantzis, 2018). Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η εκτίμηση των θεραπευτών για τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τη θεραπευτική

σχέση οι θεραπευόμενοι δεν είναι πάντα σωστή (Burns & Auerbach, 1996), όπως προκύπτει και από τις διαφορές που παρατηρούνται κατά την αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας (Fitzpatrick, Iwakabe, & Stalikas, 2005).

Η αντιμετώπιση των δυσκολιών στη θεραπευτική σχέση

Οι δυσκολίες στη θεραπευτική έχουν διερευνηθεί στο πλαίσιο των συναφών φαινομένων της αντίστασης, των ρήξεων στη θεραπευτική συμμαχία και της μεταβίβασης - αντιμεταβίβασης. Η διερεύνηση αυτών των παραγόντων γίνεται μέσα στο πλούσιο σχεσιακό πλαίσιο που είναι εγγενές στην εφαρμογή της ΓΣΘ και θεωρείται ότι ο βαθμός που οι γνωσιακοί συμπεριφοριστές θεραπευτές μπορούν να χειριστούν με επιτυχία την αλληλεπίδραση με τους πελάτες τους είναι κεντρικός για την αύξηση του κινήτρου και την επίτευξη καλύτερου θεραπευτικού αποτελέσματος (Levendusky & Rosmarin, 2013). Τα προβλήματα στη θεραπευτική σχέση έχουν υψηλότερη προτεραιότητα, καθώς αν δεν λυθούν η θεραπεία δεν μπορεί να οδηγήσει στην επίλυση κανενός άλλου προβλήματος (Persons, 1989).

Αντίσταση – μη συνεργασία – μη συμμόρφωση

Οι Beck και Freeman (1990) θεωρούν ότι ο όρος «αντίσταση» θα πρέπει να αποφεύγεται λόγω του ψυχαναλυτικού περιεχομένου του και προτείνουν τον όρο «μη συνεργασία» (noncollaboration), παραθέτοντας έναν κατάλογο συχνών λόγων μη συνεργασίας. Στη μετέπειτα αναθεώρηση και επέκταση του καταλόγου των συχνών λόγων μη συνεργασίας προσθέτουν και τον όρο «μη συμμόρφωση» (noncompliance) (Beck et al., 2004). Πηγή της μη συνεργασίας μπορεί να είναι ο θεραπευόμενος (έλλειψη δεξιοτήτων, δυσλειτουργικές γνώσεις για το ρόλο του θεραπευόμενου ή για την ίδια τη θεραπεία, υψηλή παρορμητικότητα, φόβος αποτυχίας κ.ά.), ο θεραπευτής (χρόνος των παρεμβάσεων, τυφλά σημεία, ανεπαρκής εξήγηση του μοντέλου, ακατάλληλοι θεραπευτικοί στόχοι κ.ά.), αλλά και περιβαλλοντικοί παράγοντες (αντιδράσεις σημαντικών άλλων, επιπτώσεις θεραπευτικής αλλαγής σε άλλους, δευτερογενή οφέλη κ.ά.).

Ωστόσο, ο όρος αντίσταση έχει χρησιμοποιηθεί επί μακρόν στο πλαίσιο της ΓΣΘ (βλ. για παράδειγμα Wachtel, 1982). Ο Leahy (2008) ορίζει την αντίσταση ως τη μη συμμόρφωση του θεραπευόμενου με το ρόλο που καθορίζεται από το θεραπευτή σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο που ακολουθείται και περιγράφει μία σειρά από διαστάσεις της αντίστασης, όπως αντίσταση επικύρωσης (validation) που πηγάζει από την ανάγκη επικύρωσης της οπτικής, σχηματική αντίσταση (schematic) που πηγάζει από άκαμπτα δυσπροσαρμοστικά σχήματα κ.ά.

Η αντίσταση δε θεωρείται πλέον ένα «ενοχλητικό» εμπόδιο που πρέπει να ξεπεραστεί για να αρχίσει η «πραγματική» θεραπευτική δουλειά, αλλά πηγή για τη συγκέντρωση πληροφοριών για τη διαμόρφωση ή αναθεώρηση της διατύπωσης (Newman, 1994). Ωστόσο, σύμφωνα με το ΓΣ μοντέλο η αντίσταση δεν παρατηρείται πάντα, καθώς κάποιοι θεραπευόμενοι δεν φοβούνται την αλλαγή και ακολουθούν με ευκολία τον θεραπευτικό σχεδιασμό που έχει συμφωνηθεί (Newman, 2013). Η αρχική φάση κοινωνικοποίησης του θεραπευόμενου στη συλλογιστική, τους στόχους και τις διαδικασίες της θεραπείας θεωρείται κεντρική για την πρόληψη της αντίστασης (Meichenbaum, & Gilmore, 1982).

Σύμφωνα με τον Newman (2002, 2013), οι ΓΣ θεραπευτές δεν πρέπει να προσωποποιούν τη συμπεριφορά του θεραπευόμενου, αλλά αντίθετα να παρατηρούν με προσοχή, να αναστοχάζονται, να δείχνουν κατανόηση και να είναι ανοικτοί σε νέες υποθέσεις, χωρίς ούτε να πιέζουν υπερβολικά ούτε να παραιτούνται. Πρέπει να επιμένουν καλοπροαίρετα στην προσπάθεια για αλλαγή, να διερευνούν την αμφιθυμία του θεραπευόμενου με ανοικτές μη καθοδηγητικές ερωτήσεις αντί να την ερμηνεύουν ως ένδειξη μη επιθυμίας αλλαγής, να ενσταλάζουν στον θεραπευόμενο ελπίδα για τη δυνατότητα αλλαγής και να του προσφέρουν επιλογές ως προς την πορεία της θεραπείας και την εργασία για το σπίτι. Γενικώς θεωρείται προτιμότερο η αντίσταση στη θεραπεία να αντιμετωπίζεται μέσω μιας μη καθοδηγητικής, υποστηρικτικής στάσης από πλευράς του θεραπευτή και όχι μέσω μία καθοδηγητικής στάσης αντιπαράθεσης (Lorenzo-Luaces & DeRubeis, 2018).

Οι Goldfried και Davison (1994), υποστηρίζουν ότι αν δεχθούμε ότι η συμπεριφορά υπόκειται σε νόμους, θα πρέπει να αναζητήσουμε τις δυσκολίες που ανακύπτουν κατά τη θεραπεία στην ελλιπή ή στην λανθασμένη διατύπωση της περίπτωσης και όχι να θεωρήσουμε ότι ο θεραπευόμενος δεν έχει κίνητρο ή δεν είναι έτοιμος να αλλάξει. Αντιστοίχως, οι Lazarus & Fay (1982) θεωρούν ότι η αντίσταση είναι η πιο περίτεχνη δικαιολογία που χρησιμοποιούν οι θεραπευτές για να εξηγήσουν τις θεραπευτικές τους αποτυχίες. Ο θεραπευτής μπορεί να έχει κάνει λάθος διάγνωση, λάθος στη διατύπωση περίπτωσης, λάθος στην εφαρμογή των τεχνικών κ.λπ. (Persons, 1989), να είναι υπερβολικά ελεγκτικός, να πιέζει τον θεραπευόμενο πολύ νωρίς στη θεραπεία, να διακόπτει τον θεραπευόμενο πάρα πολύ ή πολύ λίγο, να δείχνει πολύ λίγη ή πάρα πολλή ενσυναίσθηση, να μην κατανοεί με ακρίβεια τον θεραπευόμενο ή να μη λειτουργεί με συνεργατικό τρόπο (Davis & J. Beck, 2015). Τέλος, δε θα πρέπει να παραγνωρίζονται και εξωτερικοί προς τη θεραπεία περιβαλλοντικοί παράγοντες που εμποδίζουν την αλλαγή (Newman, 1994).

Ρήξεις στη θεραπευτική συμμαχία

Κεντρικό εργαλείο για την κατανόηση των δυσκολιών στη θεραπευτική σχέση στο ΓΣ μοντέλο είναι η γνωσιακή διατύπωση περίπτωσης (Persons, 1989). Οι όποιοι τύπου δυσκολίες στη θεραπευτική σχέση εκλαμβάνονται ως μία ακόμη έκφραση των βαθύτερων δυσλειτουργικών γνωσιών του θεραπευόμενου και αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο με τις άλλες δυσκολίες του θεραπευόμενου. Έτσι το αδιέξοδο ότι ο θεραπευόμενος πρέπει να είναι συνεργάσιμος για να προχωρήσει η θεραπεία αίρεται. Αν η γνωσιακή διατύπωση δεν έχει ολοκληρωθεί, τότε η συμπεριφορά του θεραπευόμενου μέσα στη συνεδρία χρησιμοποιείται για τη συγκέντρωση πληροφοριών. Αντίστροφα, η γνωσιακή διατύπωση αποτελεί πηγή πληροφόρησης για τις πιθανές δυσκολίες στη θεραπευτική σχέση και έχει δημιουργηθεί ένα σώμα γνώσης για τις αναμενόμενες δυσκολίες στις διάφορες διαταραχές προσωπικότητας (Beck et al., 2004· J. Beck, 2005· Davis & J. Beck, 2015· Sperry & Sperry, 2016).

Όταν δημιουργούνται προβλήματα στην ανάπτυξη ή στη διατήρηση της θεραπευτικής συμμαχίας παραδοσιακά προτείνονταν δύο δυνατότητες, οι οποίες εστιάζουν στα προβλήματα του θεραπευόμενου (Castonguay et al., 2010). Η πρώτη είναι να εντοπιστούν οι δυσλειτουργικές γνωσίες ή συμπεριφορές του θεραπευόμενου που ευθύνονται για το πρόβλημα και να αντιμετωπιστούν με τις συνήθεις γνωσιακές – συμπεριφοριστικές τεχνικές. Η δεύτερη είναι να επανεμπλακεί ο θεραπευόμενος στη θεραπεία αναδομώντας τις προσδοκίες του για επιτυχή έκβαση της θεραπείας. Αυτό επιτυγχάνεται επαναλαμβάνοντας τη συλλογιστική της θεραπείας, προσφέροντας ρεαλιστικά χρονοδιαγράμματα για τα θεραπευτικά αποτελέσματα και αμφισβητώντας τις μη ρεαλιστικές προσδοκίες του θεραπευόμενου μέσω του συνεργατικού εμπειρισμού.

Ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης των δυσκολιών, έχει βρεθεί ότι είναι αναποτελεσματικό οι ΓΣ θεραπευτές να προσπαθούν να επιλύσουν προβλήματα στη συμμαχία τηρώντας ακόμη πιο πιστά τις διαδικασίες της θεραπείας αντί να προσπαθούν να διερευνήσουν τα πιθανά αίτιά τους (Castonguay et al., 1996). Η άκαμπτη και επίμονη εφαρμογή τεχνικών όταν ο θεραπευόμενος δεν εκτελεί τα καθήκοντα της θεραπείας, η αποκλειστική εξήγηση των δυσκολιών που ανακύπτουν στη θεραπευτική συμμαχία ως προϊόν παραποιημένων γνωσιών και δυσλειτουργικών πεποιθήσεων του θεραπευόμενου και η απόδοση όλων των δυσκολιών του θεραπευόμενου στον τρόπο που βλέπει ο ίδιος τα πράγματα έχει βρεθεί ότι οδηγούν σε χαμηλότερη ανταπόκριση στη θεραπεία.

Αντίθετα, οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν ότι όταν οι διαφωνίες γίνονταν στα πλαίσια του σωκρατικού διαλόγου και αφορούσαν στην εγκυρότητα των γνωσιών του θεραπευόμενου και όχι στη συλλογιστική ή τις διαδικασίες της θεραπείας, δεν παρατηρήθηκε επιβάρυνση της θεραπευτικής συμμαχίας. Γενικώς η υπόθεση ότι η αμφισβήτηση των δυσλειτουργικών γνωσιών του θεραπευόμενου μπορεί εγγενώς να οδηγεί στη δημιουργία συναισθημάτων μη επικύρωσης ή επίκρισης δημιουργώντας ρήξεις στη θεραπευτική συμμαχία, δε δείχνει να επικυρώνεται ούτε κατά την γνωσιακή αμφισβήτηση ψυχωτικών συμπτωμάτων (Wittorf et al., 2010). Ωστόσο είναι δυνατόν κατά την προσπάθεια αλλαγής των γνωσιών και της συμπεριφοράς ο θεραπευόμενος να νιώσει ότι οι δυσκολίες του δεν επικυρώνονται με αποτέλεσμα την εμφάνιση του φαινομένου της «αντίστασης επικύρωσης» (validation resistance) (Leahy, 2001). Στις περιπτώσεις αυτές ο θεραπευόμενος απαιτεί

ενσυναίσθηση και κατανόηση προκειμένου να μπορέσει να συνεχίσει την διαπραγμάτευση των τρεχουσών δυσκολιών του, αλλά και των ακυρωτικών περιβαλλόντων που έχει εκτεθεί στο παρελθόν.

Οι θεραπευτικές τεχνικές ποτέ δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για να αποδοθεί όλη η ευθύνη για το πρόβλημα στη θεραπευτική συμμαχία στον θεραπευόμενο, αλλά αντίθετα έμφαση πρέπει να δίνεται στην επικύρωση των δυσκολιών του θεραπευόμενου, στο να δείξει ο θεραπευτής την επιθυμία του για αποκατάσταση της ρήξης και στην ενεργό προσπάθειά του να μοιραστεί την ευθύνη για τη ρήξη (Newman, 2013). Όταν ο θεραπευτής αντιλαμβάνεται κάποιο πρόβλημα στον τρόπο με τον οποίο συνδέεται με τον θεραπευόμενο δεν αντιδρά ούτε εριστικά, ούτε με παθητική απελπισία, αλλά μελετά τη ρήξη για να κατανοήσει καλύτερα τον θεραπευόμενο. Παρατηρεί τις γνωσιακές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές του αντιδράσεις και κάνει, συνήθως σιωπηλά, αλλαγές στη δική του στάση. Άλλες φορές «χρησιμοποιεί τον εαυτό του», δηλαδή προβαίνει σε αποκάλυψη του «τι συμβαίνει κατά τη γνώμη του» στη θεραπευτική διάδραση προκειμένου η δυσκολία να συζητηθεί ανοικτά με τον θεραπευόμενο.

Πέραν της αντιμετώπισης των δυσκολιών στη σχέση με τις συνήθειες γνωσιακές συμπεριφοριστικές τεχνικές όπως όλες τις υπόλοιπες δυσκολίες, έχουν προταθεί και προσεγγίσεις που αντιμετωπίζουν τη θεραπευτική συμμαχία ως μία συνεχή διαπραγμάτευση μεταξύ των προσωπικών αναγκών και των αναγκών του άλλου τόσο από τη μεριά του θεραπευόμενου, όσο και από τη μεριά του θεραπευτή (Safran & Segal, 1990· Katzow & Safran, 2007). Όσο δεν υπάρχουν προβλήματα στη θεραπευτική σχέση η διαπραγμάτευση αυτή δεν γίνεται αντιληπτή από τους εμπλεκόμενους, αλλά, παρότι στη ΓΣΘ υπάρχουν χαρακτηριστικά που διευκολύνουν τη διαπραγμάτευση αυτή και προάγουν τη συμμαχία ως θετικό παράγοντα για τη θεραπευτική αλλαγή, παρατηρούνται ρήξεις στη θεραπευτική συμμαχία που πρέπει να καθίστανται το πρωτεύον θέμα της θεραπείας. Ως ρήξη ορίζεται η κατάρρευση της διαπραγμάτευσης ή η επιδείνωση του δεσμού που εκδηλώνεται με αρνητικές διεργασίες ή προβληματικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ θεραπευόμενου και θεραπευτή (Muran et al., 2018).

Σε αυτά τα αδιέξοδα προσφέρεται η δυνατότητα για κλινική εργασία πάνω στις χαρακτηριστικές νοηματοδοτήσεις των διαπροσωπικών σχέσεων και των προτύπων διαπροσωπικής συμπεριφοράς που προκύπτουν από αυτές. Αυτές οι νοηματοδοτήσεις βασίζονται σε «σχεσιακά» ή «διαπροσωπικά» σχήματα. Όταν τα σχήματα αυτά προβλέπουν ότι η διατήρηση των διαπροσωπικών σχέσεων είναι σχετικά εφικτή, το άτομο χαρακτηρίζεται από συναισθηματική και διαπροσωπική ευελιξία. Στην αντίθετη περίπτωση το άτομο θεωρεί ότι πρέπει να συμπεριφέρεται με έναν συγκεκριμένο τρόπο για να διατηρήσει τις διαπροσωπικές του σχέσεις, καθώς θεωρεί πολλές συμπεριφορές και συναισθήματα απειλητικά για το σχετίζεσθαι. Επειδή συγκεκριμένες διαπροσωπικές συμπεριφορές έλκουν συμπληρωματικές διαπροσωπικές συμπεριφορές, τα δυσπροσαρμοστικά διαπροσωπικά σχήματα δεν ελέγχονται στην πραγματικότητα στο πλαίσιο διαδικασιών αυτοεκπληρούμενων προφητειών και αποφυγών και κατά συνέπεια δε διαψεύδονται.

Ρήξεις στη θεραπευτική συμμαχία παρατηρούνται όταν ενεργοποιούνται τα δυσπροσαρμοστικά διαπροσωπικά σχήματα τα οποία μπορούν να εκδηλωθούν με εμφανή ή συγκεκριμένο τρόπο, οπότε ο μόνος τρόπος εντοπισμού τους είναι μέσω του τρόπου που ο θεραπευτής βιώνει τη σχέση με τον θεραπευόμενο. Όταν διαπιστώνεται ρήξη ο θεραπευτής θα πρέπει να διακόπτει την παρέμβαση και να διερευνά τι συμβαίνει στον θεραπευόμενο εκείνη τη στιγμή σε επίπεδο συναισθημάτων και όχι γνωσιών, να αναγνωρίζει ότι συμμετέχει σε μια δυσπροσαρμοστική αλληλεπίδραση, να εντοπίζει και να παραδέχεται τη δική του συμμετοχή σε αυτή και να «απαγκιστρωθεί» από αυτήν. Στις περιπτώσεις αυτές, ακόμη και η ενσυναίσθητική αντιπαράθεση με τα σχήματα του θεραπευόμενου (Young et al., 2003) μπορεί επιδεινώσει αντί να αποκαταστήσει τη ρήξη (Katzow & Safran, 2007). Αν ο θεραπευτής δεν μπορέσει να απαγκιστρωθεί από τη διάδραση, θα συνεχίσει να συμπεριφέρεται με τον συμπληρωματικό τρόπο που τον έλκει να συμπεριφερθεί η συμπεριφορά του θεραπευόμενου, με αποτέλεσμα να επιβεβαιώσει τα δυσπροσαρμοστικά σχήματά του θεραπευόμενου. Αντίθετα, διερευνώντας τον τρόπο που ο θεραπευόμενος ερμηνεύει τα γεγονότα ώστε να τον καταλάβει, επικυρώνοντας τα συναισθήματά και τις ανάγκες του και σταματώντας να συμπεριφέρεται με τον τρόπο που προβλέπουν τα δυσπροσαρμοστικά σχήματά του, τα διαψεύδει στην πράξη και προσφέρει στον θεραπευόμενο μια νέα εμπειρία

σχετίζονται. Ακολουθείται η τεχνική αρχή της μετα-επικοινωνίας (metacommunication), η οποία συνίσταται στην εγκαθίδρυση μίας συνεργατικής διερεύνησης της επικοινωνιακής διαδικασίας καθώς αυτή εξελίσσεται. Η δυνατότητα συμμετοχικής παρατήρησης της θεραπευτικής διαδικασίας και απαγκίστρωσης από τη θεραπευτική διάδραση βασίζεται σε δεξιότητες ενσυνειδητότητας.

Οστόσο στο πλαίσιο της ΓΣΘ οι διορθωτικές εμπειρίες δεν είναι υποχρεωτικά διαπροσωπικής φύσης (Hayes et al., 2012). Η θεραπευτική σχέση είναι είναι σαφώς τοποθετημένη σε μια μαθησιακή σχέση (βλ και Gionazolias, 2004) και ο σχεδιασμός εμπειριών που αποσκοπούν στην επανερμηνεία δυσπροσαρμοστικών προτύπων σκέψης και συμπεριφοράς είναι κεντρικός. Γίνεται προσπάθεια ο θεραπευόμενος να εκλάβει τις σκέψεις του ως υποθέσεις που πρέπει να ελεγχθούν στην πραγματικότητα και όχι ως απόλυτες αλήθειες και προσφέρονται διορθωτικές μαθησιακές εμπειρίες με άμεσο και συστηματικό τρόπο. Η ανάθεση έργων για το σπίτι είναι κεντρική, καθώς δίνεται έμφαση στη γενίκευση της μάθησης στο μεγαλύτερο δυνατό εύρος καταστάσεων και όχι μόνο μέσα στη συνεδρία. Μεγάλο μέρος της θεραπευτικής αλλαγής λαμβάνει χώρα στα διαστήματα μεταξύ των θεραπευτικών συνεδριών (Goldfried, 1982).

Μεταβίβαση - Αντιμεταβίβαση

Στη ΓΣΘ η θεραπευτική σχέση δεν δομείται με όρους μεταβίβασης, υπό την έννοια ότι αποτελεί αναπαράσταση μίας άλλης πρώιμης σχέσης του θεραπευόμενου, αλλά θεωρείται μία αυτοτελής σχέση ενός ενήλικου προς έναν άλλον ενήλικο, η οποία μπορεί να προσφέρει στο θεραπευόμενο νέα δεδομένα για τις ανθρώπινες σχέσεις (Westbrook et al., 2011). Η μεταβίβαση λαμβάνει χώρα όταν τα διαπροσωπικά σχήματα του θεραπευόμενου οδηγούν σε παρερμηνεία για την προσωπικότητα ή τη συμπεριφορά του θεραπευτή και εκλύεται είτε όταν τα προσωπικά χαρακτηριστικά ή η συμπεριφορά του θεραπευτή είτε τα χαρακτηριστικά της θεραπείας (η δομή, η φύση της θεραπευτικής σχέσης, οι προσδοκίες κλπ.) προσομοιάζουν σε παρελθοντικές αλληλεπιδράσεις του θεραπευόμενου (Moorey, 2014).

Παρότι η μεταβίβαση ως προϊόν της ενεργοποίησης των δυσλειτουργικών βασικών πεποιθήσεων του θεραπευόμενου αναγνωρίστηκε νωρίς στη ΓΣΘ (Beck et al., 1979), δεν αποτελούσε κύριο σημείο εστιασμού της θεραπείας (Gilbert & Leahy, 2007), ίσως γιατί η ισότιμη και συνεργατική φύση της σχέσης, οι «διαφανείς» θεραπευτικές διαδικασίες και ο πιο προσιτός ρόλος του θεραπευτή που επιτρέπεται να προβαίνει σε αυτοαποκαλύψεις μειώνουν το ενδεχόμενο παρανοήσεων και την ανάπτυξη έντονων μεταβιβαστικών αντιδράσεων (Moorey, 2014). Φυσικά αυτό δε σημαίνει ότι δε συμβαίνουν ποτέ παρερμηνείες και οι Beck et al. (2004) θεωρούν ότι ένα από τα συχνά λάθη στη ΓΣΘ είναι ο θεραπευτής να μη δώσει επαρκή σημασία στα συναισθήματα που εκφράζονται για τον θεραπευτή ή τη θεραπεία, χάνοντας έτσι την ευκαιρία για βαθύτερη κατανόηση του θεραπευόμενου.

Στο βαθμό που η μεταβίβαση εκλαμβάνεται και ορίζεται ως μία υπεργενίκευση των διαπροσωπικών σχημάτων του θεραπευόμενου, οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις του θεραπευτή θεωρείται ότι πηγάζουν κυρίως από τις γνωσιακές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές χαρακτηριστικές αντιδράσεις του θεραπευόμενου και λιγότερο από την προσωπικότητά του θεραπευτή (Newman, 2013). Στο πλαίσιο αυτό ο κίνδυνος είναι ο θεραπευτής να επιβεβαιώσει αρνητικά διαπροσωπικά σενάρια και γι αυτό πρέπει να κατανοεί και να διαχειρίζεται τις αντιδράσεις του. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις του θεραπευτή πρέπει να ελέγχονται και γενικώς αποθαρρύνονται (Levendusky & Rosmarin, 2013).

Η άλλη οπτική είναι ότι οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις οφείλονται στα προσωπικά και διαπροσωπικά σχήματα του ίδιου του θεραπευτή (Leahy, 2007, 2015) και υπό αυτήν την έννοια είναι αναπόφευκτες (Ευσταθίου & Χαρίλα, 2014). Ο Moorey (2014) περιγράφει τρεις πηγές αντιμεταβιβαστικών αντιδράσεων: Η πρώτη είναι μεταβίβαση του θεραπευτή προς τον θεραπευόμενο βάσει χαρακτηριστικών που προσομοιάζουν σε άλλες σχέσεις του θεραπευτή. Η δεύτερη ονομάζεται ενσυναισθητική αντιμεταβίβαση και αφορά στις περιπτώσεις που η αντίδραση του θεραπευτή καθρεφτίζει την εμπειρία του θεραπευόμενου, στο έδαφος συμφωνίας των σχημάτων τους. Το τρίτο είδος αντιμεταβίβασης αφορά στην αμοιβαία αλληλεπίδραση της αντίδρασης του

θεραπευτή με τη μεταβίβαση του θεραπευόμενου. Στην πρώτη και στην τρίτη περίπτωση, ανάλογα με το αν υπάρχει συμβατότητα ή ασυμβατότητα μεταξύ των σχημάτων του θεραπευόμενου και του θεραπευτή μιλάμε για σύγκρουση ή για συμπληρωματικότητα σχημάτων. Όταν τα σχήματα είναι συμπληρωματικά οι διαπροσωπικές πεποιθήσεις και ανάγκες του θεραπευόμενου και του θεραπευτή δημιουργούν ένα κυκλικό πρότυπο διαιώνισης.

Οι Miranda και Andersen (2007) συνοψίζουν μία σειρά ερευνών για την κοινωνικο-γνωστική θεώρηση της μεταβίβασης και της αντιμεταβίβασης και εισαγάγουν την έννοια της εσωτερικής αναπαράστασης του εαυτού-όταν-είναι-με-έναν-σημαντικό-άλλο που είναι ειδική για κάθε μια σχέση με σημαντικούς άλλους στη ζωή του ατόμου αντί για γενικά διαπροσωπικά σχήματα. Όταν η αναπαράσταση αυτή ενεργοποιηθεί βάσει μίας γνωστικής διεργασίας από οποιοδήποτε σχετικό ερέθισμα (χαρακτηριστικά του νέου προσώπου που ομοιάζουν με το αρχικό) σε οποιοδήποτε πλαίσιο, ενεργοποιούνται και τα συναισθήματα, οι προσδοκίες, τα κίνητρα και οι συμπεριφορές που αφορούν τη σχέση με το συγκεκριμένο σημαντικό άλλο, με αποτέλεσμα να βλέπουν νέα πρόσωπα με τον τρόπο που έβλεπαν τον σημαντικό άλλον και να τους αποδίδουν χαρακτηριστικά του, αλλά και να βλέπουν τον εαυτό τους με τον τρόπο που θεωρούσαν ότι τους αξιολογούσε ο σημαντικός άλλος. Η ενεργοποίηση των αναπαραστάσεων γίνεται αυτόματα, χωρίς συνειδητή προσπάθεια και είναι συνεχής, με αποτέλεσμα στο επίπεδο της θεραπείας νέες συμπεριφορές από τον θεραπευόμενο ή τον θεραπευτή να ενεργοποιούν νέες αρνητικές ή να ανατρέπουν προηγούμενες θετικές μεταβιβάσεις και αντιμεταβιβάσεις ή και το αντίστροφο.

Στο βαθμό που οι θεραπευτές θεωρούν ότι η αντιδράσεις τους δεν καθορίζονται μόνο από τα αντικειμενικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του θεραπευόμενου, θα πρέπει να είναι ενήμεροι για το πώς τα διαπροσωπικά τους σχήματα επηρεάζουν τη θεραπευτική σχέση, αλλά και για τα σχήματά τους όσον αφορά συγκεκριμένες κατηγορίες δυσκολιών, συγκεκριμένες κατηγορίες θεραπευόμενων και συγκεκριμένες κατηγορίες αντιδράσεων του θεραπευόμενου (Freeman, 2013), αλλά και για τη θεραπεία και τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τον ρόλο τους (Freeman et al., 2004). Για τον σκοπό αυτό έχουν αναπτυχθεί ειδικές παρεμβάσεις αυτογνωσίας για την προετοιμασία των θεραπευτών στο πλαίσιο της ΓΣΘ (βλ. για παράδειγμα Καλαντζή κ.συν., 2002).

Τα όρια στη θεραπευτική σχέση

Λόγω της διαφορετικής έννοιας της σχέσης μεταβίβασης στη ΓΣΘ σε σχέση με άλλα θεραπευτικά μοντέλα, δεν απαιτείται απόλυτη συμμόρφωση σε άκαμπτα όρια σε όλες τις όψεις της θεραπείας (Westbrook et al., 2011). Προφανώς τα βασικά θεραπευτικά όρια, όπως ορίζονται στους επαγγελματικούς κώδικες δεοντολογίας (Ευθυμίου κ.συν., 2007) θα πρέπει να τηρούνται σε κάθε περίπτωση (Beck et al., 2004), αλλά σε κάποιες περιπτώσεις, οι αποφάσεις σχετικά με τα θεραπευτικά όρια θα πρέπει να κρίνονται κατά περίπτωση (Ledley et al., 2005).

Για παράδειγμα, πέραν του γεγονότος ότι γίνονται συνεδρίες σε εξωτερικούς χώρους ή και στο σπίτι του θεραπευόμενου στο πλαίσιο συμπεριφορικών πειραμάτων - έκθεσης (Kazantzis et al., 2017), συνήθως επιτρέπεται ο θεραπευόμενος να ζητήσει να μετατεθεί η συνεδρία και θεωρείται πρόβλημα μόνο όταν γίνεται επανειλημμένα ή χωρίς επαρκή αιτιολόγηση, ενώ μορφές σωματικής επαφής που σχεδόν ποτέ δεν θεωρούνται ερωτικής φύσεως, μπορεί να επιτραπούν, καθώς διαφορετικά υπάρχει ο κίνδυνος ο θεραπευτής να θεωρηθεί απόμακρος ή απρόσιτος (Westbrook et al., 2011).

Στη ΓΣΘ ο θεραπευτής μπορεί να αυτοαποκαλύψει προσωπικές εμπειρίες για ένα σχετικό προς τις δυσκολίες του θεραπευόμενου πρόβλημα που ξεπέρασε ο ίδιος (Beck, et al., 1979), αφού πρώτα αξιολογήσει προσεκτικά το λόγο που το κάνει και το αποτέλεσμα που θα έχει στον θεραπευόμενο, με σκοπό να κανονικοποιήσει την αντίδραση και να αυξήσει το κίνητρο του θεραπευόμενου, να ενδυναμώσει τη θεραπευτική συμμαχία και να προσφέρει προς μίμηση πιο αποτελεσματικές δεξιότητες αντιμετώπισης (Goldfried et al., 2003). Ως προς την αυτοαποκάλυψη προσωπικών πληροφοριών, ο γενικός κανόνας είναι να μην απαντώνται ερωτήσεις που κάνουν τον θεραπευτή να νιώθει άβολα, λέγοντας απλώς «δεν αισθάνομαι άνετα να απαντήσω σε αυτήν την ερώτηση»,

χωρίς να υποδηλώνεται ότι κακώς έγινε η ερώτηση («τι σας έκανε να ρωτήσετε κάτι τέτοιο;») (Dobson & Dobson, 2017). Ο Lazarus (1994) υποστηρίζει ότι το να απαντά ο θεραπευτής με στερεότυπο τρόπο στις ερωτήσεις του θεραπευόμενου («γιατί είναι σημαντικό αυτό για εσάς;», «εδώ συζητάμε για εσάς και όχι για εμένα») μπορεί να εκληφθεί ως εχθρικό ή ταπεινωτικό από τον θεραπευόμενο.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι θεραπευόμενοι αξιολογούν θετικότερα ένα μη υπερβολικά τυπικό στυλ του θεραπευτή, το οποίο συνδέεται με τη ζεστασιά και με μία περισσότερο ισότιμη σχέση (Borrill & Foreman, 1996) και ότι κάποιες παραβιάσεις των ορίων εκλαμβάνονται ως αποδείξεις γνήσιου ενδιαφέροντος από τη μεριά του θεραπευτή (Levitt et al., 2006).

Συμπεράσματα

Στη ΓΣΘ η έμφαση στη θεραπευτική σχέση δεν έχει τον κεντρικό ρόλο που έχει σε άλλα θεραπευτικά μοντέλα, αλλά απαρτιώνεται με την έμφαση στις τεχνικές (Alford & Beck, 1997). Ωστόσο σύγχρονες και παλαιότερες διερευνήσεις δείχνουν ότι η θεραπευτική σχέση στη ΓΣΘ δεν είναι χαμηλότερης ποιότητας από τη θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται σε άλλες προσεγγίσεις. Εντούτοις, η προσπάθεια κατανόησης και βελτίωσης της θεραπευτικής διάδρασης αποτελεί ζητούμενο της ΓΣΘ, με διευρύνσεις επηρεασμένες από τη σχεσιακή ψυχοθεραπεία που έχουν τύχει ερευνητικής τεκμηρίωσης (Safran, 1990), αλλά και από τη θεωρία του δεσμού-προσκόλλησης που είναι λιγότερο καλά μελετημένες στο πλαίσιο της ΓΣΘ (Liotti, 2007· Μπουλουγούρης, 1996).

Η θεραπευτική σχέση είναι κεντρική στην εφαρμογή της ΓΣΘ. Η ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ σε όλα τα είδη των παρεμβάσεων, συμπεριλαμβανομένων αυτών που βασίζονται σε θεραπευτικά πρωτόκολλα που περιγράφονται σε εγχειρίδια, αλλά και των παρεμβάσεων αυτοβοήθειας ακόμη και μέσω Internet. Η επίδραση της θεραπευτικής συμμαχίας στο θεραπευτικό αποτέλεσμα δεν δείχνει να οφείλεται στην βελτίωση που συμβαίνει στα αρχικά στάδια της θεραπείας. Μάλιστα, η επίδραση της θεραπευτικής συμμαχίας στο αποτέλεσμα δείχνει να είναι υψηλότερη στη ΓΣΘ σε σχέση με κάποιες άλλες προσεγγίσεις.

Στη σύγχρονη θεώρηση για τη θεραπευτική σχέση η θεραπευτική σχέση καθαυτή θεωρείται ίσης σημασίας μηχανισμός θεραπευτικής αλλαγής με τις τεχνικές. Η έμφαση που δίνεται στη θεραπευτική σχέση εξαρτάται από τις ανάγκες του θεραπευόμενου και η έννοια της διορθωτικής εμπειρίας σύμφωνα με την ΓΣΘ δεν περιορίζεται στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης. Γενικά αποτελεί προτεραιότητα η εξασφάλιση ενός διευκολυντικού κλίματος συνεργασίας που φαίνεται να σχετίζεται με λιγότερες ρήξεις στη θεραπευτική συμμαχία. Ο θεραπευτής συμπεριλαμβάνει τη δική του συμπεριφορά στις πηγές δυσκολιών στη θεραπευτική σχέση και «χρησιμοποιεί τον εαυτό του» και την μέτα-επικοινωνία για να τις επιλύσει. Τα όρια στη θεραπευτική συμμαχία καθορίζονται βάσει της συλλογιστικής της θεραπείας και όχι με άκαμπτο τρόπο.

Ο Beck και οι συνεργάτες του στο κλασικό βιβλίο για την κατάθλιψη (1979) υπενθυμίζουν στους άπειρους θεραπευτές να μην παραγνωρίσουν τη σημασία της θεραπευτικής σχέσης κατά τον ενθουσιασμό τους να μάθουν τις θεραπευτικές τεχνικές, κάτι που επαναλαμβάνεται και στο βιβλίο για το άγχος (Beck et al., 1985), στο οποίο και επισημαίνεται ότι στην ερώτηση τι βρήκαν βοηθητικό οι θεραπευόμενοι συχνά απαντούν «το ενδιαφέρον και τη ζεστασιά του θεραπευτή μου» αποδίδοντας μεγάλο μέρος της επιτυχίας της θεραπείας στη σχέση (σελ. 173 - 174). Παρόλα αυτά, οι Kazantzis και συνεργάτες (2013) αναφέρουν ότι υπάρχουν θεραπευτές που δηλώνουν ότι ακολουθούν το ΓΣ μοντέλο και εκπλήσσονταν όταν μαθαίνουν ότι στα κεντρικά αυτά εγχειρίδια τα ειδικά χαρακτηριστικά της σχέσης ορίζονται ως βασικά γνωρίσματα της ΓΣΘ και απαραίτητα για τη γνωσιακή αλλαγή.

Αντιστοίχως, σε πολλά θεραπευτικά πρωτόκολλα της ΓΣΘ συνεχίζει να μην υπάρχει μέριμνα για τον τρόπο αντιμετώπισης δυσκολιών στη θεραπευτική σχέση (Zickgraf et al., 2016), παρότι έχουν αναπτυχθεί και ειδικά πρωτόκολλα για θέματα θεραπευτικής συμμαχίας στο χώρο της ΓΣΘ με ενθαρρυντικά αποτελέσματα (Muran, et al., 2018· Ρουσίνου και Κουβαράκη, 2017), ενώ άλλοι ερευνητές (Aviram & Alice Westra, 2011) προτείνουν την ενσωμάτωση τεχνικών της κινητοποιητικής συνέντευξης (Rollnick & Miller, 1995). Τα φαινόμενα αυτά δείχνουν

να σχετίζονται περισσότερο με την πρακτική της άκαμπτης χρήσης θεραπευτικών πρωτοκόλλων βάσει διάγνωσης έναντι της έμφασης στη γνωσιακή διατύπωση περίπτωσης και ουσιαστικά αντανακλούν κακή κλινική εφαρμογή της ΓΣΘ, αλλά και κακή εκπαίδευση στο μοντέλο (Lazarus & Rego, 2013· Thomas, 2014) και λιγότερο με την ολοένα και πιο σύνθετη ενασχόληση της ΓΣΘ με τη θεραπευτική αλληλεπίδραση.

Στο παρόν άρθρο δεν καλύφθηκαν οι ιδιαιτερότητες της θεραπευτικής σχέσης σε συνθετικές προσεγγίσεις που βασίζονται μερικώς στη ΓΣΘ, όπως η θεραπεία σχημάτων (Young et al., 2003), αλλά ούτε στις ΓΣ προσεγγίσεις του τρίτου κύματος που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα, όπως η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία (Linehan, 1993) ή η γνωσιακή θεραπεία βασισμένη στην ενσυνειδητότητα (Segal, et al., 2002), οι οποίες θα μπορούσαν να αποτελέσουν αντικείμενο επόμενων άρθρων.

Βιβλιογραφία

- Ackerman, S. J., Benjamin, L. S., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C., Lambert, M. J., Norcross, J. C., Orlinsky, D. E., & Rainer, J. (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations of the Division 29 Task Force. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 495-497. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.495>
- Agnew-Davies, R., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1998). Alliance structure assessed by the Agnew Relationship Measure (ARM). *British Journal of Clinical Psychology*, 37(2), 155-172. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1998.tb01291.x>
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). Therapeutic interpersonal support in cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7(2), 105-117. <https://doi.org/10.1037/h0101141>
- Andersson, G. (2016). Internet-Delivered Psychological Treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 157-179. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006>
- Andrusyna, T. P., Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., & Luborsky, L. (2001). The factor structure of the working alliance inventory in cognitive-behavioral therapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 173-178
- Arnold, B. A., Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., Thase, M. E., Fisher, A. J., & Kocsis, J. H. (2013). The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 627-638. <https://doi.org/10.1037/a0031530>
- Aviram, A., & Westra, H. A. (2011). The impact of motivational interviewing on resistance in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 21(6), 698-708. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.610832>
- Ayllon, T. & Michael, J. (1959). The psychiatric nurse as a behavioral engineer. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 2, 323-34. <https://doi.org/10.1901/jeab.1959.2-323>
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance Predicts Patients' Outcome Beyond In-Treatment Change in Symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1027-1032. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.6.1027>
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.
- Beck, A.T & Freeman, A. (1990) *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Guilford Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd ed.). Guilford Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of Depression: A treatment manual*. Guilford Press.
- Beck, J. S. (2005). *Cognitive Therapy for Challenging Problems: What to Do When the Basics Don't Work*. Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive therapy: Basics & beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 441-449. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.3.441>

- Burns, D.D. & Auerbach, A. (1996) Therapeutic empathy in cognitive-behavioural therapy: does it really make a difference? In R. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 135-64). Guilford Press.
- Borrill, J. & Foreman, E.I. (1996). Understanding cognitive change: a qualitative study of the impact of cognitive-behavioural therapy on fear of flying. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(1), 62-74. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199603\)3:1<62::AID-CPP67>3.0.CO;2-A](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199603)3:1<62::AID-CPP67>3.0.CO;2-A)
- Castonguay, L. G., Goldfried, M.R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the Effect of Cognitive Therapy for Depression: A Study of Unique and Common Factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497-504. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.497>
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., McAleavey, A. A., & Goldfried, M. R. (2010). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 150-171). The Guilford Press.
- Constantino, M. J., Arnou, B. A., Blasey, C., & Agras, W. S. (2005). The Association Between Patient Characteristics and the Therapeutic Alliance in Cognitive-Behavioral and Interpersonal Therapy for Bulimia Nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 203-211. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.2.203>
- Davidson, K.M. (2000) *Cognitive therapy for personality disorders: a guide for clinicians*. Routledge.
- Davis, D. D. & Beck, J. S. (2015). The Therapeutic Alliance with Patients with Personality Disorders. In A. T. Beck, D. D. Davis, & A. Freeman (Eds.), *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (3rd ed.) (pp. 125 - 139). Guilford Press.
- Dobson, D. & Dobson, K. S. (2017). *Evidence based practice of Cognitive Behaviour Therapy* (2nd ed.). Guilford Press.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. (2006). A Conceptual and Methodological Analysis of the Nonspecifics Argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 174-183. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpio22>
- Ellis, A. (1959). Requisite conditions for basic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 23(6), 538-540. <https://doi.org/10.1037/h0049260>
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2014). Working alliance predicts psychotherapy outcome even while controlling for prior symptom improvement. *Psychotherapy Research*, 24(2), 146-159. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.847985>
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), 317-328. <https://doi.org/10.1037/a0032258>
- Fitzpatrick, M. R., Iwakabe, S., & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 69-80. <https://doi.org/10.1080/10503300512331327056>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10-17. <https://doi.org/10.1037/a0025749>
- Ford, J. (1978). Therapeutic relationship in behaviour therapy: An empirical analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(6), 1302-1314. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.46.6.1302>
- Freeman, A. (2013). The Therapeutic Relationship. In S. G. Hofmann (Ed.). *The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 3 - 22). Wiley-Blackwell.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. (2004). *Clinical Applications of Cognitive Therapy* (2nd ed.). Plenum Press.
- Gaston, L., Marmar, C., Gallagher, D., & Thompson, L. (1991). Alliance Prediction of Outcome Beyond in-Treatment Symptomatic Change as Psychotherapy Processes. *Psychotherapy Research*, 1(2), 104-112. <https://doi.org/10.1080/10503309112331335531>
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L.-G., & Gagnon, R. (1998). Alliance, Technique, and their Interactions in Predicting Outcome of Behavioral, Cognitive, and Brief Dynamic Therapy. *Psychotherapy Research*, 8(2), 190-209. <https://doi.org/10.1093/ptr/8.2.190>
- Gilbert, P. & Leahy, R. L. (2007). Introduction and overview: Basic issues in the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioural psychotherapies* (pp. 3 - 23). Routledge.

- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26(6), 657-678. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.03.002>
- Giovazolias, T. (2004). The therapeutic relationship in cognitive-behavioural therapy. *Counselling Psychology Review*, 19(2), 14-21.
- Goldfried, M. R. (1982). Resistance and Clinical Behavior Therapy. In P. L. Wachtel (Ed.) *Resistance: Psychodynamic and Behavioral Approaches* (pp. 95 - 114). Plenum Press.
- Goldfried, M.R., & Davison, G.C. (1994). *Clinical behavior therapy* (Expanded ed.). Wiley.
- Goldfried, M. R., Burckell, L. A., & Eubanks-Carter, C. (2003). Therapist self-disclosure in cognitive-behavior therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 59(5), 555-568. <https://doi.org/10.1002/jclp.10159>
- Hayes, A.M., Beck, J.G., & Yasinski, C. (2012). A Cognitive Behavioral Perspective on Corrective Experiences. In L. G. Castonguay & C. Hill (Eds.). *Transformation in Psychotherapy: Corrective Experiences Across Cognitive Behavioral, Humanistic and Psychodynamic Approaches* (pp. 69 - 84). American Psychological Association.
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2014). Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: The beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy*, 51(4), 510-513. <https://doi.org/10.1037/a0037045>
- Katzow, A. W., & Safran, J. D. (2007). Recognizing and resolving ruptures in the therapeutic alliance. In P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (p. 90-105). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Kazantzis, N. (2018). Introduction to the Special Issue on Processes of Cognitive Behavioral Therapy: Does “Necessary, But Not Sufficient” Still Capture It? *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 115-120. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9891-z>
- Kazantzis, N., Cronin, T. J., Dattilio, F. M., & Dobson, K. S. (2013). Introduction: Using Techniques via the Therapeutic Relationship. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(4), 385-389. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.03.001>
- Kazantzis, N., Cronin, T. J., Norton, P. J., Lai, J., & Hofmann, S. G. (2015). Reservations about the Conclusions of the Interdivisional (APA Divisions 12 & 29) Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships: What Do We Know, What Don't We Know?: Evidence-Based Relationships. *Journal of Clinical Psychology*, 71(5), 423-427. <https://doi.org/10.1002/jclp.22178>
- Kazantzis, N., Dattilio, F. M., & Dobson, K. S. (2017). *The Therapeutic Relationship in Cognitive-Behavioral Therapy: A Clinician's Guide*. Guilford Press.
- Kazantzis, N., Luong, H. K., Usatoff, A. S., Impala, T., Yew, R. Y., & Hofmann, S. G. (2018). The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 42(4), 349-357. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9920-y>
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1994). Functional analytic psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 175-201. <https://doi.org/10.1037/h0101264>
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467-481. <https://doi.org/10.1037/a0034332>
- Lazarus, A. A. (1994). How Certain Boundaries and Ethics Diminish Therapeutic Effectiveness. *Ethics & Behavior*, 4(3), 255-261. https://doi.org/10.1207/s15327019ebo403_10
- Lazarus, A. A. & Fay, A. (1982). Resistance or Rationalization? A Cognitive-Behavioral Perspective. In P. L. Wachtel (Επίμ. Έκδ.) *Resistance: Psychodynamic and Behavioral Approaches* (pp. 115 - 132). Plenum Press.
- Lazarus, A. A., & Rego, S. A. (2013). What Really Matters: Learning From, Not Being Limited by, Empirically Supported Treatments. *The Behavior Therapist*, 36(3), 67-69.
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2007). Schematic mismatch in the therapeutic relationship: A socialcognitive model. In P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioural psychotherapies* (pp. 229-254). Routledge.
- Leahy, R. L. (2008). The Therapeutic Relationship in Cognitive-Behavioral Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 769-777. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004852>

- Ledley, D. R., Marx, B. P., & Heimberg, R. G. (2005). *Making cognitive-behavioral therapy work: clinical process for new practitioners*. Guilford Press.
- Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What Clients Find Helpful in Psychotherapy: Developing Principles for Facilitating Moment-to-Moment Change. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 314–324. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.314>
- Levendusky, P.G. & Rosmarin, D. H. (2013). Cognitive Behavior Therapy: A Rich but Implicit Relational Framework Within Which to Deal With Therapist Frustrations. In A. W. Wolf, M. R. Goldfried, & J. C. Muran (Eds.), *Transforming Negative Reactions to Clients: From Frustration to Compassion* (pp. 45 – 68). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13940-002>
- Linehan, M. M. (1993). *Diagnosis and treatment of mental disorders. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Liotti, G. (2007). Internal working models of attachment in the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioural psychotherapies* (pp. 143–162). Routledge.
- Lorenzo-Luaces, L., & DeRubeis, R. J. (2018). Miles to Go Before We Sleep: Advancing the Understanding of Psychotherapy by Modeling Complex Processes. *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 212–217. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9893-x>
- McCullough, J.P. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. Guilford Press.
- Meichenbaum, D. & Gilmore, J. B. (1982). Resistance from a Cognitive-Behavioral Perspective. In P. L. Wachtel (Ed.) *Resistance: Psychodynamic and Behavioral Approaches* (pp. 133 – 156). Plenum Press.
- Miranda, R., & Andersen, S. (2007). The therapeutic relationship: Implications for cognition and transference. In P. Gilbert & R. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 63–69). Routledge.
- Moorey, S. (2014). “Is it Them or is it Me?": Transference and Countertransference in CBT. In A. Whittington & N. Grey (Eds.), *How to Become a More Effective CBT Therapist: Mastering Metacompetence in Clinical Practice* (pp. 284 – 299). Wiley-Blackwell.
- Morris, R. J., & Suckerman, K. R. (1974). Therapist warmth as a factor in automated systematic desensitization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(2), 244–250. <https://doi.org/10.1037/h0036261>
- Muran, J. C., Safran, J. D., Eubanks, C. F., & Gorman, B. S. (2018). The effect of alliance-focused training on a cognitive-behavioral therapy for personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(4), 384–397. <https://doi.org/10.1037/ccp0000284>
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 233–248. <https://doi.org/10.1037/a0016085>
- Muran, J. C., Gorman, B. S., Safran, J. D., Twinin, J. D., Samstag, L., Wallner L., & Winston, A. (1995). *Linking In-Session Change to Overall Outcome in Short-Term Cognitive Therapy*, 63(4), 651–657. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.4.651>
- Muran, J. C. & Barber, J. P. (2010). *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice*. New York: Guilford Press.
- Newman, C. F. (1994). Understanding client resistance: Methods for enhancing motivation to change. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1(1), 47–69. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(05\)80086-0](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80086-0)
- Newman, C. F. (2002). A Cognitive Perspective on Resistance in Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 165–174. <https://doi.org/10.1002/jclp.1140>
- Newman, C. F. (2013). *Core Competencies in Cognitive-Behavioral Therapy: Becoming a Highly Effective and Competent Cognitive-Behavioral Therapist*. Routledge.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4–8. <https://doi.org/10.1037/a0022180>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>

- Persons, J. B. (1989). *Cognitive Therapy in Practice: A case formulation approach*. W. W. Norton & Company.
- Persons, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. Guilford Press.
- Persons, J. B., & Burns, D. D. (1985). Mechanisms of action of cognitive therapy: The relative contributions of technical and interpersonal interventions. *Cognitive Therapy and Research*, 9(5), 539-551. <https://doi.org/10.1007/BF01173007>
- Rabavilas, A.D., Boulougouris, I.C. & Perissaki, C. (1979). Therapist qualities related to outcome with exposure in vivo in neurotic patients. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 293-294. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(79\)90005-3](https://doi.org/10.1016/0005-7916(79)90005-3)
- Raue, P., Castonguay, L., & Goldfried, M. (1993). The Working Alliance: A Comparison of Two Therapies. *Psychotherapy Research*, 3(3), 197-207. <https://doi.org/10.1080/10503309312331333789>
- Raue, P. L., Goldfried, M.R., & Barkham, M. (1997). The Therapeutic Alliance in Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 582-587. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.4.582>
- Rector, N. A., Zuroff, D. C., & Segal, Z. V. (1999). Cognitive change and the therapeutic alliance: The role of technical and nontechnical factors in cognitive therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(4), 320-328. <https://doi.org/10.1037/h0087739>
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325-334. <https://doi.org/10.1017/S135246580001643X>
- Safran, J. (1990). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: I. Theory. *Clinical Psychology Review*, 10, 87-105. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90108-M](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90108-M)
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 56(2), 233-243. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3)
- Safran, J., & Segal, Z. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Basic.
- Schaap, C., Bennun, I., Schindler, L., & Hoogduin, K. (1993). *Wiley series in psychotherapy and counselling. The therapeutic relationship in behavioural psychotherapy*. John Wiley & Sons.
- Segal, Z.V., Mark, J., Williams, G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Sperry, L. & Sperry, J. (2016). *Cognitive behavior therapy of DSM 5 personality disorders : assessment, case conceptualization, and treatment* (3rd ed.). Routledge.
- Tee, J., & Kazantzis, N. (2011). Collaborative Empiricism in Cognitive Therapy: A Definition and Theory for the Relationship Construct: Defining Collaborative Empiricism. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(1), 47-61. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01234.x>
- Thomas, M. (2014). Cognitive behavioural therapy and the therapeutic relationship. In D. Charura & S. Paul (Eds.), *The Therapeutic Relationship Handbook: Theory and Practice* (pp. 30 - 39). Open University Press.
- Wachtel, P. L. (Ed.) (1982). *Resistance: Psychodynamic and Behavioral Approaches*. Plenum Press.
- Weiss, M., Kivity, Y., & Huppert, J. D. (2014). How does the therapeutic alliance develop throughout cognitive behavioral therapy for panic disorder? Sawtooth patterns, sudden gains, and stabilization. *Psychotherapy Research*, 24(3), 407-418. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.868947>
- Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2011). *An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy: Skills and Applications* (2nd ed.). Sage.
- Wittorf, A., Jakobi, U. E., Bannert, K. K., Bechdolf, A., Müller, B. W., Sartory, G., Wagner, M., Wiedemann, G., Wölwer, W., Herrlich, J., Buchkremer, G., & Klingberg, S. (2010). Does the Cognitive Dispute of Psychotic Symptoms do Harm to the Therapeutic Alliance?: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(7), 478-485. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e4f526>
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford University Press.
- Wright, J. H., & Davis, D. (1994). The Therapeutic Relationship in Cognitive-Behavioral Therapy: Patient Perceptions and Therapist Responses. *Cognitive and Behavioral Practice*, (1), 25-45. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(05\)80085-9](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80085-9)
- Young, J. E., Klosko, J. S., and Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press.

- Zickgraf, H. F., Chambless, D. L., McCarthy, K. S., Gallop, R., Sharpless, B. A., Milrod, B. L., & Barber, J. P. (2016). Interpersonal Factors Are Associated with Lower Therapist Adherence in Cognitive-Behavioural Therapy for Panic Disorder: Interpersonal Factors and Adherence. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(3), 272–284. <https://doi.org/10.1002/cpp.1955>
- Zilcha-Mano, S., Dinger, U., McCarthy, K. S., & Barber, J. P. (2014). Does alliance predict symptoms throughout treatment, or is it the other way around? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 931–935. <https://doi.org/10.1037/a0035141>
- Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2018). Not Just a Non-specific Factor: Moderators of the Effect of Within- and Between-Clients Alliance on Outcome in CBT. *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 146–158. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9866-5>
- Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Α., & Ευσταθίου, Γ. (2007). Η γνωσιακή – συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας. Στο Μ. Μαλικιώση-Λοϊζου (Επιμ.), Συμβουλευτική Ψυχολογία-Σύγχρονες Προσεγγίσεις (σελ. 299-324). Ατραπός.
- Ευσταθίου, Γ. & Χαρίλα, Ν. (2014). Η γνωσιακή – συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας. Στο Γ. Ευσταθίου, Κ., Ευθυμίου, Ν., Χαρίλα, Γ., Κιοστεράκης, Γ., & Χ. Μήτση (Επίμ.), *Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία Διαταραχών Προσωπικότητας: Θεωρία και ανάλυση κλινικών περιπτώσεων* (σελ. 14 - 42). Εκδόσεις Ινστιτούτου Έρευνας & Θεραπείας της Συμπεριφοράς.
- Καλαντζή - Αζίζι, Α., Αγγελή, Α. Κ., & Ευσταθίου, Γ. Η. (2002). *Αυτογνωσία και αυτοδιαχείριση: Ένα μοντέλο κλινικής πρακτικής και εκπαίδευσης ειδικών ψυχικής υγείας και εκπαιδευτικών*. Ελληνικά Γράμματα.
- Μπουλουγούρης, Γ. (1996). Συμπεριφορά του Ενήλικα και Θεωρία της Προσκόλλησης. Στο Γ. Μπουλουγούρης (Επίμ.), *Θέματα Γνωσιακής και Συμπεριφοριστικής Θεραπείας (Τόμος Γ')*. Ελληνικά Γράμματα.
- Ρουσσίνου, Σ. & Κουβαράκη, Ε. (2017). Η ενσυναίσθηση στη γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία: Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας. *Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Έρευνα & Θεραπεία*, 3(1), 19-27.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ | REVIEW PAPER

The therapeutic relationship in cognitive behavioral therapy

Giorgos EFSTATHIOU¹¹ Institute for Behavior Research and Therapy, Athens, Greece

KEYWORDS

cognitive behavioral therapy,
resistance,
ruptures in the therapeutic
alliance,
therapeutic relationship,
therapeutic alliance,
transference –
countertransference

CORRESPONDENCE

Giorgos Efstathiou,
Institute for Behavior Research
and Therapy,
Iridanou 6, 115 28, Athens.
Greece
Email: gefstath@psych.uoa.gr

ABSTRACT

The article describes the distinctive features of the therapeutic relationship in cognitive behavioral therapy (CBT) and the ways of dealing with problems in the therapeutic interaction. The development of the way that the therapeutic relationship is understood within the context of cognitive behavioral therapy is presented, from the initial view that the therapeutic relationship is a necessary but not sufficient condition in order to achieve therapeutic change, to the modern view that the therapeutic change is produced by the therapeutic techniques, as well as the therapeutic relationship. The role of the therapist and the features of the therapeutic alliance in CBT are described, central among which is collaborative empiricism and Socratic questioning. The difficulties in the therapeutic relationship and the ways that can be addressed are discussed in the context of the related concepts of resistance, of ruptures in the therapeutic alliance and of transference and countertransference. The rationale regarding boundaries to the therapeutic relationship is discussed. In conclusion, in CBT the emphasis on the therapeutic relationship is not so central as in other therapeutic models and the relationship is integrated with techniques, although there is ongoing effort to enhance and expand the understanding of the therapeutic interaction. Nonetheless the quality of the relationship is not inferior to that of other treatment models and the therapeutic change in CBT is attributed equally to the implementation of techniques and relationship factors.