

**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**Η ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ
ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**

ΑΓΑΘΗ Γ. ΛΑΚΙΩΤΗ

Αθήνα, 2016

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΣΤΑΛΙΚΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, Καθηγητής (Επόπτης)

ΜΟΤΤΗ-ΣΤΕΦΑΝΙΔΗ ΦΡΟΣΩ, Καθηγήτρια

ΣΥΝΟΔΙΝΟΥ ΚΛΑΙΡΗ, Καθηγήτρια

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΣΤΑΛΙΚΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, Καθηγητής (Επόπτης)

ΜΟΤΤΗ-ΣΤΕΦΑΝΙΔΗ ΦΡΟΣΩ, Καθηγήτρια

ΣΥΝΟΔΙΝΟΥ ΚΛΑΙΡΗ, Καθηγήτρια

ΚΑΖΗ ΣΜΑΡΑΓΔΑ, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

ΚΑΤΕΡΕΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, Καθηγητής

ΚΟΡΔΟΥΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, Καθηγητής

ΣΑΚΑΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ, Καθηγήτρια

Στον Παναγιώτη

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση μιας διδακτορικής διατριβής αποτελεί το τέλος ενός μεγάλου ταξιδιού που περιλαμβάνει πολλές χαρές και ικανοποιήσεις αλλά και αμέτρητες δυσκολίες και προκλήσεις. Είναι πολλοί εκείνοι που με υποστήριξαν με ποικίλους τρόπους και έπαιξαν καθοριστικό ρόλο, άμεσα ή έμμεσα, στο ταξίδι αυτό. Θα ήθελα λοιπόν να τους ευχαριστήσω, αναγνωρίζοντας την πολύτιμη συνεισφορά τους.

Καταρχάς, θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής για τις συμβουλές και τις υποδείξεις τους, όπως επίσης και τα μέλη της εξεταστικής επιτροπής για τον χρόνο που διέθεσαν και τις πολύτιμες παρατηρήσεις τους κατά την αξιολόγηση της διατριβής μου.

Ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στον επιβλέποντα της διατριβής μου, κ. Αναστάσιο Σταλικά, Καθηγητή του Τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου, για την καθοδήγηση, την εμπιστοσύνη, την ενθάρρυνση και την υποστήριξη του στην υλοποίηση της διατριβής. Τον ευχαριστώ ιδιαίτερα για την πίστη που έδειξε στις δυνατότητες μου, για τη διαθεσιμότητα του και την άμεση ανταπόκριση κάθε φορά που χρειαζόμουν τη βοήθεια του, για τη στενή και ουσιαστική επόπτευση όλων των σταδίων της έρευνας και για τις γόνιμες παρατηρήσεις του. Μου παρείχε έναν συνδυασμό σταθερής καθοδήγησης και ελευθερίας έκφρασης που μου επέτρεψε να αναπτυχθώ ερευνητικά, επιστημονικά αλλά και προσωπικά. Υπήρξε για μένα πηγή έμπνευσης και αισθάνομαι πραγματικά τυχερή για τη συνεργασία μας.

Τυχερή αισθάνομαι επίσης που είχα την ευκαιρία να συμμετέχω σε μια τόσο πλούσια, ενδιαφέρουσα, και χαρούμενη ερευνητική ομάδα, την ομάδα των υποψήφιων διδακτόρων. Η ομάδα αυτή υπήρξε πάντα πηγή μάθησης, ουσιαστικής ανταλλαγής γνώσεων και ιδεών, πηγή ενθάρρυνσης και υποστήριξης αλλά και αστείρευτης χαράς. Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Γιάννη Αραμπατζή που πραγματοποίησε ακούραστα όλους τους απαραίτητους ελέγχους του εμπειρικού υλικού, παρέχοντας πολύτιμη και εμπνευσμένη ανατροφοδότηση και πολλές ιδέες. Μεγάλη ευγνωμοσύνη αισθάνομαι επίσης για την Κατερίνα Ζύμνη, με την οποία ξεκινήσαμε μαζί αυτό το ταξίδι, και συντροφεύσαμε η μία την άλλη σε όλες τις στιγμές, τόσο τις καλές όσο και τις δύσκολες. Την ευχαριστώ ολόψυχα για τη διαθεσιμότητα της, τη διαρκή συμπαράσταση, τη συναισθηματική υποστήριξη και ενθάρρυνση και την πρακτική της συνεισφορά σε πολλά επίπεδα. Θέλω επίσης να

ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον Αντώνη Τσιρίκο και τον Αλέξη Χαρισιάδη για τη συμβολή τους.

Μεγάλη ευγνωμοσύνη αισθάνομαι για τρεις γυναίκες που η συμβολή τους στην επαγγελματική μου εξέλιξη και στην πραγματοποίηση της διατριβής αυτής υπήρξε καθοριστική. Αν και έχει φύγει πλέον από τη ζωή, ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στην Πόλυ Ιωσηφίδη, τη γυναίκα που υπήρξε υπεύθυνη για την ενασχόληση μου με την ψυχοθεραπεία. Είχα την τύχη να μαθητεύσω για πολλά χρόνια δίπλα της αποκτώντας μια πολύτιμη κληρονομιά που κουβαλώ μέσα μου με τεράστιο αίσθημα ευγνωμοσύνης. Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω επίσης στην Ομότιμη Καθηγήτρια Μίκα Χαρίτου-Φατούρου, η οποία συνέβαλλε καθοριστικά στην έναρξη αυτής της διατριβής και με δίδαξε πολλά με το παράδειγμα της. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την Χρυσούλα Γιαλυράκη, η οποία έπαιξε καθοριστικό ρόλο τόσο στην προσωπική, όσο και στην επαγγελματική μου πορεία και την πραγματοποίηση αυτής της διατριβής.

Ένα τεράστιο ευχαριστώ αισθάνομαι ότι οφείλω στους ανθρώπους που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα μου. Χωρίς τη συμβολή τους δε θα μπορούσε να υλοποιηθεί η διατριβή αυτή. Ευχαριστώ θερμά τους συναδέλφους μου που με εμπιστεύτηκαν και με έφεραν σε επαφή με τους πελάτες τους, αλλά και τους ίδιους τους πελάτες που συμμετείχαν στην έρευνα μου και μοιράστηκαν μαζί μου πολύτιμες πτυχές της προσωπικής τους ιστορίας. Ελπίζω να αξιοποίησα με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις αφηγήσεις τους.

Μεγάλη ευγνωμοσύνη νιώθω επίσης για τους γονείς μου, Γρηγόρη και Ελένη Λακιώτη, οι οποίοι μου παρείχαν τη σταθερή βάση που μου επέτρεψε να ανοίξω τα φτερά μου και να πραγματοποιήσω όνειρα όπως αυτό. Η ουσιαστική στήριξη τους για την επίτευξη των στόχων μου έπαιξε καθοριστικό ρόλο και στην υλοποίηση αυτής της διατριβής.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω μέσα από την καρδιά μου τον σύντροφό μου, Παναγιώτη Αγαθοκλέους, χωρίς την παρουσία και την ενεργητική συμβολή του οποίου δε θα μπορούσε να έχει πραγματοποιηθεί αυτή η διατριβή. Νιώθω τεράστια ευγνωμοσύνη για την αγάπη του, την κατανόηση και την απεριόριστη στήριξη που μου παρείχε σε όλα τα επίπεδα. Τον ευχαριστώ ιδιαίτερα για την πρακτική και συναισθηματική υποστήριξη, για την ενθάρρυνση στις δύσκολες στιγμές, την άπειρη υπομονή του και την ψυχική του ανθεκτικότητα. Τέλος, δεν έχω λόγια να τον

ευχαριστήσω που άντεξε αγόγγυστα όλες τις στειρήσεις στις οποίες μας υπέβαλλε η συγγραφή αυτού του διδακτορικού.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	xvii
ΣΥΝΟΨΗ.....	xix
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εισαγωγή	1
Η Οπτική της Ερευνήτριας	4
Δομή της Διατριβής	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	10
Η Έρευνα στην Ψυχοθεραπεία	10
Οι κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες	16
Η οπτική του πελάτη	23
Αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας από την οπτική του πελάτη	28
Βοηθητικές πλευρές της ψυχοθεραπείας από την οπτική του πελάτη	36
Σύνοψη ερευνητικών ευρημάτων από την οπτική του πελάτη.....	46
Η Έννοια της Ψυχικής Ανθεκτικότητας	47
Ιστορική αναδρομή	48
Ορισμοί και μορφές της ψυχικής ανθεκτικότητας	54
Μορφές ψυχικής ανθεκτικότητας	55
Χαρακτηριστικό προσωπικότητας ή διαδικασία;	57
Κριτική στην έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας.....	60
Βασικά χαρακτηριστικά της ψυχικής ανθεκτικότητας.....	61
Η έννοια της αντιξοότητας	62
Η έννοια της θετικής προσαρμογής.....	66
Προστατευτικοί Παράγοντες	71
Αυτογνωσία και θετική αυτοεικόνα.....	73
Αυτογνωσία και αυθεντικότητα	73
Θετική αυτό-εικόνα	75
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος.....	78

Εσωτερική εστία ελέγχου	79
Αυτοαποτελεσματικότητα	81
Νόημα και κατασκευή νοήματος	84
Κατασκευή νοήματος	86
Κατασκευασμένο νόημα.....	93
Νόημα και προσαρμογή.....	100
Στρατηγικές αντιμετώπισης	101
Συναισθηματική ρύθμιση	106
Διαπροσωπικές σχέσεις και κοινωνική στήριξη	112
Μηχανισμοί λειτουργίας της κοινωνικής στήριξης.....	117
Σύνοψη	122
Η Ανάπτυξη της Ψυχικής Ανθεκτικότητας.....	124
Παρεμβάσεις για την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας.....	125
Ψυχοθεραπεία και ψυχική ανθεκτικότητα	128
Συμπεράσματα της Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης	135
Η Παρούσα Έρευνα: Στόχοι και Ερευνητικά Ερωτήματα	139
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Μέθοδος.....	141
Η Επιλογή της Ερευνητικής Προσέγγισης	141
Επιλογή της ποιοτικής έρευνας.....	141
Επιλογή της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας	144
Δείγμα	151
Επιλογή του δείγματος	151
Συμμετέχοντες.....	154
Τρόπος Συλλογής των Δεδομένων.....	157
Διαδικασία Συλλογής των Δεδομένων	160
Διαδικασία Ανάλυσης των Δεδομένων.....	162
Συνεχής συγκριτική μέθοδος.....	163

Συγγραφή υπομνημάτων και χρήση διαγραμμάτων.....	163
Ανοικτή κωδικοποίηση	165
Αξονική κωδικοποίηση	168
Επιλεκτική κωδικοποίηση.....	169
Έλεγχος Ποιότητας της Έρευνας.....	171
Ακεραιότητα των δεδομένων	172
Ισορροπία νοήματος και ερμηνείας	173
Επικοινωνία και εφαρμογή των ευρημάτων	175
Δεοντολογία της Έρευνας.....	176
Ενήμερη συγκατάθεση	177
Αποφυγή βλάβης.....	177
Προστασία της ιδιωτικής ζωής και απόρρητο	178
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ευρήματα.....	180
Η Ανακατασκευή του Προσωπικού Νοήματος	180
Συνδημιουργώντας τις Προϋποθέσεις της Ανακατασκευής του Νοήματος.....	184
Ο θεραπευτής	184
Το πρόσωπο του θεραπευτή	184
Η στάση του θεραπευτή.....	186
Οι παρεμβάσεις του θεραπευτή	192
Σύνοψη	198
Η θεραπευτική σχέση.....	199
Η βίωση της θεραπευτικής σχέσης.....	200
Τα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής σχέσης	205
Σύνοψη	208
Η συμβολή του πελάτη.....	209
Κινητοποίηση και ετοιμότητα	209
Ενεργητικός ρόλος.....	211

Σύνοψη	214
Αναζητώντας το Προσωπικό Νόημα	214
Αποστασιοποίηση και επικέντρωση	215
Γνωστική και συναισθηματική επεξεργασία.....	216
Αποκτώντας επίγνωση	218
Βιώνοντας ανακούφιση	222
Σύνοψη	225
Ανθεκτική Ανασυγκρότηση.....	226
Αυθεντική αυτοεκτίμηση	226
Γνωρίζοντας τον εαυτό.....	227
Αγαπώντας τον εαυτό.....	229
Πραγματώνοντας τον εαυτό	233
Σύνοψη	234
Ψυχική ενδυνάμωση.....	234
Αποδίδοντας τις ευθύνες εκεί που ανήκουν	235
Αίσθημα δύναμης και ελέγχου	238
Εσωτερικό κριτήριο αξιολόγησης	241
Σύνοψη	242
Αλλάζοντας το νόημα	243
Αποκτώντας διαφορετική οπτική γωνία.....	243
Βιώνοντας αποδοχή	245
Σύνοψη	248
Αλλαγή στη συναισθηματική βίωση	248
Σύνοψη	251
Αλλαγή του τρόπου δράσης	251
Οριοθέτηση και αυτοπροστασία.....	251
Ευέλικτες στρατηγικές διαχείρισης	253

Καλύτερη διαχείριση της καθημερινότητας	254
Σύνοψη	257
Αλλάζοντας τον τρόπο του σχετίζεσθαι.....	257
Σύνοψη	263
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Συζήτηση	265
Οι Παράγοντες της Ψυχικής Ανθεκτικότητας που Αναπτύχθηκαν Μέσω της Ψυχοθεραπείας.....	265
Οι Τρόποι και οι Διαδικασίες Ανάπτυξης των Παραγόντων Ψυχικής Ανθεκτικότητας Μέσω της Ψυχοθεραπείας	275
Συνεισφορά της Παρούσας Έρευνας στην Επιστημονική Γνώση και την Ψυχοθεραπευτική Πρακτική	286
Θεωρητική συμβολή	287
Συμβολή στην έρευνα	289
Συμβολή στην ψυχοθεραπευτική πρακτική και εκπαίδευση	290
Περιορισμοί της Παρούσας Έρευνας και Προτάσεις για Μελλοντικές Έρευνες.....	292
Συμπεράσματα	296
ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ.....	298
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	341
Οδηγός συνέντευξης 1	343
Οδηγός συνέντευξης 2	345
Οδηγός συνέντευξης 3	347
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	349
Ενήμερη Συγκατάθεση.....	351

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων, Είδος Τραυματικής Εμπειρίας, Είδος και Διάρκεια Θεραπείας	156

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1: Το Θεωρητικό Μοντέλο Ενίσχυσης της Ψυχικής Ανθεκτικότητας μέσω της Ψυχοθεραπείας	181

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διατριβή μελέτησε τον ρόλο της ψυχοθεραπείας στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε μια ποιοτική προσέγγιση για να διερευνηθούν οι παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας που αναπτύχθηκαν ή ενισχύθηκαν μέσω της ψυχοθεραπείας, όπως επίσης και οι τρόποι με τους οποίους αναπτύχθηκαν οι παράγοντες αυτοί. Η έρευνα βασίστηκε στις συνεντεύξεις 13 πελατών ψυχοθεραπείας, οι οποίοι είχαν βιώσει κάποια τραυματική εμπειρία ή αντιξοότητα και είχαν καταφύγει στην ψυχοθεραπεία για να την αντιμετωπίσουν. Το εμπειρικό υλικό αναλύθηκε με τη μέθοδο της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας. Η ανάλυση των αφηγήσεων των πελατών ανέδειξε ένα θεωρητικό μοντέλο το οποίο περιγράφει την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας ως μια διαδικασία ανακατασκευής του προσωπικού νοήματος. Η διαδικασία αυτή είναι τόσο γνωστική, όσο και συναισθηματική, και αναφέρεται στην αλλαγή του τρόπου με τον οποίο οι πελάτες νοηματοδοτούν τον εαυτό, τις εμπειρίες και τη ζωή τους. Συγκεκριμένα, η αλλαγή στη νοηματοδότηση που επιτυγχάνεται μέσω της ψυχοθεραπείας σχετίζεται με την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, με την ψυχική ενδυνάμωση, με την αλλαγή της οπτικής, με την αλλαγή στη συναισθηματική βίωση, με την αλλαγή στον τρόπο δράσης και, τέλος, με την αλλαγή στον τρόπο που οι πελάτες σχετίζονται με τους άλλους. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη διαδικασία ανακατασκευής του νοήματος είναι ο θεραπευτής, ο ίδιος ο πελάτης και η μεταξύ τους σχέση, ενώ βασικές διαδικασίες μέσα από τις οποίες επιτυγχάνεται η αλλαγή στη νοηματοδότηση αποτελούν η γνωστική και συναισθηματική επεξεργασία των εμπειριών, η αυξημένη επίγνωση και η συναισθηματική ανακούφιση. Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια από τις πρώτες προσπάθειες σύνδεσης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας με το φαινόμενο της ψυχικής ανθεκτικότητας. Τα ευρήματα υποστηρίζουν ότι η ψυχοθεραπεία ενισχύει τους κύριους προστατευτικούς παράγοντες που έχουν συνδεθεί με την ψυχική ανθεκτικότητα και αναδεικνύουν τους βασικούς συντελεστές και διαδικασίες που συμβάλλουν στην ενίσχυση των παραγόντων αυτών.

Λέξεις-κλειδιά: ψυχοθεραπεία, ψυχική ανθεκτικότητα, ανακατασκευή του νοήματος, εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία, οπτική του πελάτη, έρευνα διαδικασίας και αποτελέσματος

ΣΥΝΟΨΗ

Ο στόχος της παρούσας διατριβής είναι η μελέτη του ρόλου που παίζει η ψυχοθεραπεία στην ανάπτυξη και ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας. Η έρευνα αποτελεί μια από τις πρώτες προσπάθειες σύνδεσης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας με το φαινόμενο της ψυχικής ανθεκτικότητας και αποτελεί μια ποιοτική έρευνα διαδικασίας και αποτελέσματος στην ψυχοθεραπεία, η οποία διενεργείται από την οπτική ατόμων που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες ή αντίξοες καταστάσεις. Όπως γίνεται σαφές, το πλαίσιο της έρευνας αποτελείται από δύο βασικούς άξονες. Ο πρώτος άξονας αναφέρεται στην έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας, ενώ ο δεύτερος άξονας σχετίζεται με την ψυχοθεραπεία.

Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι μια έννοια που αναφέρεται στη διατήρηση, την ανάκαμψη ή τη βελτίωση της ψυχικής υγείας και λειτουργικότητας μετά από την έκθεση του ατόμου σε κάποια αντιξοότητα ή τραυματική εμπειρία (Ryff & Singer, 2003). Η συστηματική μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ψυχολογία και την ψυχιατρική ξεκίνησε τις δεκαετίες του 1960 και 1970, μέσα από την έρευνα παιδιών που διέτρεχαν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν ψυχικές διαταραχές εξαιτίας των συνθηκών στις οποίες μεγάλωναν ή της γενετικής τους ευπάθειας (Luthar, 2006. Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000. Masten, 2007. Masten & Tellegen, 2012). Αργότερα, οι έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας επεκτάθηκαν σε άλλες ηλικιακές ομάδες, όπως οι ενήλικες και τα άτομα προχωρημένης ηλικίας (Bonanno & Diminich, 2013. Ryff & Singer, 2003), σε διαφορετικά είδη αντιξοοτήτων και τραυματικών εμπειριών, καθώς και σε διαφορετικά πλαίσια, όπως η εκπαίδευση (Gu & Day, 2007), ο στρατός (Lee, Sudom, & Zamovski, 2013), ή οι επιχειρήσεις (Youssef & Luthans, 2007).

Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη χρήση της έννοιας της ψυχικής ανθεκτικότητας αποτελούν, αφενός η έκθεση σε κάποιο τραυματικό γεγονός ή αντιξοότητα και, αφετέρου, η καλή προσαρμογή του ατόμου κατά τη διάρκεια ή μετά από την έκθεση του στο γεγονός αυτό (Luthar, 2006. Luthar et al., 2000. Masten & Reed, 2002). Η βιβλιογραφία της ψυχικής ανθεκτικότητας έχει συμπεριλάβει ένα μεγάλο εύρος τραυματικών εμπειριών και αντίξοων συνθηκών. Στα πλαίσια της ψυχικής ανθεκτικότητας παιδιών, έχουν ερευνηθεί μορφές αντιξοότητας όπως είναι η ψυχοπαθολογία των γονιών, η κακοποίηση, η φτώχεια ή η βία στην κοινότητα, οι οποίες συνδέονται με αρνητικά αποτελέσματα στην ανάπτυξη ή προσαρμογή των

παιδιών. Οι αντιξοότητες που έχουν ερευνηθεί στους ενήλικες αφορούν περισσότερο σε οξέα τραυματικά γεγονότα όπως η απώλεια αγαπημένων προσώπων, οι φυσικές καταστροφές ή οι σοβαρές ασθένειες (Bonanno, Moskowitz et al., 2005. Denz-Penhey & Murdoch, 2008. Reich, 2006). Ταυτόχρονα πολλοί ερευνητές, μελετούν γεγονότα μέτριας έντασης ή το στρες της καθημερινότητας (Diehl & Hay, 2010. Donnellan, Conger, McAdams & Neppl, 2009), αναγνωρίζοντας πως, παρότι είναι λιγότερο δραματικά από τα τραυματικά γεγονότα, μπορεί να ασκούν σημαντικότερη επίδραση στην προσαρμογή και την υγεία. Η θετική προσαρμογή περιλαμβάνει τόσο τη διατήρηση της φυσιολογικής ανάπτυξης ή λειτουργικότητας, όσο και τη λειτουργικότητα που είναι καλύτερη από εκείνη που θα αναμενόταν με βάση την έκθεση στον συγκεκριμένο κίνδυνο ή την αντιξοότητα (Luthar, 2006. Windle, 2011). Ένας τρόπος με τον οποίο έχει οριστεί η θετική προσαρμογή είναι η επάρκεια στην εκπλήρωση αναπτυξιακών στόχων κατάλληλων για την ηλικία και το φύλο των ατόμων στο συγκεκριμένο κοινωνικό-πολιτισμικό και ιστορικό πλαίσιο στο οποίο ζουν και μεγαλώνουν (Masten, 2001. Masten & Coatsworth, 1998). Επιπλέον, πολλές έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας ενηλίκων χρησιμοποιούν την απουσία ψυχοπαθολογίας ως κριτήριο για την αξιολόγηση της θετικής προσαρμογής, ενώ υπάρχουν ερευνητές (Ryff & Singer, 2003. Ryff, Singer, Love, & Essex, 1998) που υποστηρίζουν ότι είναι απαραίτητο να χρησιμοποιούνται και κριτήρια θετικής έκβασης, όπως είναι για παράδειγμα η αξιολόγηση του ευ ζην.

Βασικός στόχος των ερευνών της ψυχικής ανθεκτικότητας υπήρξε από την αρχή ο εντοπισμός εκείνων των παραγόντων που βοηθούν τα άτομα να αντεπεξέλθουν αποτελεσματικά στις προκλήσεις της ζωής (Richardson, 2002). Οι παράγοντες αυτοί αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως προστατευτικοί παράγοντες και είναι οι μηχανισμοί που μεσολαβούν και διευκολύνουν τη θετική προσαρμογή του ατόμου απέναντι στην αντιξοότητα (Werner, 1995). Οι προστατευτικοί παράγοντες μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις ευρύτερες κατηγορίες: (1) χαρακτηριστικά του ίδιου του ατόμου, όπως, για παράδειγμα, η αυτοεκτίμηση ή η ικανότητα συναισθηματικής ρύθμισης, (2) χαρακτηριστικά του στενού περιβάλλοντος, όπως είναι οι καλές οικογενειακές σχέσεις και η ύπαρξη κοινωνικής στήριξης και (3) χαρακτηριστικά του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος, όπως είναι, για παράδειγμα, τα υψηλά επίπεδα δημόσιας ασφάλειας (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Πολλές έρευνες, ανεξάρτητα από τη μεθοδολογία τους και τον πληθυσμό ή τα είδη των αντιξοοτήτων που έχουν ερευνήσει, έχουν καταλήξει σε μια «σύντομη

λίστα» (Masten 2001, 2007) χαρακτηριστικών του ατόμου και του περιβάλλοντός του που φαίνεται ότι σχετίζονται με την ψυχική ανθεκτικότητα. Στην παρούσα διατριβή παρουσιάζονται ορισμένοι βασικοί προστατευτικοί παράγοντες που έχουν αναδειχθεί ως εξαιρετικά σημαντικοί από τις περισσότερες έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας, οι οποίοι ταυτόχρονα σχετίζονται με την ψυχοθεραπεία και τη θεραπευτική αλλαγή.

Μια βασική κατηγορία προστατευτικών παραγόντων αφορά στις αντιλήψεις και τα συναισθήματα που έχουν οι άνθρωποι για τον εαυτό τους (Kaplan, 2013. Rutter, 1987). Ένας υψηλός βαθμός αυτογνωσίας, όπως επίσης και η εκτίμηση, ο σεβασμός και η αποδοχή του εαυτού είναι παράγοντες που συμβάλλουν σημαντικά στην ψυχική ανθεκτικότητα, τόσο στα παιδιά και τους εφήβους, όσο και στους ενήλικες (Beardslee, 1989. Beardslee & Podorefsky, 1988. Cicchetti & Rogosch, 1997. Dumont & Provost, 1999. Kidd & Shahar, 2008. Wouters et al, 2013). Ένας άλλος παράγοντας που έχει συστηματικά συνδεθεί με την ικανότητα των ατόμων να προσαρμόζονται και να αντιμετωπίζουν την αντιξοότητα και το τραύμα είναι ο βαθμός του ελέγχου που αντιλαμβάνονται ότι έχουν. Δύο από τις μορφές που λαμβάνει η έννοια του αντιλαμβανόμενου ελέγχου είναι η εστία ελέγχου και τα αισθήματα αυτοαποτελεσματικότητας. Τα άτομα που έχουν εσωτερική εστία ελέγχου, που έχουν δηλαδή την πεποίθηση ότι οι καταστάσεις ελέγχονται από τις δικές τους ενέργειες και όχι από τη μοίρα, όπως και τα άτομα που έχουν υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα και πιστεύουν ότι έχουν την ικανότητα να πετυχαίνουν τα αποτελέσματα που επιθυμούν, έχει φανεί ότι αντεπεξέρχονται με μεγαλύτερη επιτυχία στις προκλήσεις και δείχνουν υψηλότερη ψυχική ανθεκτικότητα (Benight, Swift, Sanger, Smith & Zeppelin, 1999. Bolger & Patterson, 2001, 2003. Kilic, Dorstyn, & Guiver, 2013. Leontopoulou, 2006. Soet, Brack, & Dilorio, 2003. Stewart & Yuen, 2011. Tsaousides et al., 2009. Wallston, 2007. Walter, Horsey, Palmieri, & Hobfoll, 2010).

Ένας σημαντικός προστατευτικός παράγοντας που έχει σχετιστεί με την ικανότητα προσαρμογής των ατόμων στην αντιξοότητα είναι το νόημα και η διαδικασία κατασκευής νοήματος (Davis & Nolen-Hoeksema, 2001. Gillies & Neimeyer, 2006. Lerner & Blow, 2011. Neimeyer, Burke, Mackay, & van Dyke Stringer, 2010. Park, 2010. Park & Folkman, 1997). Οι τραυματικές εμπειρίες ενδέχεται να παραβιάσουν τις προηγούμενες πεποιθήσεις των ατόμων για τον εαυτό τους και τον κόσμο, δημιουργώντας ένταση και δυσφορία. Μέσω της διαδικασίας

κατασκευής νοήματος, η οποία μπορεί να είναι τόσο συναισθηματική, όσο και γνωστική, τα άτομα επιχειρούν να μειώσουν την ασυμφωνία ανάμεσα στις προηγούμενες πεποιθήσεις και τις τραυματικές εμπειρίες. Η επιτυχημένη διαδικασία κατασκευής νοήματος οδηγεί σε μείωση της δυσφορίας και καλύτερη προσαρμογή στο στρεσογόνο ή τραυματικό γεγονός (Hunt, 1998. Hunt, Schloss, Moonat, Poulos, & Wieland, 2007. Joseph & Linley, 2005. Park & Folkman, 1997. Thompson & Janigian, 1988). Η διαδικασία αυτή μπορεί να καταλήξει σε μια σειρά από διαφορετικά είδη κατασκευασμένου νοήματος που έχουν συνδεθεί με την ψυχική ανθεκτικότητα και που εκτείνονται από την αποδοχή (Edward, Welch, & Chater, 2009. Park, 2010. Sturgeon & Zautra, 2010) και την κατανόηση του γεγονότος (Davis et al., 1998. Holland, Currier, & Neimeyer, 2006. Keesee, Currier, & Neimeyer, 2008), μέχρι την αλλαγή της ταυτότητας (Neimeyer et al., 2006), την εύρεση οφέλους (Affleck & Tennen, 1996. Tennen & Affleck, 2002) και τη μετατραυματική ανάπτυξη (Davis, Wohl, & Verberg, 2007. Joseph & Linley, 2005. Tedeschi & Calhoun, 2004).

Όταν οι άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με στρεσογόνες καταστάσεις και τραυματικές εμπειρίες χρησιμοποιούν μια σειρά από σκέψεις και συμπεριφορές για να τις διαχειριστούν, μια σειρά δηλαδή από στρατηγικές αντιμετώπισης (Lazarus & Folkman, 1984). Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που έχουν παραδοσιακά συνδεθεί με την ψυχική ανθεκτικότητα απέναντι στο στρες και το τραύμα είναι οι στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα, οι στρατηγικές προσέγγισης και οι ενεργητικές στρατηγικές (Hoge, Austin, & Pollack, 2007. Moskowitz, Folkman, & Acree, 2003. Southwick, Vythilingam, & Charney, 2005. Taylor & Stanton, 2007). Τα ευρήματα των ερευνών, ωστόσο, παρουσιάζουν σημαντικές αντιφάσεις ως προς την αποτελεσματικότητα των διαφόρων στρατηγικών, γεγονός που έχει οδηγήσει ορισμένους ερευνητές να υποστηρίζουν ότι αυτό που είναι σημαντικότερο είναι η ευέλικτη χρήση μιας σειράς στρατηγικών ανάλογα με τις απαιτήσεις της κατάστασης (Bonanno & Diminich, 2013. Bonanno, Pat-Horenczyk, & Noll, 2011. Cheng, 2001. Folkman & Moskowitz, 2004. Galatzer-Levy, Burton, & Bonanno, 2012). Μια επιπλέον διαδικασία που έχει φανεί ότι προστατεύει τα άτομα από τις αρνητικές επιπτώσεις του στρες και των τραυματικών εμπειριών είναι η ικανότητα τους να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους (Bonanno & Kaltman, 1999. Curtis & Cicchetti, 2003. Troy & Mauss, 2011). Η συναισθηματική ρύθμιση δεν αφορά μόνο στην ικανότητα των ατόμων να μειώνουν τη συναισθηματική ένταση ώστε να μπορέσουν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά κάτω από αντίξοες συνθήκες, αλλά και στην

ικανότητα τους να προκαλούν, να διατηρούν και να ενισχύουν τα θετικά τους συναισθήματα, τα οποία συμβάλλουν στην ψυχική ανθεκτικότητα με ποικίλους τρόπους, όπως έχουν δείξει αρκετές έρευνες (Fredrickson & Joiner, 2002. Fredrickson, Mancuso, Branigan, & Tugade, 2000. Gloria & Steinhardt, 2014. Papa & Bonanno, 2008. Tugade & Fredrickson, 2007).

Τέλος, ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που έχει φανεί συστηματικά ότι παίζει καθοριστικό ρόλο στη θετική προσαρμογή απέναντι σε ένα μεγάλο εύρος αντιξοοτήτων και τραυματικών εμπειριών, τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες, είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις και η κοινωνική στήριξη (Afifi & MacMillan, 2011. Denz-Penhey & Murdoch, 2008. Gonzales, Chronister, Linville, & Knobe, 2012. Hogan & Schmidt, 2002. Lin, Sandler, Ayers, Wolchik, & Luecken, 2004. Luthar, 2006. Quale & Schanke, 2010. Singer & Ryff, 1999. Woodgate, 1999). Ο ρόλος των σχέσεων και της κοινωνικής στήριξης αφορά στην προστασία τόσο της ψυχικής όσο και της φυσικής υγείας (Cohen, 1988, 2004. Uchino, 2006), αλλά και στην ανάπτυξη των ατόμων μέσα από την αντιξοότητα (Cadell, Regehr, Hemsworth, 2003. Helgeson & Lopez, 2010. Hogan & Schmidt, 2002. Prati & Pietrantoni, 2009. Tedeschi & Calhoun, 2004). Οι ερευνητές έχουν προτείνει μια σειρά από μοντέλα που επιχειρούν να εξηγήσουν τους συγκεκριμένους μηχανισμούς μέσα από τους οποίους οι σχέσεις ενισχύουν την ψυχική ανθεκτικότητα. Έτσι, σύμφωνα με το προστατευτικό μοντέλο οι σχέσεις λειτουργούν μόνο κάτω από συνθήκες στρες και αντιξοότητας, βοηθώντας τα άτομα να μεταβάλλουν τις σκέψεις και τις συμπεριφορές τους απέναντι στις καταστάσεις που βιώνουν (Cohen & Wills, 1985). Από την άλλη πλευρά, το μοντέλο κύριας επίδρασης προτείνει ότι οι σχέσεις λειτουργούν ευεργετικά για τους ανθρώπους κάτω από όλες τις συνθήκες (Cohen & Wills, 1985. Janicki-Deverts & Cohen, 2011). Η θεωρία σχεσιακής ρύθμισης αποτελεί ένα μοντέλο κύριας επίδρασης και προτείνει ότι οι άνθρωποι ρυθμίζουν τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις συμπεριφορές τους μέσα από την καθημερινή τους αλληλεπίδραση με τους άλλους (Lakey & Orehek, 2011). Τέλος, το μοντέλο της κοινωνικής-γνωστικής επεξεργασίας υποστηρίζει ότι ένα υποστηρικτικό περιβάλλον που διευκολύνει την έκφραση και επικοινωνία, προωθεί τη γνωστική και συναισθηματική επεξεργασία και κατ' επέκταση την προσαρμογή του ατόμου απέναντι στην αντιξοότητα (Lepore, 2001. Lepore & Helgeson, 1998. Lepore, Silver, Wortman, & Wayment, 1996).

Η παρούσα διατριβή ασχολείται με το φαινόμενο της ανάπτυξης και ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας. Η ψυχοθεραπεία αποτελεί, όπως ήδη αναφέρθηκε, τον δεύτερο άξονα της έρευνας, επομένως στη συνέχεια θα παρουσιαστούν ορισμένα ευρήματα ποιοτικών ερευνών που έχουν γίνει από την οπτική του πελάτη.

Οι μελέτες που έχουν διερευνήσει την εμπειρία των πελατών ως προς τα αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας, τόσο γενικά, όσο και με άτομα που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες, έχουν καταλήξει σε μια σειρά από αλλαγές που περιλαμβάνουν, πέρα από τη μείωση των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της διάθεσης, αλλαγές στη σχέση με τον εαυτό τους και τους άλλους, μεγαλύτερη ενόραση και κατανόηση του εαυτού τους, μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και αίσθημα δύναμης, καθώς και αλλαγή στον τρόπο σκέψης αλλά και στον τρόπο δράσης και στη συμπεριφορά (Binder, Holgersen, & Nielsen, 2010. Edwards & Loeb, 2011. Fava et al., 2000. Gallagher, Tracey, & Millar, 2005. Kallivayalil, Levitan, Brown, & Harvey, 2013. Olivera, Braun, Gomez Penedo, & Roussos, 2013. Palmstierna & Werbart, 2013. Price, MacDonald, Adair, Koerner, & Monson, 2014. Tummala-Narra, Kallivayalil, Singer, & Andreini, 2012. Vega et al., 2012. Von Below, Werbart, & Rehnberg, 2010). Οι βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχημένη θεραπευτική έκβαση, σύμφωνα με τους πελάτες, είναι κυρίως οι κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες που έχουν εντοπιστεί στη βιβλιογραφία: η θεραπευτική σχέση, παράγοντες του θεραπευτή, παράγοντες του πελάτη και ορισμένες κοινές θεραπευτικές διαδικασίες όπως η συζήτηση και η συναισθηματική κάθαρση, η ενόραση, η αλλαγή της οπτικής, η επίλυση προβλήματος και η εκμάθηση δεξιοτήτων (Binder, Holgersen, & Nielsen, 2009. Castonguay et al., 2010. Cutcliffe, 2004. Diamond, Llewelyn, Relf & Bruce, 2012. Edwards & Loeb, 2011. Göstas, Wiberg, Neander, & Kjellin, 2012. MacCormack et al., 2001. McLeod, 2012. Omylinska-Thurston & Cooper, 2014. Palmstierna & Werbart, 2013. Rayner, Thompson, & Walsh, 2011. Timulak, 2007. Von Below et al., 2010).

Όπως είναι φανερό, τα ευρήματα από τη βιβλιογραφία της ψυχικής ανθεκτικότητας παρουσιάζουν αξιοσημείωτη ομοιότητα με τα αποτελέσματα που αναφέρουν οι πελάτες ότι επιτυγχάνουν μέσα από την ψυχοθεραπεία τους. Αυτή η σύγκλιση των ευρημάτων των δύο πεδίων έρευνας παρέχει ενδείξεις ότι η ψυχοθεραπεία μπορεί να λειτουργήσει ως ένα πλαίσιο ανάπτυξης βασικών προστατευτικών παραγόντων και κατά συνέπεια ως πλαίσιο ανάπτυξης και ενίσχυσης

της ψυχικής ανθεκτικότητας. Ωστόσο, στη βιβλιογραφία οι έρευνες που συνδέουν την ψυχοθεραπεία με την ψυχική ανθεκτικότητα είναι περιορισμένες.

Συγκεκριμένα, στο πεδίο της ψυχοθεραπείας δεν υπάρχουν ποιοτικές μελέτες που διερευνούν την ψυχική ανθεκτικότητα από τη σκοπιά των πελατών, ενώ οι έρευνες που έχουν ασχοληθεί με την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι κυρίως ποσοτικές και επικεντρώνονται σε μεμονωμένους προστατευτικούς παράγοντες καθορισμένους εκ των προτέρων από τον ίδιο τον ερευνητή. Επιπλέον, οι έρευνες αυτές αφορούν κυρίως σε αξιολόγηση ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων που έχουν σχεδιαστεί με τον σκοπό της ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας, ενώ υπάρχουν και λίγες έρευνες που αξιολογούν την επίδραση διαφόρων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων στην ψυχική ανθεκτικότητα των ατόμων. Όλες αυτές οι έρευνες, χρησιμοποιώντας ήδη γνωστές μεταβλητές και παράγοντες και αξιολογώντας συγκεκριμένες διαστάσεις, αφήνουν ένα κενό ως προς την ανακάλυψη νέων πιθανών παραγόντων και διαδικασιών που εμπλέκονται στη διαδικασία ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας. Οι έρευνες αυτές μπορούν να δώσουν πιθανά απάντηση στο ερώτημα του κατά πόσο η ψυχική ανθεκτικότητα ενισχύεται μέσα από την ψυχοθεραπεία, αδυνατούν ωστόσο να παρέχουν πληροφορίες ως προς τους συγκεκριμένους παράγοντες ψυχικής ανθεκτικότητας που αναπτύσσονται, και κυρίως, ως προς τον τρόπο με τον οποίο αναπτύσσονται.

Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι είναι πολλά εκείνα που μένουν να διερευνηθούν στον χώρο της ψυχοθεραπείας ως προς τη δυνατότητα ανάπτυξης της ψυχικής ανθεκτικότητας και πώς υπάρχει ανάγκη για τη διεξαγωγή περισσότερων ποιοτικών, διερευνητικών μελετών που να εστιάζουν στην ανακάλυψη νέων μεταβλητών και παραγόντων ψυχικής ανθεκτικότητας που εμπλέκονται στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Οι έρευνες αυτές θα επιτρέψουν τη δημιουργία μιας βάσης για την περαιτέρω διερεύνηση του φαινομένου και με ποσοτικές έρευνες. Επιπλέον, είναι σημαντικό να διεξαχθούν έρευνες από την οπτική των ίδιων των πελατών, και ιδιαίτερα ατόμων που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες ή αντιξοότητες.

Η παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε λαμβάνοντας υπόψη αυτές τις ανάγκες και στοχεύει να καλύψει κάποια από τα κενά που εντοπίστηκαν στην έρευνα της ψυχοθεραπείας ως προς την ψυχική ανθεκτικότητα. Ο βασικός στόχος είναι η διερεύνηση του φαινομένου της ανάπτυξης της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσα στην

ψυχοθεραπεία. Η έρευνα διεξήχθη από τη σκοπιά ατόμων που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες ή αντιξοότητες και έχουν απευθυνθεί σε κάποιον ψυχοθεραπευτή ώστε να τις αντιμετωπίσουν. Θεωρήθηκε ως προϋπόθεση ότι η ψυχοθεραπεία αποτελεί έναν παράγοντα ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας, δεδομένου ότι πληρούνται τα δύο βασικά κριτήρια για την ύπαρξη της ανθεκτικότητας, δηλαδή (α) οι συμμετέχοντες είχαν βιώσει κάποιου είδους τραυματική εμπειρία ή αντιξοότητα και, (β) η προσαρμογή τους, μετά από την ψυχοθεραπεία, ήταν καλή, όπως κρίθηκε από τους ίδιους και από τους ψυχοθεραπευτές τους.

Τα συγκεκριμένα ερευνητικά ερωτήματα που καθοδήγησαν την έρευνα ήταν τα εξής:

1. Ποιοι είναι οι συγκεκριμένοι παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας που αναπτύχθηκαν ή ενισχύθηκαν μέσω της ψυχοθεραπείας;
2. Με ποιους τρόπους και μέσα από ποιες διαδικασίες αναπτύχθηκαν οι παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας;

Για τη μελέτη των ερευνητικών ερωτημάτων της παρούσας έρευνας επιλέχθηκε η ποιοτική προσέγγιση, ενώ η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας.

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν συνολικά 13 άτομα που είχαν βιώσει κάποιου είδους αντιξοότητα ή τραυματική εμπειρία και αναζήτησαν ψυχοθεραπεία εξαιτίας της. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ήταν οκτώ γυναίκες και πέντε άνδρες ηλικίας 32 έως 64 ετών (μέσος όρος ηλικίας: 43,2 έτη). Τα είδη της αντιξοότητας ή τραυματικής εμπειρίας που είχαν βιώσει οι συμμετέχοντες, περιλάμβαναν, μεταξύ άλλων, απώλεια στενού συγγενικού προσώπου, χωρισμό, ή σοβαρή ασθένεια. Στην έρευνα εκπροσωπούνταν διάφορες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως, για παράδειγμα, η προσωποκεντρική, η υπαρξιακή, η ομαδική ανάλυση, και η γκεστάλτ. Η διάρκεια της θεραπείας κυμαινόταν από 2-3 μήνες έως 10 έτη, με μέσο όρο τα 4,4 έτη.

Η συλλογή των δεδομένων για την παρούσα έρευνα έγινε με τη χρήση της ατομικής, ημι-δομημένης συνέντευξης η οποία περιλάμβανε και ένα σύντομο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τις συστηματικές διαδικασίες της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας και είχε σαν στόχο τη δημιουργία ενός θεωρητικού πλαισίου που περιγράφει και εξηγεί την ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας. Το

θεωρητικό αυτό πλαίσιο προέκυψε επαγωγικά από τα εμπειρικά δεδομένα και αναπτύχθηκε σταδιακά μέσα από την ταυτόχρονη συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων (Fassinger, 2005). Το θεωρητικό μοντέλο ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας που προέκυψε, αποτελείται από μια κεντρική κατηγορία, τρεις υπερκείμενες κατηγορίες, και 13 κατηγορίες που υπάγονται στις υπερκείμενες κατηγορίες, και οι οποίες αναλύονται περαιτέρω σε υποκατηγορίες.

Η κεντρική κατηγορία που αναδείχθηκε από την ανάλυση είναι «Η Ανακατασκευή του Προσωπικού Νοήματος». Η έννοια αυτή εξηγεί τη βασική διαδικασία μέσα από την οποία η ψυχοθεραπεία βοήθησε τους συμμετέχοντες να ενισχύσουν την ψυχική τους ανθεκτικότητα, και αναφέρεται στην αλλαγή του τρόπου με τον οποίο οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται και νοηματοδοτούν τον εαυτό τους, τις εμπειρίες τους και τη ζωή.

Η πρώτη υπερκείμενη κατηγορία του θεωρητικού μοντέλου αναφέρεται στις προϋποθέσεις που είναι απαραίτητες ώστε να προχωρήσει ο πελάτης στην ανακατασκευή του νοήματος και αποκαλείται «Συνδημιουργώντας τις Προϋποθέσεις της Ανακατασκευής του Νοήματος». Η κατηγορία αυτή αναδεικνύει τον ρόλο που παίζει ο θεραπευτής, η θεραπευτική σχέση και ο ίδιος ο πελάτης στην αλλαγή που επιτυγχάνεται μέσα από την ψυχοθεραπεία. Οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν πως τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή και η επαγγελματική του ικανότητα, οι ποιότητες της στάσης του όπως η αποδοχή και η κατανόηση καθώς και οι παρεμβάσεις του, έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην αίσθηση ασφάλειας και εμπιστοσύνης που βίωσαν και στην αλλαγή του τρόπου με τον οποίον αντιλαμβάνονταν τον εαυτό τους, τις εμπειρίες τους και τη ζωή. Οι συμμετέχοντες βίωσαν τη θεραπευτική σχέση ως μια σημαντική, πολύτιμη και αληθινή σχέση, μέσα στην οποία αισθάνονταν ασφάλεια και εμπιστοσύνη. Η σταθερότητα και η μεγάλη διάρκεια του θεραπευτικού πλαισίου, η ύπαρξη ορίων και η ανθεκτικότητα της θεραπευτικής σχέσης στις εντάσεις και στον χρόνο, αποτελούν επίσης χαρακτηριστικά της σχέσης που θεωρούνται σημαντικά για την αλλαγή. Οι πελάτες αναγνώρισαν και τη σημαντικότητα της δικής τους συμμετοχής στη θεραπευτική διαδικασία, μέσα από την κινητοποίηση τους να παραμείνουν στη θεραπεία, μέσα από την ετοιμότητα τους να ανοίξουν και να επεξεργαστούν δύσκολα ζητήματα, μέσα από το θάρρος τους να δείξουν εμπιστοσύνη

και να ανοιχτούν, αλλά και μέσα από την προσωπική δουλειά που καταβάλλουν εντός και εκτός της θεραπευτικής συνεδρίας.

Οι παράγοντες του θεραπευτή, του πελάτη και της θεραπευτικής σχέσης συνδιαμορφώνουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνουν χώρα οι διεργασίες ανακατασκευής του νοήματος, οι οποίες αποτελούν και τη δεύτερη υπερκείμενη κατηγορία του θεωρητικού μοντέλου που αποκαλείται «Αναζητώντας το Προσωπικό Νόημα». Μέσα στο ασφαλές θεραπευτικό πλαίσιο που έχει δημιουργηθεί, ο πελάτης αρχίζει να παίρνει απόσταση από τις δύσκολες εμπειρίες και τα οδυνηρά συναισθήματα και να τα παρατηρεί με μεγαλύτερη ψυχραιμία. Ταυτόχρονα, αρχίζει να κατανοεί το νόημα που είχαν για τον ίδιο οι τραυματικές εμπειρίες, και να επαναβιώνει με ασφάλεια τα οδυνηρά συναισθήματα που σχετίζονταν με τις εμπειρίες αυτές. Οι διαδικασίες αυτές οδηγούν τον πελάτη σε μια μεγαλύτερη επίγνωση του εαυτού του, των εμπειριών που τον έχουν διαμορφώσει, των συναισθημάτων του, και των συμπεριφορών του. Ταυτόχρονα, αρχίζει να αντιλαμβάνεται με σαφήνεια τις λύσεις στα προβλήματα του αλλά και να αποκτά σαφέστερη επίγνωση των άλλων ανθρώπων, των συμπεριφορών τους ή των τρόπων που λειτουργούν. Όλες αυτές οι διεργασίες διευκολύνονται, αλλά και διευκολύνουν, τη μείωση της έντασης των οδυνηρών συναισθημάτων και την ανακούφιση που λαμβάνει χώρα μέσα στην ψυχοθεραπεία.

Οι διεργασίες αυτές έχουν σαν αποτέλεσμα την «Ανθεκτική Ανασυγκρότηση», που αποτελεί και την τρίτη υπερκείμενη κατηγορία του θεωρητικού μοντέλου ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας. Η ανθεκτική ανασυγκρότηση αναφέρεται στο αποτέλεσμα της αλλαγής στη νοηματοδότηση και στις συνέπειες της. Η αλλαγή στη νοηματοδότηση συντελείται για τους συμμετέχοντες σε τρία επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο σχετίζεται με την αντίληψη του εαυτού του πελάτη. Μέσα στην ψυχοθεραπεία οι πελάτες γνωρίζουν τον εαυτό τους και αρχίζουν να τον αντιλαμβάνονται με θετικότερο τρόπο, να τον εκτιμούν και να βιώνουν θετικά συναισθήματα για αυτόν. Αισθάνονται επίσης ότι εξελίσσονται σαν άτομα και ότι οδηγούνται προς την πραγμάτωση των δυνατοτήτων τους. Το δεύτερο επίπεδο στο οποίο συντελείται η αλλαγή στη νοηματοδότηση αναφέρεται στον τρόπο που οι πελάτες νοηματοδοτούν την ικανότητα τους να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και στην ψυχική τους ενδυνάμωση. Συγκεκριμένα, οι πελάτες αρχίζουν να αναγνωρίζουν τόσο τη δική τους ευθύνη στις καταστάσεις όσο και τις ευθύνες των άλλων. Η αναγνώριση αυτή συνοδεύει και διευκολύνει ένα νέο αίσθημα δύναμης που

βιώνουν, μια αυξημένη αυτοπεποίθηση και εμπιστοσύνη, και μια μεγαλύτερη ικανότητα να ελέγχουν τον εαυτό, τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις αντιδράσεις τους. Ενισχύονται επίσης να αξιολογούν τι είναι σημαντικό για τους ίδιους και να ακούν την εσωτερική τους φωνή στις επιλογές που κάνουν. Το τρίτο επίπεδο αλλαγής της νοηματοδότησης αναφέρεται στον τρόπο που οι πελάτες αντιλαμβάνονται τη ζωή, τις εμπειρίες τους αλλά και το μέλλον. Συγκεκριμένα, οι πελάτες αποκτούν μια θετικότερη ματιά απέναντι στη ζωή, αναγνωρίζουν τα θετικά και τα οφέλη των τραυματικών εμπειριών που βίωσαν, και βιώνουν μεγαλύτερη αποδοχή για τον εαυτό τους, τις εμπειρίες τους, τη ζωή και τους άλλους.

Ο διαφορετικός τρόπος με τον οποίο οι πελάτες αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους, τις εμπειρίες τους και τη ζωή, έχει σαν αποτέλεσμα την αλλαγή τόσο του είδους των συναισθημάτων που βιώνουν όσο και του τρόπου με τον οποίο τα βιώνουν. Τα έντονα και οδυνηρά συναισθήματα που έφεραν στην ψυχοθεραπεία καταλαγιάζουν, βιώνουν περισσότερα θετικά συναισθήματα και καλύτερη διάθεση, ενώ αυξάνεται η ικανότητα τους να αποδέχονται και να αντέχουν τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν στο παρόν τους. Επιπλέον, η αλλαγή στη νοηματοδότηση έχει σαν αποτέλεσμα να αλλάζει και ο τρόπος με τον οποίο δρουν οι πελάτες. Μια αλλαγή είναι ότι μαθαίνουν να προστατεύουν περισσότερο τον εαυτό τους και να βάζουν όρια στις σχέσεις τους με τους άλλους. Αποκτούν επίσης πιο ενεργητικούς και ευέλικτους τρόπους να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες ενώ αισθάνονται ότι διαχειρίζονται καλύτερα και την καθημερινότητα τους. Τέλος, η ανακατασκευή του νοήματος, οδηγεί και σε αλλαγή του τρόπου με τον οποίο οι πελάτες σχετίζονται με τους άλλους, κάτι που οδηγεί και σε αλλαγή των σχέσεων τους. Ορισμένες από τις αλλαγές αυτές είναι ότι γίνονται πιο αυθεντικοί και ειλικρινείς, εκφράζουν περισσότερο τα συναισθήματα αλλά και τις ανάγκες τους, γίνονται λιγότερο αυστηροί και επικριτικοί με τους άλλους και γενικά μαθαίνουν να δημιουργούν καλύτερες σχέσεις.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνουν και διευρύνουν τη σχετική υπάρχουσα βιβλιογραφία. Σε σχέση με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, τα ευρήματα επιβεβαιώνουν και επεκτείνουν τα ευρήματα των ψυχοθεραπευτικών ερευνών που εξετάζουν την οπτική του πελάτη και τα τοποθετούν στο πλαίσιο της ψυχικής ανθεκτικότητας. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση της έννοιας της ψυχικής ανθεκτικότητας διαπιστώνουμε, επίσης, ότι στους παράγοντες της αλλαγής που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες μπορούμε να αναγνωρίσουμε τους

βασικότερους προστατευτικούς παράγοντες που έχουν αναδειχθεί και από την έρευνα της ψυχικής ανθεκτικότητας. Αναμφίβολα, τα ευρήματα υποστηρίζουν ότι οι θετικές αλλαγές που βίωσαν οι συμμετέχοντες μέσα από την ψυχοθεραπευτική διαδικασία αντανακλούν κάτι περισσότερο από μια επιστροφή στο προγενέστερο επίπεδο λειτουργίας τους και αναφέρονται σε μια θετική μεταμόρφωση, ανάπτυξη ή άνθηση.

Σε σχέση με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συνάδουν με τη σχετική υπάρχουσα βιβλιογραφία ως προς τη συμβολή του θεραπευτή, του πελάτη και της θεραπευτικής σχέσης. Το εύρημα αναφορικά με τη σημαντικότητα της θεραπευτικής σχέσης υποστηρίζει και διευρύνει τα ευρήματα της βιβλιογραφίας της ψυχικής ανθεκτικότητας σχετικά με τη δυνατότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, όχι μόνο να λειτουργήσουν προστατευτικά κατά τη διάρκεια της τραυματικής ή αντίξοχης κατάστασης, αλλά και να λειτουργήσουν θεραπευτικά, ως ένα πλαίσιο ανάπτυξης της, ακόμα και αρκετά χρόνια μετά από τη λήξη της αντιξοότητας. Η παρούσα έρευνα βοηθά, συν τοις άλλοις, να αναδειχθεί ακόμα περισσότερο ο ρόλος του ίδιου του πελάτη στην ανάκαμψη από τις τραυματικές εμπειρίες και στην ανάπτυξη του μέσω της ψυχοθεραπείας.

Επιπλέον, τα ευρήματα παρέχουν περαιτέρω ερευνητική υποστήριξη και υπογραμμίζουν τη σημαντικότητα της επεξεργασίας των δυσχερών ή τραυματικών εμπειριών για τη θετική προσαρμογή σε αυτές, τονίζοντας ότι η διαδικασία που έχει θετικά αποτελέσματα στην προσαρμογή και συνδέεται με την ανάπτυξη μετά από την αντιξοότητα δεν είναι αμιγώς συναισθηματική ή γνωστική, αλλά ένας συνδυασμός τους.

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια από τις πρώτες προσπάθειες σύνδεσης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας με το φαινόμενο της ψυχικής ανθεκτικότητας και θέτει τα θεμέλια της διερεύνησης του φαινομένου της ανάπτυξης της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας. Το θεωρητικό μοντέλο για την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας εμπλουτίζει και διευρύνει την ψυχοθεραπευτική θεωρία. Επιπλέον, η έρευνα ενισχύει τον ρόλο της ψυχοθεραπείας όχι μόνο στην ανάκαμψη, αλλά και στην ανάπτυξη μετά από τη βίωση τραυματικών εμπειριών, ενώ δίνει έμφαση στον λόγο του πελάτη, κάτι που αποτελεί καινοτομία στον χώρο αυτό.

Συμπερασματικά, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας υποστηρίζουν ότι η ψυχοθεραπεία ενισχύει τους βασικούς προστατευτικούς παράγοντες που έχουν σχετιστεί με την ψυχική ανθεκτικότητα και με αυτό τον τρόπο συμβάλλει

καθοριστικά στην καλύτερη ικανότητα προσαρμογής και λειτουργίας των ατόμων απέναντι σε δυσχερείς συνθήκες ή τραυματικές εμπειρίες. Η βασική διαδικασία μέσω της οποίας συντελείται η ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι η ανακατασκευή του νοήματος, η οποία αποτελεί προστατευτικό παράγοντα αλλά και οδηγεί στην ανάπτυξη άλλων προστατευτικών παραγόντων. Το θεωρητικό μοντέλο που προτείνεται υποστηρίζει, επιπλέον, ότι τόσο η διαδικασία ανακατασκευής του νοήματος, όσο και οι υπόλοιποι προστατευτικοί παράγοντες που αναπτύσσονται ως αποτέλεσμα της ανακατασκευής του νοήματος, αποτελούν συστατικά στοιχεία μιας ανάπτυξης και θετικής μεταμόρφωσης που λαμβάνει χώρα μέσω της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εισαγωγή

Η αντιξοότητα, το στρες και το τραύμα αποτελούν αναπόφευκτες εμπειρίες της ζωής. Εκτιμάται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι βιώνουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους τουλάχιστον ένα τραυματικό γεγονός, δηλαδή ένα γεγονός που είναι βίαιο, απειλητικό για τη ζωή ή έξω από το εύρος της φυσιολογικής ανθρώπινης εμπειρίας (Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). Επιδημιολογικές έρευνες εντοπίζουν το ποσοστό των ατόμων που εκτίθεται σε ένα ή περισσότερα τραυματικά γεγονότα από 20 έως 28% σε Ευρωπαϊκές χώρες όπως η Γερμανία και η Ελβετία, μέχρι 80% στην Αμερική και τον Καναδά (Breslau, 2009). Πέρα από τα τραυματικά γεγονότα, ωστόσο, όλοι οι άνθρωποι βιώνουν σημαντικές δυσχέρειες και αρνητικά γεγονότα ζωής όπως ο χωρισμός, η απώλεια της εργασίας ή η απώλεια αγαπημένων προσώπων. Επιπλέον, πολλά άτομα ζουν ή μεγαλώνουν σε χρόνιες συνθήκες αντιξοότητας όπως είναι η οικονομική δυσχέρεια, η βία και η κακοποίηση, η ψυχική ασθένεια μέλους της οικογένειας, αλλά και το καθημερινό στρες. Εμπειρίες όπως αυτές, ίσως να μη θεωρούνται ακραία τραυματικές, μπορεί όμως να είναι ιδιαίτερα επαχθείς για το άτομο και να έχουν σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στη σωματική και ψυχική του υγεία (Beasley, Thompson, & Davidson, 2003. Holmes & Rahe, 1967. Lazarus & Folkman, 1984. Weathers & Keane, 2007).

Μια ενδιαφέρουσα διαπίστωση είναι ότι δεν αντιδρούν όλοι οι άνθρωποι με τον ίδιο τρόπο απέναντι στις τραυματικές εμπειρίες, τα αρνητικά γεγονότα ζωής και την αντιξοότητα (Bonanno, 2004. Bonanno, Westphal, & Mancini, 2011). Ορισμένοι βιώνουν οξύ στρες από το οποίο καταφέρνουν να ανακάμψουν σχετικά γρήγορα, ενώ άλλοι μπορεί να αναπτύξουν σοβαρά, χρόνια ψυχοπαθολογικά συμπτώματα (Bonanno, 2004. Joseph, Linley, & Harris, 2005. Joseph, Williams, & Yule, 1997). Από τα άτομα που εκτίθενται σε τραυματικά γεγονότα έχει υπολογιστεί ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό, το οποίο δεν ξεπερνάει το 10%, πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση μετατραυματικής διαταραχής άγχους (Breslau, 2009. Ozer & Weiss, 2004). Επίσης, από τα άτομα που αντιμετωπίζουν την απώλεια αγαπημένων προσώπων, περίπου το 10-15% αναπτύσσει χρόνια κατάθλιψη ή δυσφορία, ενώ ένας σημαντικός αριθμός ενδέχεται να παρουσιάσει προβλήματα στην εργασιακή και κοινωνική λειτουργικότητα ή προβλήματα υγείας (Bonanno & Kaltman, 2001). Τα ποσοστά

αυτά όμως αυξάνονται σημαντικά όταν η απώλεια είναι βίαιη ή ακραία (Bonanno, Westphal, & Mancini, 2011).

Όπως ήδη αναφέρθηκε όμως, η επίδραση των τραυματικών εμπειριών δεν είναι το ίδιο επιβαρυντική για όλους τους ανθρώπους. Πολλοί είναι εκείνοι που καταφέρνουν να αντεπεξέλθουν στην αντιξοότητα, τις τραυματικές εμπειρίες και τα αρνητικά γεγονότα ζωής, να διατηρήσουν τη λειτουργικότητα και το ευ ζην τους και να συνεχίσουν κανονικά τη ζωή τους. Εκτιμάται ότι το 35 με 65% των ατόμων καταφέρνουν όχι μόνο να μην αναπτύξουν παθολογικά συμπτώματα και ψυχολογικές διαταραχές αλλά και να διατηρήσουν ένα σταθερό επίπεδο λειτουργικότητας και θετικής προσαρμογής πριν και μετά από μια τραυματική εμπειρία (Bonanno & Diminich, 2013). Η αναγνώριση ότι η αντιξοότητα και το τραύμα δεν οδηγούν πάντα σε ψυχολογικά συμπτώματα και διαταραχές, αλλά ότι πολλά άτομα που τα βιώνουν επιδεικνύουν θετική προσαρμογή, αποτέλεσε το έναυσμα για την έναρξη της έρευνας της ψυχικής ανθεκτικότητας (Rutter, 2012). Η έννοια αυτή αναφέρεται στην ικανότητα των ατόμων να διατηρούν, να επανακτούν ή ακόμη και να βελτιώνουν τη σωματική και ψυχική τους υγεία όταν έρχονται αντιμέτωποι με αντιξοότητες ή τραυματικές εμπειρίες (Ryff & Singer, 2003).

Η σημαντικότητα της έρευνας της ψυχικής ανθεκτικότητας έγκειται στην ιδιαίτερη έμφαση που δίνει στον εντοπισμό των παραγόντων και των μηχανισμών οι οποίοι εμπλέκονται στην ικανότητα των ατόμων να αντεπεξέρχονται με επιτυχία στις αρνητικές συνθήκες ζωής και τις τραυματικές εμπειρίες. Πράγματι, το μεγαλύτερο ποσοστό της έρευνας της ψυχικής ανθεκτικότητας έχει επικεντρωθεί στην αναζήτηση των ατομικών, οικογενειακών και κοινωνικών προστατευτικών παραγόντων που συνδέονται με τη θετική προσαρμογή (Richardson, 2002). Ο εντοπισμός αυτών των προστατευτικών παραγόντων αποτελεί ζήτημα κεντρικής σπουδαιότητας καθώς έχει οδηγήσει στον σχεδιασμό παρεμβάσεων που στοχεύουν στην καλλιέργεια και την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας σε ευάλωτους πληθυσμούς.

Η ψυχοθεραπεία αποτελεί βασικό παράγοντα που ασχολείται με την ψυχική επούλωση, την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και τη βελτίωση της λειτουργικότητας και του ευ ζην των ανθρώπων. Εάν η αντιξοότητα και το τραύμα αποτελούν δυνάμεις διάλυσης, η ψυχοθεραπεία θα μπορούσε να λειτουργήσει ως διαδικασία σύνδεσης και δόμησης, μέσα από την οποία δίνεται στο άτομο η δυνατότητα να ανασυνταχθεί (Συνοδινού, 2007). Η ψυχοθεραπεία παίζει βασικό ρόλο στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από τις δυσχερείς εμπειρίες

και βοηθά τα άτομα να ανακάμψουν από τις επιπτώσεις των εμπειριών αυτών και να αναπτύξουν την ψυχική τους ανθεκτικότητα. Θα περίμενε κανείς ότι η διερεύνηση του ρόλου που παίζει η ψυχοθεραπεία στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας θα είχε κεντρίσει το ενδιαφέρον των ερευνητών, οδηγώντας σε πληθώρα ερευνών. Ωστόσο, η πραγματικότητα είναι πολύ διαφορετική. Οι έρευνες που εξετάζουν τη δυνατότητα της ψυχοθεραπείας να ενισχύσει την ψυχική ανθεκτικότητα είναι περιορισμένες. Επιπλέον, οι υπάρχουσες έρευνες είναι ποσοτικές και εστιάζουν στην αξιολόγηση συγκεκριμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων ως προς τη δυνατότητα τους να ενισχύσουν επιλεγμένους παράγοντες ψυχικής ανθεκτικότητας. Ωστόσο, εφόσον πρόκειται για ένα νέο και αχαρτογράφητο πεδίο μελέτης (Norte et al., 2011), δημιουργείται η ανάγκη μιας αρχικής διερεύνησης των βασικών μεταβλητών και παραγόντων που εμπλέκονται στην καλλιέργεια και ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας.

Μια τέτοιου είδους διερεύνηση είναι συμβατή με την κυρίαρχη τάση της έρευνας στην ψυχοθεραπεία τα τελευταία χρόνια, η οποία δίνει έμφαση στην ανακάλυψη σε αντίθεση με την επαλήθευση ήδη διαμορφωμένων υποθέσεων (Braakmann, 2015. Russell & Orlinsky, 1996). Πολλές νέες ψυχοθεραπευτικές έρευνες βασίζονται σε φαινομενολογικά και κονστρουκτιβιστικά-διερμηνευτικά φιλοσοφικά πλαίσια και υιοθετούν ποιοτικές και μικτές προσεγγίσεις στην έρευνα (Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004). Τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει επίσης να λαμβάνεται υπόψη όλο και περισσότερο η οπτική του ίδιου του πελάτη ως μια έγκυρη και χρήσιμη πηγή πληροφοριών, η οποία μπορεί να αποκαλύψει σημαντικές πτυχές της εμπειρίας του που δεν έχουν εντοπιστεί μέσα από την υιοθέτηση της οπτικής του ψυχοθεραπευτή, του θεωρητικού ή του ερευνητή (Elliott, 2008).

Η παρούσα διατριβή αποσκοπεί σε μια νατουραλιστική διερεύνηση της διαδικασίας ανάπτυξης της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ψυχοθεραπεία, μέσα από την οπτική των πελατών. Η έρευνα βασίζεται στις αφηγήσεις πελατών οι οποίοι είχαν βιώσει κάποιου είδους τραυματική εμπειρία ή αντιξοότητα και κατέφυγαν σε ψυχοθεραπευτική βοήθεια για να αντιμετωπίσουν τις επιπτώσεις της. Μέσα από τη χρήση της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας στην ανάλυση των δεδομένων, ο απώτερος στόχος της μελέτης είναι η κατασκευή ενός θεωρητικού μοντέλου της συμβολής της ψυχοθεραπείας στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Η διερεύνηση της εμπειρίας από την ψυχοθεραπεία, ατόμων που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες ή αντιξοότητες αποκτά ιδιαίτερη σπουδαιότητα καθώς

συμβάλλει με ποικίλους τρόπους στην ψυχοθεραπευτική θεωρία, έρευνα, πρακτική και εκπαίδευση. Συγκεκριμένα, η κατασκευή ενός θεωρητικού μοντέλου ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας εμπλουτίζει την ψυχοθεραπευτική θεωρία και αναδεικνύει τους σημαντικούς παράγοντες που εμπλέκονται σε αυτή τη διαδικασία. Ο εντοπισμός των παραγόντων αυτών συμβάλλει στη διευκρίνιση του ρόλου που παίζει η ψυχοθεραπεία στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας απέναντι στις τραυματικές εμπειρίες, τις αντιξοότητες και τα αρνητικά γεγονότα ζωής και ενισχύει την αξία της όχι μόνο ως προς την ανακούφιση των συμπτωμάτων και τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών αλλά και ως προς την καλλιέργεια της ψυχικής ανθεκτικότητας. Σε ένα ερευνητικό επίπεδο η παρούσα έρευνα συμβάλλει στη διεύρυνση της ερευνητικής βάσης που ασχολείται με τη σχέση ανάμεσα στην ψυχοθεραπεία και την ψυχική ανθεκτικότητα. Με δεδομένο ότι η ερευνητική αυτή βάση είναι ιδιαίτερα μικρή, ο εμπλουτισμός της με νέες έρευνες, και ιδιαίτερα με διερευνητικές μελέτες που ακολουθούν μια ποιοτική προσέγγιση και βασίζονται στην οπτική των πελατών, αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Η βασικότερη συμβολή της παρούσας έρευνας, ωστόσο, θεωρώ ότι είναι εκείνη που σχετίζεται με την ψυχοθεραπευτική πρακτική και κατ' επέκταση την εκπαίδευση των νέων θεραπειών. Οι αφηγήσεις των ίδιων των πελατών που έχουν βιώσει αρνητικά γεγονότα και συνθήκες ζωής για την εμπειρία τους από την ψυχοθεραπεία, αποκαλύπτουν σημαντικά στοιχεία για τους παράγοντες που θεωρούν βοηθητικούς. Η ενημέρωση των ψυχοθεραπευτών σχετικά με τους παράγοντες αυτούς, εμπλουτίζει την ψυχοθεραπευτική πρακτική και συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται στα άτομα που έχουν βιώσει δυσχέρειες με στόχο την πληρέστερη κάλυψη των αναγκών τους. Με αυτό τον τρόπο η έρευνα συμβάλλει στην ενίσχυση των θετικών αποτελεσμάτων της ψυχοθεραπείας για άτομα που έχουν βιώσει ποικίλες δυσχέρειες και τραυματικές εμπειρίες.

Η Οπτική της Ερευνήτριας

Η ποιοτική έρευνα συνεπάγεται μια ιδιαίτερα προσωπική εμπλοκή του ερευνητή στην ερευνητική διαδικασία. Η εμπλοκή αυτή γίνεται φανερή σε όλα τα στάδια της έρευνας, από τον τρόπο που ο ερευνητής διατυπώνει τις ερωτήσεις, μέχρι τον τρόπο που αναλύει τα δεδομένα και τις εκφράσεις που χρησιμοποιεί για να αποδώσει τις έννοιες που αναδεικνύονται από την ανάλυση. Παρόλο που η υποκειμενικότητα και οι προκαταλήψεις του ερευνητή επηρεάζουν όλα τα είδη έρευνας, στην ποιοτική έρευνα οι ερευνητές αναγνωρίζουν την υποκειμενικότητα

αυτή και προσπαθούν να τη διαχειριστούν (Morrow, 2005). Μια συχνή πρακτική που υιοθετείται είναι η αποκάλυψη των πεποιθήσεων, των υποθέσεων και των προκαταλήψεων του ερευνητή που ενδέχεται να έχουν επηρεάσει τον τρόπο που έχει εκτελέσει την έρευνα (Morrow, 2005). Ακολουθώντας την πρακτική αυτή, θα επιχειρήσω στη συνέχεια να αποτυπώσω την προσωπική μου εμπειρία, τις πεποιθήσεις, τις προκαταλήψεις και τις υποθέσεις που σχετίζονται με την παρούσα έρευνα και που ενδέχεται να έχουν επηρεάσει την κατανόηση και την ερμηνεία του εμπειρικού υλικού.

Το ενδιαφέρον μου για τη μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας, ξεκίνησε μέσα από την εθελοντική συμμετοχή μου σε μια ομάδα που είχε σαν στόχο να παράσχει ψυχολογική βοήθεια στους πληθυσμούς που είχαν βιώσει τις καταστροφικές πυρκαγιές της Πελοποννήσου το καλοκαίρι του 2007. Υπεύθυνη της ομάδας ήταν η καθηγήτρια Μίκα Χαρίτου-Φατούρου, η οποία μου είχε αναθέσει να ασχοληθώ με την καταγραφή των αποτελεσμάτων των συμβουλευτικών προγραμμάτων που θα πραγματοποιούνταν. Μια από τις βασικές μεταβλητές που είχαμε αποφασίσει να μελετήσουμε ήταν και εκείνη της ψυχικής ανθεκτικότητας. Το σχέδιο αυτό δεν υλοποιήθηκε για μια σειρά από λόγους, ωστόσο η πρώτη επαφή που είχα με την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας μου κίνησε έντονα το ενδιαφέρον και αποφάσισα να τη διατηρήσω ως βασικό άξονα της εργασίας μου. Μελετώντας τη βιβλιογραφία για τα χαρακτηριστικά των ατόμων που επιδεικνύουν ψυχική ανθεκτικότητα απέναντι στις τραυματικές εμπειρίες και τις ποικίλες μορφές αντιξοότητας που αντιμετωπίζουν, άρχισα να αναρωτιέμαι για τον ρόλο της ψυχοθεραπείας στην ανάπτυξη ή την καλλιέργεια των χαρακτηριστικών αυτών.

Βασικό ρόλο στον τρόπο που αντιλαμβάνομαι τη φύση του ανθρώπου, τη φύση της ψυχικής ανθεκτικότητας αλλά και την ψυχοθεραπεία, παίζει η προσωπική μου ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση. Η προσέγγιση στην οποία εκπαιδεύτηκα και εξασκώ είναι η προσωποκεντρική προσέγγιση, η οποία βασίζεται σε συγκεκριμένες πεποιθήσεις για τον άνθρωπο, για την ανάπτυξη και εξέλιξη της προσωπικότητας, και για τις συνθήκες που είναι αναγκαίες και επαρκείς για την ψυχοθεραπευτική αλλαγή. Επιπλέον, στην οπτική μου έχει επιδράσει σημαντικά και η ψυχοθεραπευτική μου πρακτική αλλά και η εμπειρία μου ως πελάτισσα ψυχοθεραπείας.

Σε ένα πρώτο επίπεδο, τόσο η προσωποκεντρική μου εκπαίδευση όσο και η εμπειρία μου ως πελάτισσα και ως ψυχοθεραπεύτρια, έχουν καθορίσει τον τρόπο που έχω διεξάγει την έρευνα και τη στάση μου απέναντι στους συμμετέχοντες της

έρευνας. Προσπάθησα όσο το δυνατόν περισσότερο να δημιουργήσω μια σχέση σεβασμού, αποδοχής και ενσυναισθητικής ακρόασης στις συνεντεύξεις, ενώ χρησιμοποίησα την ψυχοθεραπευτική μου εμπειρία για να διακρίνω και να αντιμετωπίσω την οποιαδήποτε δυσφορία μπορούσε να προκληθεί από την ανακίνηση δύσκολων εμπειριών και συναισθημάτων. Επίσης, στην ανάλυση του εμπειρικού υλικού προσπάθησα να εισέλθω στο υποκειμενικό πλαίσιο αναφοράς των συμμετεχόντων ώστε η ερμηνεία του υλικού αυτού να βασίζεται περισσότερο στις αφηγήσεις τους και στο δικό τους νόημα και όχι σε δικές μου, αυθαίρετες, υποθέσεις. Είναι σαφές πως κάτι τέτοιο δεν είναι πλήρως εφικτό, θεωρώ όμως η προσωποκεντρική εκπαίδευση με έχει βοηθήσει να είμαι ευαισθητοποιημένη και να αναγνωρίζω ευκολότερα πότε μπορεί να συμβαίνει κάτι τέτοιο.

Η ψυχοθεραπευτική μου εκπαίδευση και πρακτική, έχει επηρεάσει και με άλλους τρόπους την έρευνα, κυρίως με τις πεποιθήσεις και τις υποθέσεις που έχουν διαμορφωθεί μέσα μου για τη φύση του ανθρώπου, για τη φύση της ψυχικής ανθεκτικότητας και για την ψυχοθεραπεία. Ξεκινώντας λοιπόν την έρευνα, μέσα μου υπήρχε ήδη η πεποίθηση ότι τα άτομα μέσα από την ψυχοθεραπεία έρχονται σε επαφή με τις εγγενείς τους δυνατότητες, με αποτέλεσμα να μπορούν να αντεπεξέρχονται καλύτερα στις δυσκολίες και τις αντιξοότητες που αντιμετωπίζουν. Η πεποίθηση αυτή βασίζεται τόσο στην προσωποκεντρική έννοια της τάσης πραγμάτωσης, δηλαδή της τάσης των ανθρώπων που τους ωθεί προς την επιβίωση, την ανάπτυξη και την αξιοποίηση των εγγενών τους δυνατοτήτων (Rogers, 1951), όσο και στη δυνατότητα της ψυχοθεραπείας να διευκολύνει και να ενισχύσει την τάση αυτή όταν έχει παρεμποδιστεί. Βασική μου πεποίθηση αποτελεί επιπλέον ότι την κατεύθυνση προς την οποία θα τείνει το άτομο για την προστασία, την επιβίωση και την ανάπτυξη του, θα την παρέχει αυτή η τάση και όχι κάποιο άλλο άτομο, και στη συγκεκριμένη περίπτωση ο θεραπευτής.

Επιπλέον, η προσωποκεντρική προσέγγιση καθορίζει σημαντικά και τον τρόπο που αντιλαμβάνομαι τη θεραπευτική διαδικασία και αλλαγή. Η προσέγγιση βασίζεται στην υπόθεση ότι για να επέλθει θεραπευτική αλλαγή είναι απαραίτητη η ύπαρξη ορισμένων συνθηκών, οι οποίες περιλαμβάνουν την αυθεντικότητα, την ενσυναίσθηση και την άνευ όρων αποδοχή του θεραπευτή. Οι συνθήκες αυτές θεωρούνται τόσο αναγκαίες όσο και επαρκείς για την αλλαγή, και δημιουργούν τις προϋποθέσεις για την οικοδόμηση μιας ασφαλούς θεραπευτικής σχέσης μέσα στην

οποία το άτομο έρχεται σε επαφή με τον πραγματικό του εαυτό και τις δυνατότητες του, και ενδυναμώνεται ώστε να κάνει τις απαραίτητες αλλαγές στη ζωή του.

Γνωρίζοντας τις πεποιθήσεις μου αυτές, ήμουν προετοιμασμένη και σε διαρκή επαγρύπνηση να εντοπίζω πότε η ερμηνεία μου βασιζόταν περισσότερο σε αυτές και όχι στις πραγματικές αφηγήσεις των συμμετεχόντων. Για το σκοπό αυτό κρατούσα σε όλη τη διάρκεια της έρευνας αναστοχαστικό ημερολόγιο, στο οποίο κατέγραφα τις εντυπώσεις, τις ιδέες και τις υποθέσεις που έκανα. Ωστόσο, όπως θα φανεί στα ευρήματα της έρευνας και στη συζήτηση, οι έννοιες της θεραπευτικής σχέσης, της αποδοχής, της ενσυναισθητικής κατανόησης, της αυθεντικότητας και της μη κατευθυντικότητας βρέθηκαν να παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμπειρία των συμμετεχόντων από την ψυχοθεραπεία. Εκείνο που ήταν για μένα εντυπωσιακό ήταν πως οι πελάτες αναφέρονταν στη σημαντικότητα αυτών των ποιοτήτων, άσχετα από την προσέγγιση του θεραπευτή τους. Αυτό ισχυροποίησε μέσα μου την πεποίθησή μου για τη δύναμη της θεραπευτικής σχέσης και τον βοηθητικό ρόλο των προσωποκεντρικών συνθηκών.

Κλείνοντας την ενότητα αυτή θα ήθελα να επισημάνω ότι συμπεριέλαβα τις πτυχές της επαγγελματικής μου εμπειρίας που θεωρώ σημαντικότερες καθώς και τις πεποιθήσεις που είναι περισσότερο κυρίαρχες. Σε καμία περίπτωση δε θεωρώ πως είναι δυνατή η πλήρης γνώση των πεποιθήσεων, υποθέσεων και προκαταλήψεων του ερευνητή σε σχέση με την έρευνα, ούτε ότι μπορεί να γίνει μια ολοκληρωμένη αναφορά τους σε μια εισαγωγή.

Δομή της Διατριβής

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάστηκε το ευρύτερο πλαίσιο στο οποίο τοποθετείται η παρούσα έρευνα, περιγράφηκαν οι βασικοί της στόχοι και αναφέρθηκε η σημασία της για την ψυχοθεραπευτική θεωρία, έρευνα και πρακτική. Έγινε επίσης προσπάθεια να δοθεί η οπτική μου ως ερευνήτριας και οι εμπειρίες, οι υποθέσεις, και οι πεποιθήσεις που φέρω σε σχέση με την παρούσα έρευνα.

Το δεύτερο κεφάλαιο της διατριβής πραγματεύεται αφενός την έρευνα στην ψυχοθεραπεία και αφετέρου την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας. Το κεφάλαιο ξεκινά με μια σύντομη ιστορική ανασκόπηση της έρευνας στην ψυχοθεραπεία, επιχειρώντας να εντοπίσει τα κυρίαρχα θέματα που έχουν απασχολήσει τους ερευνητές και την εξέλιξή τους. Δύο σημαντικές εξελίξεις της έρευνας στην ψυχοθεραπεία, συγκεκριμένα ο εντοπισμός των κοινών θεραπευτικών παραγόντων και η αναγνώριση του ρόλου και η συμπερίληψη της οπτικής του πελάτη,

παρουσιάζονται στη συνέχεια καθώς αποτελούν το πλαίσιο διεξαγωγής της παρούσας έρευνας. Στη συνέχεια γίνεται περιγραφή των ευρημάτων των ερευνών που έχουν διεξαχθεί από την οπτική του πελάτη ως προς τα αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας και ως προς τους βοηθητικούς παράγοντες της θεραπευτικής αλλαγής. Ο στόχος της παρουσίασης αυτής είναι ο εντοπισμός των συγκεκριμένων προστατευτικών παραγόντων που αναπτύσσονται μέσω της ψυχοθεραπείας. Στη συνέχεια του κεφαλαίου γίνεται η παρουσίαση της έννοιας της ψυχικής ανθεκτικότητας. Μετά από μια συνοπτική παρουσίαση της ιστορικής εξέλιξης της έννοιας, παρέχονται οι βασικοί ορισμοί, εξετάζονται διάφορα εννοιολογικά ζητήματα που έχουν προκύψει στη βιβλιογραφία και παρουσιάζονται οι έννοιες της αντιξοότητας και της θετικής προσαρμογής. Τη βασική παρουσίαση της έννοιας της ψυχικής ανθεκτικότητας και των κύριων διαστάσεων της, ακολουθεί η αναλυτική αναφορά επιλεγμένων προστατευτικών παραγόντων που έχουν εντοπιστεί στη βιβλιογραφία. Η επιλογή των παραγόντων έγινε με κριτήριο το κατά πόσο είναι παράγοντες που μπορούν να καλλιεργηθούν και να τροποποιηθούν, καθώς και να συνδεθούν με την ψυχοθεραπευτική αλλαγή. Στη συνέχεια το κεφάλαιο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης αναφέρεται στην ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω συγκεκριμένων προγραμμάτων, ψυχοθεραπευτικών και μη, που έχουν δημιουργηθεί με τον σκοπό της ενίσχυσής της, ενώ παρουσιάζονται και ορισμένες έρευνες που επιχειρούν να διαπιστώσουν κατά πόσο η ψυχοθεραπεία ενισχύει την ψυχική ανθεκτικότητα. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την παρουσίαση των συμπερασμάτων της βιβλιογραφικής ανασκόπησης καθώς και των στόχων και ερευνητικών ερωτημάτων της παρούσας έρευνας.

Το επόμενο κεφάλαιο αναφέρεται στη μέθοδο της έρευνας και περιγράφει τις λεπτομερείς διαδικασίες που ακολουθήθηκαν. Αρχικά παρουσιάζονται οι λόγοι επιλογής μιας ποιοτικής προσέγγισης γενικά και της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας ειδικότερα. Έπειτα αναφέρονται λεπτομερώς οι διαδικασίες που αφορούν στην επιλογή του δείγματος, στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, καθώς και στους ελέγχους που έγιναν για την αξιολόγηση της ποιότητας της έρευνας. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την εξέταση των δεοντολογικών ζητημάτων που εμπλέκονται στην έρευνα και του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίστηκαν στην πράξη.

Το τέταρτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στη λεπτομερή παρουσίαση των ευρημάτων καθώς και στη σύνθεση τους σε ένα ενιαίο θεωρητικό μοντέλο, που

αποτελεί και τον καρπό της εφαρμογής της μεθόδου της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας.

Το πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο της διατριβής συζητά τα ευρήματα της παρούσας έρευνας και τα τοποθετεί στο ευρύτερο βιβλιογραφικό πλαίσιο της ψυχικής ανθεκτικότητας και της ψυχοθεραπείας. Στο κεφάλαιο αναφέρονται επίσης ορισμένοι τρόποι με τους οποίους η παρούσα μελέτη συνεισφέρει στην ψυχοθεραπευτική θεωρία, έρευνα και πρακτική, ενώ συζητούνται τόσο οι περιορισμοί όσο και οι προτεινόμενες μελλοντικές κατευθύνσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Η Έρευνα στην Ψυχοθεραπεία

Η έρευνα στην ψυχοθεραπεία έχει μια μακριά και πλούσια ιστορία (Timulak, 2008), η οποία έχει χαρακτηριστεί επανειλημμένα από «δημιουργικές εξελίξεις, εγγενείς εντάσεις και αλλαγές μοντέλων» (Muran, Castonguay, & Strauss, 2010). Απώτερος στόχος της ψυχοθεραπευτικής έρευνας είναι η προώθηση και η ανάπτυξη της ευημερίας των πελατών (Lambert, 2011) αλλά και η αναγνώριση της ψυχοθεραπείας ως έγκυρης και αποτελεσματικής μεθόδου για την επίλυση των ψυχολογικών προβλημάτων και την επιτυχή αντιμετώπιση των ψυχολογικών διαταραχών (Timulak, 2008). Επιπλέον, η έρευνα στην ψυχοθεραπεία δίνει τη δυνατότητα να εμπλουτιστούν οι ψυχοθεραπευτικές θεωρίες και παρέχει μια βάση για τη θεραπευτική πρακτική (Lambert, Bergin, & Garfield, 2004). Βασικά ερωτήματα που έχουν επιχειρήσει να απαντήσουν πολυάριθμες έρευνες στην ψυχοθεραπεία εδώ και σχεδόν έναν αιώνα, είναι το κατά πόσο η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική στην ψυχική επούλωση και τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των ανθρώπων, και κυρίως, ποιοι είναι εκείνοι οι παράγοντες και οι διαδικασίες μέσα από τις οποίες επιτυγχάνεται η θεραπευτική αλλαγή. Τα ερωτήματα αυτά αντανακλώνται στα δύο βασικά είδη της έρευνας στην ψυχοθεραπεία: την έρευνα αποτελέσματος και την έρευνα διαδικασίας.

Οι έρευνες αποτελέσματος επιχειρούν να εντοπίσουν τις άμεσες ή μακροπρόθεσμες αλλαγές που προκύπτουν από την ψυχοθεραπεία (Hill & Lambert, 2004), και εξετάζουν μια σειρά από ερωτήματα που σχετίζονται με αυτές τις αλλαγές, όπως είναι για παράδειγμα «Είναι αποτελεσματική η ψυχοθεραπεία;», «Πόση είναι η επίδραση της;» ή «Πόσο διαρκούν οι αλλαγές από τη θεραπεία;» (Cooper, 2008). Από την άλλη πλευρά, οι έρευνες διαδικασίας προσπαθούν να δώσουν απάντηση στο ερώτημα «Πως δουλεύει η ψυχοθεραπεία;» και εστιάζουν σε αυτά που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας (Hill & Lambert, 2004). Σύμφωνα με τους Orlinsky et al. (2004), η θεραπευτική διαδικασία περιλαμβάνει τις πράξεις, τις εμπειρίες και τη σχέση του πελάτη με τον θεραπευτή κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, περιλαμβάνει όμως επίσης τις πράξεις και τις εμπειρίες των συμμετεχόντων εκτός θεραπευτικής συνεδρίας, όταν οι πράξεις και οι εμπειρίες αυτές αναφέρονται ρητά στη μεταξύ τους σχέση. Τέλος, η ένωση της έρευνας διαδικασίας

με την έρευνα αποτελέσματος οδηγεί σε ένα τρίτο είδος έρευνας: την έρευνα διαδικασίας-αποτελέσματος. Οι έρευνες αυτές επιχειρούν να προσδιορίσουν τις διαδικασίες μέσα από τις οποίες προκύπτει η αλλαγή στην ψυχοθεραπεία (Crits-Christoph, Connolly Gibbons, & Mukherjee, 2013).

Οι απαρχές της έρευνας στην ψυχοθεραπεία ανάγονται στο έργο των Breuer και Freud, *Μελέτες για την Υστερία* (1895, στο Braakmann, 2015), το οποίο βασιζόταν σε μια σειρά από κλινικές περιπτώσιολογικές μελέτες (Braakmann, 2015). Ωστόσο, προδρόμους της σύγχρονης έρευνας αποτελέσματος στην ψυχοθεραπεία αποτελούν οι ερευνητικές δημοσιεύσεις που έγιναν στο τέλος της δεκαετίας του 1920, από διάφορες κλινικές οι οποίες συνδέονταν με ψυχαναλυτικά εκπαιδευτικά ιδρύματα (Muran et al., 2010. Russell & Orlinsky, 1996. Strupp & Howard, 1992). Στις κλινικές αυτές άρχισαν να γίνονται οι πρώτες συστηματικές καταγραφές των αποτελεσμάτων και να δημοσιεύονται οι πρώτες στατιστικές καταμετρήσεις. Ωστόσο, οι προσπάθειες αυτές αφορούσαν στις καταγραφές των εντυπώσεων των ίδιων των θεραπευτών για τις βελτιώσεις των ασθενών, ενώ παρουσίαζαν και άλλα μεθοδολογικά προβλήματα (Braakmann, 2015). Στις αρχές της δεκαετίας του 1920 άρχισαν επίσης να κάνουν την εμφάνισή τους οι πρώτες αξιολογήσεις της ανταπόκρισης στη θεραπεία των νέων προσεγγίσεων που βασίζονταν στη μάθηση (Lambert et al., 2004. Muran et al., 2010).

Τη δεκαετία του 1940 άρχισαν να εμφανίζονται και οι πρώτες έρευνες διαδικασίας στην ψυχοθεραπεία, μέσα από τη δουλειά του Carl Rogers και της ομάδας του (Russell & Orlinsky, 1996). Ο Rogers και οι συνεργάτες του χρησιμοποίησαν για πρώτη φορά ηχογραφήσεις ολόκληρων θεραπευτικών συνεδριών για να μπορέσουν να εντοπίσουν τις θεραπευτικές διαδικασίες που σχετίζονται με τη θετική θεραπευτική αλλαγή, εισάγοντας ταυτόχρονα την έρευνα διαδικασίας-αποτελέσματος (Braakmann, 2015).

Σημαντικό ορόσημο στην ιστορία της έρευνας της ψυχοθεραπείας αποτελεί η επίθεση του Eysenck (1952) σε όλες τις μορφές της ψυχοθεραπείας. Ο Eysenck δημοσίευσε το 1952 μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των ερευνών αποτελέσματος, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι η θεραπεία είναι αποτελεσματική. Η επίθεση αυτή οδήγησε σε μια σειρά από ανταπαντήσεις και τελικά σε μια «έκρηξη της ερευνητικής δραστηριότητας»

(Strupp & Howard, 1992, σ. 312), δίνοντας ώθηση στο πεδίο της έρευνας στην ψυχοθεραπεία (Muran et al., 2010).

Οι Russell και Orlinsky (1996) περιέγραψαν τέσσερις φάσεις στην ιστορία της έρευνας στην ψυχοθεραπεία. Η περίοδος από το 1927 μέχρι το 1954, στην οποία εντάσσονται οι έρευνες που αναφέρθηκαν παραπάνω, αποτέλεσε την πρώτη φάση, όπου μπήκαν τα θεμέλια τόσο της έρευνας αποτελέσματος όσο και της έρευνας διαδικασίας. Το κύριο έργο της φάσης αυτής ήταν η «καθιέρωση της επιστημονικής έρευνας» (Russell & Orlinsky, 1996) και το μεγάλο επίτευγμα ήταν πως έδειξε ότι η ψυχοθεραπεία μπορεί να ερευνηθεί με επιστημονικές μεθόδους.

Στη δεύτερη φάση ερευνών στην ψυχοθεραπεία, από το 1955 έως το 1969, το βασικό έργο ήταν η «αναζήτηση επιστημονικής ακρίβειας» (Russell & Orlinsky, 1996). Η φάση αυτή χαρακτηρίστηκε από μια ραγδαία αύξηση των ερευνών στην ψυχοθεραπεία καθώς και από την επικράτηση του λογικού θετικισμού, σύμφωνα με τον οποίο αντικείμενο επιστημονικής μελέτης μπορούσαν να αποτελέσουν μόνο οι μετρήσιμες διαστάσεις των γεγονότων που παρατηρούνταν εξωτερικά. Στη φάση αυτή αναπτύχθηκαν πολυπλοκότερα ερευνητικά πρωτόκολλα στα οποία χρησιμοποιούνταν λεπτομερέστερα ερωτηματολόγια και τεχνικές συνέντευξης, καθώς και περισσότερο εξελιγμένες ερευνητικές μέθοδοι και τεχνικές, τόσο στις έρευνες αποτελέσματος όσο και στις έρευνες διαδικασίας. Ένα παράδειγμα αποτελούν τα ελεγχόμενα πειραματικά πρωτόκολλα που αποτελούσαν στη φάση αυτή το μεγαλύτερο ποσοστό των ερευνών αποτελέσματος και στα οποία ακολουθούνταν νέες διαδικασίες. Στα πρωτόκολλα αυτά, για να αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, χρησιμοποιούνταν ομάδες ελέγχου με τις οποίες συγκρίνονταν οι ομάδες παρέμβασης. Επιπλέον, η προβληματική συμπεριφορά ή ψυχοπαθολογία των ασθενών αξιολογούνταν στην αρχή και στο τέλος της παρέμβασης, ενώ υπήρχε και αξιολόγηση παρακολούθησης (follow up). Στις έρευνες διαδικασίας από την άλλη πλευρά, αναπτύχθηκαν αντικειμενικές μέθοδοι για τη μέτρηση μαγνητοφωνημένων θεραπευτικών γεγονότων. Οι ερευνητές εστίαζαν σε συμπεριφορές λόγου που μπορούσαν να ποσοτικοποιηθούν, όπως για παράδειγμα η αναλογία επιθέτων-ρημάτων ή ο συνολικός χρόνος ομιλίας. Στο τέλος της δεύτερης φάσης, το πεδίο της έρευνας στην ψυχοθεραπεία είχε επιτύχει την επιστημονική αξιοπιστία που αποζητούσε.

Η «επέκταση και οργάνωση» ήταν το θέμα της τρίτης φάσης ερευνών, η οποία διήρκεσε περίπου από το 1970 μέχρι το 1983 (Russell & Orlinsky, 1996). Το πεδίο της έρευνας στην ψυχοθεραπεία συνέχισε να επεκτείνεται μέσα από τη δραστηριότητα νέων ερευνητών, τη δημιουργία νέων εταιρειών (όπως για παράδειγμα η ίδρυση της Εταιρείας για την Έρευνα στην Ψυχοθεραπεία το 1969), τη δημοσίευση βιβλίων που επισκοπούσαν τις έρευνες των δύο πρώτων φάσεων, και την εμφάνιση νέων επιστημονικών περιοδικών. Παρόλο που το μεγαλύτερο μέρος της ανάπτυξης κατά την τρίτη φάση αφορούσε τη βελτίωση και εξέλιξη των μεθόδων που ήδη επικρατούσαν, άρχισε ταυτόχρονα να κερδίζει έδαφος και η φαινομενολογική έρευνα της θεραπευτικής διαδικασίας.

Σημαντικό επίτευγμα αυτής της περιόδου ως προς την έρευνα αποτελέσματος ήταν η χρήση της νέας στατιστικής τεχνικής της μετα-ανάλυσης, η οποία επέτρεψε τη σύνοψη ενός μεγάλου αριθμού ερευνών αποτελέσματος και την εκτίμηση της συνολικής αποτελεσματικότητας της θεραπείας με τη χρήση ενός ποσοτικού δείκτη: του μεγέθους επίδρασης (Russell & Orlinsky, 1996). Ο δείκτης αυτός είναι ένα μέτρο του μεγέθους της αλλαγής, όπως παρατηρείται για παράδειγμα ανάμεσα σε μια ομάδα παρέμβασης και μια ομάδα ελέγχου, ή στην ίδια ομάδα πριν και μετά από τη θεραπεία, και χρησιμοποιείται στις μετα-αναλύσεις για περαιτέρω στατιστική ανάλυση (Timulak, 2008). Την τεχνική της μετα-ανάλυσης χρησιμοποίησαν πρώτοι οι Smith και Glass (1977), για να συγκρίνουν τα μεγέθη επίδρασης σχεδόν 400 ερευνών αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της ψυχοθεραπείας. Τα ευρήματα τους έδειξαν ότι η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική και ότι οι διαφορές στην επίδραση που προκαλείται από τις διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι αμελητέα.

Από την άλλη πλευρά, στις έρευνες διαδικασίας υπήρξαν τρεις σημαντικές εξελίξεις (Russell & Orlinsky, 1996). Η πρώτη εξέλιξη αφορούσε στην εφαρμογή των πειραματικών πρωτοκόλλων ατομικής περίπτωσης στην έρευνα των συμπεριφορικών θεραπειών. Τα πειραματικά αυτά πρωτόκολλα επέτρεψαν στους ερευνητές να εντοπίσουν τους θεραπευτικούς μηχανισμούς, ελέγχοντας τις εξωτερικές επιδράσεις και δοκιμάζοντας διαφορετικούς θεραπευτικούς συνδυασμούς. Η δεύτερη εξέλιξη αναφερόταν στην αναζωπύρωση του ερευνητικού ενδιαφέροντος για τη θεραπευτική σχέση, η οποία προκλήθηκε από την εισαγωγή της έννοιας της «εργασιακής συμμαχίας» από τον Bordin (1979). Η έννοια αυτή επέτρεψε τον λειτουργικό ορισμό της θεραπευτικής σχέσης και τη διάκριση της σε συστατικά που οδήγησαν στη δημιουργία και χρήση νέων ερωτηματολογίων. Τέλος, στην τρίτη φάση των ερευνών

στην ψυχοθεραπεία έγιναν προσπάθειες οργάνωσης και ταξινόμησης των αποτελεσμάτων πολλών ερευνών διαδικασίας που χρησιμοποιούσαν τη μέθοδο της ανάλυσης περιεχομένου. Οι ταξινομήσεις αυτές, μαζί με άλλες πολύπλοκες τεχνικές που αναπτύχθηκαν, διευκόλυναν την έρευνα και την ανάδειξη των συσχετίσεων ανάμεσα σε διάφορες πλευρές της θεραπευτικής διαδικασίας και των αποτελεσμάτων της.

Από το 1984 μέχρι και σήμερα, η έρευνα στην ψυχοθεραπεία διανύει την τέταρτη φάση, μια φάση που «παραδόξως μπορεί να περιγραφεί ως μια φάση εδραίωσης, τυποποίησης και επεξεργασίας, και ταυτόχρονα ως [μια φάση] ουσιαστικής κριτικής, καινοτομίας και αμφισβήτησης» (Orlinsky et al., 2004). Οι σύγχρονοι ερευνητές εδραιώνουν και επεκτείνουν τις ερευνητικές προσπάθειες των προηγούμενων φάσεων, ενώ ταυτόχρονα δημιουργούν νέες ερευνητικές μεθόδους ή τεχνικές ανάλυσης των δεδομένων και βελτιώνουν τις παλιές (Russell & Orlinsky, 1996). Για παράδειγμα, οι ερευνητές σε αυτή τη φάση χρησιμοποιούν εξελιγμένες στατιστικές αναλύσεις όπως είναι η ιεραρχική γραμμική μοντελοποίηση (Orlinsky et al., 2004). Επίσης, οι ερευνητές αναδιατυπώνουν τις μεταβλητές που μελετούν και εξετάζουν ζητήματα ορισμού τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η έννοια της κλινικής έναντι της στατιστικής σημαντικότητας (Russell & Orlinsky, 1996). Αυτό σημαίνει ότι οι παρεμβάσεις δεν αρκεί πλέον να αξιολογούνται με βάση τη στατιστική σημαντικότητα των διαφορών ανάμεσα στην ομάδα παρέμβασης και την ομάδα ελέγχου, αλλά και με βάση το κατά πόσο προκαλούν κλινικά σημαντικές διαφορές.

Στη φάση αυτή επίσης, άρχισε να γίνεται μια στροφή από την έννοια της δραστηριότητας (efficacy), στην έννοια της αποτελεσματικότητας (effectiveness) των παρεμβάσεων (Braakmann, 2015). Η δραστηριότητα μιας παρέμβασης αξιολογείται κάτω από αυστηρά ελεγχόμενες πειραματικές συνθήκες, με θεραπευτές που ακολουθούν απαρégκλιτα ένα θεραπευτικό εγχειρίδιο και με συμμετέχοντες που ανήκουν σε μια αποκλειστική διαγνωστική κατηγορία (Cooper, 2008). Η αποτελεσματικότητα από την άλλη πλευρά αξιολογείται σε νατουραλιστικά πλαίσια, με πελάτες που μπορεί να παρουσιάζουν πολλαπλές ψυχολογικές διαταραχές. Φάνηκε, ωστόσο, ότι στις ελεγχόμενες πειραματικές δοκιμές, πολλές μεταβλητές που είναι άσχετες με την παρέμβαση, όπως για παράδειγμα η ποιότητα του ερευνητικού σχεδιασμού, δείχνουν να επηρεάζουν τις διαφορές ανάμεσα στις ομάδες παρέμβασης και ελέγχου. Ταυτόχρονα, πολλές παρεμβάσεις που είχαν αποδειχτεί δραστικές κάτω

από ελεγχόμενες εργαστηριακές συνθήκες, απέτυχαν να αποδείξουν την αποτελεσματικότητά τους και σε νατουραλιστικά κλινικά πλαίσια (Russell & Orlinsky, 1996). Οι διαπιστώσεις αυτές οδήγησαν στον σκεπτικισμό ορισμένων ερευνητών σχετικά με την επιλογή των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών ως αποκλειστικής μεθόδου για τη διεξαγωγή των ερευνών αποτελέσματος, με συνέπεια τη στροφή προς τις συστηματικές νατουραλιστικές έρευνες.

Οι εξελίξεις και οι αμφισβητήσεις της τέταρτης φάσης των ερευνών στην ψυχοθεραπεία δεν αφορούν μόνο στις έρευνες αποτελέσματος αλλά και στις έρευνες διαδικασίας. Στις έρευνες αυτές, έχουν αναπτυχθεί εξελιγμένες ποσοτικές αναλυτικές προσεγγίσεις που μελετούν τις αλλαγές και την εξέλιξη διαφόρων μεταβλητών της διαδικασίας στον χρόνο (Braakmann, 2015). Επιπλέον, πολλοί ερευνητές άρχισαν να δυσαρεστούν με τη χρήση διαγνωστικών κατηγοριών για την ταξινόμηση των ατόμων που συμμετέχουν στις έρευνες και να εστιάζουν όλο και περισσότερο σε συγκεκριμένες ψυχολογικές μεταβλητές ή διαδικασίες, όπως είναι οι γνωστικές λειτουργίες, η συναισθηματική ρύθμιση ή η δομή της προσωπικότητας (Braakmann, 2015).

Μια σημαντική αλλαγή που χαρακτηρίζει την τέταρτη φάση των ερευνών στην ψυχοθεραπεία είναι η αμφισβήτηση του κυρίαρχου μεταθετικιστικού μοντέλου που έδινε έμφαση στην επαλήθευση, και η στροφή προς την ανακάλυψη (Braakmann, 2015. Russell & Orlinsky, 1996). Η στροφή αυτή απεικονίζεται ιδιαίτερα στην εξέλιξη και μεγαλύτερη αποδοχή της έρευνας που έχει συντελεστεί τα τελευταία χρόνια (Orlinsky et al., 2004). Οι ποιοτικές έρευνες βασίζονται κυρίως σε ένα κονστρουκτιβιστικό-διερμηνευτικό μοντέλο που αποτελεί μια εναλλακτική αντίληψη στον αφελή ρεαλισμό του θετικισμού, ο οποίος παραδέχεται την ύπαρξη μιας μοναδικής αντικειμενικής εξωτερικής πραγματικότητας (Ponterotto, 2005). Το κονστρουκτιβιστικό-διερμηνευτικό μοντέλο υποθέτει ότι η πραγματικότητα και το νόημα δεν υπάρχουν εξωτερικά αλλά κατασκευάζονται και αποκαλύπτονται μέσα από την αλληλεπίδραση του ερευνητή και των συμμετεχόντων του. Ταυτόχρονα στη φάση αυτή αναπτύχθηκαν νέες προσεγγίσεις στην ποιοτική ανάλυση των δεδομένων, όπως για παράδειγμα η συναινετική ποιοτική μέθοδος (Hill, Thompson, & Williams, 1997), ή εφαρμόστηκαν με επιτυχία ποιοτικές μέθοδοι που προέρχονταν από άλλους κλάδους, όπως για παράδειγμα η εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία (Glaser & Strauss, 1967), η οποία, ενώ αναπτύχθηκε στον χώρο της κοινωνιολογίας, κέρδισε σημαντικό

έδαφος στην έρευνα της ψυχοθεραπείας, ιδιαίτερα μέσα από τη δουλειά του Rennie και των συνεργατών του (Rennie, Phillips & Quartaro, 1988).

Συμπερασματικά, μέσα από την ιστορική αυτή αναδρομή έγινε φανερό ότι η έρευνα στην ψυχοθεραπεία έχει σημαντικά εξελιχθεί στα εκατό περίπου χρόνια της ζωής της. Στις πρώτες φάσεις ο στόχος ήταν η επιστημονική θεμελίωση του κλάδου και η αναζήτηση επιστημονικής ακρίβειας, μέσα από την επικράτηση του λογικού θετικισμού και την ανάπτυξη και εξέλιξη των ερευνητικών τεχνικών και μεθόδων. Η επέκταση, βελτίωση και περαιτέρω εξέλιξη των ερευνητικών μεθόδων και πρωτοκόλλων συνεχίστηκε και στην τρίτη φάση των ερευνών, ενώ παράλληλα άρχισε να κάνει τη σταδιακή εμφάνισή της και η φαινομενολογική έρευνα. Το είδος αυτό της έρευνας συνεχίζει να αναπτύσσεται και να εξελίσσεται σημαντικά στην τελευταία φάση που διανύουμε σήμερα. Οι σημαντικότερες αλλαγές που αντανακλούν αυτή την ανάπτυξη είναι η αλλαγή του κυρίαρχου επιστημονικού παραδείγματος από τον θετικισμό στον κονστρουκτιβισμό-διερμηνευτισμό, η στροφή από την επαλήθευση στην ανακάλυψη και τέλος, η αυξανόμενη χρήση και βελτίωση των ποιοτικών και μικτών προσεγγίσεων στην έρευνα.

Δύο σημαντικές εξελίξεις της έρευνας στην ψυχοθεραπεία στην ιστορική της διαδρομή, αποτελούν η ανακάλυψη των κοινών μηχανισμών της θεραπευτικής αλλαγής, ανεξάρτητα από τις συγκεκριμένες τεχνικές και θεωρίες, καθώς και η όλο και μεγαλύτερη εστίαση στην οπτική του πελάτη. Στις εξελίξεις αυτές θα αναφερθούμε αναλυτικότερα στη συνέχεια, καθώς αποτελούν το πλαίσιο της παρούσας έρευνας.

Οι κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες. Ένα σημαντικό τμήμα της έρευνας στην ψυχοθεραπεία, σε όλες τις φάσεις της ιστορικής της εξέλιξης, έχει επικεντρωθεί στα συγκριτικά αποτελέσματα διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων οι οποίες βασίζονται σε διαφορετικές θεωρίες και διαφορετικές τεχνικές (Lambert, 2011. Lambert & Ogles, 2004). Ενώ υπάρχουν ερευνητικά ευρήματα που δείχνουν ότι υπάρχουν συγκεκριμένες τεχνικές οι οποίες έχουν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα για συγκεκριμένα προβλήματα, όπως είναι για παράδειγμα οι τεχνικές έκθεσης για την αγοραφοβία, τις απλές φοβίες και τους καταναγκασμούς (Lambert, 2011), σε γενικές γραμμές οι περισσότερες έρευνες δείχνουν ότι οι διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις παρουσιάζουν ισοδύναμα θεραπευτικά αποτελέσματα (Lambert, 2011. Lambert & Ogles, 2004. Imel & Wampold, 2008. Wampold, 2006). Οι έρευνες που έχουν δείξει ότι υπάρχει ανωτερότητα μιας συγκεκριμένης

θεραπευτικής προσέγγισης έναντι των άλλων, τις περισσότερες φορές παρουσιάζουν μεθοδολογικά προβλήματα και δεν έχουν συστηματικά αναπαραχθεί (Imel & Wampold, 2008).

Παρόλο που η ισοδυναμία των αποτελεσμάτων διαφορετικών θεραπευτικών παρεμβάσεων μπορεί να αποδοθεί είτε σε αδυναμία των ερευνητικών σχεδίων να εντοπίσουν υπαρκτές διαφορές ή στη λειτουργία διαφορετικών διαδικασιών που οδηγούν στα ίδια αποτελέσματα, η εξήγηση που έχει λάβει τη μεγαλύτερη ερευνητική προσοχή είναι ότι οι διαφορετικές θεραπείες είναι εξίσου αποτελεσματικές επειδή εμπεριέχουν μια σειρά από κοινούς θεραπευτικούς παράγοντες (Lambert & Ogles, 2004). Το σκεπτικό πίσω από τους κοινούς παράγοντες είναι ότι εφόσον διαφορετικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις καταλήγουν σε εξίσου επιτυχημένα αποτελέσματα, ίσως τελικά να μην είναι τόσο διαφορετικές όσο φαίνονται αλλά να μοιράζονται ορισμένα κεντρικά χαρακτηριστικά τα οποία ευθύνονται για την επιτυχία τους. Τα κεντρικά αυτά χαρακτηριστικά είναι οι λεγόμενοι κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες, οι οποίοι ουσιαστικά αναφέρονται στα στοιχεία ή τις διαδικασίες που υπάρχουν σε όλες τις θεραπευτικές προσεγγίσεις και που θεωρείται ότι ευθύνονται για την αποτελεσματικότητά τους, όπως είναι για παράδειγμα η θεραπευτική σχέση (Hubble, Duncan, Miller, & Wampold, 2010. Imel & Wampold, 2008. Wampold, 2001).

Η προσέγγιση των κοινών θεραπευτικών παραγόντων δεν προέρχεται μόνο από την ερμηνεία των ευρημάτων των συγκριτικών ερευνών αποτελέσματος στην ψυχοθεραπεία, αλλά και από έρευνες που επιχειρούν να κατανοήσουν τους παράγοντες που είναι βοηθητικοί στην ψυχοθεραπεία (Lambert & Ogles, 2004). Η αναζήτηση των κοινών παραγόντων της αλλαγής είναι ένας ιδιαίτερα σημαντικός ερευνητικός χώρος και τα τελευταία χρόνια έχει γνωρίσει μεγάλη άνθιση.

Ωστόσο, η πατρότητα της ιδέας για την ύπαρξη των κοινών θεραπευτικών παραγόντων ανήκει στον Saul Rosenzweig (1936), ο οποίος κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ομοιότητες στα αποτελέσματα που φαίνεται να έχουν οι διαφορετικές θεραπείες οφείλονταν μάλλον σε μια σειρά από άρρητους, κοινούς παράγοντες και όχι στους παράγοντες που χρησιμοποιούνταν σκόπιμα από τους θεραπευτές. Οι κοινοί παράγοντες που επεσήμανε ο Rosenzweig (1936) περιλάμβαναν την προσωπικότητα του θεραπευτή, τη συνεπή χρήση μιας συγκεκριμένης θεραπευτικής ιδεολογίας σαν βάση για την αναδιοργάνωση της προσωπικότητας του πελάτη, ορισμένες άρρητες ψυχολογικές διαδικασίες που

εκτυλίσσονται μέσα στην ψυχοθεραπεία, όπως η κάθαρση, και την εναλλακτική διατύπωση των ψυχολογικών γεγονότων.

Ο Lambert (1992), επιχειρώντας να ταξινομήσει τη σημαντικότητα των διαφόρων θεραπευτικών παραγόντων στο αποτέλεσμα της θεραπείας, υπολόγισε ότι η βελτίωση στη θεραπεία οφείλεται κατά 40% στον ίδιο τον πελάτη και σε μεταβλητές εκτός θεραπείας, κατά 30% στους κοινούς θεραπευτικούς παράγοντες, κατά 15% στην ελπίδα και τις προσδοκίες του πελάτη, ενώ μόνο το 15% των αποτελεσμάτων αποδίδεται στις συγκεκριμένες τεχνικές του θεραπευτή. Τα ποσοστά που εντόπισε ο Lambert (1992) δε βασίζονταν σε αυστηρές στατιστικές τεχνικές αλλά περισσότερο στις εντυπώσεις του από την εκτεταμένη μελέτη των ερευνών αποτελέσματος στην ψυχοθεραπεία (Lambert, 2013). Υπάρχουν ωστόσο νεότερες έρευνες οι οποίες έχουν εντοπίσει αντίστοιχα ποσοστά. Για παράδειγμα οι Cuijpers et al. (2012) σε μια μετα-ανάλυση ερευνών αποτελέσματος στην ψυχοθεραπεία για την κατάθλιψη κατέληξαν ότι ο πελάτης και το περιβάλλον του ευθυνόταν για το 33,3% της βελτίωσης στα καταθλιπτικά συμπτώματα, οι κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες εξηγούσαν το 49%, ενώ οι συγκεκριμένες θεραπευτικές τεχνικές εξηγούσαν το 17,1% της αλλαγής. Ο Wampold (2001) σε μια εκτεταμένη ανασκόπηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα θετικά αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας οφείλονται κατά 70% στους κοινούς παράγοντες, ενώ μόνο το 8% οφείλεται στις συγκεκριμένες τεχνικές. Το υπόλοιπο 22% της βελτίωσης σύμφωνα με τον Wampold (2001) δεν εξηγείται και μπορεί εν μέρει να αποδίδεται σε διαφορές των πελατών μεταξύ τους, αλλά σίγουρα όχι σε ειδικά συστατικά της θεραπείας.

Αρκετοί ερευνητές έχουν επιχειρήσει να ομαδοποιήσουν τους κοινούς παράγοντες σε κατηγορίες. Από τις πρώτες προσπάθειες ταξινόμησης των κοινών παραγόντων είναι εκείνη των Grencavage και Norcross (1990), οι οποίοι εντόπισαν 89 διαφορετικούς κοινούς παράγοντες που είχαν προταθεί σε 50 δημοσιεύσεις. Οι συγγραφείς ομαδοποίησαν τους κοινούς παράγοντες σε πέντε κατηγορίες: χαρακτηριστικά του πελάτη, ποιότητες του θεραπευτή, διαδικασίες αλλαγής, δομή της θεραπείας, και θεραπευτική σχέση. Τα συχνότερα χαρακτηριστικά των πελατών αναφέρονταν στις θετικές προσδοκίες και την ελπίδα για βελτίωση, στο επίπεδο δυσφορίας και στην ενεργητική αναζήτηση βοήθειας από τον πελάτη. Οι ποιότητες του θεραπευτή που αναφέρονταν συχνότερα ήταν μια γενική θετική περιγραφή, η ικανότητά του να καλλιεργεί ελπίδα και να ενισχύει τις προσδοκίες, η ζεστασιά, η ενσυναίσθηση, το κύρος και η αποδοχή του. Η τρίτη κατηγορία των Grencavage και

Norcross (1990) αναφερόταν στις οικουμενικές διαδικασίες ή αρχές μέσα από τις οποίες συντελείται η αλλαγή στην ψυχοθεραπεία. Στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονταν, μεταξύ άλλων, έννοιες όπως η ευκαιρία για κάθαρση ή έκφραση, η απόκτηση και εξάσκηση νέων συμπεριφορών, η παροχή μιας θεραπευτικής αιτιολόγησης ή ψυχολογικής ερμηνείας, η καλλιέργεια της ενόρασης ή επίγνωσης, και η συναισθηματική και διαπροσωπική μάθηση. Η κατηγορία που αναφερόταν στη δομή της θεραπείας περιλάμβανε παράγοντες όπως η χρήση τεχνικών, η εστίαση στον εσωτερικό κόσμο του πελάτη και η πιστή τήρηση της θεωρίας. Τέλος, οι τρεις συχνότεροι παράγοντες που ανήκαν στη θεραπευτική σχέση ήταν η ανάπτυξη μιας θεραπευτικής σχέσης ή συμμαχίας, η δέσμευση και η μεταβίβαση. Από όλους αυτούς τους κοινούς παράγοντες, εκείνοι που είχαν λάβει τη μεγαλύτερη συνολική συναίνεση από τις δημοσιεύσεις που αναλύθηκαν από τους Grencavage και Norcross (1990) ήταν η δημιουργία μιας θεραπευτικής συμμαχίας, η ευκαιρία για κάθαρση, η απόκτηση νέων συμπεριφορών, οι θετικές προσδοκίες του πελάτη, οι θετικές ποιότητες του θεραπευτή και η παροχή ενός σκεπτικού ως διαδικασίας αλλαγής.

Περισσότερο πρόσφατα οι Lambert και Ogles (2004) και ο Lambert (2013) ομαδοποίησαν τους κοινούς παράγοντες σε τρεις υπερκείμενες κατηγορίες οι οποίες αναπαριστούν την αλληλουχία που θεωρείται ότι εκτυλίσσεται στην ψυχοθεραπεία. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν στον θεραπευτή, στον πελάτη και στις θεραπευτικές διαδικασίες. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει *παράγοντες υποστήριξης*, όπως είναι για παράδειγμα η κάθαρση και η απελευθέρωση της έντασης, η θετική σχέση και η θεραπευτική συμμαχία, η ενεργητική συμμετοχή τόσο του θεραπευτή όσο και του πελάτη, το ασφαλές περιβάλλον, η εμπιστοσύνη, καθώς και ποιότητες όπως η ζεστασιά, ο σεβασμός, η ενσυναίσθηση, η αποδοχή, και η γνησιότητα του θεραπευτή. Η δεύτερη κατηγορία αναφέρεται σε *παράγοντες μάθησης*, όπως είναι, μεταξύ άλλων, οι συμβουλές, η συναισθηματική επαναβίωση, η αφομοίωση προβληματικών εμπειριών, η εξερεύνηση του εσωτερικού πλαισίου αναφοράς, η ανατροφοδότηση, η ενόραση, η αλλαγή των προσδοκιών σχετικά με την ατομική αποτελεσματικότητα και η αλλαγή των αντιλήψεων για τον εαυτό. Τέλος, η τρίτη κατηγορία περιλαμβάνει *παράγοντες δράσης* όπως είναι η αντιμετώπιση των φόβων, η ενθάρρυνση για πειραματισμό με νέες συμπεριφορές, οι εμπειρίες επιτυχίας και η συμπεριφορική/ συναισθηματική ρύθμιση. Η διαδοχική αυτή κατηγοριοποίηση των κοινών παραγόντων υποθέτει ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με την υποστήριξη και τη

θετική σχέση με τον πελάτη προηγούνται των αλλαγών που γίνονται στις αντιλήψεις και τα συναισθήματα οι οποίες ακολουθούνται από την ενθάρρυνση του πελάτη για αλλαγές στη συμπεριφορά (Lambert, 2013).

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει η αντίληψη ότι οι κοινοί παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με το ευρύτερο θεραπευτικό πλαίσιο στο οποίο εκτυλίσσονται, και ότι δε μπορούν να υπάρξουν χωρίς τους ειδικούς παράγοντες της κάθε συγκεκριμένης προσέγγισης. Η αναγνώριση αυτή έχει οδηγήσει σε συνθετικά μοντέλα που εντάσσουν τους κοινούς θεραπευτικούς παράγοντες στο γενικότερο πλαίσιο της θεραπευτικής διαδικασίας (McAleavey & Castonguay, 2015. Wampold, 2010). Παραδείγματα τέτοιων μοντέλων αποτελούν το πλαίσιακό μοντέλο, το Γενικό Μοντέλο της Ψυχοθεραπείας και οι αρχές της αλλαγής, τα οποία παρουσιάζονται συνοπτικά στη συνέχεια.

Το *πλαισιακό μοντέλο* (contextual model) προτάθηκε αρχικά από τους Frank και Frank (1991, όπως αναφέρεται στο Wampold, 2010) και αναπτύχθηκε περαιτέρω από τον Wampold και τους συνεργάτες του (Imel & Wampold, 2008. Wampold, 2001, 2007). Το μοντέλο αυτό δίνει έμφαση στους παράγοντες του πλαισίου της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας και αποτελεί ένα μεταμοντέλο ή μια μεταθεωρία για την ψυχοθεραπεία που τοποθετείται σε ένα υψηλότερο επίπεδο αφαίρεσης από ότι οι συγκεκριμένες θεωρητικές προσεγγίσεις (Wampold, 2001). Δεν πρόκειται δηλαδή για ένα συγκεκριμένο μοντέλο με συγκεκριμένες παρεμβάσεις και τεχνικές, αλλά για μια γενική κατανόηση και εξήγηση του τρόπου με τον οποίο λειτουργεί η ψυχοθεραπεία. Το πλαίσιακό μοντέλο αντιπαρατίθεται στο ιατρικό μοντέλο για την ψυχοθεραπεία το οποίο υποστηρίζει ότι υπάρχουν συγκεκριμένες τεχνικές που επιφέρουν τη θεραπεία συγκεκριμένων διαταραχών, όπως στην ιατρική υπάρχουν συγκεκριμένες φαρμακευτικές ουσίες ή συστατικά για συγκεκριμένες παθήσεις. Αντίθετα, το πλαίσιακό μοντέλο, προερχόμενο από την ιδέα των κοινών παραγόντων, υποθέτει ότι ο ενεργός παράγοντας που επιφέρει την αλλαγή είναι το ίδιο το θεραπευτικό πλαίσιο που δημιουργείται και όχι τα συγκεκριμένα συστατικά (Imel & Wampold, 2008). Οι κοινοί παράγοντες παρέχονται και λειτουργούν μέσα στο πλαίσιο αυτό.

Παραδείγματα κοινών παραγόντων που υπάρχουν σε όλες τις θεραπευτικές προσεγγίσεις και προκαλούν τη θεραπευτική αλλαγή αποτελούν διάφορες πλευρές της θεραπευτικής διαδικασίας, οι οποίες περιλαμβάνουν «(α) μια συναισθηματικά φορτισμένη, εμπιστευτική σχέση, (β) μια αποδεκτή εξήγηση για την ψυχολογική δυσφορία, και (γ) μια θεραπεία που είναι συμβατή με την εξήγηση» (Imel &

Wampold, 2008, σ.259). Το πλαίσιακό μοντέλο της ψυχοθεραπείας αναγνωρίζει την αλληλεξαρτώμενη, ρευστή και δυναμική φύση των κοινών παραγόντων που καθιστά την ψυχοθεραπεία μια αμοιβαία διαδικασία η οποία εξαρτάται από το πρόσωπο του πελάτη και του θεραπευτή, τη μεταξύ τους αλληλεπίδραση και τη δομή της θεραπείας (Hubble et al., 2010. Wampold, 2010).

Το *Γενικό Μοντέλο της Ψυχοθεραπείας* προτάθηκε για πρώτη φορά το 1984 από τους Orlinsky και Howard (Orlinsky, 2009) ως ένα μεταθεωρητικό μοντέλο για την οργάνωση και σύνθεση των αποτελεσμάτων των ερευνών διαδικασίας-αποτελέσματος στην ψυχοθεραπεία. Όπως και το πλαίσιακό μοντέλο, το Γενικό Μοντέλο της Ψυχοθεραπείας δεν αποτελεί μια συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση αλλά μια μεταθεωρία της ψυχοθεραπείας, που συνθέτει και περιγράφει τις διαστάσεις της ψυχοθεραπείας που έχουν αποτελέσει αντικείμενο έρευνας (Orlinsky, 2009). Το Γενικό Μοντέλο της Ψυχοθεραπείας περιλαμβάνει έξι ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες που έχουν μελετηθεί από τις έρευνες στην ψυχοθεραπεία: το θεραπευτικό συμβόλαιο, τις θεραπευτικές λειτουργίες, τον θεραπευτικό δεσμό, τη σχέση με τον εαυτό, τις ενδοσυνεδριακές επιδράσεις και τα χρονικά μοτίβα (Orlinsky et al., 2004). Το θεραπευτικό συμβόλαιο αποτελεί την οργανωτική πλευρά της θεραπείας, ενώ οι θεραπευτικές λειτουργίες αφορούν στην τεχνική ή διαδικαστική διάσταση που σχετίζεται με τα θεραπευτικά έργα. Ο θεραπευτικός δεσμός αναφέρεται στη διαπροσωπική όψη της θεραπείας, ενώ η σχέση με τον εαυτό αποτελεί την ενδοπροσωπική διάσταση και αφορά στην εμπειρία του εαυτού που έχει ο κάθε συμμετέχοντας στην ψυχοθεραπεία σε σχέση με το ρόλο του ως πελάτης ή θεραπευτής και περιλαμβάνει έννοιες όπως η αυτεπίγνωση, η αυτορρύθμιση και η αυτοεκτίμηση. Οι ενδοσυνεδριακές επιδράσεις σχετίζονται με τις «άμεσες θετικές ή αρνητικές επιδράσεις που έχουν στους συμμετέχοντες οι αλληλεπιδράσεις τους κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας» (Orlinsky et al., 2004, σ. 318) και αποτελούν την κλινική πλευρά της θεραπείας. Τέλος, τα χρονικά μοτίβα αναφέρονται στη διαδοχική διάσταση της ψυχοθεραπείας, όπως είναι για παράδειγμα η διαδοχή των γεγονότων στην εξέλιξη της συνεδρίας ή τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των διαφορετικών θεραπευτικών σταδίων. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι έξι αυτές διαδικασίες αποτελούν κοινούς παράγοντες σε όλες τις ψυχοθεραπείες, ο τρόπος όμως με τον οποίο εφαρμόζονται ή πραγματοποιούνται σε κάθε συγκεκριμένη προσέγγιση μπορεί να είναι πολύ διαφορετικός (McAleavey & Castonguay, 2015).

Ένα άλλο εννοιολογικό πλαίσιο κατανόησης της ψυχοθεραπείας μέσα από τους κοινούς παράγοντες παρέχει η έννοια των *αρχών της αλλαγής* που προτάθηκαν για πρώτη φορά από τον Goldfried το 1980 (McAleavey & Castonguay, 2015). Ο Goldfried (1980) διέκρινε τρία επίπεδα αφαίρεσης στην ψυχοθεραπεία: το πρώτο, χαμηλότερο επίπεδο αφαίρεσης, αφορά στις ψυχοθεραπευτικές τεχνικές ή κλινικές διαδικασίες που χρησιμοποιούνται στη συνεδρία, το δεύτερο επίπεδο περιλαμβάνει τις κλινικές στρατηγικές, ενώ το υψηλότερο, περισσότερο αφαιρετικό επίπεδο, αναφέρεται στο θεωρητικό και φιλοσοφικό πλαίσιο που εξηγεί την ανθρώπινη λειτουργία και αλλαγή. Σύμφωνα με τον Goldfried (1980), η σύνθεση της ψυχοθεραπείας δεν είναι εφικτό να γίνει στο θεωρητικό επίπεδο, όπου υπάρχουν μεγάλες φιλοσοφικές διαφορές ανάμεσα στις προσεγγίσεις, ούτε στο τεχνικό επίπεδο, όπου μπορεί να υπάρχουν ομοιότητες, οι οποίες όμως δεν είναι καθοριστικής σημασίας. Οι κλινικές στρατηγικές ή αρχές της αλλαγής, από την άλλη πλευρά, λειτουργώντας ως «κλινικές ευρετικές μέθοδοι που καθοδηγούν σιωπηρά τις προσπάθειες μας στην πορεία της θεραπείας» (Goldfried, 1980, σ. 994), μπορούν να αποτελέσουν ένα ουσιαστικό σημείο σύγκλισης. Ο Goldfried (1980), δίνει δύο συγκεκριμένα παραδείγματα στρατηγικών που μπορεί να είναι κοινές σε όλες τις θεραπευτικές προσεγγίσεις: η παροχή νέων, διορθωτικών εμπειριών και η ανατροφοδότηση.

Μια παράλληλη, ανεξάρτητη, προσπάθεια εντοπισμού των κοινών διαδικασιών της αλλαγής ανάμεσα στις διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις έχει κάνει και ο Prochaska (1979, όπως αναφέρεται στο Prochaska & Norcross, 2009). Αναζητώντας το καλύτερο που μπορεί να προσφέρει κάθε θεραπευτική προσέγγιση ο Prochaska διεξήγαγε το 1979 (όπως αναφέρεται στο Prochaska & Norcross, 2009) μια συγκριτική ανάλυση των 18 κύριων θεραπευτικών συστημάτων, προτείνοντας το υπερθεωρητικό μοντέλο (transtheoretical model) της αλλαγής. Το υπερθεωρητικό μοντέλο αποτελεί ένα συνθετικό μοντέλο ψυχοθεραπείας και αλλαγής της συμπεριφοράς που παίρνει στοιχεία από όλες τις βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις και βασίζεται σε τρεις κεντρικές διαστάσεις – τις διαδικασίες, τα στάδια και τα επίπεδα της αλλαγής. Συγκεκριμένα, οι διαδικασίες της αλλαγής είναι «οι φανερές ή συγκαλυμμένες δραστηριότητες στις οποίες εμπλέκονται οι άνθρωποι ώστε να αλλάξουν το συναίσθημα, τη σκέψη, τη συμπεριφορά ή τις σχέσεις σχετικά με συγκεκριμένα προβλήματα ή μοτίβα ζωής» (Prochaska & Norcross, 2009, σ. 489). Οι 10 διαδικασίες αλλαγής που έχουν λάβει τη μεγαλύτερη ερευνητική υποστήριξη είναι

η αύξηση της συνείδησης, η κάθαρση, η επαναξιολόγηση του εαυτού, η επαναξιολόγηση του περιβάλλοντος, η απελευθέρωση του εαυτού, η κοινωνική απελευθέρωση, η αντενεργός εξάρτηση, ο έλεγχος ερεθίσματος, η διαχείριση απροόπτου, και η βοηθητική σχέση.

Συμπερασματικά, η ισοδυναμία των αποτελεσμάτων των διαφορετικών ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων οδήγησε τους ερευνητές στην αναζήτηση των κοινών παραγόντων, δηλαδή των βασικών μηχανισμών που υπάρχουν και λειτουργούν σε όλες τις θεραπείες (Imel & Wampold, 2008). Στη βιβλιογραφία της ψυχοθεραπείας έχει εντοπιστεί ένας μεγάλος αριθμός κοινών θεραπευτικών παραγόντων, που περιλαμβάνει τη θεραπευτική σχέση, παράγοντες του θεραπευτή, παράγοντες του πελάτη και διαδικασίες της αλλαγής. Ταυτόχρονα έχουν διατυπωθεί συνθετικά μοντέλα που εντάσσουν τους κοινούς παράγοντες στο γενικότερο πλαίσιο της θεραπευτικής διαδικασίας.

Η προσέγγιση των κοινών παραγόντων έχει αναδείξει τη σημαντικότητα του ρόλου του πελάτη στην ψυχοθεραπευτική αλλαγή. Όπως είδαμε, η συμβολή του πελάτη εξηγεί από το 33% έως το 40% της βελτίωσης από τη θεραπεία. Συνεπώς, η αναζήτηση της οπτικής των πελατών για τους μηχανισμούς που συμβάλλουν στην αλλαγή αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα, ενώ είναι περισσότερο συμβατή με το νέο κονστρουκτιβιστικό-διερμηνευτικό επιστημολογικό πλαίσιο και την αυξανόμενη έμφαση της έρευνας στην ανακάλυψη. Ταυτόχρονα, η αναζήτηση της οπτικής του πελάτη διευκολύνεται από την ανάπτυξη των ποιοτικών ερευνητικών προσεγγίσεων.

Στη συνέχεια της ενότητας παρουσιάζεται η σημαντικότητα της οπτικής των πελατών για την εμπειρία τους από την ψυχοθεραπεία, καθώς και τα ευρήματα των ερευνών τόσο σε σχέση με τα είδη των αποτελεσμάτων που οι ίδιοι θεωρούν ότι επιτυγχάνουν όσο και σε σχέση με τους θεραπευτικούς παράγοντες που κρίνουν ότι συντέλεσαν στα αποτελέσματα αυτά.

Η οπτική του πελάτη. Η οπτική του πελάτη για την εμπειρία του από την ψυχοθεραπεία είχε λάβει ελάχιστη ερευνητική προσοχή μέχρι πρόσφατα (Hodgetts & Wright, 2007. Macran, Ross, Hardy, & Shapiro, 1999. Rennie, 1994). Σύμφωνα με τον Rennie (1994), αυτό οφείλεται σε ενστάσεις που προέρχονταν από τον συμπεριφορισμό, τον θετικισμό και την ψυχανάλυση αναφορικά με το κατά πόσο μπορεί να εμπιστευτεί κανείς τη συνειδητή εμπειρία του πελάτη. Έτσι, στο παρελθόν επικρατούσαν αντιλήψεις που υποτιμούσαν την οπτική του πελάτη, υποστηρίζοντας για παράδειγμα ότι οι πελάτες δε μπορούν να δώσουν μια ενήμερη, λεπτομερή και

αντικειμενική αναφορά για την εμπειρία τους επειδή έχουν διαταραγμένη ψυχική υγεία, ότι μπορεί να μην έχουν επίγνωση του τρόπου με τον οποίο η θεραπεία ήταν βοηθητική, ότι διαστρεβλώνουν τις εμπειρίες τους και ότι στερούνται επιδεξιότητας και εμπειρίας ώστε να κάνουν περίπλοκες διακρίσεις (Hodgetts & Wright, 2007. Macran et al., 1999). Επιπλέον, οι περισσότερες έρευνες ενδιαφέρονταν να εξετάσουν τον ρόλο που παίζουν οι συγκεκριμένες τεχνικές και παρεμβάσεις των θεραπειών και όχι τα συναισθήματα και η εμπειρία των πελατών (Macran et al., 1999). Η μειωμένη ερευνητική προσοχή στην εμπειρία των πελατών είναι πιθανό επίσης να οφείλεται στη γενικότερη παραγνώριση του ρόλου του πελάτη στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία (Bohart, 2000). Για παράδειγμα, τα περισσότερα βιβλία για την ψυχοθεραπεία τονίζουν το ρόλο του θεραπευτή και αγνοούν εκείνον του πελάτη (Bohart & Tallman, 1999), ενώ στα περισσότερα ψυχοθεραπευτικά μοντέλα ο πελάτης απεικονίζεται ως «παθολογικός και δυσλειτουργικός» (Bohart, 2000, σ. 129).

Η περιορισμένη έμφαση στον ρόλο του πελάτη στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία και στην αναφορά των εμπειριών του από αυτήν έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια τόσο λόγω των ευρημάτων των ερευνών στην ψυχοθεραπεία όσο και λόγω της ανάπτυξης των ποιοτικών ερευνητικών προσεγγίσεων (Elliott, 2008). Όπως είδαμε παραπάνω, η προσέγγιση των κοινών παραγόντων στην έρευνα της ψυχοθεραπείας έχει αναδείξει τον πελάτη ως έναν από τους σημαντικότερους κοινούς παράγοντες (Hubble et al., 2010. Lambert, 1992). Μάλιστα, τόσο ο Bohart (2000) όσο και οι Bohart και Tallman (Bohart & Tallman, 1999. Tallman & Bohart, 1999) υποστηρίζουν ότι ο πελάτης είναι ο σημαντικότερος κοινός παράγοντας που παίζει ενεργό ρόλο στη διαδικασία της αλλαγής. Οι Duncan και Miller (2000) προτείνουν όχι μόνο «να επανατοποθετηθεί ο πελάτης ως ο πρωταγωνιστής στο δράμα της θεραπείας» (σ. 169) αλλά και οι θεραπευτές να λαμβάνουν υπόψη τους και να βασίζονται τη θεραπευτική δουλειά τους στη θεωρία της αλλαγής που έχει διαμορφώσει ο ίδιος ο πελάτης, δηλαδή στις αντιλήψεις του τόσο για τη δημιουργία όσο και για την επίλυση του προβλήματος. Επομένως, η εστίαση στην εμπειρία του πελάτη και στις πλευρές της ψυχοθεραπείας που θεωρεί βοηθητικές για την αλλαγή καθίσταται απαραίτητη (Macran et al., 1999). Η αναγνώριση της σημαντικότητας του ρόλου του πελάτη στη θεραπεία σημαίνει ότι «πρέπει να ανακαλύψουμε από τους πελάτες ποιες είναι οι συνθήκες που χρειάζονται για να διευκολυνθούν ώστε να εμπλακούν ενεργά στη θεραπεία τους» (Macran et al., 1999, σ. 328), καθώς, χωρίς τη

δική τους οπτική, δε μπορεί να υπάρχει πλήρης κατανόηση της ψυχοθεραπευτικής αλλαγής.

Η οπτική του πελάτη αξιολογείται σε πολλά επίπεδα, που ξεκινούν από την παρατήρηση της συμπεριφοράς του στη θεραπεία και τη χρήση τυποποιημένων ερωτηματολογίων αποτελέσματος, μέχρι τη συμμετοχή του στην ανάπτυξη των κριτηρίων αξιολόγησης που θα χρησιμοποιηθούν και τον ορισμό του ερευνητικού ερωτήματος και του ερευνητικού προγράμματος (Macran et al., 1999). Παραδοσιακά, τόσο στις έρευνες αποτελέσματος όσο και στις έρευνες διαδικασίας χρησιμοποιούνταν κυρίως ποσοτικά ερευνητικά πρωτόκολλα για τη διερεύνηση της αλλαγής. Ωστόσο, οι ποσοτικές έρευνες δε μπορούν να δώσουν την πλήρη εικόνα (Klein & Elliott, 2006). Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται στις ποσοτικές έρευνες αντανakλούν πλευρές της εμπειρίας των πελατών οι οποίες έχουν «φίλτραριστεί από τις προκατειλημμένες ιδέες των ερευνητών» (Binder, Holgersen, & Nielsen, 2010, σ. 286) ως προς το τι θεωρούν σημαντικό. Επιπλέον, η έμφαση στην ποσοτική μέτρηση παραβλέπει την πολυπλοκότητα της αλλαγής, αγνοώντας τη βιωμένη εμπειρία και το νόημα που δίνουν οι ίδιοι οι πελάτες στην εμπειρία τους (Gallegos, 2005). Τα παραπάνω καθιστούν σαφές πως η αναζήτηση της οπτικής του πελάτη δε μπορεί να αναφέρεται απλώς στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων σχετικά με την εμπειρία του, αλλά χρειάζεται να γίνεται ανοιχτή διερεύνηση του τι εκείνος θεωρεί σημαντικό στη θεραπεία (Macran et al., 1999).

Η εξέλιξη και διάδοση της ποιοτικής έρευνας τα τελευταία χρόνια, δίνει τη δυνατότητα να παραμείνει κανείς «κοντύτερα στα πραγματικά φαινόμενα και στη βιωμένη εμπειρία της θεραπείας» (McLeod, 2013, σ. 49), και παρέχει την ευκαιρία να ακουστεί η φωνή του πελάτη και να φωτιστεί το νόημα που έχουν διάφορες πλευρές της θεραπείας γι' αυτόν. Η ποιοτική έρευνα είναι ιδιαίτερα συμβατή με την αναζήτηση της οπτικής του πελάτη και αποτελεί ένα ενδυναμωτικό εργαλείο για τη διερεύνηση της ψυχοθεραπευτικής αλλαγής (Elliott, 2010. Hill, Chui, & Baumann, 2013). Η ποιοτική έρευνα βασίζεται κυρίως σε ημι-δομημένες συνεντεύξεις, οι οποίες επιτρέπουν στους πελάτες να ξεδιπλώσουν την εμπειρία τους και να εκφράσουν ελεύθερα τη γνώμη τους για την ψυχοθεραπεία και την αλλαγή. Οι πελάτες μπορεί να εκφράσουν απόψεις, ιδέες και πτυχές της εμπειρίας τους που οι ερευνητές δεν έχουν σκεφτεί, κάτι που αποκλείουν τα δομημένα ερωτηματολόγια αποτελέσματος (Roussos, 2013). Επιπλέον, η ποιοτική έρευνα είναι κατάλληλη για τη διερεύνηση

πολύπλοκων φαινομένων επειδή δεν έχει περιορισμό ως προς τις μεταβλητές που μπορούν να μελετηθούν (Hill et al., 2013).

Η ποιοτική προσέγγιση θεωρείται επιπλέον κατάλληλη τόσο για τις έρευνες διαδικασίας (Mörtl & Gelo, 2015) όσο και για τις έρευνες αποτελέσματος στην ψυχοθεραπεία (Rodgers & Elliott, 2015), ενώ αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ότι η οπτική του πελάτη προσφέρει μοναδική και πολύτιμη γνώση για το αποτέλεσμα και για τη διαδικασία της ψυχοθεραπείας (Klein & Elliott, 2006. Levitt, Butler, & Hill, 2006. Manthei, 2007). Στις έρευνες διαδικασίας, η ποιοτική προσέγγιση παρέχει είτε μια μακροαναλυτική ματιά σχετικά με τη γενική υποκειμενική εμπειρία των πελατών από τη θεραπευτική διαδικασία, ή εστιάζει μικροαναλυτικά σε συγκεκριμένα φαινόμενα που λαμβάνουν χώρα κατά τη θεραπευτική ώρα (Mörtl & Gelo, 2015). Η καταγραφή και αξιοποίηση της εμπειρίας των πελατών είναι εξαιρετικά σημαντική για τη διαδικασία της ψυχοθεραπείας, καθώς παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για τις ψυχοθεραπευτικές στρατηγικές που είναι βοηθητικότερες στην επίτευξη της αλλαγής (Elliott, 2008. Olivera, Braun, Gomez Penedo, & Roussos, 2013). Επιπλέον, η διερεύνηση των εμπειριών των πελατών σχετικά με την εμπειρία τους από τη θεραπεία και τους βοηθητικούς παράγοντες συνεισφέρει στον προσδιορισμό τόσο των κοινών όσο και των ειδικών παραγόντων που είναι και αναγκαίοι αλλά και επαρκείς για τη θεραπευτική αλλαγή (Clarke, Rees, & Hardy, 2004. Hodgetts & Wright, 2007).

Από την άλλη πλευρά, στις έρευνες αποτελέσματος η ποιοτική προσέγγιση παρέχει νέες πληροφορίες για τις εμπειρίες των πελατών από τη θεραπεία τους, τόσο σε ζητήματα ορισμού όσο και περιγραφής του αποτελέσματος, ρίχνοντας, για παράδειγμα, φως στις απόψεις των πελατών για το τι έχει αλλάξει από τη θεραπεία, για το τι σημαίνει αποτέλεσμα ή για τα είδη αποτελεσμάτων που υπάρχουν (Rodgers & Elliott, 2015). Η οπτική του πελάτη μπορεί να αποκαλύψει τομείς αλλαγής που δεν περιλαμβάνονται στα ήδη υπάρχοντα ερωτηματολόγια αποτελέσματος (Elliott, 2008). Σύμφωνα με τον McLeod (2013) οι ποιοτικές έρευνες αποτελέσματος από την οπτική του πελάτη έχουν δείξει ότι οι πελάτες μπορούν να δώσουν μια περισσότερο διαφοροποιημένη και κριτική εκτίμηση του αποτελέσματος από εκείνη που παρέχουν τα ευρήματα των ποσοτικών ερευνών. Μια άλλη σημαντική διάσταση είναι η αποκάλυψη εκείνων των αλλαγών που έχουν σημασία και αξία για τους ίδιους τους πελάτες. Ο Kazdin (1999) τονίζει τη σημαντικότητα της συμπερίληψης της οπτικής του πελάτη στα κριτήρια αξιολόγησης της ψυχοθεραπείας, ώστε να μπορέσει να

προσδιοριστεί κατά πόσο τα αποτελέσματα αντανakλούν μια κλινικά σημαντική αλλαγή, ενώ οι Connolly και Strupp (1996) υποστηρίζουν ότι η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της ψυχοθεραπείας χρειάζεται να περιλαμβάνει τις αλλαγές που έχουν αξία για τους ίδιους τους πελάτες, τις οικογένειες και την κοινωνία.

Οι πληροφορίες που μπορεί να προκύψουν από τις αναφορές των πελατών σχετικά με την εμπειρία τους από την ψυχοθεραπεία είναι σημαντικές γιατί μπορεί να βοηθήσουν τους θεραπευτές να εμβαθύνουν την κατανόηση τους για συγκεκριμένους πελάτες και να ενισχύσουν τις κλινικές τους δεξιότητες και την αποτελεσματικότητα τους (Elliott, 2008. Elliott & James, 1989). Επιπλέον, η γνώση της εμπειρίας των πελατών μπορεί να οδηγήσει στην εφεύρεση, την επιλογή και την τροποποίηση παρεμβάσεων με αποτέλεσμα την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας τους (Elliott & James, 1989). Η διερεύνηση της εμπειρίας του πελάτη παρέχει στον θεραπευτή μια διαφορετική οπτική για τις παρεμβάσεις του και τον τρόπο που τις χρησιμοποιεί (Quinn, 1996). Επομένως, η ανατροφοδότηση του κρίνεται καθοριστική για τη διαμόρφωση θεραπευτικών πρακτικών και παρεμβάσεων, καθώς παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για τους παράγοντες και τις διαδικασίες που είναι βοηθητικές στη θεραπεία και συμβάλλει με ουσιαστικό τρόπο στη συζήτηση για τον ρόλο των κοινών και ειδικών παραγόντων στην ψυχοθεραπεία (Bohart, 2000. Elliott, 2008). Οι πελάτες, εφόσον δεν έχουν προσήλωση σε κάποια συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση, μπορούν να δώσουν μια εικόνα για τους βοηθητικούς παράγοντες στη θεραπεία, η οποία δεν είναι επηρεασμένη από θεωρητικές προκαταλήψεις (Murphy, Cramer, & Lillie, 1984). Η οπτική του πελάτη στην αξιολόγηση της ψυχοθεραπείας μπορεί επιπρόσθετα να προσφέρει πληροφορίες που θα αυξήσουν την αποδοχή και τη συμμόρφωση του στη θεραπεία. Σύμφωνα με τους Levitt et al. (2006), η αντίληψη των πελατών για την αλλαγή «οδηγεί τις θεραπείες μας, ενημερώνει τις θεωρίες μας, και σε τελευταία ανάλυση στηρίζει το επάγγελμά μας δημιουργώντας συνεχή ζήτηση για τις υπηρεσίες μας» (σ. 314). Η γνώμη τους επομένως για τις αλλαγές που οι ίδιοι θεωρούν σημαντικές και για τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να επιτευχθούν έχει καθοριστική σημασία εφόσον εκείνοι αποτελούν το επίκεντρο ολόκληρου του ψυχοθεραπευτικού εγχειρήματος.

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν τα ευρήματα ερευνών που εξετάζουν την οπτική του πελάτη σχετικά με δύο πτυχές της εμπειρίας του: τα αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας και τους παράγοντες που συντέλεσαν σε αυτά. Δεδομένου ότι η παρούσα διατριβή εστιάζει στην αναζήτηση του ρόλου της ψυχοθεραπείας στην

ανάκαμψη από τραυματικές εμπειρίες και στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας, ιδιαίτερη μνεία θα γίνει σε έρευνες που εξετάζουν τις εμπειρίες πελατών οι οποίοι απευθύνθηκαν για θεραπεία λόγω κάποιας αντιξοότητας ή τραυματικής εμπειρίας.

Αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας από την οπτική του πελάτη. Μια από τις βασικές κριτικές που έχει ασκηθεί στην ποσοτική έρευνα στην ψυχοθεραπεία, είναι ο τρόπος αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της θεραπείας ως μείωση των συμπτωμάτων (Connolly & Strupp, 1996. McLeod, 2013. Valkonnen, Hänninen, & Lindfors, 2011). Συγκεκριμένα, οι περισσότερες ποσοτικές έρευνες αποτελέσματος χρησιμοποιούν ως κριτήρια για την έκβαση της ψυχοθεραπείας ερωτηματολόγια αξιολόγησης των συμπτωμάτων και της ψυχολογικής λειτουργικότητας πριν και μετά το τέλος της ψυχοθεραπείας. Από την άλλη πλευρά, οι αλλαγές που αναφέρουν οι ίδιοι οι πελάτες από την ψυχοθεραπεία τους δεν περιορίζονται στη μείωση των συμπτωμάτων, αλλά περιλαμβάνουν μια σειρά από άλλα αποτελέσματα που θεωρούν σημαντικά. Για παράδειγμα, οι Connolly και Strupp (1996) στην έρευνα τους ζήτησαν από 80 ασθενείς να περιγράψουν τις σημαντικότερες αλλαγές που βίωσαν μετά από 25 συνεδρίες ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν 90 διακριτές αλλαγές οι οποίες ομαδοποιήθηκαν σε τέσσερις κατηγορίες: τη βελτίωση των συμπτωμάτων, την αυξημένη κατανόηση του εαυτού, την ενισχυμένη αυτοπεποίθηση, και τον μεγαλύτερο αυτοπροσδιορισμό. Οι Connolly και Strupp (1996) τονίζουν πως η έμφαση στην αυτοεικόνα είναι αξιοσημείωτη, καθώς «τρεις από τους τέσσερις τομείς αποτελέσματος που προσδιορίστηκαν από αυτό το δείγμα σχετίζονται με το πως νιώθει ο/η ασθενής για τον εαυτό του/της». (σ.38). Οι Levitt et al. (2006) βρήκαν στη δική τους έρευνα ότι οι πελάτες σπάνια θεωρούν την αλλαγή στα συμπτώματα ως σημαντικό αποτέλεσμα στην ψυχοθεραπεία τους. Αντίθετα, στην έρευνα τους οι πελάτες τείνουν να αναφέρουν περισσότερο συνολικές αλλαγές όπως η κατανόηση και η βελτίωση των σχέσεων με τον εαυτό τους και με τους άλλους. Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν οι σημαντικότερες αλλαγές που οι ίδιοι οι πελάτες αναφέρουν ότι επιτυγχάνουν στην ψυχοθεραπεία τους.

Αλλαγή στην αυτοεικόνα. Σε έναν σημαντικό αριθμό ερευνών, οι συμμετέχοντες εντοπίζουν ως βασικές αλλαγές την αλλαγή της αυτοεικόνας και τη βελτίωση της σχέσης με τον εαυτό (Binder et al., 2010. Clarke et al., 2004. Connolly & Strupp, 1996. Edwards & Loeb, 2011. Elliott & James, 1989. Klein & Elliott, 2006. Murray, 2002. Olivera et al., 2013. Palmstierna & Werbart, 2013). Για παράδειγμα, οι

Elliott και James (1989) σε μια ανασκόπηση των πρώτων ερευνών σχετικά με τις εμπειρίες των πελατών από την ψυχοθεραπεία τους, βρήκαν ότι η τυπικότερη αλλαγή που θεωρούσαν οι πελάτες ότι επιτύγχαναν από την ψυχοθεραπεία ήταν η αυξημένη αυτοεκτίμηση. Οι Binder et al. (2010), επιχειρώντας να διευκρινίσουν τι σημαίνει καλό αποτέλεσμα από την οπτική του πελάτη, διερεύνησαν τις εμπειρίες 10 πελατών που είχαν ολοκληρώσει επιτυχημένα την ψυχοθεραπεία τους. Οι πελάτες ανέφεραν τέσσερις κατηγορίες αλλαγών: (1) τη δημιουργία καλύτερων σχέσεων με τους άλλους, (2) μείωση των συμπτωμάτων ή αλλαγή στα μοτίβα συμπεριφοράς που οδηγούσαν σε οδύνη, (3) καλύτερη κατανόηση του εαυτού και ενόραση, και (4) αποδοχή και εκτίμηση του εαυτού. Όπως γίνεται φανερό, η τέταρτη κατηγορία αναφέρεται στην αλλαγή της στάσης απέναντι στον εαυτό. Η αλλαγή αυτή συμπεριλάμβανε για τους συμμετέχοντες τη μείωση της κριτικής απέναντι στον εαυτό τους, μια μεγαλύτερη αποδοχή του εαυτού, ένα αίσθημα συμπόνιας και αγάπης για τον εαυτό όπως επίσης και την εκτίμηση του εαυτού, τόσο με τα δυνατά όσο και με αδύνατα σημεία του. Σε άλλες έρευνες οι πελάτες έχουν αναφέρει ότι η αλλαγή της σχέσης με τον εαυτό τους περιλαμβάνει μεγαλύτερη άνεση με τον εαυτό και αίσθημα αυτοπεποίθησης (Clarke et al., 2004), μείωση των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών και αύξηση της αυτοφροντίδας (Edwards & Loeb, 2011), τη συμφιλίωση με τον εαυτό, με τους προηγούμενους τρόπους αντιμετώπισης των δυσκολιών και με το παρελθόν (Palmstierna & Werbart, 2013), όπως επίσης και ένα αίσθημα εσωτερικής γαλήνης (Murray, 2002).

Η αλλαγή στη σχέση με τον εαυτό, με την έννοια της αυξημένης αυτοπεποίθησης, της αποδοχής του εαυτού και της αυτοφροντίδας αναφέρεται επίσης και από πελάτες που έχουν αναζητήσει ψυχοθεραπεία για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που προκύπτουν από τραυματικές εμπειρίες όπως το πένθος και η απώλεια (Gallagher, Tracey, & Millar, 2005. Hill et al., 2000), η παιδική σεξουαλική κακοποίηση (Phillips & Daniluk, 2004), ή η μετατραυματική διαταραχή άγχους (Price, MacDonald, Adair, Koerner, & Monson, 2014).

Κατανόηση και ενόραση. Η αλλαγή στην αυτοεικόνα συνήθως ακολουθεί και σχετίζεται με μια άλλη σημαντική αλλαγή που αναφέρουν οι πελάτες, τη μεγαλύτερη κατανόηση του εαυτού και την ενόραση (Binder et al., 2010. Connolly & Strupp, 1996. Fava et al., 2000. Jinks, 1999. Klein & Elliott, 2006. Liliengren & Werbart, 2005. Palmstierna & Werbart, 2013. Von Below, Werbart, & Rehnberg, 2010). Για παράδειγμα, οι Liliengren και Werbart (2005) διερεύνησαν τους θεραπευτικούς ή

παρεμποδιστικούς παράγοντες της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας μέσα από την ανάλυση των εμπειριών 22 νέων ενήλικων ασθενών. Βρήκαν ότι οι η συζήτηση για τον εαυτό, η θεραπευτική σχέση καθώς και η διερεύνηση μαζί με τον θεραπευτή, αποτελούσαν θεραπευτικούς παράγοντες που οδηγούσαν σε νέες σχεσιακές εμπειρίες και στην επέκταση της αυτεπίγνωσης. Συγκεκριμένα, η επέκταση της αυτεπίγνωσης περιλάμβανε την εμπειρία του να «ξεκαθαρίζουν» σκέψεις, συναισθήματα ή εμπειρίες που προηγουμένως ήταν ασαφή, το να «ανακαλύπτουν μοτίβα» στην προσωπικότητα τους και την οικογενειακή τους ιστορία, το να μαθαίνουν «νέους τρόπους σκέψης» και τέλος, να αποκτούν μια νέα οπτική για τον εαυτό τους και τα προβλήματα τους. Επιπλέον, στην έρευνα των Palmstierna και Werbart (2013), η οποία διερεύνησε τις εμπειρίες 11 νέων ενηλίκων που είχαν ακολουθήσει ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως ένα σημαντικό αποτέλεσμα που είχαν επιτύχει ήταν ο στοχασμός και η απόκτηση ενόρασης. Η κατηγορία αυτή περιλάμβανε την ικανότητα αυτών των νέων να σκέφτονται σε βάθος τις δυσκολίες τους, τις αλλαγές τους αλλά και τους νέους τρόπους δράσης. Περιλάμβανε επίσης τη νέα ικανότητα των ασθενών να αντιλαμβάνονται τη ζωή με ένα περισσότερο διαφοροποιημένο και ρεαλιστικό τρόπο, και να εφαρμόζουν την ενόραση που είχαν αποκτήσει από την ψυχοθεραπεία στην καθημερινή τους ζωή.

Η αυξημένη κατανόηση και η ενόραση, έχει αναφερθεί επίσης και από άτομα που έχουν βιώσει απώλειες (Gallagher et al., 2005. Hill et al., 2000) ή άτομα που έχουν υποστεί διάφορες τραυματικές εμπειρίες (Kallivayalil, Levitan, Brown, & Harvey, 2013). Συγκεκριμένα, οι Kallivayalil et al. (2013), ανέλυσαν τις συνεντεύξεις ατόμων που είχαν βιώσει ποικίλες τραυματικές εμπειρίες και βρίσκονταν σε ένα προχωρημένο στάδιο στην ψυχοθεραπεία τους, με σκοπό να εντοπίσουν τα χαρακτηριστικά της ανάρρωσης από τα τραύματα αυτά. Η ανάλυση κατέληξε σε δύο σημαντικά θέματα: τη μεγαλύτερη συνοχή στην ιστορία και την ανάπτυξη παρατηρητικής/ στοχαστικής στάσης/ μεγαλύτερης αναλυτικής ποιότητας. Συγκεκριμένα, το δεύτερο θέμα αντανάκλυνε τη στοχαστική και παρατηρητική στάση που είχαν αναπτύξει απέναντι στην ιστορία τους οι συμμετέχοντες στην έρευνα, μέσα από την ψυχοθεραπεία. Αυτή η στάση τους επέτρεπε να μπορούν να περιγράψουν τις εμπειρίες και τις σχέσεις τους, αλλά και τη δική τους προηγούμενη συμπεριφορά, με μεγαλύτερη αναλυτική ικανότητα. Είχαν αναπτύξει την ικανότητα να εντοπίζουν μοτίβα στις οικογενειακές σχέσεις και να έχουν μια περισσότερο πολύπλευρη κατανόηση των άλλων και των δυναμικών που είχαν αναπτυχθεί στις

οικογένειες τους. Τέλος, οι συμμετέχοντες είχαν αποκτήσει την ικανότητα να παίρνουν απόσταση και να παρατηρούν τον εαυτό τους, τους άλλους και τα γεγονότα.

Αίσθημα δύναμης και ελέγχου. Μια άλλη σημαντική αλλαγή που αναφέρουν οι πελάτες από την ψυχοθεραπεία τους είναι μια αυξημένη αίσθηση δύναμης και ελέγχου (Elliott & James, 1989. Jinks, 1999. Murray, 2002. Olivera et al. 2013. Palmstierna & Werbart, 2013). Στην έρευνα των Olivera et al. (2013) με 17 πελάτες που είχαν ολοκληρώσει ψυχοθεραπεία από δύο εβδομάδες έως έξι χρόνια πριν από την έρευνα, πολλοί συμμετέχοντες ανέφεραν πως μετά τη θεραπεία τους αισθάνονταν ότι είναι περισσότερο αυτόνομοι και ανεξάρτητοι, και ότι ενισχύθηκε η ικανότητα τους να αντιμετωπίζουν προβληματικές καταστάσεις. Σε άλλες έρευνες, οι πελάτες αναφέρουν ότι μετά την ψυχοθεραπεία αποκτούν αίσθηση δύναμης και αυτοπροσδιορισμού (Murray, 2002), όπως επίσης ότι αισθάνονται πως έχουν τον έλεγχο των καταστάσεων, πως μπορούν να πάρουν αποφάσεις και πως έχουν την ικανότητα να διαχειριστούν τις δυσκολίες τους (Jinks, 1999). Στην έρευνα των Palmstierna και Werbart (2013) που αναφέρθηκε παραπάνω, οι νέοι ενήλικες που είχαν ακολουθήσει ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία ανέφεραν ότι η θεραπεία τους είχε βοηθήσει να διαχειριστούν δυσκολίες στην εργασία ή στις προσωπικές τους σχέσεις, ενώ είχαν επίσης αποκτήσει μεγαλύτερη πεποίθηση στην ικανότητα τους να διαχειριστούν μελλοντικές δυσκολίες.

Η αίσθηση δύναμης και ελέγχου είναι ιδιαίτερα σημαντική στο πλαίσιο του πένθους και του τραύματος και πράγματι είναι μια σημαντική αλλαγή που αναφέρεται με διαφορετικούς τρόπους από τους πελάτες. Για παράδειγμα, οι Hill et al. (2000) διερεύνησαν την εμπειρία 14 ατόμων που ακολούθησαν μια σύντομη δομημένη θεραπεία επειδή είχαν υποστεί πρόσφατη απώλεια και βίωναν σημαντική ψυχολογική δυσφορία. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι μετά τη θεραπεία αισθάνονταν ότι ήταν ικανότεροι να αντιμετωπίσουν την απώλεια και είχαν μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου. Μια άλλη διάσταση είναι η ικανότητα ελέγχου του τραυματικού περιεχομένου των εμπειριών. Στην έρευνα των Kallivayalil et al. (2013) που αναφέρθηκε παραπάνω, για παράδειγμα, οι συμμετέχοντες μετά από οκτώ μήνες θεραπείας μπορούσαν να αφηγούνται τις τραυματικές εμπειρίες συνοπτικά, με λιγότερες τραυματικές λεπτομέρειες, καλύτερη ικανότητα ανάκλησης και μεγαλύτερη συνοχή, δείχνοντας ότι είχαν αποκτήσει έλεγχο πάνω στις τραυματικές αναμνήσεις τους.

Αλλαγή στα συμπτώματα. Η αλλαγή των συμπτωμάτων, παρόλο που τις περισσότερες φορές σύμφωνα με τους πελάτες δεν αποτελεί το κυρίαρχο αποτέλεσμα

της θεραπείας, αναφέρεται συχνά από αυτούς (Elliott & James, 1989. Fava et al., 2000. Olivera et al. 2013). Η μείωση των συμπτωμάτων αφορά κυρίως στα συναισθήματα ή διάφορα σωματικά συμπτώματα και ενοχλήσεις (Binder et al., 2010. Carey et al., 2007). Για παράδειγμα, οι Binder et al. (2010), στην έρευνα τους σχετικά με το τι σημαίνει καλό αποτέλεσμα για 10 πελάτες που είχαν ολοκληρώσει επιτυχημένα την ψυχοθεραπεία τους, στην κατηγορία «μείωση συμπτωμάτων» ομαδοποίησαν τις αλλαγές στη συναισθηματική εμπειρία και σε μοτίβα συμπεριφοράς που προκαλούσαν δυσφορία. Οι αλλαγές στη συναισθηματική εμπειρία περιλάμβαναν αφενός λιγότερα αρνητικά και περισσότερα θετικά συναισθήματα, και αφετέρου μια αυξημένη ικανότητα να διαχειρίζονται αποτελεσματικότερα τα δύσκολα συναισθήματα όταν αυτά εμφανίζονταν.

Η μείωση των αρνητικών συναισθημάτων και η αύξηση των θετικών είναι μια αλλαγή που περιγράφεται σε πολλές έρευνες αλλά δεν αναφέρεται πάντα ρητά ως μείωση συμπτωμάτων (Klein & Elliott, 2006. Murray, 2002. Von Below et al., 2010). Για παράδειγμα οι Carey et al. (2007) εντόπισαν στην έρευνα τους με 27 ασθενείς στο τέλος της θεραπείας του, ότι η αλλαγή για τους συμμετέχοντες συνέβη σε τρεις τομείς: στα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις πράξεις. Η αλλαγή στα συναισθήματα που ανέφεραν οι συμμετέχοντες περιλάμβανε τη διακοπή συμπτωμάτων όπως οι πονοκέφαλοι, οι κρίσεις πανικού, η κατάθλιψη, οι ενοχές, ο θυμός, και η επιθετικότητα. Από την άλλη πλευρά, στη συναισθηματική αλλαγή περιλαμβανόταν επίσης η αύξηση θετικών συναισθημάτων όπως η ανοχή, η χαλάρωση, η ηρεμία, και η χαρά. Οι Von Below et al. (2010), στην έρευνα τους με 17 νέους ενήλικες που είχαν αναζητήσει ψυχοθεραπεία για να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη, ταξινόμησαν τη μείωση των συμπτωμάτων στην κατηγορία «νιώθοντας καλύτερα». Η κατηγορία αυτή περιλάμβανε τις αναφορές των πελατών για τη μείωση της συχνότητας, της έντασης ή της διάρκειας συμπτωμάτων όπως οι έμμονες σκέψεις, το αίσθημα απόγνωσης, η απουσία νοήματος, οι αμφιβολίες, η αβεβαιότητα και το άγχος. Επιπλέον, σε αυτή την κατηγορία εντάχθηκαν θετικές αλλαγές όπως η αυξημένη χαρά της ζωής, η περίσκεψη και η σταθερότητα, ο καλύτερος ύπνος καθώς και η μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις δραστηριότητες. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως μετά την ψυχοθεραπεία δεν αισθάνονταν πλέον καταθλιμμένοι.

Η μείωση των συμπτωμάτων και των αρνητικών συναισθημάτων, όπως και η καλύτερη διαχείριση τους, είναι αλλαγές που έχουν αναφερθεί και από άτομα που έχουν βιώσει απώλειες (Hill et al., 2000), καθώς και ασθένειες όπως ο καρκίνος

(Omylinska-Thurston & Cooper, 2014). Για παράδειγμα, στην έρευνα των Hill et al., 2000, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι μετά την παρέμβαση μπορούσαν να εντοπίσουν και να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους, ενώ για κάποιους είχαν μειωθεί τα συναισθήματα άγχους και κατάθλιψης. Επίσης, οι Omylinska-Thurston και Cooper (2014), οι οποίοι διερεύνησαν τις βοηθητικές πλευρές της ψυχοθεραπείας για οχτώ ασθενείς που έπασχαν από πρωτογενείς καρκίνους, βρήκαν ότι ένα από τα σημαντικά αποτελέσματα ήταν η μείωση της δυσφορίας. Οι ασθενείς ανέφεραν ότι μετά τη θεραπεία μπορούσαν να διαχειριστούν καλύτερα τις στενάχωρες σκέψεις, να εντοπίζουν και να διαχειρίζονται συναισθήματα όπως ο θυμός ή το άγχος, να μην ανησυχούν για ασήμαντα πράγματα, ή να καθησυχάζουν τους εαυτούς τους.

Μια άλλη αλλαγή σε σχέση με τα συναισθήματα αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες στην έρευνα των Price et al. (2014), οι οποίοι είχαν κάνει θεραπεία γνωστικής επεξεργασίας για να αντιμετωπίσουν τη μετατραυματική διαταραχή άγχους. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι μετά από την παρέμβαση είχαν μειωθεί οι ενοχές, ενώ μπορούσαν να βιώνουν και να εκφράζουν συχνότερα τόσο αρνητικά όσο και θετικά συναισθήματα.

Αλλαγές στον τρόπο σκέψης και την οπτική. Εκτός από τις αλλαγές στα συναισθήματα, οι πελάτες αναφέρουν επίσης συχνά αλλαγές στον τρόπο σκέψης και στην οπτική τους (Carey et al., 2007. Liliengren & Werbart, 2005. Olivera et al., 2013. Von Below et al., 2010). Για παράδειγμα, στην έρευνα των Von Below et al. (2010), οι νέοι ενήλικες που είχαν αναζητήσει ψυχοθεραπεία για να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη, ανέφεραν ότι μετά τη θεραπεία έβλεπαν τη ζωή διαφορετικά, με αποτέλεσμα να ενεργούν και διαφορετικά. Οι νέοι αυτοί είχαν αποκτήσει μια νέα, περισσότερο ανάλαφρη στάση απέναντι στη ζωή. Μπορούσαν να αντιλαμβάνονται τα προβλήματα τους διαφορετικά, να μην τα γυροφέρνουν συνέχεια στο μυαλό τους, ακόμη και να γελούν με αυτά. Μπορούσαν επίσης να ζουν περισσότερο στο παρόν, να εστιάζουν στις θετικές όψεις της ζωής και να βιώνουν εμπιστοσύνη για το τι θα φέρει το μέλλον. Μια άλλη σημαντική διάσταση της αλλαγής στάσης που ανέφεραν οι συμμετέχοντες ήταν η μεγαλύτερη αποδοχή τόσο για τον εαυτό τους όσο και για τους άλλους.

Στο πλαίσιο της απώλειας, της ασθένειας και των τραυματικών εμπειριών, η αλλαγή της οπτικής επίσης αναφέρεται συχνά από τους πελάτες. Για παράδειγμα, οι συμμετέχοντες στην έρευνα των Price et al. (2014), η οποία αναφέρθηκε παραπάνω, ανέφεραν πως ενώ πριν από τη θεραπεία γνωστικής επεξεργασίας οι τραυματικές

εμπειρίες είχαν επηρεάσει τη στάση τους αρνητικά, μετά τη θεραπεία δήλωναν ότι είχε αλλάξει η οπτική τους και ότι βίωναν περισσότερα θετικά συναισθήματα και μεγαλύτερο ευ ζην. Οι Vega et al. (2012) αναζήτησαν τις διαφορές στον τρόπο βίωσης της ασθένειας και της θεραπείας για 28 καταθλιπτικούς ογκολογικούς ασθενείς που είχαν λάβει είτε ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή ή μόνο αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή. Η ποιοτική ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι οι ασθενείς που είχαν ακολουθήσει τον συνδυασμό ψυχοθεραπείας και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, σε αντίθεση με την ομάδα που είχε πάρει μόνο αντικαταθλιπτικά, μπορούσαν να αντιμετωπίσουν την εμπειρία του καρκίνου και να την ενσωματώσουν στη ζωή τους. Η στάση τους απέναντι στην ασθένεια ήταν διαφορετική, καθώς είχαν βρει νόημα σε αυτήν. Την αντιμετώπιζαν ως μια μεταμορφωτική εμπειρία η οποία είχε αλλάξει τις προτεραιότητές τους. Οι ασθενείς αυτοί μπορούσαν να συνδέσουν τις εμπειρίες συναισθηματικής και σωματικής δυσφορίας, και να αποδεχτούν τόσο την παρούσα κατάσταση όσο και τις αλλαγές που είχε προκαλέσει στη ζωή τους. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να χρησιμοποιούν ενεργητικούς τρόπους αντιμετώπισης και να παίρνουν περισσότερο ενεργό ρόλο στη θεραπεία τους.

Αλλαγές στη συμπεριφορά και στον τρόπο δράσης. Η αλλαγή στα συναισθήματα και στις σκέψεις πολλές φορές οδηγεί ή συνοδεύεται από αλλαγές στη συμπεριφορά και στον τρόπο δράσης (Binder et al, 2010. Carey et al., 2007. Edwards & Loeb, 2011. Jinks, 1999. Klein & Elliott, 2006. Olivera et al., 2013. Palmstierna & Werbart, 2013. Von Below et al., 2010). Για παράδειγμα, στην έρευνα των Edwards και Loeb (2011), οι οποίοι διερεύνησαν τις εμπειρίες χρηστών ουσιών χαμηλού εισοδήματος, οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως μέσα από τη συμβουλευτική είχαν αποκτήσει μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Αυτό οφειλόταν σε μεγάλο βαθμό στο ότι είχαν αρχίσει να αναλαμβάνουν δράση. Για παράδειγμα, δεν άφηναν ευκαιρίες να πάνε χαμένες, έπαιρναν αποφάσεις, ασκούσαν και έβαζαν δομή στη ζωή τους. Μια σημαντική αλλαγή αφορούσε ιδιαίτερα στη σχέση τους με τις ουσίες, καθώς αρκετοί συμμετέχοντες ανέφεραν πως είχαν σταματήσει ή μειώσει τη χρήση ή είχαν αρχίσει να αναλαμβάνουν την ευθύνη για τη χρήση. Σε άλλες έρευνες οι πελάτες δηλώνουν ότι μετά τη θεραπεία δεν αποφεύγουν πλέον τις δύσκολες καταστάσεις αλλά τις αντιμετωπίζουν, αλλάζοντας για παράδειγμα τη συμπεριφορά τους στις διαπροσωπικές τους σχέσεις (Binder et al., 2010. Carey et al., 2007). Για παράδειγμα, στην έρευνα του Jinks (1999), ο οποίος διερεύνησε την εμπειρία τεσσάρων πελατών

από τη μακροχρόνια συμβουλευτική στην οποία συμμετείχαν, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι είχαν αποκτήσει το κουράγιο να αντιμετωπίζουν τους άλλους και να ζητούν αυτό που θέλουν. Επίσης ανέφεραν πως μετά την ψυχοθεραπεία δεν αφήνονταν να κατακλυστούν από τα συναισθήματα αλλά αναλάμβαναν δράση, ενώ βασίζονταν περισσότερο στον εαυτό τους και τον φρόντιζαν περισσότερο. Ο ερευνητής κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι συμμετέχοντες είχαν αποκτήσει έναν «περισσότερο ευρηματικό, εμπρόθετο και διεκδικητικό τρόπο ύπαρξης» (Jinks, 1999, σ. 65-66). Τέλος, μια άλλη αλλαγή που αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες στην έρευνα των Palmstierna και Werbart (2013), ήταν ότι η θεραπεία τους είχε βοηθήσει να αντιμετωπίζουν τις εντάσεις, τόσο στη δουλειά ή την εκπαίδευση όσο και στις στενές σχέσεις, και ότι αισθάνονταν ότι μπορούσαν να διαχειρίζονται τις δυσκολίες τους με νέους και καλύτερους τρόπους.

Διαπροσωπικές αλλαγές. Η αλλαγή στον τρόπο που σχετίζεται κανείς και στις σχέσεις του με τους άλλους, είναι μια αλλαγή που επίσης αναφέρεται συχνά από τους πελάτες (Binder et al., 2010. Edwards & Loeb, 2011. Elliott & James, 1989. Klein & Elliott, 2006. Liliengren & Werbart, 2005. Murray, 2002. Olivera et al., 2013). Για παράδειγμα, όπως είδαμε παραπάνω, η δημιουργία καλύτερων σχέσεων με τους άλλους ήταν μια από τις τέσσερις βασικές αλλαγές που ανέφεραν οι συμμετέχοντες στην έρευνα των Binder et al. (2010), σχετικά με το τι θεωρούν καλό αποτέλεσμα από την ψυχοθεραπεία. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι είχαν αποκτήσει μεγαλύτερο αίσθημα ασφάλειας στις αλληλεπιδράσεις τους με τους άλλους, ενώ ήταν περισσότερο επιλεκτικοί σε σχέση με τους φίλους ή τους συντρόφους τους. Ορισμένοι συμμετέχοντες δήλωσαν πως είχαν απομακρυνθεί από ανθρώπους με τους οποίους δεν είχαν ικανοποιητικές σχέσεις, ενώ άλλες σχέσεις είχαν γίνει βαθύτερες και οι ίδιοι ήταν αυθεντικότεροι σε αυτές. Άλλες αλλαγές που αναφέρθηκαν ήταν η αυξημένη αυτοπεποίθηση, η διεκδικητικότητα, η ευαισθησία και η ενσυναίσθηση προς τους άλλους. Στην έρευνα του Murray (2002), ο οποίος διερεύνησε το φαινόμενο της αλλαγής στην εμπειρία του εαυτού για επτά άτομα που είχαν κάνει ψυχοθεραπεία, η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι η υπέρβαση της εμπειρίας του εαυτού για τους συμμετέχοντες οδηγούσε σε μια σειρά από παράπλευρες αλλαγές που περιλάμβαναν την αυξημένη ικανότητα να σχετίζονται με τους άλλους. Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες ανέφεραν περισσότερο στενές και ικανοποιητικές σχέσεις με τους άλλους, στις οποίες σχετίζονταν αυθεντικότερα και γνησιότερα, ενώ είχαν ρεαλιστικότερες προσδοκίες από τους άλλους. Για τους χρήστες ουσιών χαμηλού

εισοδήματος που συμμετείχαν στην έρευνα των Edwards και Loeb (2011), η αλλαγή σε σχέση με τους άλλους αφορούσε στην αλλαγή της συμπεριφοράς τους και των διαπροσωπικών τους δεξιοτήτων. Οι αλλαγές αυτές περιλάμβαναν τη μείωση της επιθετικότητας και τον μεγαλύτερο σεβασμό προς τους άλλους, όπως επίσης και την ικανότητα να ζητούν βοήθεια.

Στο πλαίσιο του τραύματος και της αντιξοότητας, οι Tummala-Narra, Kallivayalil, Singer, και Andreini (2012), διερεύνησαν τις σχεσιακές εμπειρίες ατόμων που είχαν βιώσει ποικίλες τραυματικές εμπειρίες και βρίσκονταν σε ψυχοθεραπεία. Η ανάλυση των αφηγήσεων των συμμετεχόντων έδειξε ότι γενικά οι συμμετέχοντες ανέφεραν θετικές αλλαγές στις σχέσεις τους οι οποίες αναφέρονταν σε τρεις τομείς: (1) την επανεξέταση ζητημάτων ασφάλειας, (2) τη δημιουργία νέων τρόπων να σχετίζονται και (3) την αλλαγή της αίσθησης του εαυτού. Συγκεκριμένα, η δημιουργία νέων τρόπων να σχετίζονται με τους άλλους αφορούσε σε αλλαγές όπως η μεγαλύτερη ικανότητα ελέγχου των αρνητικών συναισθημάτων στις σχέσεις και καλύτερη επικοινωνία. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν επίσης ότι είχαν αποκτήσει την ικανότητα να βάζουν υγιέστερα όρια, παίρνοντας για παράδειγμα απόσταση από κακές σχέσεις, ή ακούγοντας περισσότερο τις δικές τους ανάγκες. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι είχαν ανάγκη για θετικότερες σχέσεις με την οικογένεια και τους σημαντικούς άλλους, για μεγαλύτερη αμοιβαιότητα και εμπιστοσύνη, για μείωση της απομόνωσης και για το άνοιγμα σε υγιείς σχέσεις.

Βοηθητικές πλευρές της ψυχοθεραπείας από την οπτική του πελάτη. Το ερώτημα του ποιοι είναι οι παράγοντες ή οι διαδικασίες που οδηγούν στην ψυχοθεραπευτική αλλαγή, είναι ένα ερώτημα που επιχειρούν να απαντήσουν οι έρευνες της διαδικασίας της αλλαγής (change process research – CPR) (Elliott, 2010). Ενώ η έρευνα της διαδικασίας της αλλαγής αποτελείται από διάφορα είδη έρευνας, ένα από τα συχνότερα και δημοφιλέστερα είδη τα τελευταία χρόνια είναι ο ποιοτικός ερευνητικός σχεδιασμός των βοηθητικών παραγόντων. Στο ερευνητικό αυτό πρωτόκολλο οι πελάτες καλούνται να απαντήσουν τι βρήκαν βοηθητικό, χρήσιμο, ή σημαντικό στη θεραπεία τους ή που αποδίδουν τις αλλαγές που συνέβησαν στην ψυχοθεραπεία τους, είτε συνολικά ή μετά από μια συγκεκριμένη συνεδρία (Elliott, 2010). Υπάρχουν πλέον αρκετές έρευνες που εξετάζουν την οπτική του πελάτη σχετικά με τις βοηθητικές διαδικασίες της θεραπείας, οι οποίες έχουν δείξει πως οι πελάτες αναφέρονται κυρίως στους κοινούς θεραπευτικούς παράγοντες ως περισσότερο βοηθητικούς. Η παλαιότερη ανασκόπηση των Elliott και James (1989),

που προαναφέρθηκε, επικεντρώθηκε στους βοηθητικούς παράγοντες που αναφέρονταν συχνότερα στις 13 έρευνες βοηθητικών πλευρών της θεραπείας που περιλήφθηκαν. Οι συγγραφείς χώρισαν τους βοηθητικούς παράγοντες που αναφέρονταν συχνότερα σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τις πλευρές επίλυσης έργου/ προβλήματος και τις σχεσιακές/ συναισθηματικές πλευρές. Οι σχεσιακές/ συναισθηματικές πλευρές που ανέφεραν οι πελάτες στις έρευνες αυτές αφορούσαν στα διευκολυντικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή, στην ανακούφιση του πελάτη, στη θεραπευτική σχέση και στην απόκτηση ελπίδας. Οι πλευρές επίλυσης έργου/ προβλήματος περιλάμβαναν πέντε υποκατηγορίες, με σημαντικότερες την κατανόηση του εαυτού και την ενθάρρυνση του θεραπευτή για σταδιακή πρακτική.

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν οι σημαντικότεροι παράγοντες και διαδικασίες που οι ίδιοι οι πελάτες αναφέρουν ότι ήταν βοηθητικοί στην ψυχοθεραπεία τους και συντέλεσαν στις αλλαγές.

Η θεραπευτική σχέση. Η σχέση με τον θεραπευτή αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους βοηθητικούς παράγοντες που αναφέρουν οι πελάτες (Carey et al., 2007. Edwards & Loeb, 2011. Elliott & James, 1989. Jinks, 1999. Levitt et al., 2006. Liliengren & Werbart, 2005). Η θεραπευτική σχέση αναδείχθηκε, για παράδειγμα, ως η εκτενέστερη κατηγορία στην έρευνα των Levitt et al. (2006), οι οποίοι διερεύνησαν τις απόψεις 26 ατόμων που είχαν ολοκληρώσει την ψυχοθεραπεία τους σχετικά με τους παράγοντες που βρήκαν βοηθητικούς. Η κατηγορία αυτή περιλάμβανε τις σκέψεις των συμμετεχόντων ως προς το νόημα, την ποιότητα και τη δομή της θεραπευτικής σχέσης καθώς και τα συναισθήματα για τον θεραπευτή τους. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η σχέση τους με τον θεραπευτή ήταν βασικό κομμάτι της θεραπείας τους και ότι η κατανόηση, η αμεροληψία και η αξιοπιστία ήταν βασικά χαρακτηριστικά της που τη διαφοροποιούσαν από τις υπόλοιπες σχέσεις στη ζωή τους. Η εμπιστοσύνη και η ασφάλεια αποτελούσαν επίσης βασικά χαρακτηριστικά της σχέσης αυτής. Η εμπιστοσύνη αναπτυσσόταν ιδιαίτερα όταν βίωναν τη φροντίδα, την πίστη του θεραπευτή και τον σεβασμό για τον προσωπικό τους ρυθμό. Η σαφής δομή και η συνέπεια του θεραπευτικού πλαισίου, με τα θεραπευτικά όρια, την εχεμύθεια, και την τακτικότητα των συνεδριών ήταν αυτό που συντελούσε στο αίσθημα ασφάλειας.

Μια άλλη διάσταση της θεραπευτικής σχέσης αναδείχθηκε στην έρευνα των Rayner, Thompson, και Walsh (2011), οι οποίοι διερεύνησαν την εμπειρία 15 ατόμων που είχαν λάβει γνωστική αναλυτική θεραπεία. Το κεντρικό εννοιολογικό πλαίσιο

που προέκυψε από την ανάλυση ήταν η διαδικασία του «κάνοντας μαζί» με τον θεραπευτή. Το πλαίσιο αυτό αντανakλούσε την ισχυρή αίσθηση του εργασιακού δεσμού ανάμεσα στον πελάτη και τον θεραπευτή. Οι συμμετέχοντες αισθάνονταν ότι εργάζονταν ενεργητικά μαζί με τον θεραπευτή τους, ο οποίος τους παρείχε υποστήριξη, και έδιναν έμφαση σε ποιότητες της θεραπευτικής σχέσης όπως το αίσθημα ότι ήταν πολύτιμοι, η ασφάλεια και η εμπιστοσύνη προς τον θεραπευτή, το αίσθημα ελευθερίας να εξερευνήσουν τις σκέψεις τους και η άδεια να εκφράσουν συναισθήματα. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν επίσης ότι χρησιμοποιούσαν αυτή τη σχέση ως μοντέλο για τις υπόλοιπες σχέσεις.

«Μια ασφαλής σχέση που προάγει την ανάπτυξη», ήταν επίσης η κεντρική κατηγορία που αναδείχθηκε στην έρευνα των Palmstierna και Werbart (2013) με 11 νεαρούς ενήλικες που είχαν ολοκληρώσει επιτυχημένα ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία. Και σε αυτή την έρευνα οι συμμετέχοντες ανέδειξαν τη σημαντικότητα μιας καλής σχέσης με τον θεραπευτή. Οι συμμετέχοντες αισθάνονταν ότι ταίριαζαν με τον θεραπευτή τους και βίωναν τρυφερά συναισθήματα για αυτόν. Επίσης, στην έρευνα αναδείχθηκε ο ρόλος που έπαιζε για το αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης αφενός η σταθερότητα και η συνέχεια του θεραπευτικού πλαισίου, και αφετέρου, η στάση του θεραπευτή που διακρινόταν από ενδιαφέρον, κατανόηση, φροντίδα αλλά και επαγγελματισμό. Άλλα στοιχεία της θεραπευτικής σχέσης που έχουν προκύψει από τις συνεντεύξεις πελατών είναι η διάρκεια της σχέσης με τον θεραπευτή (Binder, Holgersen, & Nielsen, 2009), η «προσωπική επαφή» (Timulak, 2007), η αίσθηση δηλαδή ότι ο θεραπευτής είναι ένα πραγματικό πρόσωπο όχι ένας απόμακρος γιατρός, όπως επίσης και η διορθωτική συναισθηματική εμπειρία που παρέχει ο θεραπευτής μέσα από τη θεραπευτική σχέση (Murray, 2002).

Η θεραπευτική σχέση είναι ιδιαίτερα σημαντική στις περιπτώσεις όπου ο πελάτης έχει βιώσει κάποια τραυματική εμπειρία, όπως είναι για παράδειγμα το πένθος (Cutcliffe, 2004. Diamond, Llewelyn, Relf & Bruce, 2012), η παιδική σεξουαλική κακοποίηση (Draucker & Petrovic, 1997), και οι σωματικές ασθένειες (MacCormack et al., 2001. McLeod, 2012. Omylinska-Thurston & Cooper, 2014). Στην έρευνα των MacCormack et al. (2001) με 14 άτομα που έπασχαν από μεταστατικό καρκίνο και είχαν ακολουθήσει δύο διαφορετικές μορφές ατομικής ψυχοθεραπείας (γνωστική συμπεριφορική θεραπεία ή θεραπεία χαλάρωσης), οι ερευνητές εντόπισαν ότι το βοηθητικότερο στοιχείο της θεραπείας για τους συμμετέχοντες ήταν η θεραπευτική σχέση. Στη σχέση αυτή αισθάνονταν ελεύθεροι

να εκφράσουν συναισθήματα και σκέψεις, κυρίως επειδή ο θεραπευτής δεν ανήκε στον κύκλο της οικογένειας και των φίλων. Ο τρόπος ύπαρξης του θεραπευτή ήταν για τα άτομα αυτά σημαντικότερος από τις ενέργειες του, και τους παρείχε έναν ασφαλή χώρο να διερευνήσουν την εμπειρία του καρκίνου.

Χαρακτηριστικά του θεραπευτή. Ένα από τα στοιχεία που διευκολύνουν τη δημιουργία της θεραπευτικής σχέσης είναι η στάση του θεραπευτή. Στις περισσότερες έρευνες οι πελάτες εστιάζουν σε μια σειρά από ιδιότητες της στάσης του θεραπευτή που περιλαμβάνουν την αποδοχή, την προσεκτική ακρόαση και την κατανόηση του. Στην έρευνα των Liliengren και Werbart (2005), οι συμμετέχοντες θεώρησαν σημαντική την ικανότητα του θεραπευτή να δημιουργεί μια «ειδική συναισθηματική ατμόσφαιρα», η οποία χαρακτηριζόταν από αποδοχή, σεβασμό, και υποστήριξη. Οι συμμετέχοντες αισθάνονταν ότι ο θεραπευτής τους έβλεπε και τους άκουγε, τους έπαιρνε στα σοβαρά και τους επέτρεπε να εκφράζουν τα συναισθήματά τους. Επίσης, στην έρευνα των Palmstierna και Werbart (2013) που προαναφέρθηκε, οι συμμετέχοντες ανέδειξαν την κατανόηση του θεραπευτή, την ανταπόκριση του στις ανάγκες του πελάτη, αλλά και την ουδετερότητα και τη μη αποκάλυψη της γνώμης του, ως βασικά στοιχεία που εκτιμούσαν στον τρόπο δουλειάς του θεραπευτή. Παράλληλα, εκτιμούσαν και την ενεργητικότερη προσπάθεια του θεραπευτή να τους βοηθήσει να ανοιχτούν και να καταλάβουν τον εαυτό τους, να αναγνωρίσουν τη δική τους γνώμη και να δουν τα πράγματα με διαφορετικό τρόπο. Μια άλλη ιδιότητα που εντοπίζεται από τους πελάτες είναι η ενσυναίσθηση και η ικανότητα προσεκτικής ακρόασης. Η ικανότητα αυτή, μαζί με την ικανότητα του θεραπευτή να προσαρμόζει τις παρεμβάσεις του στις ανάγκες του πελάτη, αναδείχθηκαν ως βασικά στοιχεία που ενέπνεαν εμπιστοσύνη στους συμμετέχοντες στην έρευνα των Göstas, Wiberg, Neander, και Kjellin (2012). Επιπλέον, οι ικανότητες αυτές θεωρούνταν σημαντικές τόσο από τους συμμετέχοντες που είχαν κάνει ψυχοδυναμική όσο και από εκείνους που είχαν κάνει γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Άλλα διευκολυντικά χαρακτηριστικά της στάσης του θεραπευτή που έχουν αναφερθεί από τους πελάτες είναι η φροντίδα, η ειλικρίνεια, η γνησιότητα και η προσοχή (Levitt et al., 2006).

Εκτός από τη στάση του θεραπευτή, βοηθητικά έχουν βρεθεί επίσης συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του καθώς και ο επαγγελματισμός του (Gallegos, 2005. Göstas et al., 2012). Για παράδειγμα οι Binder et al. (2009) βρήκαν ότι τα βασικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή που ήταν σημαντικά για τους συμμετέχοντες στην έρευνα τους ήταν η σοφία, η ζεστασιά, και η

ικανότητα του. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες περιέγραφαν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του θεραπευτή μέσα στο πλαίσιο του επαγγελματικού του ρόλου, καθώς θεωρούσαν βασικό να έχει ο θεραπευτής επαγγελματική στάση και να δείχνει ικανότητα στη χρήση συγκεκριμένων μεθόδων και τεχνικών. Και στην έρευνα των Göstas et al. (2012), τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του θεραπευτή εκτιμούνταν στο πλαίσιο του επαγγελματικού του ρόλου, ενώ οι γνώσεις και οι ικανότητες θεωρούνταν ιδιαίτερα σημαντικές και δημιουργούσαν αίσθημα εμπιστοσύνης.

Σε ορισμένες έρευνες οι πελάτες αναφέρονται συγκεκριμένα στις παρεμβάσεις, τις τεχνικές και τις μεθόδους που χρησιμοποιεί ο θεραπευτής (Carey et al. 2007. Levitt et al., 2006. Manthei, 2007. Murray, 2002. Olivera et al., 2013. Paulson, Truscott, & Stuart, 1999). Για παράδειγμα, στην έρευνα των Levitt et al. (2006) οι συμμετέχοντες ανέφεραν μια σειρά από διαφορετικές θεραπευτικές παρεμβάσεις που ήταν βοηθητικές. Γενικές παρεμβάσεις όπως οι ερωτήσεις, η παράφραση, η αντανάκλαση, ο εντοπισμός μοτίβων, η εκπαίδευση στην κατανόηση του εαυτού, η παροχή νέας οπτικής, ή η διερεύνηση του νοήματος που έχουν οι εμπειρίες για τον πελάτη, βοηθούσαν τους πελάτες να εξετάσουν τα συναισθηματικά, γνωστικά, σχεσιακά και εκφραστικά τους μοτίβα, και να αποκτήσουν ενόραση και κατανόηση για τον εαυτό τους. Εκτός από τις γενικές αυτές παρεμβάσεις, που δε συνδέονται με κάποια συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση, οι συμμετέχοντες ανέφεραν και συγκεκριμένες τεχνικές όπως οι εργασίες για το σπίτι, οι καλλιτεχνικές ή γραπτές εργασίες, το παίξιμο ρόλων, η ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας ή τα ψυχολογικά τεστ, οι οποίες τους βοηθούσαν να εκφραστούν και να αποκτήσουν νέες ενοράσεις. Στην έρευνα των Carey et al. (2007), οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως οι συγκεκριμένες στρατηγικές που χρησιμοποιούσε ο θεραπευτής, όπως οι τεχνικές χαλάρωσης, τα ημερολόγια, ή οι εργασίες για το σπίτι, τους βοηθούσαν να αισθανθούν ότι αποκτούν τον έλεγχο στην κατάσταση τους. Στην έρευνα του Manthei (2007), ο οποίος αξιολόγησε τις εμπειρίες 20 πελατών από τη συμβουλευτική που είχαν λάβει, οι συμμετέχοντες βρήκαν βοηθητικές τις εξηγήσεις ή τις ερμηνείες, οι οποίες τους έδειχναν έναν διαφορετικό τρόπο να αντιλαμβάνονται την κατάσταση τους, όπως επίσης και το ότι ο θεραπευτής τους αντιμετώπιζε ως ικανούς και έξυπνους. Τέλος, η «εκπαίδευση στην ενδοσκόπηση» από τον θεραπευτή ήταν μια βασική διαδικασία που βοηθούσε τους συμμετέχοντες στην έρευνα του Murray (2002) να υπερβούν τους παλιούς τρόπους με τους οποίους έβλεπαν και

αντιμετώπιζαν τους εαυτούς τους και να έρθουν σε επαφή με τον πραγματικό τους εαυτό. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως οι θεραπευτές τους, τους μάθαιναν να επικεντρώνονται στον εσωτερικό τους κόσμο, να εξετάζουν τον εαυτό και τη ζωή τους και να αναγνωρίζουν τα συναισθήματα τους.

Στο πλαίσιο της αντιξοότητας και του τραύματος, υπάρχουν διάφορες βοηθητικές πλευρές τόσο της προσωπικότητας του θεραπευτή, όσο και της στάσης και των παρεμβάσεων του που αναγνωρίζονται από τους πελάτες. Στην έρευνα των MacCormack et al. (2001) με ασθενείς που έπασχαν από μεταστατικό καρκίνο, οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν την προσωπικότητα και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή ως βασικό στοιχείο της θεραπείας τους. Θεωρούσαν ότι ήταν σημαντικό να σχετιστεί ο θεραπευτής μαζί τους σε προσωπικό επίπεδο, χωρίς ταυτόχρονα να χάσει τον επαγγελματισμό ή τον ρόλο του. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν χαρακτηριστικά όπως η ζεστασιά, η εντιμότητα, η γνησιότητα, η υπομονή, η θετικότητα, καθώς επίσης και η ικανότητα να δείχνει ταυτόχρονα συμπόνια και ενδιαφέρον, αλλά και συναισθηματική δύναμη. Στην έρευνα των Omylinska-Thurston και Cooper (2014) οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως ήταν σημαντικό να αισθάνονται ότι είναι εύκολο να προσεγγίσουν και να μιλήσουν στον θεραπευτή, και ότι ο θεραπευτής έχει την ικανότητα να χτίσει μια θεραπευτική συμμαχία. Η μη κριτική του στάση τους βοηθούσε να ανοιχτούν, ενώ ήταν σημαντικό, όπως και στην έρευνα των MacCormack et al. (2001), να αισθάνονται ότι σχετίζονται μαζί του ως πρόσωπα και όχι ως ένα περιστατικό καρκίνου. Βασικές θεραπευτικές δεξιότητες του θεραπευτή που έβρισκαν ιδιαίτερα βοηθητικές ήταν η ενθάρρυνση και η καθυσύχαση. Άλλες βοηθητικές ενέργειες ήταν η ακρόαση, οι ερωτήσεις, η αντανάκλαση και η παρατήρηση. Μια σημαντική διάσταση ήταν η γνώση που είχε ο θεραπευτής για διάφορα ζητήματα που σχετίζονταν με τον καρκίνο, όπως για παράδειγμα ιατρικές πληροφορίες ή τις συναισθηματικές διαδικασίες της προσαρμογής μετά από τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου. Αυτό βοηθούσε τους συμμετέχοντες να αισθάνονται ότι αυτά που βιώνουν και περνούν είναι μέρος αυτής της διαδικασίας και όχι κάτι αφύσικο. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν επίσης και άλλες παρεμβάσεις και τεχνικές που ήταν ιδιαίτερα βοηθητικές, όπως για παράδειγμα η επίλυση προβλημάτων και η εκμάθηση στρατηγικών αντιμετώπισης συγκεκριμένων ζητημάτων που σχετίζονταν με τον καρκίνο και την επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες, καθώς επίσης και τεχνικές γνωστικού-συμπεριφορικού τύπου, όπως

ο εντοπισμός και η αμφισβήτηση των δυσάρεστων σκέψεων και των δυσλειτουργικών τρόπων σκέψης.

Οι Simonsen και Cooper (2015) διερεύνησαν τις βοηθητικές πλευρές της συμβουλευτικής πένθους. Η ανάλυση των συνεντεύξεων με επτά άτομα που είχαν συμμετάσχει για συμβουλευτική πένθους σε έναν εθελοντικό οργανισμό στη Σκωτία, κατέληξε σε πέντε βοηθητικές πλευρές που αφορούσαν στον θεραπευτή. Η πρώτη αφορούσε στην «ανεξαρτησία του συμβούλου», δηλαδή στο γεγονός ότι ο σύμβουλος ήταν ένα άτομο εκτός της οικογένειας, κάτι που διευκόλυνε τους συμμετέχοντες να μιλούν ελεύθερα. Η δεύτερη βοηθητική πλευρά αφορούσε στην «εξειδικευμένη ακρόαση», που περιλάμβανε την προσοχή σε αυτό που έλεγε ο πελάτης, τον ζεστό και ευγενικό τρόπο του συμβούλου που τους έκανε να νιώθουν άνετα, την ικανότητα και την αυτοπεποίθηση του συμβούλου, καθώς και την αυθεντικότητα του συμβούλου. Η τρίτη βοηθητική πλευρά της συμβουλευτικής πένθους είχε να κάνει με τη μη κατευθυντικότητα του συμβούλου, ο οποίος επέτρεπε στους πελάτες να μιλούν ελεύθερα για αυτά που τους απασχολούσαν, ακόμη και αν δεν αφορούσαν στο πένθος, και να καθοδηγούν οι ίδιοι τη διαδικασία. Μια ακόμη βοηθητική διαδικασία ήταν η αμφισβήτηση του μη βοηθητικού τρόπου σκέψης από τον θεραπευτή, κάτι που βοηθούσε τους πελάτες να διευρύνουν την προοπτική τους και να αντιμετωπίσουν συναισθήματα ενοχής και θυμού. Η τελευταία βοηθητική διαδικασία της συμβουλευτικής πένθους ήταν η ομαλοποίηση της διαδικασίας του πένθους τόσο μέσα από την ψυχοεκπαίδευση όσο και μέσα από την αυτοαποκάλυψη του θεραπευτή σε σχέση με δικές τους εμπειρίες απώλειας.

Η συμβολή του πελάτη. Σε αρκετές έρευνες που εξετάζουν την οπτική των πελατών για τους βοηθητικούς παράγοντες της ψυχοθεραπείας, οι συμμετέχοντες αναφέρονται στον δικό τους ρόλο ως βασικό παράγοντα αλλαγής (Carey et al., 2007. Edwards & Loeb, 2011. Göstas et al., 2012. Levitt et al., 2006. Manthei, 2007. Timulak, 2007). Μια διάσταση του ρόλου αυτού είναι η έννοια του κινήτρου και της ετοιμότητας για θεραπεία. Στην έρευνα των Carey et al. (2007) για την ψυχολογική αλλαγή και τους τρόπους με τους οποίους συντελείται, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η κινητοποίηση και η ετοιμότητα τους να αλλάξουν ήταν βασικός παράγοντας που συνέβαλλε στην αλλαγή. Παράγοντες που βοήθησαν τους συμμετέχοντες να κινητοποιηθούν ήταν το συναίσθημα ότι έχουν πιάσει πάτο, η ντροπή για την κατάσταση τους ή η συνειδητοποίηση ότι η αποφυγή των προβλημάτων δε θα τους βοηθούσε να τα λύσουν. Στην ίδια έρευνα οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν επίσης σε

διάφορα στοιχεία της προσωπικότητας τους ή των εμπειριών τους που μπορούσαν να λειτουργήσουν είτε διευκολυντικά ή να εμποδίσουν την αλλαγή. Παραδείγματα αποτελούσαν ο τύπος της προσωπικότητας, οι τραυματικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία, ή το άγχος για το τι θα σκεφτούν οι άλλοι. Κάποιοι αναφέρθηκαν επίσης στην αντίστασή τους να αλλάζουν.

Μια άλλη διάσταση των παραγόντων του πελάτη αφορά στη δουλειά που χρειάζεται να κάνουν οι ίδιοι οι πελάτες ώστε να επιτευχθεί η αλλαγή (Edwards & Loeb, 2011. Göstas et al., 2012. Manthei, 2007). Οι συμμετέχοντες στην έρευνα των Edwards και Loeb (2011) ανέφεραν πως ένας από τους βασικούς παράγοντες που συντέλεσε στην αλλαγή ήταν η ενεργή συμμετοχή τους στη θεραπευτική διαδικασία, μια διαδικασία που τη βίωναν πολλές φορές ως δύσκολη ή απαιτητική. Η ενεργή συμμετοχή τους αφορούσε κυρίως στην ανάληψη της ευθύνης για τη θεραπευτική διαδικασία και περιλάμβανε δραστηριότητες όπως η συνέχιση της επεξεργασίας των ζητημάτων, η προσπάθεια διακοπής της χρήσης ναρκωτικών ή η απόφαση σχετικά με το τι θα συζητηθεί στις συνεδρίες. Από την άλλη πλευρά, στην έρευνα των Levitt et al. (2006), η ενεργή συμμετοχή που ανέφεραν οι συμμετέχοντες είχε να κάνει με τη δουλειά που έκαναν ανάμεσα στις συνεδρίες, κυρίως με τη διατήρηση της στάσης ενδοσκόπησης, με το διάβασμα βιβλίων, με την επεξεργασία των συζητήσεων με τον θεραπευτή ή με τις διαρκείς ερωτήσεις που απεύθυναν στον εαυτό τους.

Οι έρευνες που εντοπίζουν τη συμμετοχή του ίδιου του πελάτη στο θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι πολύ λιγότερες από εκείνες που εντοπίζουν τον ρόλο του θεραπευτή, της θεραπευτικής σχέσης ή άλλων διαδικασιών. Στο πλαίσιο της αντιξοότητας και των τραυματικών εμπειριών, ιδιαίτερα, οι έρευνες στις οποίες οι συμμετέχοντες αναφέρουν τη δική τους συμμετοχή ως σημαντική για την αλλαγή, είναι σπάνιες. Εξάιρεση αποτελεί η έρευνα των Omylinska-Thurston και Cooper (2014), στην οποία οι συμμετέχοντες εντόπισαν τη δική τους κινητοποίηση και ενεργητική συμμετοχή ως σημαντικό παράγοντα αλλαγής. Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν τη σημαντικότητα της πλήρους εμπλοκής τους στη θεραπευτική διαδικασία, της αντιμετώπισης των δύσκολων καταστάσεων ή συναισθημάτων καθώς και της εφαρμογής των θεραπευτικών πλάνων.

Θεραπευτικές διαδικασίες. Εκτός από τον ρόλο του θεραπευτή, του ίδιου του πελάτη και της θεραπευτικής σχέσης, οι πελάτες εντοπίζουν μια σειρά από διαδικασίες που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής ώρας και συντελούν κατά την άποψη τους στο θετικό αποτέλεσμα και την αλλαγή. Μια βασική

διαδικασία είναι η ίδια η ομιλία, η ανοιχτή συζήτηση των προβλημάτων, των σκέψεων και των συναισθημάτων των πελατών (Carey et al., 2007. Liliengren & Werbart, 2005. Olivera et al., 2013. Paulson et al., 1999. Von Below et al., 2010). Η κατηγορία «μιλώντας για τον εαυτό», ήταν για παράδειγμα ένας από τους βασικούς θεραπευτικούς παράγοντες στην έρευνα των Liliengren και Werbart (2005) με νέους ενήλικες που είχαν ολοκληρώσει επιτυχημένα ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές εντόπισαν πως οι συμμετέχοντες έβρισκαν πολύ βοηθητική τη συζήτηση και την έκφραση, ενώ αναφέρονταν σε δύο τρόπους συζήτησης σχετικά με τον εαυτό τους. Ο πρώτος αφορούσε στην έκφραση των σκέψεων και συναισθημάτων, μια έκφραση που περιλάμβανε επίσης τον στοχασμό πάνω σε αυτό που είχε εκφραστεί και οδηγούσε σε ένα αίσθημα ανακούφισης και στην ικανότητα να ονοματίσουν τα συναισθήματα τους. Ο δεύτερος τρόπος συζήτησης αφορούσε στην «αφήγηση ιστοριών», και είχε να κάνει με τη λεπτομερή εξέταση, την επεξεργασία και την αναθεώρηση της προσωπικής ιστορίας των συμμετεχόντων. Κάτι αντίστοιχο αναδείχθηκε από τους συμμετέχοντες στην έρευνα των Carey et al. (2007), οι οποίοι ανέφεραν πως η συζήτηση των προβλημάτων τους ανακούφιζε από τη συνεχή ένταση που βίωναν επειδή τα είχαν διαρκώς στο νου τους χωρίς να τα εκφράζουν.

Μια άλλη βασική θεραπευτική διαδικασία που συντελεί στην αλλαγή αφορά στην ενόραση, την αυτεπίγνωση και την κατανόηση που αποκτούν οι πελάτες μέσα από την ψυχοθεραπεία (Carey et al., 2007. Castonguay et al., 2010. Clarke, et al. 2004. Gallegos, 2005. Nilsson, Svensson, Sandell, & Clinton, 2007. Paulson et al., 1999. Rayner et al., 2011. Timulak, 2007. Von Below et al., 2010). Για παράδειγμα, στην έρευνα των Castonguay et al. (2010) σχετικά με τα βοηθητικά και μη γεγονότα στην ψυχοθεραπεία, οι κατηγορίες «επίγνωση του εαυτού» και «διασαφήνιση προβλήματος» αποτελούσαν δύο από τις τρεις συχνότερες κατηγορίες βοηθητικών γεγονότων που ανέφεραν οι συμμετέχοντες. Η επίγνωση του εαυτού περιλάμβανε τη σαφή επίγνωση των συναισθημάτων, των συμπεριφορών ή των αντιλήψεων που είχε ο πελάτης για τον εαυτό του, ενώ η διασαφήνιση του προβλήματος αφορούσε στην επίγνωση των προβλημάτων του και του τι ήθελε να αλλάξει. Άλλες διαστάσεις αυτής της διαδικασίας που αναφέρονται από συμμετέχοντες σε άλλες έρευνες αφορούν στη μεγαλύτερη κατανόηση του εαυτού και στην αναγνώριση των βασικών πεποιθήσεων για τον εαυτό (Clarke et al., 2004), την ενόραση σχετικά με την ψυχοκοινωνική ιστορία τους και τη σχέση της με την παρούσα κατάσταση και λειτουργία τους

(Gallegos, 2005), αλλά και την αναγνώριση των γενικότερων συνδέσεων και μοτίβων και την αίσθηση ότι φτάνει κανείς στη «ρίζα των πραγμάτων» (Nilsson et al., 2007).

Μια συναφής διαδικασία είναι η αλλαγή της οπτικής που διατηρούν οι πελάτες για τον εαυτό τους και τη ζωή τους (Binder et al., 2009. Paulson et al., 1999). Για παράδειγμα, στην έρευνα των Binder et al. (2009) οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως η διόρθωση των πεποιθήσεων σχετικά με τον εαυτό τους και τους άλλους και η δημιουργία νέου νοήματος ήταν βασικές διαδικασίες που συντέλεσαν στην αλλαγή.

Η διερεύνηση και η βίωση των συναισθημάτων και η συναφής συναισθηματική ανακούφιση είναι άλλη μια σημαντική διαδικασία που αναγνωρίζεται από τους πελάτες ως βοηθητική για την αλλαγή (Murray, 2002. Paulson et al., 1999. Rayner et al. 2011. Timulak, 2007). Στην έρευνα του ο Murray (2002), ο οποίος διερεύνησε τη διαδικασία της αλλαγής στην αίσθηση του εαυτού, βρήκε ότι μία από τις εμπειρίες που τη διευκόλυναν ήταν η διαδικασία της επαναβίωσης των οδυνηρών συναισθημάτων. Η διαδικασία αυτή οδηγούσε στη συναισθηματική «κάθαρση», η οποία είτε γινόταν ταυτόχρονα ή προηγούταν της αλλαγής στην αίσθηση του εαυτού. Η επαναβίωση ή η έκφραση των δύσκολων συναισθημάτων έχει αναφερθεί επίσης ότι οδηγεί σε μεγαλύτερη κατανόηση και συναισθηματική ανακούφιση (Rayner et al., 2011). Επιπλέον, στην έρευνα των Nilsson et al. (2007) οι οποίοι συνέκριναν τις εμπειρίες πελατών από δύο μορφές ψυχοθεραπείας, τη γνωστική συμπεριφορική ή την ψυχοδυναμική θεραπεία, οι συμμετέχοντες που είχαν ακολουθήσει γνωστική συμπεριφορική θεραπεία και ήταν ικανοποιημένοι από αυτήν, ανέφεραν πως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που βοήθησαν στην αλλαγή ήταν η έκθεση και η αντιμετώπιση των πραγμάτων που τους ήταν δυσάρεστα και τους φόβιζαν.

Άλλες βασικές διαδικασίες που αναφέρουν οι πελάτες στις έρευνες που αναζητούν τη γνώμη τους για την ψυχοθεραπευτική αλλαγή, είναι η επίλυση προβλήματος, η ενδυνάμωση και οι αλλαγές στη συμπεριφορά. Οι πελάτες αναγνωρίζουν πως η δράση και όχι απλώς η συζήτηση, είναι βασικός παράγοντας αλλαγής (Rayner et al., 2011). Επιπλέον, αναφέρουν πως εφαρμόζουν στην καθημερινότητα τους τις δεξιότητες και τις ενοράσεις που έχουν αποκτήσει στη θεραπεία (Clarke et al., 2004). Μέσα από τη θεραπεία οι πελάτες μπορεί να εντοπίσουν τον τρόπο να λύσουν ένα συγκεκριμένο πρόβλημα ή να επιτύχουν έναν συγκεκριμένο στόχο (Castonguay et al., 2010. Timulak, 2007), να μάθουν νέους τρόπους, δεξιότητες ή στρατηγικές ώστε να διαχειρίζονται τα προβλήματα τους αλλά

και να μάθουν να βασίζονται στον εαυτό τους όταν προκύπτουν μελλοντικά προβλήματα (Manthei, 2007).

Παρόμοιες διαδικασίες αναφέρουν επίσης οι συμμετέχοντες σε έρευνες που διερευνούν την οπτική πελατών που έχουν βιώσει διάφορες αντιξοότητες ή τραυματικές εμπειρίες, σχετικά με το τι ήταν βοηθητικό στην ψυχοθεραπεία τους. Για παράδειγμα στην έρευνα των Omylinska-Thurston και Cooper (2014), οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως βρήκαν βοηθητικό το να μιλούν και να εκφράζουν τα συναισθήματα τους. Επίσης, οι συμμετέχοντες στην έρευνα των Diamond et al. (2012) σχετικά με τις βοηθητικές πλευρές της συμβουλευτικής υποστήριξης που έλαβαν για το πένθος, ανέφεραν ότι η ενόραση και η αλλαγή της οπτικής, η συζήτηση και το μοίρασμα, η εστίαση στα δύσκολα συναισθήματα και η διερεύνηση των εναλλακτικών και των στρατηγικών ώστε να υπερβούν τις δυσκολίες ή να πάρουν αποφάσεις, ήταν μερικές από τις βοηθητικές διαδικασίες στην υποστήριξη που έλαβαν. Τέλος, η διευκόλυνση μιας καθαρτικής συναισθηματικής απελευθέρωσης, αναγνωρίστηκε ως μια σημαντική διαδικασία που συντέλεσε στη δημιουργία ελπίδας για άτομα που είχαν λάβει συμβουλευτική πένθους (Cutcliffe, 2004).

Σύνοψη ερευνητικών ευρημάτων από την οπτική του πελάτη.

Συμπερασματικά λοιπόν, οι έρευνες που έχουν αναζητήσει την οπτική των πελατών για τα αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας, τόσο γενικά, όσο και με άτομα που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες, έχουν καταλήξει σε μια σειρά από αλλαγές που περιλαμβάνουν, πέρα από τη μείωση των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της διάθεσης, αλλαγές στη σχέση με τον εαυτό τους και τους άλλους. Οι πελάτες αναφέρουν πως μετά από την ψυχοθεραπεία αποκτούν μεγαλύτερη ενόραση και κατανόηση του εαυτού τους. Ο τρόπος που αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους αλλάζει, ενώ παράλληλα αποκτούν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και αίσθημα δύναμης, νιώθοντας ότι είναι ικανότεροι να αντιμετωπίσουν και να ελέγξουν τις καταστάσεις. Οι συμμετέχοντες στις έρευνες αυτές αναφέρουν επίσης αλλαγή στον τρόπο σκέψης αλλά και στον τρόπο δράσης και στη συμπεριφορά, και τέλος, αλλαγές στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Οι βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχημένη θεραπευτική έκβαση, σύμφωνα με τους πελάτες, είναι κυρίως οι κοινοί παράγοντες που αναφέρθηκαν στην προηγούμενη ενότητα: η θεραπευτική σχέση, παράγοντες του θεραπευτή, παράγοντες του πελάτη και ορισμένες κοινές θεραπευτικές διαδικασίες. Σε σχέση με τη θεραπευτική σχέση, η σταθερότητα και η διάρκεια, ο εργασιακός

δεσμός αλλά και τα συναισθήματα ασφάλειας και εμπιστοσύνης που δημιουργούνται αναδεικνύονται ως βασικές μεταβλητές. Ως προς τον θεραπευτή, οι πελάτες δίνουν έμφαση τόσο στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του και την επαγγελματική του ικανότητα, όσο και σε μια στάση που χαρακτηρίζεται από ιδιότητες όπως είναι για παράδειγμα η αποδοχή, η κατανόηση, ο σεβασμός, η ενσυναίσθηση, η φροντίδα και η γνησιότητα. Έμφαση δίνουν επίσης και σε θεραπευτικές τεχνικές και παρεμβάσεις του θεραπευτή οι οποίες διευκολύνουν την ενόραση και την κατανόηση και εκπαιδεύουν τον πελάτη στην ενδοσκόπηση. Οι πελάτες αναγνωρίζουν επίσης τον δικό τους ρόλο, είτε με τη μορφή του κινήτρου και της ετοιμότητας ή με τη μορφή της ενεργής συμμετοχής, στην επίτευξη της αλλαγής. Τέλος, οι βοηθητικές διαδικασίες που αναφέρεται ότι συμβάλλουν στη θεραπευτική αλλαγή είναι, μεταξύ άλλων, η συζήτηση και η συναισθηματική κάθαρση, η ενόραση και η αλλαγή της οπτικής, αλλά και η επίλυση προβλήματος και η εκμάθηση συγκεκριμένων δεξιοτήτων.

Στη συνέχεια του κεφαλαίου θα γίνει η παρουσίαση της έννοιας της ψυχικής ανθεκτικότητας, η οποία αποτελεί το δεύτερο εννοιολογικό πλαίσιο στο οποίο εντάσσεται η παρούσα διατριβή.

Η Έννοια της Ψυχικής Ανθεκτικότητας

Η αφετηρία της έννοιας της ψυχικής ανθεκτικότητας, μιας έννοιας που αναφέρεται στη θετική ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ατόμων απέναντι στην αντιξοότητα και το τραύμα, ήταν η αναγνώριση ότι οι αντιδράσεις των ανθρώπων στις αντιξοότητες που αντιμετωπίζουν ποικίλλουν σε σημαντικό βαθμό και ότι ακόμη και απέναντι στα πιο σοβαρά και δύσκολα γεγονότα της ζωής, ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων θα καταφέρει να συνεχίσει κανονικά τη ζωή του χωρίς να αναπτύξει προβλήματα ή ψυχοπαθολογία (Rutter, 2012).

Ιστορικά, το επίκεντρο της ψυχολογικής έρευνας και πρακτικής ήταν κυρίως η μελέτη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Το μοντέλο της ασθένειας ήταν το παράδειγμα (Kuhn, 1962) που κυριάρχησε τον προηγούμενο αιώνα και που επικρατεί σε σημαντικό βαθμό ακόμη και σήμερα (Reich, Zautra, & Hall, 2010). Το μοντέλο αυτό δίνει έμφαση στη μελέτη των ψυχικών διαταραχών και της αιτιολογίας τους, στη μελέτη των επιπτώσεων που έχει το στρες και η αντιξοότητα στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας, όπως επίσης και στη θεραπεία της ασθένειας. Η έρευνα της ψυχικής ανθεκτικότητας σηματοδότησε την αλλαγή του παραδείγματος από το μοντέλο της ασθένειας στο μοντέλο της ανθεκτικότητας (Reich et al., 2010). Η μετακίνηση αυτή

προέκυψε από τις παρατηρήσεις των πρώτων ερευνητών της ψυχικής ανθεκτικότητας ότι ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών που αντιμετώπιζε σοβαρές αντιξοότητες, και που αναμενόταν να αναπτύξει ψυχοπαθολογία και προβλήματα, αναπτυσσόταν και λειτουργούσε φυσιολογικά (Wright, Masten, & Narayan, 2013). Το μοντέλο της ασθένειας δε μπορούσε να εξηγήσει τις παρατηρήσεις αυτές. Αντίθετα, το μοντέλο της ανθεκτικότητας, αναγνωρίζει ότι οι υγιείς αντιδράσεις, ακόμη και η ψυχολογική ανάπτυξη, απέναντι στις αντιξοότητες και τις τραυματικές εμπειρίες μπορεί να αποτελούν τον κανόνα και όχι την εξαίρεση (Reich et al., 2010). Η ψυχική ανθεκτικότητα, με βάση το μοντέλο αυτό, αναγνωρίζεται ως μια αυτόνομη έννοια που χρειάζεται να μελετηθεί ανεξάρτητα από την ασθένεια και που στρέφει το επίκεντρο της έρευνας στη μελέτη των δυνατοτήτων των ατόμων και των παραγόντων που τα βοηθούν να αντεπεξέλθουν και να αναπτυχθούν μέσα από την αντιξοότητα (Richardson, 2002).

Η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας αποτελεί μια εξαιρετικά ευρεία και πολυσύνθετη έννοια, η οποία έχει γίνει ιδιαίτερα δημοφιλής τα τελευταία χρόνια. Το γεγονός αυτό αντανακλάται στον αριθμό των επιστημονικών και μη δημοσιεύσεων που έχουν γίνει, στο εύρος των πλαισίων στα οποία έχει ερευνηθεί και στην ποικιλία των προστατευτικών παραγόντων και των παραγόντων κινδύνου που έχουν εξεταστεί. Ενδεικτικά τα πλαίσια μέσα στα οποία ερευνάται η ψυχική ανθεκτικότητα, πέρα από τους τομείς της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής, περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τον τομέα της οικογένειας (Walsh, 1996), της εκπαίδευσης (Gu & Day, 2007), της κοινότητας (Norris, Stevens, Pfefferbaum, Wyche, & Pfefferbaum, 2008), του στρατού (Lee, Sudom & Zamovski, 2013), των αθλητικών επιδόσεων (Galli & Vealey, 2008) και των επιχειρήσεων (Youssef & Luthans, 2007).

Στη συνέχεια παρουσιάζεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή της γένεσης και εξέλιξης της έννοιας της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Ιστορική αναδρομή. Η συστηματική μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ψυχολογία και την ψυχιατρική έκανε την εμφάνιση της τις δεκαετίες του 1960 και 1970, μέσα από την έρευνα παιδιών που διέτρεχαν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν ψυχικές διαταραχές εξαιτίας των συνθηκών στις οποίες μεγάλωναν ή της γενετικής τους ευπάθειας (Luthar, 2006. Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000. Masten, 2007. Masten & Tellegen, 2012). Ο στόχος των πρώτων ερευνητών ήταν η κατανόηση, πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών όπως η σχιζοφρένεια ή ο αυτισμός καθώς και ο εντοπισμός των επιπτώσεων των τραυματικών γεγονότων

στην ανάπτυξη των παιδιών. Οι ερευνητές αυτοί παρατήρησαν ότι υπήρχε μεγάλη ανομοιογένεια στις αντιδράσεις των παιδιών απέναντι στους παράγοντες κινδύνου που αντιμετώπιζαν, και ότι μερικά από αυτά αντιστέκονταν στους παράγοντες αυτούς και δεν ανέπτυσαν ψυχικές διαταραχές, αλλά αντίθετα παρουσίαζαν μια καλή προσαρμογή (Rutter, 2006, 2012). Αυτή η παρατήρηση είχε σαν αποτέλεσμα να αρχίσει η συστηματική αναζήτηση εκείνων των παραγόντων που δρούσαν προστατευτικά και διαφοροποιούσαν τα παιδιά που παρουσίαζαν υγιή προσαρμογή από εκείνα που δεν είχαν και τόσο καλή προσαρμογή.

Ένας από τους σημαντικότερους πρωτοπόρους ερευνητές που εντόπισαν και ασχολήθηκαν με την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας ήταν ο Norman Garmezy (Rutter, 2012), ο οποίος μελετώντας παιδιά γονιών με σχιζοφρένεια, διαπίστωσε ότι μερικά από αυτά δεν ανέπτυσαν ψυχοπαθολογία, όπως θα αναμενόταν, αλλά αναπτύσσονταν απρόσμενα καλά. Η σημαντική συνεισφορά του Garmezy ήταν ότι ασχολήθηκε με την έννοια της *επάρκειας* στο πλαίσιο της αντιξοότητας και αναγνώρισε τη σημαντικότητα της εξέτασης των παραγόντων που προστάτευαν αυτά τα παιδιά από την ψυχοπαθολογία και τα βοηθούσαν να έχουν μια καλή αναπτυξιακή πορεία (Luthar, 2006. Masten & Powell, 2003).

Μια διαχρονική έρευνα που αποτελεί ορόσημο στη μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας (Luthar, 2006) είναι αυτή του Kauai (Werner, 1993, 1995. Werner & Smith, 2001). Η έρευνα αυτή ακολούθησε την πορεία 698 παιδιών που γεννήθηκαν το 1955 στο νησί Kauai της Χαβάης από την προγεννητική περίοδο μέχρι τη μέση ηλικία. Η έρευνα ασχολήθηκε με την επίδραση μιας ποικιλίας βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων επικινδυνότητας, στρεσογόνων γεγονότων ζωής και προστατευτικών παραγόντων στην ανάπτυξη τους. Περίπου το 30% των παιδιών που συμμετείχαν στην έρευνα αντιμετώπιζαν τέσσερις ή περισσότερους παράγοντες επικινδυνότητας όπως η φτώχεια, οι επιπλοκές κατά τη γέννα, η ψυχοπαθολογία των γονιών και οι οικογενειακές συγκρούσεις. Ακόμη και με αυτούς τους παράγοντες επικινδυνότητας όμως, διαπιστώθηκε ότι το ένα τρίτο των παιδιών αναπτύχθηκαν φυσιολογικά και έγιναν ικανοί ενήλικες.

Οι έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας στην αναπτυξιακή ψυχολογία έχουν ακολουθήσει τέσσερα στάδια ή «κύματα» (Masten, 2007. Masten & Wright, 2010. Wright et al., 2013). Οι ερευνητικές προσπάθειες του πρώτου κύματος επικεντρώθηκαν σε θέματα ορισμού και μέτρησης της ψυχικής ανθεκτικότητας και

κυρίως στον εντοπισμό των παραγόντων που σχετίζονται με την καλή προσαρμογή σε ποικίλες συνθήκες κινδύνου ή αντιξοότητας.

Στις έρευνες του δεύτερου κύματος, οι ερευνητές έστρεψαν την προσοχή και το ενδιαφέρον τους από τους προστατευτικούς παράγοντες στην κατανόηση των διαδικασιών μέσα από τις οποίες οι προστατευτικοί παράγοντες συμβάλλουν στη θετική προσαρμογή ή την αντιμετώπιση των κινδύνων (Luthar, 2006. Luthar et al., 2000). Στις έρευνες αυτές αναγνωρίστηκε η πολυπλοκότητα του φαινομένου της ανθεκτικότητας και οι προσπάθειες επικεντρώθηκαν στην «κατανόηση των πολύπλοκων συστημικών αλληλεπιδράσεων που διαμορφώνουν τόσο τα παθολογικά όσο και τα θετικά αποτελέσματα, δίνοντας έμφαση στην ανθεκτικότητα ως ένα φαινόμενο που πηγάζει από πολλές διαδικασίες» (Wright et al., 2013, σελ. 22).

Από την αρχή, οι ερευνητές της ψυχικής ανθεκτικότητας αναγνώρισαν τη σημαντικότητα που είχε η συστηματική μελέτη των προστατευτικών παραγόντων και διαδικασιών για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων και πολιτικών που στόχευαν στη δημιουργία ή την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας σε πληθυσμούς που βρίσκονταν σε αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα και ψυχικές διαταραχές (Masten & Wright, 2010. Wright et al., 2013). Στις έρευνες του τρίτου κύματος χρησιμοποιήθηκαν τα ευρήματα από τις προηγούμενες έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας καθώς επίσης και μοντέλα και μέθοδοι από την επιστήμη της πρόληψης και εφαρμόστηκαν σε παρεμβάσεις που καθοδηγούνται από τη θεωρία της ανθεκτικότητας και προσπαθούν να προάγουν την επάρκεια και την υγεία.

Τα τελευταία χρόνια, η εξέλιξη της επιστήμης και οι νέες μέθοδοι έρευνας και στατιστικής έχουν δώσει τη δυνατότητα να ερευνηθούν διαδικασίες και παράγοντες των οποίων η μελέτη ήταν ανέφικτη μέχρι πριν λίγα χρόνια. Επιπλέον, στις έρευνες του τέταρτου κύματος αναγνωρίζεται η σημαντικότητα των αλληλεπιδράσεων ανάμεσα σε πολλαπλά επίπεδα ανάλυσης. Έτσι, μελετούνται οι αλληλεπιδράσεις διαδικασιών που ξεκινούν από το επίπεδο των γονιδίων και της ανάπτυξης του εγκεφάλου μέχρι το επίπεδο των κοινωνικών συστημάτων και των οικοσυστημάτων (Masten, 2007). Μελετάται επίσης όλο και περισσότερο ο ρόλος που παίζουν βιολογικοί παράγοντες στην καλή προσαρμογή και λειτουργία σε συνθήκες αντιξοότητας (Curtis & Cicchetti, 2003), ενώ πολλές νέες έρευνες περιλαμβάνουν τη μελέτη γενετικών, επιγενετικών, αναπτυξιακών, ψυχοκοινωνικών και νευροχημικών παραγόντων που θεωρείται ότι συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ανθεκτικότητας (Wu

et al., 2013) και υπόσχονται να «μεταμορφώσουν την επιστήμη και την εφαρμογή της ανθεκτικότητας» (Wright et al., 2013, σελ. 31).

Η σημαντική πλειονότητα των ερευνών της ψυχικής ανθεκτικότητας αφορά σε παιδιά και εφήβους, αφού η μελέτη της ανθεκτικότητας υπήρξε κατά κύριο λόγο αρμοδιότητα της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας. Αντίθετα, η ψυχική ανθεκτικότητα στην ενήλικη ζωή και την τρίτη ηλικία έχει λάβει πολύ μικρότερο ερευνητικό ενδιαφέρον (Ong, Bergeman, & Boker, 2009. Ryff, Singer, Love, & Essex, 1998).

Αρχικά, το ενδιαφέρον για την ψυχική ανθεκτικότητα στους ενήλικες ξεκίνησε μέσα από τις επαναξιολογήσεις των παιδιών που συμμετείχαν στις πρώτες έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας, οι οποίες έγιναν σε διάφορες φάσεις της ενήλικης ζωής τους, από την αναδυόμενη ενηλικίωση (Masten et al., 2004) μέχρι τη μέση ηλικία (Werner & Smith, 2001). Στις επαναξιολογήσεις αυτές, οι ερευνητές προσπάθησαν να κατανοήσουν ποιες είναι οι μακροπρόθεσμες επιδράσεις της αντιξοότητας της παιδικής ηλικίας στην ψυχική και σωματική υγεία των ενήλικων πλέον ατόμων, ενώ ταυτόχρονα αναζήτησαν τους μηχανισμούς με τους οποίους οι προστατευτικοί παράγοντες οδηγούν σε μια επιτυχημένη προσαρμογή στην ενήλικη ζωή (Werner, 1993, 2004). Στις περισσότερες από αυτές τις έρευνες φάνηκε ότι υπάρχει συνέχεια στην ανθεκτικότητα, δηλαδή ότι τα άτομα που ήταν ανθεκτικά στην παιδική ηλικία εξακολουθούσαν να είναι ανθεκτικά και στα επόμενα στάδια της ζωής τους (Masten et al., 2004. Werner, 1993. Werner & Smith, 2001). Ταυτόχρονα με αυτή τη σταθερότητα της ανθεκτικότητας όμως, φάνηκε ότι ορισμένα γεγονότα και συνθήκες της ενήλικης ζωής, όπως για παράδειγμα η συνεχιζόμενη πανεπιστημιακή εκπαίδευση, οι εκπαιδευτικές και επαγγελματικές δεξιότητες που αποκτήθηκαν κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας στις ένοπλες δυνάμεις, ή ο γάμος με έναν σταθερό σύντροφο, μπορούν να ανοίξουν ευκαιρίες και να λειτουργήσουν ως σημεία καμπής, βοηθώντας τα άτομα να γίνουν περισσότερο ανθεκτικά (Rutter, 2006. Werner & Smith, 2001).

Μια από τις πρώτες ερευνητικές προσπάθειες για τη μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας στους ενήλικες έγινε στα πλαίσια της έρευνας στην προσωπικότητα, μέσα από την έννοια της *ψυχικής ευρωστίας*, την οποία εισήγαγε η Suzanne Kobasa το 1979, ως μια συστοιχία χαρακτηριστικών προσωπικότητας. Τα χαρακτηριστικά που αποτελούν την έννοια της ψυχικής ευρωστίας και θεωρείται ότι λειτουργούν προστατευτικά απέναντι στο στρες είναι τρία: η δέσμευση, ο έλεγχος και η πρόκληση (Maddi, 2002). Η δέσμευση αφορά στην τάση να εμπλέκεται κανείς με τους

ανθρώπους και τα πράγματα και να μην αποστασιοποιείται μπροστά στις προκλήσεις της ζωής, ενώ ο έλεγχος σχετίζεται με την προσπάθεια που ασκεί κανείς για να επηρεάσει τις καταστάσεις σε αντίθεση με το να μένει παθητικός. Η πρόκληση αντανακλά την αναγνώριση ότι η ζωή είναι γεμάτη στρεσογόνες εμπειρίες, και σχετίζεται με την επιθυμία του ατόμου να μην αποφεύγει την αβεβαιότητα και τις απειλές αλλά να μαθαίνει διαρκώς από την εμπειρία του, είτε αυτή είναι θετική είτε αρνητική. Η έννοια της ψυχικής ευρωστίας προέκυψε μέσα από μια δωδεκαετή, διαχρονική έρευνα των ανώτερων στελεχών της τηλεφωνικής εταιρείας Illinois Bell Telephone (IBT) του Σικάγου. Κατά τη διάρκεια της έρευνας οι τηλεφωνικές υπηρεσίες μετατράπηκαν από μονοπώλιο σε ανταγωνιστικό κλάδο, γεγονός που είχε σαν αποτέλεσμα να προκληθεί σημαντική αναταραχή στην εταιρεία (Maddi, 2002). Η Kobasa (1979), η οποία μελέτησε την επίδραση των αλλαγών αυτών στην ψυχική και σωματική υγεία των ανώτερων στελεχών της εταιρείας, βρήκε ότι εκείνο που διαφοροποιούσε τα άτομα που ανέπτυξαν λιγότερα συμπτώματα ψυχικής και σωματικής υγείας παρότι βίωναν έντονο στρες, από τα άτομα που ανέπτυξαν περισσότερα συμπτώματα ήταν ο υψηλός βαθμός ψυχικής ευρωστίας. Σταδιακά, το χαρακτηριστικό της ψυχικής ευρωστίας θεωρήθηκε ως ένας παράγοντας που διευκολύνει και συμβάλλει στην ψυχική ανθεκτικότητα απέναντι στο στρες (Maddi, 2013), απέναντι στις απαιτήσεις και πιέσεις της καθημερινότητας (Maddi, 2005), καθώς και απέναντι στην απώλεια και το τραύμα (Bonanno, 2004).

Ιδιαίτερα σημαντική στη μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας στους ενήλικες είναι η συνεισφορά του George Bonanno, ο οποίος, βασιζόμενος στο πρωτοποριακό έργο των αναπτυξιακών ψυχολόγων πάνω στην ψυχική ανθεκτικότητα των παιδιών και εφήβων, το επέκτεινε στους ενήλικες. Συγκεκριμένα ο Bonanno (2004), ανασκοπώντας τη βιβλιογραφία πάνω στην απώλεια και τα βίαια ή απειλητικά για τη ζωή γεγονότα, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η μεγάλη πλειονότητα των ατόμων που εκτίθεται σε αυτά δεν αναπτύσσει χρόνια ψυχοπαθολογικά συμπτώματα αλλά διατηρεί υγιή λειτουργικότητα και παραμένει ανθεκτική. Σε μια σειρά ερευνών που διεξήγαγε μαζί με τους συνεργάτες του, έδειξε ότι η πορεία της υγιούς προσαρμογής και της ανθεκτικότητας είναι η συχνότερη σε άτομα που έχουν εκτεθεί σε ποικίλα γεγονότα που περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, σημαντικές απώλειες (Bonanno, Moskowitz, Papa, & Folkman, 2005. Bonanno, Wortman, et al., 2002), τις τρομοκρατικές επιθέσεις της 11^{ης} Σεπτεμβρίου 2001 (Bonanno, Galea, Bucciarelli, & Vlahov, 2006), τραύμα του μυελού των οστών (Bonanno, Kennedy, Galatzer-Levy,

Lude, & Elfström, 2012), απώλεια της εργασίας (Galatzer-Levy, Bonanno, & Mancini, 2010), και διαζύγιο (Mancini, Bonanno, & Clark, 2011).

Η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας έχει επίσης επεκταθεί και μελετηθεί σε μεταγενέστερα στάδια της ζωής και συγκεκριμένα στη μέση και την τρίτη ηλικία (Greve & Staudinger, 2006. Ryff et al., 1998. Ryff & Singer, 2003. Staudinger, Marsiske, και Baltes, 1995). Η συγκεκριμένη ηλικιακή περίοδος είναι πολλά υποσχόμενη για την εξέταση των μηχανισμών της ψυχικής ανθεκτικότητας, δεδομένου ότι χαρακτηρίζεται από αυξανόμενες σωματικές, κοινωνικές και ψυχολογικές προκλήσεις (Ryff et al., 1998). Παρόλα αυτά έχει φανεί ότι η ψυχική ανθεκτικότητα είναι ο κανόνας και όχι η εξαίρεση και ότι αποτελεί κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα και της τρίτης ηλικίας (Greve & Staudinger, 2006. Staudinger, Marsiske, και Baltes, 1995).

Συμπερασματικά λοιπόν, η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας ξεκίνησε να μελετάται τις δεκαετίες του 1960 και 1970 στα πλαίσια της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας. Ερευνητές όπως ο Norman Garmezy και η Emmy Werner ερεύνησαν παιδιά που μεγάλωναν σε εξαιρετικά αντίξοες συνθήκες και διαπίστωσαν ότι, παράλληλα με τα προβλήματα προσαρμογής και ανάπτυξης, ένα σημαντικό ποσοστό των παιδιών αυτών αναπτυσσόταν και λειτουργούσε φυσιολογικά. Οι έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας επιχείρησαν αρχικά να εντοπίσουν τους παράγοντες που προστατεύουν τα άτομα από τις επιδράσεις της αντιξοότητας, ενώ στη συνέχεια οι προσπάθειες επικεντρώθηκαν στη μελέτη των διαδικασιών που συμβάλλουν στα ανθεκτικά αποτελέσματα και στον σχεδιασμό παρεμβάσεων για την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας σε πληθυσμούς που βρίσκονται σε κίνδυνο. Τα τελευταία χρόνια οι επιστημονικές εξελίξεις έχουν επιτρέψει την ανάλυση των αλληλεπιδράσεων πολλαπλών συστημάτων. Η μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας στους ενήλικες είχε πολλαπλές αφετηρίες, ξεκινώντας αφενός από τις επαναξιολογήσεις των παιδιών που συμμετείχαν στις πρώτες έρευνες κατά την ενηλικίωση τους και αφετέρου από το πλαίσιο της έννοιας της ψυχικής ευρωστίας. Τελευταία, η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας έχει αρχίσει να ερευνάται σε σχέση με τις αυξανόμενες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα άτομα μέσης και τρίτης ηλικίας.

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν ορισμένοι βασικοί ορισμοί καθώς και οι μορφές που μπορεί να λάβει η ψυχική ανθεκτικότητα. Θα συζητηθεί επίσης η διάσταση ανάμεσα στη θεώρηση της ανθεκτικότητας ως χαρακτηριστικού

προσωπικότητας ή ως διαδικασίας, ενώ θα παρουσιαστούν και ορισμένες βασικές κριτικές που έχουν γίνει στην έννοια.

Ορισμοί και μορφές της ψυχικής ανθεκτικότητας. Ο αγγλικός όρος για την έννοια της ανθεκτικότητας, *resilience*, προέρχεται από το λατινικό ρήμα *resilire*, που σημαίνει αναπηδών ή ανακάμπτω (Masten & Gewirtz, 2006). Παρόλο που η έννοια της ανάκαμψης είναι μια σημαντική διάσταση της ψυχικής ανθεκτικότητας, όπως θα δούμε παρακάτω, ωστόσο, δεν είναι η μοναδική. Η έννοια της ανθεκτικότητας έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς επιστημονικούς κλάδους όπως είναι η οικολογία, η μικροβιολογία, η επεξεργασία υλικών, η μηχανική, οι επιχειρήσεις και η οικονομική επιστήμη (Earvolino-Ramirez, 2007). Στο πλαίσιο της οικολογίας, για παράδειγμα, η ανθεκτικότητα σχετίζεται με την ικανότητα των συστημάτων να απορροφούν τυχόν διαταράξεις και αναδιοργανώσεις και να διατηρούν την προηγούμενη κατάστασή τους (Masten & Obradovic, 2008), ενώ στις φυσικές επιστήμες και τη μηχανική η ανθεκτικότητα αναφέρεται στην έννοια της ελαστικότητας, δηλαδή της ικανότητας ενός αντικειμένου να επανακτά την αρχική του μορφή, μετά από την άσκηση πίεσης σε αυτό (Masten & Gewirtz, 2006).

Οι ορισμοί της ανθεκτικότητας που αναφέρθηκαν προϋποθέτουν αφενός κάποια πίεση ή διατάραξη ενός συστήματος ή αντικειμένου και αφετέρου την ικανότητα του συστήματος ή αντικειμένου αυτού να επανέρχεται στην πρότερη του κατάσταση, χωρίς να καταστρέφεται. Τα χαρακτηριστικά αυτά αποτελούν σε γενικές γραμμές τους δύο βασικούς άξονες πάνω στους οποίους στηρίζονται και οι ορισμοί της ανθεκτικότητας στα πλαίσια των κοινωνικών επιστημών όπως η ψυχολογία, η ψυχιατρική και η αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία, χωρίς ωστόσο να λείπουν και κάποιες ουσιαστικές διαφορές.

Στις κοινωνικές επιστήμες η ψυχική ανθεκτικότητα έχει οριστεί με ποικίλους τρόπους από τους ερευνητές. Οι πρώτοι ορισμοί της ανθεκτικότητας την αντιμετώπιζαν ως αντίσταση στο στρες (Garmezy, Masten, & Tellegen, 1984), ενώ οι επόμενοι έδωσαν περισσότερη έμφαση στη διαδικασία και τη δυναμική φύση της ανθεκτικότητας. Για παράδειγμα οι Luthar και Cicchetti (2000) ορίζουν την ανθεκτικότητα ως «μια δυναμική διαδικασία όπου τα άτομα επιδεικνύουν θετική προσαρμογή παρά την ύπαρξη εμπειριών σημαντικής αντιξοότητας ή τραύματος» (σ. 858). Ένας από τους ορισμούς που έχει τύχει ευρείας αποδοχής από πολλούς ερευνητές και θεωρητικούς, και αναφέρεται συχνά στη βιβλιογραφία, είναι εκείνος των Masten, Best, και Garmezy (1990), σύμφωνα με τον οποίο η ανθεκτικότητα είναι

«η διαδικασία, η ικανότητα, ή το αποτέλεσμα της επιτυχούς προσαρμογής παρά την ύπαρξη δύσκολων ή απειλητικών συνθηκών» (σ. 426). Πρόσφατα η Masten (2011) όρισε την ανθεκτικότητα ως την «ικανότητα ενός δυναμικού συστήματος να αντέχει ή να ανακάμπτει από σημαντικές προκλήσεις που απειλούν τη σταθερότητα, τη βιωσιμότητα ή την ανάπτυξή του» (σ. 494). Ο ορισμός αυτός είναι αρκετά ευρύς ώστε να μπορεί να περιλαμβάνει πολλά επίπεδα ανάλυσης (από το μοριακό έως το παγκόσμιο) και ποικίλους επιστημονικούς κλάδους (από την οικολογική επιστήμη έως τις υπολογιστικές επιστήμες) (Masten, 2007).

Οι παραπάνω ορισμοί προέρχονται από τον χώρο της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας και τη μελέτη της ανθεκτικότητας στα παιδιά. Πολλοί είναι οι ερευνητές που χρησιμοποιούν αυτούς τους ορισμούς και στις έρευνες με ενήλικους πληθυσμούς, αφού αντικατοπτρίζουν τα βασικά χαρακτηριστικά της ψυχικής ανθεκτικότητας. Οι Ryff και Singer (2003), ωστόσο, οι οποίοι ασχολούνται με την ψυχική ανθεκτικότητα στην ενήλικη ζωή και την τρίτη ηλικία, υποστηρίζουν ότι οι περισσότεροι ορισμοί εστιάζουν περισσότερο στην απουσία της ασθένειας και στην αποφυγή της ψυχοπαθολογίας και της αρνητικής συμπεριφοράς. Προτείνουν έναν ορισμό όπου η ανθεκτικότητα είναι το αποτέλεσμα «της διατήρησης, ανάκαμψης ή βελτίωσης στην ψυχική ή σωματική υγεία μετά από κάποια δοκιμασία» (Ryff & Singer, 2003, σ. 20). Εκτός από την έμφαση που δίνουν στην παρουσία του ευ ζην και στη βελτίωση της υγείας, περιλαμβάνουν στον ορισμό τους και την έννοια της σωματικής υγείας, τονίζοντας πόσο σημαντική είναι η παρουσία της, μαζί με την ψυχική υγεία, κατά την ενήλικη ζωή και την τρίτη ηλικία.

Μορφές ψυχικής ανθεκτικότητας. Στις έρευνες που σχετίζονται με το στρες, την αντιξοότητα και το τραύμα τέσσερις γενικές κατηγορίες φαινομένων έχουν συνδεθεί με την ψυχική ανθεκτικότητα, οι οποίες αντανakλούν τέσσερις διαφορετικές μορφές με τις οποίες εκδηλώνεται: την *αντίσταση*, την *ανάκαμψη*, την *ομαλοποίηση* και τη *μεταμόρφωση* (Masten & Wright, 2010).

Το φαινόμενο της *αντίστασης* αναφέρεται σε μια σχετικά σταθερή, θετική προσαρμογή και λειτουργικότητα παρά την ύπαρξη σημαντικής αντιξοότητας ή την έκθεση σε κάποιο τραυματικό γεγονός (Masten & Wright, 2010). Η *ανάκαμψη* από την άλλη πλευρά, αναφέρεται στα φαινόμενα όπου η λειτουργικότητα των ατόμων μειώνεται ή δυσχεραίνει λόγω της έκθεσης στο τραυματικό γεγονός ή την αντιξοότητα, στη συνέχεια όμως επιστρέφει στα φυσιολογικά επίπεδα.

Ο Bonanno (2004, 2005) θεωρεί ότι η ανάκαμψη δεν αποτελεί μορφή ψυχικής ανθεκτικότητας. Σύμφωνα με τη θεώρηση του, η ψυχική ανθεκτικότητα σχετίζεται μόνο με την ικανότητα να διατηρεί κανείς μια σταθερή ισορροπία ή με την επαναφορά της λειτουργικότητας στα φυσιολογικά επίπεδα μέσα σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα. Ο ορισμός του για την ανθεκτικότητα όμως σχετίζεται με μεμονωμένα, *δυνητικά τραυματικά γεγονότα*, όπως είναι για παράδειγμα ο θάνατος ενός στενού συγγενή ή μια βίαιη ή απειλητική για τη ζωή κατάσταση που συντελείται σε φυσιολογικές κατά τα άλλα συνθήκες. Οι Bonanno και Diminich (2013) χρησιμοποιούν τις έννοιες της *αναδυόμενης ανθεκτικότητας* και της *ανθεκτικότητας ελάχιστης επίδρασης* (minimal-impact resilience) για να κάνουν διάκριση ανάμεσα στην ανθεκτικότητα που σχετίζεται με καταστάσεις χρόνιας αντιξοότητας και εκείνη που σχετίζεται με οξέα γεγονότα. Η πρώτη έννοια αναφέρεται στην ανθεκτικότητα όπως έχει μελετηθεί κυρίως στα πλαίσια της αναπτυξιακής ψυχολογίας, όπου η πλειονότητα των συνθηκών που έχουν ερευνηθεί αφορά σε καταστάσεις χρόνιας αντιξοότητας όπως η φτώχεια, η κακοποίηση ή η ψυχοπαθολογία των γονιών. Σε αυτό το πλαίσιο η ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να θεωρηθεί ως ανάκαμψη, δεδομένου ότι η προσαρμογή σε τέτοιου είδους συνθήκες είναι πάντα σχετική, και μπορεί να χρειαστεί χρόνο ή την αλλαγή των συνθηκών για να μπορέσει να εξελιχθεί φυσιολογικά. Από την άλλη πλευρά, η ανθεκτικότητα ελάχιστης επίδρασης αφορά σε μεμονωμένες τραυματικές εμπειρίες οι οποίες λαμβάνουν χώρα σε ένα κατά τα άλλα φυσιολογικό περιβάλλον, χωρίς σημαντικές αντιξοότητες. Οι εμπειρίες αυτές έχουν συγκεκριμένη αρχή και τέλος, απαιτούν πιο εστιασμένες προσπάθειες στην αντιμετώπιση τους και δεν έχουν διαρκή επίδραση στη λειτουργικότητα. Σε αυτό το πλαίσιο, η ανθεκτικότητα ελάχιστης επίδρασης αναφέρεται σε μια σχετικά σταθερή πορεία υγιούς λειτουργικότητας πριν και μετά από την έκθεση στο τραυματικό γεγονός.

Η τρίτη μορφή ανθεκτικότητας έχει παρατηρηθεί στον χώρο της αναπτυξιακής επιστήμης, και αφορά στην έννοια της *ομαλοποίησης* (Masten & Wright, 2010). Η μορφή αυτή εκφράζεται με την επιτάχυνση της ανάπτυξης που συντελείται σε παιδιά που ξεκινούν τη ζωή τους σε ένα δύσκολο και στερημένο περιβάλλον, όπως για παράδειγμα ένα ορφανοτροφείο, τα οποία αργότερα μεταφέρονται σε ένα υγιέστερο περιβάλλον.

Το τέταρτο φαινόμενο ψυχικής ανθεκτικότητας, δηλαδή η *μεταμόρφωση* (Masten & Wright, 2010), αναφέρεται στην ανάπτυξη ή τη βελτίωση της υγείας ή της

λειτουργικότητας που μπορεί να προκύψει μετά από μια τραυματική εμπειρία. Αυτή η διάσταση εμπεριέχεται στον ορισμό των Ryff και Singer (2003) που αναφέρθηκε παραπάνω. Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η έννοια της ανάπτυξης ή της βελτίωσης της λειτουργίας μετά από ένα τραυματικό γεγονός θα έπρεπε να διαχωριστεί από την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας ως ένα διακριτό φαινόμενο (Greve & Staudinger, 2006. Papadopoulos, 2007. Tedeschi & Calhoun, 2004). Ο Carver (1998) για παράδειγμα, πρότεινε ότι η χρήση της έννοιας της ανθεκτικότητας θα έπρεπε να δηλώνει μόνο την επιστροφή στην πρότερη κατάσταση λειτουργίας, και χρησιμοποίησε την έννοια της *ακμαιοότητας, ευημερίας ή ανάπτυξης (thriving)* για να αναφερθεί στο υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας και την ανάπτυξη που λαμβάνει χώρα ως αποτέλεσμα της έκθεσης σε συνθήκες αντιξοότητας. Η ακμαιοότητα μετά από ένα τραυματικό γεγονός μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε ένα ανώτερο επίπεδο λειτουργικότητας, και να προκαλέσει αύξηση των γνώσεων, των δεξιοτήτων, της αυτοπεποίθησης ή άλλων πόρων. Μπορεί ακόμη να οδηγήσει σε χαμηλότερη ευπάθεια σε ένα επόμενο τραυματικό γεγονός ή σε ταχύτερη ανάκαμψη από αυτό.

Η έννοια της μεταμόρφωσης έχει λάβει μεγάλη έκταση στη βιβλιογραφία σχετικά με το τραύμα, ενώ πολλοί είναι οι όροι που έχουν χρησιμοποιηθεί για να αποδώσουν αυτό το φαινόμενο (Linley & Joseph, 2004). Ο όρος που φαίνεται να έχει επικρατήσει είναι εκείνος της *μετατραυματικής ανάπτυξης* (post-traumatic growth), τον οποίο χρησιμοποίησαν οι Tedeschi και Calhoun (2004) για να δηλώσουν τη θετική αλλαγή που συντελείται ως αποτέλεσμα της έκθεσης σε κάποιο τραύμα, κρίση ή έντονα στρεσογόνο γεγονός. Η μετατραυματική ανάπτυξη μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους που περιλαμβάνουν μια μεγαλύτερη εκτίμηση για τη ζωή και αλλαγή προτεραιοτήτων, πιο ουσιαστικές και ζεστές διαπροσωπικές σχέσεις, αυξημένο αίσθημα προσωπικής δύναμης, αναγνώριση νέων δυνατοτήτων για τη ζωή, όπως και πνευματική ανάπτυξη (Tedeschi & Calhoun, 1996). Οι Linley και Joseph (2004) σε μια ανασκόπηση ερευνών πάνω στη θετική αλλαγή μετά από τραύμα ή αντιξοότητα, βρήκαν ότι η συχνότητα αυτής της θετικής αλλαγής κυμαινόταν από 3% για άτομα που πενθούσαν μέχρι 98% για γυναίκες με καρκίνο του στήθους. Βρήκαν επιπλέον ότι τα άτομα που ανέφεραν και διατήρησαν αυτή την ανάπτυξη στον χρόνο, βίωναν στη συνέχεια χαμηλότερα επίπεδα δυσφορίας. Η έννοια της μετατραυματικής ανάπτυξης θα παρουσιαστεί αναλυτικότερα σε επόμενη ενότητα.

Χαρακτηριστικό προσωπικότητας ή διαδικασία; Μια βασική διάσταση που συναντάται στη βιβλιογραφία της ψυχικής ανθεκτικότητας αφορά στο κατά πόσο

αντανακλά ένα σταθερό χαρακτηριστικό προσωπικότητας ή, αντίθετα, μια δυναμική διαδικασία (Luthar et al., 2000. Mancini & Bonanno, 2010. Windle, 2011). Σύμφωνα με τους Luthar et al. (2000), η διάσταση αυτή μπορεί να οφείλεται κατά ένα μεγάλο μέρος στη συναφή έννοια της *ανθεκτικότητας του εγώ* (ego-resiliency), η οποία χρησιμοποιείται επίσης συχνά στη βιβλιογραφία. Η ανθεκτικότητα του εγώ αποτελεί ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου το οποίο αντανακλά την ικανότητα του να μεταβάλλει το επίπεδο ελέγχου των παρορμήσεων και των συναισθημάτων του ανάλογα με τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος (Block & Kremen, 1996. Letzring, Block & Funder, 2005). Πρόκειται για μια συγκεκριμένη και καλά οριοθετημένη έννοια που βασίζεται στην ψυχοδυναμική θεωρία και αναφέρεται στη λειτουργία του εγώ και κυρίως στην ικανότητα του ατόμου να μεταβάλλει τον έλεγχο του εγώ, ανάλογα με τις απαιτήσεις της κατάστασης, με στόχο τη διατήρηση της ισορροπίας του συστήματος (Block & Kremen, 1996). Η έννοια της ανθεκτικότητας του εγώ δε θα έπρεπε να συγχέεται με την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας, καθώς αποτελούν διακριτές έννοιες για δύο κυρίως λόγους. Ο πρώτος αφορά στο γεγονός ότι, σε αντίθεση με την ανθεκτικότητα του εγώ που αποτελεί μια συγκεκριμένη έννοια, η ψυχική ανθεκτικότητα είναι περισσότερο περιγραφική και μπορεί να λάβει ποικίλες έννοιες, μορφές και διαστάσεις. Ο δεύτερος λόγος σχετίζεται με το γεγονός ότι η χρήση της έννοιας της ανθεκτικότητας του εγώ δεν προϋποθέτει την ύπαρξη αντιξοότητας, κάτι που είναι απαραίτητο προκειμένου να μπορέσει να αναφερθεί κανείς στην ψυχική ανθεκτικότητα.

Ένας άλλος παράγοντας που ενδέχεται να οδήγησε σε αυτή τη σύγχυση είναι ο χαρακτηρισμός ορισμένων παιδιών ως ανθεκτικών από ερευνητές που μπορεί ωστόσο να θεωρούσαν την ανθεκτικότητα ως διαδικασία (Luthar et al., 2000). Ο χαρακτηρισμός «ανθεκτικός» σε αυτές τις περιπτώσεις δεν αντανακλά ένα χαρακτηριστικό προσωπικότητας, αλλά αναφέρεται στην ταυτόχρονη ύπαρξη της αντιξοότητας και της καλής προσαρμογής που είναι απαραίτητες για τη συναγωγή της ανθεκτικότητας.

Γενικά, η χρήση ατομικών χαρακτηριστικών προσωπικότητας στους ορισμούς της ψυχικής ανθεκτικότητας έχει αποτελέσει το επίκεντρο κυρίως της βιβλιογραφίας της ψυχικής ανθεκτικότητας ενηλίκων (Luthar & Brown, 2007). Μια βασική έννοια που έχει προκύψει από τη βιβλιογραφία αυτή είναι εκείνη της ψυχικής ευρωστίας, η οποία αναφέρθηκε παραπάνω. Άλλοι ερευνητές της ψυχικής ανθεκτικότητας των ενηλίκων που χρησιμοποιούν όρους χαρακτηριστικών προσωπικότητας είναι οι

Connor και Davidson (2003), οι οποίοι ορίζουν την ψυχική ανθεκτικότητα ως ένα σύνολο ατομικών χαρακτηριστικών που βοηθούν το άτομο να υπερβεί την αντιξοότητα, όπως επίσης και οι Wagnild και Young (1993), οι οποίοι τη θεωρούν ως «ένα χαρακτηριστικό προσωπικότητας που μετριάξει τις αρνητικές επιδράσεις του στρες και προάγει την προσαρμογή» (σ. 165). Ορισμένοι ερευνητές επιχείρησαν επίσης να εντοπίσουν τις διαστάσεις της προσωπικότητας που σχετίζονται με την ψυχική ανθεκτικότητα και βρήκαν, για παράδειγμα, ότι σχετίζεται θετικά με την εξωστρέφεια και την ευσυνειδησία και αρνητικά με τον νευρωτισμό (Campbell-Sills, Cohan, & Stein, 2006).

Από την άλλη πλευρά, πολλοί είναι οι θεωρητικοί και οι ερευνητές οι οποίοι διαφωνούν με την ταύτιση της ψυχικής ανθεκτικότητας με ατομικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Η θεώρηση της ψυχικής ανθεκτικότητας ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας περικλείει τον κίνδυνο να παθολογικοποιηθούν τα άτομα που θεωρείται ότι δε διαθέτουν αυτό το χαρακτηριστικό (Mancini & Bonanno, 2010). Επίσης, όπως είδαμε παραπάνω, η έννοια της ανθεκτικότητας είναι πολυδιάστατη και εμπεριέχει πολλά χαρακτηριστικά και διαδικασίες (Bonanno, 2004. Masten & Obradovic, 2006). Οι Masten και Wright (2010), για παράδειγμα, τονίζουν ότι η ανθεκτικότητα, παρόλο που μπορεί να εμπλέκει παράγοντες της προσωπικότητας και ατομικά χαρακτηριστικά, εξαρτάται ταυτόχρονα και από παράγοντες του στενού και ευρύτερου περιβάλλοντος του ατόμου, όπως είναι οι στενές σχέσεις και η κοινωνική στήριξη, όπως επίσης και από την αλληλεπίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Επιπλέον, ο Rutter (2007) υποστηρίζει ότι οι μηχανισμοί που αναδεικνύουν την ανθεκτικότητα μπορεί να σχετίζονται περισσότερο με τις *ενέργειες* του ατόμου ή με τις γνωστικές του λειτουργίες, όπως είναι για παράδειγμα οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες που χρησιμοποιεί, και όχι με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του.

Αυτές οι απόψεις ενισχύονται από την αναγνώριση που έγινε κατά τη δεύτερη γενιά των ερευνών της ανθεκτικότητας, ότι η ψυχική ανθεκτικότητα δεν αντανakλά ένα σταθερό ή απόλυτο και γενικευμένο φαινόμενο, όπως θα προϋπέθετε μια θεώρηση προσωπικότητας, αλλά ότι έχει διακυμάνσεις στο χρόνο και στους τομείς προσαρμογής (Luthar, 2006. Wright et al., 2013). Έτσι, ένα άτομο μπορεί να παρουσιάσει ανθεκτικότητα σε κάποια στιγμή της ζωής του αλλά όχι σε κάποια άλλη, να είναι ανθεκτικό απέναντι σε κάποιες από τις αντιξοότητες που αντιμετωπίζει και όχι απέναντι σε άλλες, και να εμφανίζει ανθεκτικότητα σε ορισμένους μόνο τομείς

της λειτουργίας του. Πολλές φορές το να καταφέρει κανείς να λειτουργήσει αποτελεσματικά μετά την έκθεση σε κάποια αντιξοότητα μπορεί να εξαρτηθεί από εμπειρίες που λαμβάνουν χώρα αρκετά μετά από την έκθεση σε αυτό (Rutter, 2007). Διαχρονικές έρευνες έχουν δείξει ότι σημεία καμψής όπως η εκπαίδευση, μια σταθερή εργασία ή ένας καλός γάμος στην ενηλικίωση μπορούν να βοηθήσουν στην ανάκαμψη των ατόμων από συνθήκες αντιξοότητας της παιδικής τους ηλικίας (Rutter, 2006. Werner, 1993. Werner & Smith, 2001). Επηρεασμένοι από τα ευρήματα αυτά αρκετοί ερευνητές θεωρούν ότι η ψυχική ανθεκτικότητα αναφέρεται σε «αυτοδιορθωτικές» τάσεις που λειτουργούν σε όλη τη διάρκεια της ζωής (Cicchetti & Garmezy, 1993) για να οδηγήσουν τα άτομα στη φυσιολογική προσαρμογή κάτω από «όλες εκτός από τις πιο επίμονες αντίξοες συνθήκες» (Werner, 1990, σ. 128).

Κριτική στην έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας. Ο λειτουργικός ορισμός της ψυχικής ανθεκτικότητας, όπως και των εννοιών που σχετίζονται με αυτήν, παρουσιάζει μεγάλες αποκλίσεις στη βιβλιογραφία, γεγονός που έχει αποτελέσει αντικείμενο ευρείας κριτικής (Kaplan, 1999. Luthar et al., 2000). Μια από αυτές τις αποκλίσεις σχετίζεται με τις διαφορετικές μορφές ανθεκτικότητας που αναφέρθηκαν πιο πάνω, οι οποίες δυσχεραίνουν έναν ενιαίο λειτουργικό ορισμό. Άλλες διαφορές σχετίζονται με το ότι οι ερευνητές της ψυχικής ανθεκτικότητας έχουν μελετήσει διαφορετικά είδη αντιξοοτήτων και τραυμάτων, έχουν ορίσει με διαφορετικά κριτήρια τις έννοιες της θετικής προσαρμογής, των προστατευτικών παραγόντων ή των παραγόντων ευπάθειας και έχουν χρησιμοποιήσει διαφορετικές μεθόδους ανάλυσης (Luthar et al., 2000).

Αντιφάσεις και διαφοροποιήσεις αυτού του είδους δυσχεραίνουν την αξιολόγηση και σύγκριση των ευρημάτων και αποκλείουν τη μετα-ανάλυση (Davydov, Stewart, Ritchie & Chaudieu, 2010), ενώ έχουν οδηγήσει κάποιους ακόμη και να αμφισβητούν τη χρησιμότητα της έννοιας της ψυχικής ανθεκτικότητας (Tarter & Vanyukov, 1999) και άλλους να προτείνουν ότι εξυπηρέτησε το σκοπό της και ότι είναι ώρα να αποσυρθεί (Kaplan, 1999). Άλλοι θεωρητικοί κάνουν ποικίλες προτάσεις για να αντιμετωπίσουν αυτές τις αποκλίσεις, παροτρύνοντας, για παράδειγμα, τους ερευνητές να εξηγούν με σαφήνεια τις επιλογές που κάνουν στον ορισμό εννοιών όπως η αντιξοότητα ή η θετική προσαρμογή ή να είναι συγκεκριμένοι στη συζήτηση των ανθεκτικών αποτελεσμάτων (Luthar et al., 2000).

Παρά την έλλειψη ομοφωνίας ως προς τον ορισμό της ψυχικής ανθεκτικότητας και των εννοιών που σχετίζονται με αυτήν όμως, έχει υποστηριχθεί

πως δεν υπάρχει διαφωνία ως προς την ουσία και το βασικό νόημα, δηλαδή ότι η ανθεκτικότητα αναφέρεται στα θετικά αποτελέσματα στο πλαίσιο σημαντικής αντιξοότητας (Greve & Staudinger, 2006), ούτε ως προς το ποια άτομα θα χαρακτηρίζονταν ανθεκτικά με βάση όλους σχεδόν τους ορισμούς (Masten & Reed, 2002). Οι διαφορετικοί τρόποι μέτρησης, αν υπάρχει βασική συμφωνία στον ουσιαστικό ορισμό, θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην αποσαφήνιση του όρου (Greve & Staudinger, 2006). Επίσης, παρά τις διαφορές στον λειτουργικό ορισμό της ανθεκτικότητας, είναι εντυπωσιακό ότι τα ευρήματα πολλών και ποικίλων ερευνών συγκλίνουν στα συμπεράσματά τους (Masten & Reed, 2002).

Συμπερασματικά λοιπόν, η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας έχει λάβει μια σειρά από διαφορετικούς ορισμούς που κυμαίνονται από την αντίσταση στο στρες μέχρι τη θετική ανάπτυξη που μπορεί να λάβει χώρα μετά από την έκθεση σε κάποια αντιξοότητα ή τραύμα. Επιπλέον, οι έννοιες της ανθεκτικότητας του εγώ και της ψυχικής ευρωστίας οδήγησαν στη δημιουργία της εντύπωσης ότι η ψυχική ανθεκτικότητα είναι χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Ωστόσο, οι περισσότεροι ερευνητές θεωρούν λανθασμένη αυτή την υπόθεση, υποστηρίζοντας ότι η ψυχική ανθεκτικότητα αναφέρεται κυρίως σε μια διαδικασία η οποία έχει τη δυνατότητα να μεταβληθεί ανάλογα με τη χρονική στιγμή, τις συγκεκριμένες συνθήκες και τις εμπειρίες του ατόμου. Η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας τέλος έχει γίνει αντικείμενο έντονης κριτικής για την πληθώρα των εννοιών και κριτηρίων που έχουν χρησιμοποιηθεί στις έρευνες.

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν οι δύο βασικές προϋποθέσεις που είναι αναγκαίες για τη χρήση της έννοιας της ψυχικής ανθεκτικότητας, δηλαδή η έννοια της αντιξοότητας και της θετικής προσαρμογής, καθώς και τα κριτήρια που έχουν χρησιμοποιηθεί για να οριστούν και να αξιολογηθούν οι διαστάσεις αυτές.

Βασικά χαρακτηριστικά της ψυχικής ανθεκτικότητας. Παρά την έλλειψη ομοφωνίας, οι περισσότεροι ορισμοί αντιμετωπίζουν την ψυχική ανθεκτικότητα ως μια έννοια που βασίζεται στην ταυτόχρονη ύπαρξη δύο βασικών προϋποθέσεων: την αντιξοότητα ή το τραύμα και τα θετικά αποτελέσματα (Luthar, 2006. Luthar et al., 2000. Masten & Reed, 2002). Για να μπορέσει επομένως να χρησιμοποιηθεί η έννοια της ανθεκτικότητας θα πρέπει πρώτα να έχει υπάρξει κάποια απειλή στην ανάπτυξη ή την προσαρμογή ενός ατόμου και στη συνέχεια να έχει υπάρξει ικανοποιητική προσαρμογή ή ανάπτυξη, παρά την ύπαρξη αυτής της απειλής.

Η έννοια της αντιξοότητας. Η πρώτη απαραίτητη προϋπόθεση για τη χρήση της έννοιας της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι η έκθεση σε κάποιο τραυματικό γεγονός ή αντιξοότητα, αλλιώς αναφέρεται κανείς απλώς σε καλή προσαρμογή ή επιτυχία (Masten & Tellegen, 2012). Στη βιβλιογραφία της ανθεκτικότητας έχει ερευνηθεί ένα μεγάλο εύρος αντιξοοτήτων και τραυματικών εμπειριών, τόσο στα πλαίσια της παιδικής, εφηβικής και νεανικής ανθεκτικότητας, όσο και στα πλαίσια της ανθεκτικότητας ενηλίκων και ατόμων προχωρημένης ηλικίας.

Η έννοια της αντιξοότητας ή του κινδύνου αφορά «στις αρνητικές συνθήκες ζωής που είναι γνωστό ότι σχετίζονται στατιστικά με δυσκολίες προσαρμογής» (Luthar & Cicchetti, 2000, σελ. 858) σε διάφορους τομείς. Οι πρώτες έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας μελέτησαν την ανάπτυξη παιδιών που μεγάλωναν μέσα σε εξαιρετικά αντίξοες συνθήκες όπως είναι για παράδειγμα η ψυχοπαθολογία των γονιών, η φτώχεια, η βία στην κοινότητα ή η παιδική κακοποίηση. Οι προηγούμενες έρευνες της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας είχαν αποδείξει ότι η ύπαρξη αυτών των συνθηκών συνδεόταν με προβλήματα σε διάφορους τομείς της ανάπτυξης και της προσαρμογής για τα παιδιά. Για παράδειγμα, η ψυχική ασθένεια των γονιών έχει σχετιστεί με υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ασθένειας, δυσκολίες στο σχολείο και προβλήματα στην κοινωνική προσαρμογή των παιδιών (Seifer, 2003), ενώ η παιδική κακοποίηση έχει φανεί ότι επιδρά εξαιρετικά αρνητικά στην ψυχολογική και νευροβιολογική ανάπτυξη των παιδιών (Cicchetti & Toth, 2005), με αποτέλεσμα την ανάπτυξη προβλημάτων όπως η κατάθλιψη, η παραβατική συμπεριφορά ή οι δυσκολίες στις σχέσεις με τους άλλους (Bolger & Patterson, 2003).

Εκτός από την εξέταση μεμονωμένων στρεσογόνων συνθηκών όπως η ψυχοπαθολογία των γονιών ή η φτώχεια, πολλοί ερευνητές χρησιμοποίησαν πολλαπλούς δείκτες επικινδυνότητας, επειδή ένας σημαντικός αριθμός ερευνών έδειξε ότι όσο περισσότεροι είναι οι παράγοντες επικινδυνότητας που υπάρχουν στη ζωή ενός παιδιού τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα να παρουσιάσει δυσκολίες και προβλήματα στην ανάπτυξη και την προσαρμογή του (Vanderbilt-Adriance & Shaw, 2008). Η αξιολόγηση των αθροιστικών κινδύνων έχει ακολουθήσει δύο ευρύτερες προσεγγίσεις (Luthar & Cushing, 1999. Masten & Reed, 2002). Η πρώτη, και αρκετά κοινή προσέγγιση, είναι αυτή που χρησιμοποιεί ψυχομετρικά εργαλεία πολλαπλών ερωτημάτων που αθροίζουν το σύνολο των αρνητικών γεγονότων στη ζωή ενός παιδιού. Πολλές από τις έρευνες που χρησιμοποιούν αυτή την προσέγγιση χρησιμοποιούν κλίμακες αρνητικών γεγονότων ζωής, οι οποίες αποτελούνται από

ερωτήματα που αναφέρονται σε συγκεκριμένα γεγονότα ζωής που θεωρούνται στρεσογόνα για τα περισσότερα άτομα και αξιολογούν το άθροισμα τέτοιων γεγονότων στη ζωή ενός ατόμου. Αυτή την προσέγγιση χρησιμοποίησαν, για παράδειγμα, οι Masten et al. (1999) στη διαχρονική τους έρευνα, στην οποία ακολούθησαν την εξέλιξη 205 φυσιολογικών παιδιών δημοτικού σχολείου για 10 χρόνια. Η έρευνα μελέτησε την ψυχική ανθεκτικότητα των παιδιών στη μεταγενέστερη εφηβεία σε σχέση με τη διαχρονική αντιξοότητα, την προηγούμενη επάρκεια και τους ψυχοκοινωνικούς πόρους που διέθεταν. Για να αξιολογήσουν την αντιξοότητα χρησιμοποίησαν μια σειρά από δομημένα ερωτηματολόγια γεγονότων ζωής και λίστες που αξιολογούσαν τόσο τα στρεσογόνα γεγονότα που είχαν βιώσει οι συμμετέχοντες τους προηγούμενους 12 μήνες όσο και τις σημαντικές στρεσογόνες και τραυματικές εμπειρίες που είχαν βιώσει στη διάρκεια της ζωής τους, ξεκινώντας από τη γέννησή τους.

Ο δεύτερος τρόπος μέσα από τον οποίο έχει προσεγγιστεί η μέτρηση της αθροιστικής αντιξοότητας προέκυψε ως αποτέλεσμα της αναγνώρισης ότι πολλές φορές στην πραγματικότητα διάφορες μορφές αντιξοότητας συνυπάρχουν και δρουν σωρευτικά στη ζωή ενός ατόμου (Luthar, 2006. Masten, 2001). Για παράδειγμα πολλές φορές βιολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες δρουν συνδυαστικά, αυξάνοντας το επίπεδο του συνολικού κινδύνου στον οποίο εκτίθεται ένα παιδί. Οι ερευνητές που ακολουθούν αυτή την προσέγγιση αθροίζουν ταυτόχρονα πολλαπλούς κοινωνικοδημογραφικούς και οικογενειακούς δείκτες για να αξιολογήσουν τη συνολική αντιξοότητα που βιώνεται (Luthar & Cushing, 1999). Παράδειγμα έρευνας που χρησιμοποιεί αυτή την προσέγγιση αποτελεί η διαχρονική έρευνα των Werner και Smith (1982, 1992, 2001), στην οποία συνεξετάστηκαν ταυτόχρονα πολλοί παράγοντες επικινδυνότητας που τείνουν να συνυπάρχουν και περιλάμβαναν τη φτώχεια, το περιγεννητικό στρες, τη χρόνια διαφωνία στην οικογένεια, τον αλκοολισμό και την ψυχική ασθένεια των γονιών.

Μια διάκριση που γίνεται ως προς τους παράγοντες κινδύνου είναι η χρονιότητα ή μη της αντιξοότητας. Τα αρνητικά γεγονότα ζωής που χαρακτηρίζονται από χρονιότητα διαφέρουν από τα οξεία στρεσογόνα γεγονότα επειδή έχουν διαφορετικές επιπτώσεις στην προσαρμογή (Masten, Neeman, & Adenas, 1994). Συχνά ο βαθμός της κακής προσαρμογής είναι ανάλογος με τον βαθμό της έκθεσης και την ένταση της αντιξοότητας που αντιμετωπίζει κανείς (Masten & Wright, 2010). Έρευνες έχουν δείξει ότι η έκθεση σε χρόνια και διαπροσωπικό στρες, όπως είναι για

παράδειγμα η κακοποίηση, έχει σοβαρότερες επιπτώσεις πάνω σε παιδιά και εφήβους, από ότι οξέα και μη διαπροσωπικά τραύματα όπως είναι, για παράδειγμα, οι φυσικές καταστροφές (Cook et al., 2005).

Επιπλέον, σύμφωνα με τους Bonanno και Diminich (2013), η οξεία ή διαχρονική φύση της αντιξοότητας είναι ένα χαρακτηριστικό που, όπως είδαμε, διακρίνει την ψυχική ανθεκτικότητα των παιδιών από εκείνη των ενηλίκων. Έτσι, ενώ οι έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας παιδιών έχουν επικεντρωθεί κυρίως σε μορφές αντιξοότητας που χαρακτηρίζονται από χρονιότητα, όπως η ψυχική ασθένεια των γονιών, η φτώχεια ή η βία στην κοινότητα, οι έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας στους ενήλικες εστιάζουν σε οξέα γεγονότα που λαμβάνουν χώρα σε μια κατά τα άλλα φυσιολογική πορεία ζωής. Πράγματι, η βιβλιογραφία της ψυχικής ανθεκτικότητας ενηλίκων έχει ασχοληθεί κυρίως με ένα μεγάλο εύρος τέτοιων οξέων γεγονότων που περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων απώλειες αγαπημένων προσώπων (Bonanno, Moskowitz et al., 2005), τραύματα πολέμου (Casella & Motta, 1990), φυσικές καταστροφές (Reich, 2006), τρομοκρατικές επιθέσεις (Bonanno, Galea, Bucciarelli, & Vlahov, 2007) και σοβαρές ασθένειες (Denz-Penhey & Murdoch, 2008). Σύμφωνα με τους Bonanno και Diminich (2013) τα γεγονότα αυτά, ενώ στην καθομιλουμένη αποκαλούνται τραυματικά, θα έπρεπε να χαρακτηρίζονται ως *δυναμικά τραυματικά γεγονότα*, επειδή δεν καταλήγουν πάντα σε τραυματικές αντιδράσεις για εκείνους που τα βιώνουν, αλλά σε μια ποικιλία αντιδράσεων που εκτείνονται από τη χρόνια ψυχοπαθολογία μέχρι την υγιή προσαρμογή.

Εκτός από τα τραυματικά γεγονότα όπως αυτά που μόλις αναφέρθηκαν, η βιβλιογραφία της ανθεκτικότητας ενηλίκων έχει επεκταθεί σε μορφές αντιξοότητας που περιλαμβάνουν είτε στρεσογόνα γεγονότα μικρότερης έντασης ή ενοχλήσεις και δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι περισσότεροι άνθρωποι στην καθημερινή τους ζωή. Σύμφωνα με τους Lazarus και Folkman (1984), οι καθημερινές ενοχλήσεις όπως η ανάληψη πολλών ευθυνών ή οι καυγάδες με τον/τη σύντροφο, παρότι είναι λιγότερο δραματικές από τα μεγάλα τραυματικά γεγονότα, μπορεί να ασκούν σημαντικότερη επίδραση στην προσαρμογή και την υγεία. Παραδείγματα τέτοιων γεγονότων που έχουν ερευνηθεί αποτελούν η οικονομική δυσχέρεια (Donnellan, Conger, McAdams & Neppel, 2009), το καθημερινό στρες (Diehl & Hay, 2010) ή το στρες που συνεπάγονται ορισμένα επαγγέλματα όπως οι νοσηλευτές (Jackson, Firtko, & Edenborough, 2007), οι ψυχοθεραπευτές (Clark, 2009) ή οι δάσκαλοι (Gu & Day, 2007).

Όσο τα άτομα προχωρούν προς τη μέση και τρίτη ηλικία, νέες μορφές αντιξοότητας που συνδέονται με την πάροδο της ηλικίας προστίθενται στη ζωή τους. Έτσι, τα άτομα προχωρημένης ηλικίας υφίστανται πολλαπλές απώλειες που μπορεί να λαμβάνουν χώρα ταυτόχρονα ή πολύ κοντά μεταξύ τους και βιώνουν σε συχνότερο βαθμό γεγονότα που σε νεότερες ηλικίες θεωρούνται σπάνια και ασυνήθιστα (Staudinger, Marsiske, & Baltes, 1993). Για παράδειγμα, τα άτομα προχωρημένης ηλικίας αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν τους θανάτους του συντρόφου, των συγγενών και των φίλων τους, την εξασθένηση της σωματικής τους υγείας και λειτουργικότητας, ή την απώλεια της κοινωνικής τους θέσης σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι νεότεροι ενήλικες.

Τέλος, και στην ψυχική ανθεκτικότητα ενηλίκων και ατόμων προχωρημένης ηλικίας οι ερευνητές προχωρούν πέρα από την εξέταση των μεμονωμένων στρεσογόνων γεγονότων και μελετούν επιπλέον την έννοια της αθροιστικής αντιξοότητας (Ryff & Singer, 2003). Η έννοια αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία για τους ενήλικες και τα άτομα προχωρημένης ηλικίας καθώς όσο μεγαλώνει κανείς, τόσο περισσότερες μορφές αντιξοότητας μπορεί να συναντήσει σε διάφορα στάδια της ζωής του, οι οποίες αθροίζονται και ασκούν σωρευτική επίδραση στην ικανότητά του να αντιμετωπίζει τις νέες προκλήσεις. Για παράδειγμα, οι Bonanno et al. (2007), στην έρευνα τους για τους παράγοντες που προέβλεψαν την ψυχική ανθεκτικότητα ατόμων που βίωσαν τις τρομοκρατικές επιθέσεις της 11^{ης} Σεπτεμβρίου 2001, μεταξύ άλλων αξιολόγησαν και την έκθεση σε προηγούμενα τραυματικά γεγονότα, σε πρόσφατους στρεσογόνους παράγοντες ή σε τραυματικές καταστάσεις και στρεσογόνους παράγοντες που ήταν σε εξέλιξη. Τα ευρήματά τους έδειξαν ότι πράγματι η αθροιστική αντιξοότητα σχετιζόταν με μειωμένη ψυχική ανθεκτικότητα.

Συμπερασματικά, η βιβλιογραφία της ψυχικής ανθεκτικότητας έχει συμπεριλάβει ένα μεγάλο εύρος τραυματικών εμπειριών και αντίξοων συνθηκών. Στα πλαίσια της ψυχικής ανθεκτικότητας παιδιών, έχουν ερευνηθεί μορφές αντιξοότητας όπως για παράδειγμα η ψυχοπαθολογία των γονιών, η κακοποίηση, η φτώχεια ή η βία στην κοινότητα, οι οποίες συνδέονται με αρνητικά αποτελέσματα στην ανάπτυξη ή προσαρμογή των παιδιών. Ενώ οι περισσότερες αντιξοότητες της παιδικής ηλικίας χαρακτηρίζονται από χρονιότητα, οι αντιξοότητες που συναντούν οι ενήλικες αφορούν περισσότερο σε οξεία τραυματικά γεγονότα όπως η απώλεια αγαπημένων προσώπων, οι φυσικές καταστροφές ή οι σοβαρές ασθένειες. Ταυτόχρονα πολλοί ερευνητές εξετάζουν γεγονότα μέτριας έντασης ή το στρες της καθημερινότητας. Τα

άτομα μεγαλύτερης ηλικίας αντιμετωπίζουν όλο και περισσότερες αντιξοότητες που σχετίζονται με την πάροδο της ηλικίας όπως είναι οι απώλειες αγαπημένων προσώπων, ή η εξασθένηση της σωματικής υγείας. Τέλος, η έννοια της αθροιστικής αντιξοότητας, της συσσώρευσης δηλαδή των δυσκολιών είτε σε μια δεδομένη χρονική στιγμή ή με την πάροδο του χρόνου είναι μια έννοια που επίσης εξετάζεται τόσο στην ψυχική ανθεκτικότητα παιδιών όσο και ενηλίκων και ατόμων προχωρημένης ηλικίας.

Η έννοια της θετικής προσαρμογής. Η δεύτερη προϋπόθεση που είναι απαραίτητη για τη χρήση της έννοιας της ψυχικής ανθεκτικότητας αφορά στην ποιότητα της προσαρμογής του ατόμου είτε κατά τη διάρκεια ή μετά από την έκθεση του στην αντιξοότητα. Η θετική προσαρμογή περιλαμβάνει τόσο τη διατήρηση της φυσιολογικής ανάπτυξης ή λειτουργικότητας, όσο και τη λειτουργικότητα που είναι καλύτερη από εκείνη που θα αναμενόταν με βάση την έκθεση στον συγκεκριμένο κίνδυνο ή την αντιξοότητα (Luthar, 2006. Windle, 2011). Στη βιβλιογραφία της ψυχικής ανθεκτικότητας η έννοια της θετικής προσαρμογής έχει οριστεί με ποικίλους τρόπους και οι ερευνητές έχουν χρησιμοποιήσει μια σειρά από διαφορετικά κριτήρια για να την αξιολογήσουν (Luthar et al., 2000) που εκτείνονται από την απουσία της ψυχοπαθολογίας ή ανεπιθύμητης συμπεριφοράς, μέχρι την παρουσία θετικών αποτελεσμάτων όπως είναι τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα ή η ικανοποίηση από τη ζωή (Masten & Reed, 2002. Vanderbilt-Adrianne & Shaw, 2008).

Στην αναπτυξιακή ψυχολογία η θετική προσαρμογή έχει οριστεί με βάση την επάρκεια στην εκπλήρωση αναπτυξιακών στόχων κατάλληλων για την ηλικία και το φύλο των ατόμων στο συγκεκριμένο κοινωνικό-πολιτισμικό και ιστορικό πλαίσιο στο οποίο ζουν και μεγαλώνουν (Masten, 2001. Masten & Coatsworth, 1998). Οι στόχοι αυτοί αποκαλούνται *αναπτυξιακά καθήκοντα* και αναφέρονται στα πρότυπα συμπεριφοράς που αναμένεται να ακολουθήσουν τα άτομα καθώς μεγαλώνουν. Ορισμένα αναπτυξιακά καθήκοντα είναι παγκόσμια και συναντιούνται σε όλες τις κοινωνίες, όπως είναι για παράδειγμα η εκμάθηση της γλώσσας, ενώ κάποια άλλα αντανακλούν τις αξίες και τις προσδοκίες μιας συγκεκριμένης κοινωνίας ή ιστορικής εποχής, όπως είναι για παράδειγμα οι σχολικές επιδόσεις, που είναι σημαντικές για πολλές κοινωνίες αλλά όχι για όλες (Masten & Coatsworth, 1998). Οι αναπτυξιακοί στόχοι αλλάζουν με την πάροδο της ηλικίας και δεν αφορούν μόνο στα παιδιά αλλά και στους ενήλικες και στα άτομα προχωρημένης ηλικίας. Έτσι, ενώ για παράδειγμα για τα παιδιά σχολικής ηλικίας κριτήρια επάρκειας αποτελούν οι καλές επιδόσεις στο

σχολείο και οι καλές σχέσεις με τους συνομήλικους, για τους ενήλικες τα κριτήρια θα περιλαμβάνουν την επιτυχία στις ρομαντικές σχέσεις και την εργασία (Masten & Wright, 2010).

Πολλές έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας παιδιών και εφήβων χρησιμοποιούν την επάρκεια στα αναπτυξιακά καθήκοντα για να ορίσουν τη θετική προσαρμογή. Παράδειγμα τέτοιας έρευνας αποτελεί εκείνη των Masten et al. (1999), που αναφέρθηκε παραπάνω, στην οποία αξιολογήθηκε η θετική προσαρμογή των 205 παιδιών σε τρεις τομείς: τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα, την καλή συμπεριφορά (σε σύγκριση με την αντικοινωνική) και τις καλές σχέσεις με τους συνομήλικους. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν πολλαπλά κριτήρια και πηγές πληροφοριών για να αξιολογήσουν αυτούς τους τομείς. Οι μέθοδοι αξιολόγησης της επάρκειας περιλάμβαναν μεταξύ άλλων συνεντεύξεις με τους γονείς και με το ίδιο το παιδί, πληροφορίες από τα αρχεία του σχολείου, ατομικά τεστ επιτευγμάτων, αξιολογήσεις από τους δασκάλους και τους συνομήλικους, καθώς και αξιολογήσεις από τους συνεντευκτές.

Κριτήρια όπως η επάρκεια στην εκπλήρωση των αναπτυξιακών καθηκόντων αποτελούν δείκτες εξωτερικής ή συμπεριφορικής προσαρμογής. Το ζήτημα του κατά πόσο η θετική προσαρμογή θα πρέπει να κρίνεται με βάση μόνο εξωτερικά κριτήρια, ή αν αντίθετα θα πρέπει να περιλαμβάνει εσωτερικά κριτήρια ή και τα δύο έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους ερευνητές της ψυχικής ανθεκτικότητας παιδιών (Luthar & Zigler, 1991. Masten & Reed, 2002). Οι περισσότεροι ερευνητές της παιδικής και εφηβικής ψυχικής ανθεκτικότητας συμφωνούν ότι η ύπαρξη ψυχικής ανθεκτικότητας κρίνεται κυρίως από πρότυπα εξωτερικής προσαρμογής (Masten & Reed, 2002), επειδή ένα άτομο που δεν καταφέρνει να είναι λειτουργικό σε σημαντικούς τομείς της ζωής του, δε μπορεί να θεωρηθεί ότι δείχνει ανθεκτικότητα ή θετική προσαρμογή, όσο ευτυχισμένο και αν δηλώνει το ίδιο ότι είναι (Masten & Wright, 2010). Από την άλλη πλευρά, έρευνες έδειξαν ότι παιδιά που χαρακτηρίζονταν ανθεκτικά με βάση εξωτερικά κριτήρια λειτουργίας, όπως οι σχολικές επιδόσεις, παρουσίαζαν επίπεδα εσωτερικής δυσφορίας, δηλαδή συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, που ήταν παρόμοια με εκείνα που εμφάνιζαν τα παιδιά που βίωναν το ίδιο επίπεδο αντιξοότητας αλλά δε χαρακτηρίζονταν ανθεκτικά, και υψηλότερα επίπεδα εσωτερικής δυσφορίας από ότι παιδιά που βίωναν χαμηλότερα επίπεδα αντιξοότητας (Luthar, 1991). Αυτή η διαπίστωση οδήγησε πολλούς ερευνητές να προτείνουν την ταυτόχρονη χρήση κριτηρίων καλής εσωτερικής προσαρμογής, για τη διαπίστωση της

ύπαρξης ψυχικής υγείας και ψυχολογικού ευ ζην, παράλληλα με την αξιολόγηση της θετικής εξωτερικής προσαρμογής (Luthar & Brown, 2007. Masten & Reed, 2002). Αυτή την προσέγγιση χρησιμοποίησαν για παράδειγμα οι Motti-Stefanidi, Asendorpf, και Masten (2012), στη διαχρονική τους έρευνα σχετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα μεταναστών και παλιννοστούντων εφήβων που φοιτούσαν σε ελληνικά δημόσια σχολεία. Οι ερευνητές για να αξιολογήσουν την προσαρμογή χρησιμοποίησαν τόσο κριτήρια επιτυχίας σε αναπτυξιακά καθήκοντα όσο και κριτήρια εσωτερικής προσαρμογής. Συγκεκριμένα χρησιμοποίησαν πολλαπλές μεθόδους και πηγές πληροφοριών για να αξιολογήσουν την προσαρμογή σε τέσσερα επίπεδα: τις σχολικές επιδόσεις, τη συμπεριφορά, την αποδοχή των συνομηλίκων και το ψυχολογικό ευ ζην.

Η χρήση εξωτερικών ή εσωτερικών κριτηρίων για την αξιολόγηση της θετικής προσαρμογής όπως επίσης και η πηγή της πληροφόρησης και αξιολόγησης αποτελούν βασικές διαφορές ανάμεσα στην αξιολόγηση της θετικής προσαρμογής των παιδιών και των ενηλίκων (Luthar & Brown, 2007). Έτσι, όπως είδαμε παραπάνω, τα παιδιά και οι έφηβοι αξιολογούνται κυρίως ως προς την έκδηλη συμπεριφορά τους σε διάφορους τομείς ενώ η αξιολόγηση γίνεται όχι μόνο από το ίδιο το παιδί αλλά και από άλλα πρόσωπα, για παράδειγμα τους δασκάλους, τους γονείς ή τους συνομηλίκους του παιδιού. Από την άλλη πλευρά, η θετική προσαρμογή των ενηλίκων αξιολογείται από τους ίδιους, συνήθως με κλίμακες αυτοαναφοράς, οι οποίες μετρούν κατά κύριο λόγο την εσωτερική τους προσαρμογή, δηλαδή τα επίπεδα της δυσφορίας ή της ευτυχίας που βιώνουν. Υπάρχουν, ωστόσο, ερευνητές που υποστηρίζουν ότι και η θετική προσαρμογή στους ενήλικες χρειάζεται να αξιολογείται και από άλλα άτομα και όχι μόνο από τους ίδιους (Luthar & Brown, 2007). Αυτή την προσέγγιση χρησιμοποίησαν για παράδειγμα οι Bonanno, Moskowitz, et al. (2005), οι οποίοι μελέτησαν την ψυχική ανθεκτικότητα γονιών που είχαν χάσει το παιδί τους, συζύγων που είχαν χάσει τον/τη σύζυγο τους και φροντιστών χρόνια άρρωστων συντρόφων μετά από τον θάνατο τους. Για να αξιολογήσουν την προσαρμογή των ατόμων αυτών απέναντι στην απώλεια χρησιμοποίησαν, παράλληλα με τις κλίμακες αυτοαναφοράς, αξιολογήσεις από τους συνεντευκτές που διεξήγαγαν δομημένες κλινικές συνεντεύξεις με τους συμμετέχοντες, όπως επίσης και αξιολογήσεις από φίλους των συμμετεχόντων, οι οποίοι συμπλήρωσαν κλίμακες που εκτιμούσαν το επίπεδο προσαρμογής αλλά και τα

θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά του συμμετέχοντα, σε σύγκριση με το μέσο άτομο του ίδιου φύλου και ηλικίας.

Ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει τους ερευνητές της ψυχικής ανθεκτικότητας αφορά στο κατά πόσο είναι απαραίτητη η παρουσία ενός θετικού αποτελέσματος ή αρκεί η απουσία ενός αρνητικού αποτελέσματος για να κριθεί η ύπαρξη ανθεκτικότητας (Bonanno & Diminich, 2013. Vanderbilt-Adriance & Shaw, 2008). Σε πολλές περιπτώσεις αυτό εξαρτάται από τη σοβαρότητα της αντιξοότητας που εξετάζεται. Έτσι, αν ένας παράγοντας επικινδυνότητας είναι ακραίος και έντονος, μπορεί η απουσία ψυχοπαθολογίας ή κακής προσαρμογής να είναι επαρκές κριτήριο. Για παράδειγμα, όταν υπάρχουν σοβαρές αντιξοότητες όπως ο πόλεμος, η απουσία ψυχοπαθολογίας είναι καταλληλότερο κριτήριο από ότι η καλή σχολική επίδοση (Luthar & Cushing, 1999). Για άλλες μορφές αντιξοότητας, όπως είναι το διαζύγιο των γονιών, ίσως χρειάζονται περισσότερα θετικά αποτελέσματα για να κριθεί η ανθεκτικότητα (Luthar & Zelazo, 2003). Οι ερευνητές της ψυχικής ανθεκτικότητας στα παιδιά έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι αυτό που έχει σημασία είναι η εννοιολογική συμβατότητα των δεικτών αξιολόγησης της θετικής προσαρμογής με τη φύση της αντιξοότητας που μελετάται, τόσο ως προς τους τομείς λειτουργίας που αξιολογούνται όσο και ως προς την αυστηρότητα των κριτηρίων που χρησιμοποιούνται (Luthar, 2006. Luthar et al., 2000). Για παράδειγμα, για παιδιά που μεγαλώνουν με γονείς που πάσχουν από κατάθλιψη, η απουσία κατάθλιψης στα ίδια τα παιδιά αποτελεί βασικό κριτήριο θετικής προσαρμογής (Luthar, 2006).

Πολλές έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας ενηλίκων και ατόμων προχωρημένης ηλικίας χρησιμοποιούν την απουσία ψυχοπαθολογίας και αρνητικών αποτελεσμάτων ως κριτήρια για την αξιολόγηση της θετικής προσαρμογής. Είναι σύνηθες στις έρευνες αυτές να χρησιμοποιούνται κλίμακες που αξιολογούν συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους ή μετατραυματικής διαταραχής. Για παράδειγμα, οι Hjemdal, Friborg, Stiles, Rosenvinge, και Martinussen (2006) όρισαν τη θετική προσαρμογή απέναντι στα στρεσογόνα γεγονότα ζωής που βίωσαν ψυχικά υγιείς φοιτητές ως την απουσία ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Για να αξιολογήσουν τη θετική προσαρμογή των φοιτητών αυτών χρησιμοποίησαν την κλίμακα Hopkins Symptom Checklist-25 (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1974), η οποία εκτιμά την παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και σωματοποίησης. Άλλοι ερευνητές (Ryff & Singer, 2003. Ryff et al., 1998) υποστηρίζουν ότι ο ορισμός της ψυχικής ανθεκτικότητας ως απουσία ψυχοπαθολογίας δε λαμβάνει υπόψη την

ικανότητα που έχουν οι άνθρωποι να αναπτύσσονται και να ανθίζουν μέσα από την αντιξοότητα. Για να ορίσουν την ανθεκτικότητα χρησιμοποιούν κριτήρια θετικής έκβασης, όπως είναι για παράδειγμα η κλίμακα του ψυχολογικού ευ ζην (Ryff 1995, Ryff & Keyes, 1995), η οποία αξιολογεί τις έξι διαστάσεις της αυτονομίας, της περιβαλλοντικής ικανότητας, της προσωπικής ανάπτυξης, του σκοπού στη ζωή, των θετικών σχέσεων με τους άλλους και της αυτοαποδοχής. Ταυτόχρονα περιλαμβάνουν στην έννοια της ανθεκτικότητας την αξιολόγηση της θετικής σωματικής υγείας, της παρουσίας δηλαδή θετικών χαρακτηριστικών όπως η αερόβια ικανότητα και οι καλές συμπεριφορές σε σχέση με την υγεία.

Ένα άλλο ζήτημα που έχει προκύψει σε σχέση με τον ορισμό της θετικής έκβασης, αφορά στο κατά πόσο απαιτείται φυσιολογική λειτουργικότητα ή, αντίθετα, υπεροχή για τον προσδιορισμό της ψυχικής ανθεκτικότητας. Πολλοί ερευνητές εστιάζουν στη φυσιολογική προσαρμογή επειδή κυρίως τους ενδιαφέρει να κατανοήσουν πως τα άτομα διατηρούν ή επανακτούν τη φυσιολογική τους λειτουργικότητα και αποφεύγουν σημαντικά προβλήματα όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα και αντιξοότητες (Bonanno & Diminich, 2013, Masten & Reed, 2002). Ο Rutter (1990) τονίζει ότι οι ερευνητές της ανθεκτικότητας δε θα πρέπει να εστιάζουν σε ασυνήθιστα θετικά αποτελέσματα ή σε εξαιρετική λειτουργία, ούτε να διατηρούν την προσδοκία ότι η προστασία από το στρες και την αντιξοότητα θα έπρεπε να βασίζεται σε θετικές εμπειρίες. Από την άλλη πλευρά, ορισμένοι ερευνητές της ανθεκτικότητας στους ενήλικες εμπεριέχουν στους ορισμούς τους την έννοια της βελτίωσης της λειτουργίας και της άνθισης, αλλά τη θεωρούν ως μια από τις πιθανές εκβάσεις της ανθεκτικότητας, παράλληλα με τη διατήρηση της λειτουργίας και την ανάκαμψη (Ryff & Singer, 2003).

Συμπερασματικά, η θετική προσαρμογή αναφέρεται στη διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας ή την ανάπτυξη των ατόμων όταν έρχονται αντιμέτωπα με την αντιξοότητα. Στις έρευνες της αναπτυξιακής ψυχολογίας για να αξιολογηθεί η προσαρμογή χρησιμοποιούνται κυρίως κριτήρια επάρκειας σε αναπτυξιακούς στόχους όπως οι καλές επιδόσεις στο σχολείο, οι φιλικές σχέσεις και η συμπεριφορά που είναι σύμφωνη με τους κοινωνικούς κανόνες. Τέτοιοι στόχοι αποτελούν δείκτες εξωτερικής προσαρμογής και χρησιμοποιούνται συχνά, ενώ υπάρχουν ερευνητές που τονίζουν τη σημαντικότητα της αξιολόγησης δεικτών εσωτερικής προσαρμογής όπως τα συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης. Στις έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας ενηλίκων χρησιμοποιούνται κυρίως δείκτες εσωτερικής προσαρμογής, όπως είναι για

παράδειγμα οι κλίμακες που μετρούν συμπτώματα κατάθλιψης ή μετατραυματικής διαταραχής άγχους. Επιπλέον, η αξιολόγηση στους ενήλικες γίνεται κυρίως μέσα από ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς ενώ στα παιδιά, εκτός από ερωτηματολόγια που συμπληρώνουν τα ίδια, χρησιμοποιούνται επίσης αξιολογήσεις από τους γονείς, τους δασκάλους ή τους φίλους τους. Ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει τους ερευνητές είναι κατά πόσο αρκεί η απουσία αρνητικού αποτελέσματος για να κριθεί η θετική προσαρμογή ή αν απαιτείται επίσης η παρουσία θετικών αποτελεσμάτων. Τέλος, ένα συναφές ζήτημα είναι κατά πόσο απαιτείται φυσιολογική λειτουργικότητα ή υπεροχή για να κριθεί η θετική προσαρμογή. Και στα δύο ζητήματα οι απόψεις των ερευνητών ποικίλουν.

Στην επόμενη ενότητα θα γίνει παρουσίαση των προστατευτικών παραγόντων που έχουν συνδεθεί με την ψυχική ανθεκτικότητα. Μετά από μια σύντομη εισαγωγή στην έννοια και τα είδη των προστατευτικών παραγόντων, η ενότητα θα επικεντρωθεί στην παρουσίαση των κυριότερων παραγόντων που έχουν αναδειχθεί από τις έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας. Πολλά από αυτά που γνωρίζουμε για την ψυχική ανθεκτικότητα προέρχονται από τις έρευνες της αναπτυξιακής επιστήμης σε παιδιά που αντιμετωπίζουν ποικίλες αντίξοες συνθήκες ζωής. Οι έρευνες αυτές παρέχουν τη βάση για την εξέταση των παραγόντων που προάγουν την ψυχική ανθεκτικότητα και σε άλλες ηλικιακές ομάδες, και αυτός είναι ο βασικός λόγος που, παράλληλα με τις έρευνες στους ενήλικες, θα παρουσιαστούν ερευνητικά δεδομένα και από την έρευνα παιδιών και εφήβων. Ένας επιπλέον λόγος για την παράθεση των σχετικών ερευνητικών ευρημάτων τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες σχετίζεται με τη διαπίστωση ότι αυτές οι γραμμές έρευνας παρουσιάζουν σημαντικές ομοιότητες μεταξύ τους.

Προστατευτικοί Παράγοντες

Οι ερευνητές της ψυχικής ανθεκτικότητας επιδίωξαν από την αρχή να ανακαλύψουν γιατί κάποιοι τα καταφέρνουν καλύτερα απέναντι στις αντιξοότητες της ζωής και ποια είναι τα χαρακτηριστικά τους (Richardson, 2002). Βασικός στόχος της έρευνας της ψυχικής ανθεκτικότητας υπήρξε πάντα ο εντοπισμός εκείνων των παραγόντων που προστατεύουν τα άτομα από τις αρνητικές επιπτώσεις της αντιξοότητας και τα βοηθούν να αντεπεξέλθουν αποτελεσματικά στις προκλήσεις της ζωής. Οι προστατευτικοί παράγοντες ορίζονται ως οι «μηχανισμοί που μετριάζουν (βελτιώνουν) την αντίδραση ενός ατόμου σε μια στρεσογόνο κατάσταση ή χρόνια αντιξοότητα, έτσι ώστε η προσαρμογή του να είναι πιο επιτυχημένη από ότι αν

έλειπαν» (Werner, 1995, σ. 81). Είναι δηλαδή εκείνοι οι παράγοντες που μεσολαβούν και διευκολύνουν τη θετική προσαρμογή του ατόμου απέναντι στην αντιξοότητα.

Πολλές έρευνες, ανεξάρτητα από τη μεθοδολογία τους και τον πληθυσμό ή τα είδη των αντιξοοτήτων που έχουν ερευνήσει, έχουν καταλήξει σε μια «σύντομη λίστα» (Masten 2001, 2007) χαρακτηριστικών του ατόμου και του περιβάλλοντός του που φαίνεται ότι σχετίζονται με την ψυχική ανθεκτικότητα. Οι ερευνητές της αναπτυξιακής επιστήμης κατέληξαν σε μια ομαδοποίηση αυτών των χαρακτηριστικών σε τρεις κατηγορίες: (1) χαρακτηριστικά του παιδιού, τα οποία περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων τις νοητικές ικανότητες, την ιδιοσυγκρασία και χαρακτηριστικά όπως η αισιοδοξία ή το χιούμορ, (2) χαρακτηριστικά της οικογένειας, όπως είναι η ποιότητα της ανατροφής και το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, και (3) χαρακτηριστικά του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος, όπως είναι τα αποτελεσματικά σχολεία ή τα υψηλά επίπεδα δημόσιας ασφάλειας (Luthar et al., 2000. Werner, 1995). Οι έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας ενηλίκων έχουν εντοπίσει τους ίδιους ή παρόμοιους παράγοντες, που σχετίζονται τόσο με ατομικά όσο και με σχεσιακά και κοινωνικά χαρακτηριστικά. Οι Ryff και Singer (2003), ωστόσο, επισημαίνουν ότι η βιβλιογραφία της ψυχικής ανθεκτικότητας ενηλίκων και ατόμων προχωρημένης ηλικίας έχει δώσει έμφαση κυρίως σε ατομικά χαρακτηριστικά και παράγοντες όπως είναι τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, οι στρατηγικές αντιμετώπισης και η πνευματικότητα και όχι σε περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Εξάιρεση αποτελεί η έννοια της κοινωνικής στήριξης. Ωστόσο, η κοινωνική στήριξη αναφέρεται κατά κύριο λόγο στο άμεσο κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου και όχι στο επίπεδο της κοινότητας ή του ευρύτερου πολιτισμικού πλαισίου (Ryff & Singer, 2003).

Τα τελευταία χρόνια η εξέλιξη της επιστήμης έχει επιτρέψει την εξέταση βιολογικών μηχανισμών που λειτουργούν ως προστατευτικοί παράγοντες (Charney, 2004. Curtis & Cicchetti, 2003). Έτσι, ενώ στο παρελθόν το επίκεντρο πολλών ερευνών ήταν οι επιδράσεις που είχε το στρες και η αντιξοότητα στον εγκέφαλο και το σώμα, όλο και περισσότερες έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας επιχειρούν να προσδιορίσουν τις νευροβιολογικές αντιδράσεις που σχετίζονται με την ανθεκτικότητα απέναντι στο στρες, τις προστατευτικές διαδικασίες που μετριάζουν την επίδραση της αντιξοότητας στα νευροβιολογικά συστήματα και τον τρόπο με τον οποίο δρουν.

Τόσο οι έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας στα παιδιά όσο και εκείνες στους ενήλικες, έχουν δείξει ότι η ψυχική ανθεκτικότητα σχετίζεται με έναν συνδυασμό από ατομικούς και κοινωνικούς προστατευτικούς παράγοντες και όχι με κάποιον μεμονωμένο, κυρίαρχο παράγοντα (Bonanno & Diminich, 2013. Mancini & Bonanno, 2010). Ο κάθε παράγοντας μπορεί να συνεισφέρει σε ένα βαθμό στο αποτέλεσμα ενώ η επίδρασή του μπορεί να τροποποιείται από άλλους παράγοντες. Μια συναφής διαπίστωση είναι ότι οι προστατευτικοί παράγοντες πολλές φορές τείνουν να συγκεντρώνονται και να λειτουργούν αθροιστικά, ένα φαινόμενο που έχει ονομαστεί στη βιβλιογραφία ως *συσσώρευση παραγόντων, προστατευτικές αλυσίδες* (Waller, 2001) ή *καραβάνια πόρων* (Hobfoll, 2002). Για παράδειγμα, τα άτομα που έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση, είναι πολύ πιθανό να έχουν και υψηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας καθώς και μεγαλύτερο δίκτυο κοινωνικής στήριξης.

Στη συνέχεια της ενότητας αυτής θα παρουσιαστούν αναλυτικά οι σημαντικότεροι παράγοντες που έχουν αναδειχθεί από τις έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας. Η ανασκόπηση αυτή δε θα επικεντρωθεί σε βιολογικούς παράγοντες, σε δημογραφικά χαρακτηριστικά του ατόμου όπως η ηλικία και το φύλο, σε χαρακτηριστικά προσωπικότητας του ατόμου, ή σε χαρακτηριστικά που αφορούν στο ευρύτερο πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο. Αντίθετα, επίκεντρο της ενότητας θα αποτελέσουν οι παράγοντες εκείνοι που έχουν αναδειχθεί ως εξαιρετικά σημαντικοί από τις περισσότερες έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας και που, όπως έχει φανεί από τις έρευνες που έχουν γίνει στην ψυχοθεραπεία, σχετίζονται με την ψυχοθεραπεία και τη θεραπευτική αλλαγή.

Αυτογνωσία και θετική αυτοεικόνα. Οι θετικές αντιλήψεις και τα συναισθήματα που έχουν οι άνθρωποι για τον εαυτό τους αποτελούν παράγοντες που τους προστατεύουν από τις αρνητικές επιπτώσεις της αντιξοότητας και συνδέονται στενά με την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας (Kaplan, 2013. Rutter, 1987). Οι προστατευτικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον εαυτό περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την αυτογνωσία (Beardslee, 1989. Beardslee & Podorefsky, 1988), την αυθεντικότητα (Harter, 2002), την αυτοεκτίμηση (Cicchetti & Rogosch, 1997. Dumont & Provost, 1999. Kidd & Shahar, 2008. Wouters et al., 2013), και τις αυτοενισχυτικές προκαταλήψεις (Bonanno, 2004. Mancini & Bonanno, 2009, 2010).

Αυτογνωσία και αυθεντικότητα. Ο Beardslee (1989) και οι Beardslee και Podorefsky (1988) βρήκαν ότι ένας σημαντικός παράγοντας που συνδέεται με την καλή προσαρμογή απέναντι στην αντιξοότητα είναι ένας υψηλός βαθμός

αυτογνωσίας που επιτρέπει στο άτομο να αντιλαμβάνεται τις δυσκολίες που έχει να αντιμετωπίσει, να εκτιμά ρεαλιστικά την ικανότητά του για δράση αλλά και τις συνέπειες της δράσης αυτής, καθώς επίσης και να δρα με τρόπο συμβατό με την κατανόηση του αυτή. Συγκεκριμένα, οι Beardslee και Podorefsky (1988) έδειξαν στην έρευνα τους ότι οι ανθεκτικοί έφηβοι και νεαροί ενήλικες που είχαν γονείς με σοβαρή συναισθηματική διαταραχή είχαν βαθιά επίγνωση της ασθένειας των γονιών τους και των επιπτώσεών της στη ζωή των γονιών τους και τη δική τους. Οι έφηβοι αυτοί μπορούσαν να αντιλαμβάνονται τις αλλαγές στον εαυτό τους και στη συμπεριφορά των γονιών τους, να διακρίνουν τη δική τους εμπειρία από την ασθένεια των γονιών τους, να μην αισθάνονται υπεύθυνοι για αυτή όπως επίσης και να σκέφτονται και να δρουν αυτόνομα. Οι ικανότητες αυτές ήταν καθοριστικές ώστε να αντεπεξέλθουν αποτελεσματικά στο πλαίσιο της ασθένειας των γονιών τους.

Μια μεγαλύτερη κατανόηση του εαυτού ή η αναγνώριση νέων πραγμάτων για τον εαυτό αποτελούν βασικές διαδικασίες μέσα από τις οποίες οι άνθρωποι μπορούν να βρουν νέο νόημα στη ζωή τους. Οι διαδικασίες αυτές αναδείχθηκαν από την έρευνα των King et al. (2003) σε άτομα με χρόνιες αναπηρίες. Οι ερευνητές επιχείρησαν να εντοπίσουν τους προστατευτικούς παράγοντες και διαδικασίες που αναδείχθηκαν σε σημαντικά σημεία καμπής στη ζωή των συμμετεχόντων και τους βοήθησαν να ενισχύσουν την ψυχική τους ανθεκτικότητα. Σύμφωνα με τους ερευνητές, τα σημεία καμπής, που αναφέρονται σε θετικές ή αρνητικές σημαντικές εμπειρίες ή συνειδητοποιήσεις, μπορούν να δώσουν τη δυνατότητα να κατανοήσει κανείς τον τρόπο με τον οποίο οι προστατευτικοί παράγοντες και διαδικασίες ασκούν την προστατευτική τους λειτουργία. Οι ερευνητές εντόπισαν τρεις διαδικασίες μέσα από τις οποίες τα σημεία καμπής είχαν βοηθήσει τους συμμετέχοντες να αλλάξουν τη ζωή τους και να βρουν νέο νόημα ή σκοπό. Οι διαδικασίες αυτές αφορούσαν στην «υπέρβαση», στην «κατανόηση του εαυτού», και στην «προσαρμογή». Συγκεκριμένα, η κατανόηση του εαυτού αναφερόταν στην αναγνώριση νέων πραγμάτων για τον εαυτό, η οποία είχε βοηθήσει τους συμμετέχοντες να καταλάβουν περασμένα γεγονότα και να ενεργήσουν με τρόπους που είχαν αλλάξει ουσιαστικά τη ζωή τους.

Μια άλλη, συναφής έννοια που έχει σχετιστεί με την ψυχική ανθεκτικότητα είναι εκείνη της *αυθεντικότητας* του εαυτού. Η έννοια αυτή περιλαμβάνει δύο επίπεδα (Harter, 2002). Το πρώτο επίπεδο αφορά στην ικανότητα να γνωρίζει κανείς τον εαυτό του και να αναγνωρίζει ατομικές εμπειρίες όπως οι σκέψεις, τα συναισθήματα, οι ανάγκες ή οι πεποιθήσεις του. Το δεύτερο επίπεδο σχετίζεται με την ικανότητα να

δρα κανείς σε συμφωνία με τον αληθινό εαυτό του και να εκφράζεται με τρόπους συνεπείς με τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Η αυθεντικότητα του εαυτού έχει σχετιστεί με μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση, περισσότερα θετικά συναισθήματα και μεγαλύτερη ελπίδα για το μέλλον στους εφήβους, παράγοντες που συνδέονται με την ψυχική ανθεκτικότητα (Harter, 2002). Οι Ryan, LaGuardia, και Rawsthorne (2005) εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα στις έννοιες της πολυπλοκότητας του εαυτού και της αυθεντικότητας των πλευρών του εαυτού με το ευ ζην. Σύμφωνα με την έννοια της πολυπλοκότητας του εαυτού, η αυτοεικόνα αποτελείται από διάφορες πλευρές που αντιστοιχούν σε διαφορετικούς ρόλους, σχέσεις, πλαίσια ή δραστηριότητες. Οι αυθεντικές πλευρές του εαυτού ορίζονται ως εκείνες οι πλευρές του εαυτού που «εγκρίνονται πλήρως από τον εαυτό, που εκτελούνται ηθελημένα, και που έχουν νόημα για το άτομο» (σ. 433). Η έννοια αυτή προέρχεται από τη θεωρία της αυτοδιάθεσης (Ryan & Deci, 2000) σύμφωνα με την οποία όταν οι άνθρωποι ενεργούν με βάση τα εγγενή τους ενδιαφέροντα και αξίες, ενισχύεται η κινητοποίηση και το ευ ζην τους. Η έρευνά των Ryan et al. (2005) έδειξε ότι ενώ η πολυπλοκότητα του εαυτού δε σχετιζόταν με το ευ ζην, η αυθεντικότητα των πλευρών του εαυτού όχι μόνο σχετιζόταν με μεγαλύτερο ευ ζην αλλά και λειτουργούσε προστατευτικά απέναντι στις αρνητικές επιπτώσεις του στρες και σχετιζόταν με λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, λιγότερα σωματικά συμπτώματα και αντιλαμβανόμενο στρες.

Θετική αυτοεικόνα. Η αυτοεικόνα αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται κάποιος τον εαυτό του. Η θετική αυτοεικόνα σχετίζεται με έννοιες όπως είναι η αυτοεκτίμηση, ο αυτοσεβασμός και η αυτοαποδοχή, οι οποίες αποτελούν βασικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην ψυχική ανθεκτικότητα. Ήδη από τις πρώτες έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας στα παιδιά και τους εφήβους αναδείχθηκε η σημαντική επίδραση της υψηλής αυτοεκτίμησης στη θετική έκβαση μιας σειράς αρνητικών συνθηκών ζωής όπως είναι, για παράδειγμα, η κακοποίηση (Cicchetti & Rogosch, 1997), τα πολλαπλά στρεσογόνα γεγονότα ζωής (Cowen et al., 1997. Garmezy et al., 1984), και η φτώχεια (Buckner, Mezzacappa, & Beardslee, 2003). Στις έρευνες αυτές φάνηκε ότι η υψηλή αυτοεκτίμηση ήταν ένας από τους βασικούς προστατευτικούς παράγοντες που διέθεταν τα παιδιά και οι έφηβοι που έδειχναν ανθεκτικότητα απέναντι στις αντιξοότητες, η οποία τα διαφοροποιούσε από εκείνα που δεν είχαν καλή προσαρμογή.

Η θετική αυτοεικόνα δεν αποτελεί προστατευτικό χαρακτηριστικό μόνο για τα παιδιά και τους εφήβους, αλλά για όλο το εύρος της ανθρώπινης ανάπτυξης (Heller, Larrieu, D'Imperio & Boris, 1999). Αρκετές έρευνες έχουν δείξει πως οι θετικές στάσεις και συναισθήματα απέναντι στον εαυτό προστατεύουν τα άτομα από τις αρνητικές επιδράσεις διάφορων στρεσογόνων γεγονότων όπως είναι για παράδειγμα η εμπειρία του να είσαι άστεγος (Kidd & Shahar, 2008), η έκβαση μιας εγκυμοσύνης (Hobfoll & Leiberian, 1987), ο πόλεμος (Hobfoll & London, 1986), η κακοποίηση στην παιδική ηλικία (Valentine & Feinauer, 1993), η εμπειρία του να γερνάς με HIV/AIDS (Emlet, Tozay, & Raveis, 2011), και η λήψη κοινοτικής φροντίδας στην προχωρημένη ηλικία (Janssen, Van Regenmortel & Abma, 2011). Για παράδειγμα, στην έρευνα των Kidd και Shahar (2008) με άστεγους νέους 14-24 ετών, η αυτοεκτίμηση βρέθηκε ως ο κύριος προστατευτικός παράγοντας απέναντι στη μοναξιά, τον αυτοκτονικό ιδεασμό, και τα συναισθήματα ότι κάποιος είναι παγιδευμένος.

Η πίστη στην προσωπική αξία ήταν ένα από τα χαρακτηριστικά που βοήθησε ενήλικες γυναίκες οι οποίες είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά ως παιδιά να ανακάμψουν από την κακοποίηση και να αποκτήσουν μια ικανοποιητική ζωή ως ενήλικες (Valentine & Feinauer, 1993). Σύμφωνα με τις μαρτυρίες των γυναικών αυτών, η πίστη στον εαυτό τους ήταν απαραίτητη ώστε να μπορέσουν να κάνουν τα βήματα που χρειάζονταν για να ανεξαρτητοποιηθούν, να αποκατασταθούν επαγγελματικά και να δημιουργήσουν καλές διαπροσωπικές σχέσεις. Σε μια άλλη έρευνα με γυναίκες που είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά ως παιδιά (Bogar & Hulse-Killacky, 2006), οι συμμετέχουσες ανέφεραν ότι βίωναν στο παρελθόν συναισθήματα ντροπής και χαμηλής αυτοεκτίμησης που προέκυπταν από τις εμπειρίες της κακοποίησης, υπήρξε όμως κάποια στιγμή στη ζωή τους που είχαν πάρει τη συνειδητή απόφαση να αλλάξουν τον τρόπο που αντιμετώπιζαν τον εαυτό τους και να αναπτύξουν αυτοσεβασμό. Το εύρημα αυτό ενισχύει τη διαπίστωση ότι η αυτοεκτίμηση και η θετική στάση απέναντι στον εαυτό θεωρείται ότι προστατεύουν τα άτομα από τα αρνητικά μηνύματα που εισπράττουν για τον εαυτό τους σε ένα κακοποιητικό περιβάλλον (Cicchetti, Rogosch, & Holt, 1993).

Υπάρχουν αρκετοί τρόποι με τους οποίους οι ερευνητές υποθέτουν ότι η αυτοεκτίμηση και οι συναφείς στάσεις απέναντι στον εαυτό βοηθούν τα άτομα να προστατευτούν από τα απειλητικά γεγονότα. Κάποιες έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση αντιδρούν στα στρεσογόνα γεγονότα με περισσότερο

αυτοπροστατευτικούς τρόπους από ότι εκείνα που έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Για παράδειγμα η υψηλή αυτοεκτίμηση προστατεύει τα άτομα από την τάση να αποδίδουν αρνητικά χαρακτηριστικά στον εαυτό τους σαν αποτέλεσμα των δυσκολιών που βιώνουν και με αυτό τον τρόπο τα βοηθάει να αντιστέκονται στο στρες (Hobfoll & Leiberma, 1987. Hobfoll & London, 1986). Άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση χρησιμοποιούν συχνότερα ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες που εστιάζουν στο πρόβλημα, ενώ τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση χρησιμοποιούν περισσότερο παθητικές-αποφευκτικές στρατηγικές διαχείρισης που εστιάζουν στα συναισθήματα (Thoits, 1995). Επιπλέον, πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση αποτελεί σημαντικό παράγοντα επικινδυνότητας για την ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Orth, Robins, Trzesniewski, Maes, & Schmitt, 2009. Sowislo & Orth, 2013. Wouters et al., 2013). Μια διαχρονική έρευνα της πορείας της αυτοεκτίμησης στη διάρκεια της ζωής και της επίδρασής της σε διάφορες πλευρές της ζωής όπως η ικανοποίηση από τις σχέσεις και την εργασία, τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα, η κατάθλιψη και η σωματική υγεία, έδειξε ότι η αυτοεκτίμηση αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα και όχι συνέπεια των διαστάσεων αυτών (Orth, Robins, & Widaman, 2012). Συγκεκριμένα οι αναλύσεις έδειξαν ότι η αυτοεκτίμηση ασκούσε επιδράσεις διαφορετικού μεγέθους στην κατάθλιψη, το συναισθήμα, και στην ικανοποίηση από τις σχέσεις και την εργασία.

Η αυτοεκτίμηση έχει επίσης μελετηθεί σε συνδυασμό με την αισιοδοξία και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο, ως μια τριάδα χαρακτηριστικών που επηρεάζουν την προσαρμογή απέναντι στις στρεσογόνες καταστάσεις. Ο συνδυασμός των χαρακτηριστικών αυτών βασίζεται στη θεωρία της γνωστικής προσαρμογής (Taylor & Brown, 1988) και έχει ερευνηθεί, για παράδειγμα, σε σχέση με τη θετική προσαρμογή στο κολέγιο (Aspinwall & Taylor, 1992), με την εμπειρία της έκτρωσης (Cozzarelli, 1993. Major, Richards, Cooper, Cozzarelli, & Zubek, 1998), και με την αποδοχή αλλαγών του εργασιακού περιβάλλοντος (Wanberg & Banas, 2000). Σε γενικές γραμμές, στις έρευνες αυτές η αυτοεκτίμηση, η αισιοδοξία και οι πεποιθήσεις ελέγχου αντιμετωπίζονται ως κεντρικοί πόροι που συναπαρτίζουν την ανθεκτική προσωπικότητα, και που διευκολύνουν την ευνοϊκή γνωστική εκτίμηση των εμπειριών, την αυτοαποτελεσματικότητα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης, με αποτέλεσμα την καλύτερη προσαρμογή απέναντι στα στρεσογόνα γεγονότα ζωής.

Ωστόσο, η θεωρία της γνωστικής προσαρμογής υποστηρίζει ότι οι θετικές αντιλήψεις των ατόμων που έχουν ευνοϊκή επίδραση στην ψυχική τους υγεία, δε βασίζονται απαραίτητα στην πραγματική εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους, τον κόσμο και το μέλλον, αλλά ότι, αντιθέτως, αποτελούν αυταπάτες (Taylor & Brown, 1988). Οι Taylor και Brown (1988) υποστηρίζουν ότι είναι φυσιολογικό για τους ανθρώπους να διατηρούν ανεδαφικά θετικές εικόνες του εαυτού τους, αυταπάτες ελέγχου και εξωπραγματική αισιοδοξία, επειδή τους βοηθούν να λειτουργούν στην καθημερινότητα και να διατηρούν την ψυχική τους υγεία. Επιπλέον, οι αυταπάτες αυτές γίνονται ακόμη πιο απαραίτητες στο πλαίσιο προσωπικών τραγωδιών όπως ο καρκίνος, ώστε τα άτομα να ανακάμψουν από αυτές (Taylor, 1983). Ο Bonanno και οι συνεργάτες του (Bonanno, 2004. Mancini & Bonanno, 2009, 2010) χρησιμοποιούν την παρεμφερή έννοια της *αυτοενίσχυσης* ή των *αυτοενισχυτικών προκαταλήψεων*, η οποία σχετίζεται με την τάση των ατόμων να αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους με εξωπραγματικά ευνοϊκό τρόπο.

Η αυτοενίσχυση έχει σχετιστεί με υψηλότερη αυτοεκτίμηση αλλά και με υψηλότερο ναρκισσισμό και αρνητικές εντυπώσεις στους άλλους (Bonanno, 2004). Παρόλα αυτά, οι αυτοενισχυτικές προκαταλήψεις έχουν σχετιστεί με καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή απέναντι σε τραυματικά γεγονότα στους ενήλικες. Παραδείγματα τέτοιων γεγονότων αποτελούν η τραυματική απώλεια του συζύγου ή η εμπειρία του εμφύλιου πολέμου στη Βοσνία (Bonanno, Field, Kovacevic, & Kaltman, 2002), η εμπειρία των τρομοκρατικών επιθέσεων της 11^{ης} Σεπτεμβρίου 2001 (Bonanno, Rennie, & Dekel, 2005), ο καρκίνος, ή η μόλυνση από τον ιό HIV (Taylor & Armor, 1996). Στην έρευνα των Bonanno, Rennie και Dekel (2005) βρέθηκε ότι η αυτοενίσχυση σχετιζόταν με ανθεκτική έκβαση αλλά και με καλύτερη προσαρμογή πριν την 11^η Σεπτεμβρίου, όπως είχε αξιολογηθεί από φίλους και συγγενείς. Επιπλέον, μετά την έκθεσή τους στις τρομοκρατικές επιθέσεις, τα άτομα με υψηλή βαθμολογία στην αυτοενίσχυση, κατάφεραν να επανέλθουν γρήγορα στον συνηθισμένο τρόπο λειτουργίας τους, βίωναν περισσότερα θετικά συναισθήματα και αντιλαμβάνονταν λιγότερους κοινωνικούς περιορισμούς όταν επιχειρούσαν να μοιραστούν τις δύσκολες εμπειρίες τους με τους άλλους.

Αντιλαμβανόμενος έλεγχος. Ένας παράγοντας που συμβάλλει σημαντικά στην ικανότητα των ατόμων να προσαρμόζονται και να αντιμετωπίζουν την αντιξοότητα και το τραύμα είναι εκείνος του *αντιλαμβανόμενου ελέγχου*. Η έννοια αυτή αναφέρεται στην κρίση του ατόμου ως προς την ικανότητά του να ελέγχει τον

εαυτό του και το περιβάλλον του και να επιφέρει επιθυμητά αποτελέσματα (Thompson, 2002). Ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος είναι σημαντικός όχι μόνο για την αντιμετώπιση των δυσκολιών και των τραυμάτων της ζωής αλλά και γενικότερα για το ψυχολογικό ευ ζην, επειδή σχετίζεται με τη βίωση περισσότερων θετικών συναισθημάτων, με την ενεργή επίλυση προβλημάτων και τη δράση, αλλά και με τη μείωση του άγχους και των σωματικών συμπτωμάτων που προκαλεί το στρες. Τόσο στην ψυχολογία γενικότερα, όσο και στη βιβλιογραφία της ψυχικής ανθεκτικότητας ειδικότερα, η έννοια του αντιλαμβανόμενου ελέγχου έχει λάβει μια σειρά από μορφές που περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την εσωτερική εστία ελέγχου, τον αντιλαμβανόμενο προσωπικό έλεγχο, και την αντιλαμβανόμενη ικανότητα, αυτοαποτελεσματικότητα ή αίσθηση μαεστρίας (Wallston, 2007). Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στις δύο έννοιες που έχουν ερευνηθεί εκτενέστερα και έχουν σχετιστεί με την ανθεκτικότητα απέναντι σε μια σειρά από αντιξοότητες, τραυματικά γεγονότα και καθημερινές δυσκολίες, δηλαδή στις έννοιες της *εσωτερικής εστίας ελέγχου* και της *αυτοαποτελεσματικότητας*.

Εσωτερική εστία ελέγχου. Η εσωτερική εστία ελέγχου (Rotter, 1966) αναφέρεται στην πεποίθηση των ατόμων ότι τα αποτελέσματα (ή τα γεγονότα) ελέγχονται από τις δικές τους ενέργειες ή από χαρακτηριστικά τους (Wallston, 2007). Αντίθετα, η πεποίθηση των ατόμων ότι τα αποτελέσματα καθορίζονται είτε από τις ενέργειες άλλων ατόμων ή από τυχαία γεγονότα και τη μοίρα, χαρακτηρίζει μια εξωτερική εστία ελέγχου. Αρκετές είναι οι έρευνες που έχουν δείξει ότι η εσωτερική εστία ελέγχου αποτελεί προστατευτικό παράγοντα απέναντι στις αντιξοότητες και τις τραυματικές εμπειρίες της ζωής σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (Luthar & Zigler, 1991). Για παράδειγμα, η εσωτερική εστία ελέγχου έχει βρεθεί ως προστατευτικός παράγοντας απέναντι σε πολλαπλά στρεσογόνα γεγονότα ζωής (Werner, 1990), στην παραμέληση και την κακοποίηση (Bolger & Patterson, 2001, 2003. Moran & Eckenrode, 1992. Valentine & Feinauer, 1993), στη γενικότερη προσαρμογή εφήβων (Grossman et al., 1992) και πρωτοετών φοιτητών πανεπιστημίου (Leontopoulou, 2006), και απέναντι στη σωματική ασθένεια (Stewart & Yuen, 2011), μεταξύ άλλων.

Συγκεκριμένα, η εσωτερική εστία ελέγχου έχει βρεθεί ότι αποτελεί προστατευτικό παράγοντα που μετριάξει τη σχέση ανάμεσα στην κακοποίηση και την κακή προσαρμογή (Heller et al., 1999). Χαρακτηριστική είναι η έρευνα των Bolger και Patterson (2001), οι οποίοι μελέτησαν τη σχέση ανάμεσα στις αντιλήψεις ελέγχου και τα προβλήματα εσωτερίκευσης, δηλαδή συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης,

κοινωνικής απόσυρσης όπως επίσης και σωματικά συμπτώματα, σε 59 κακοποιημένα παιδιά δημοτικού σχολείου. Υπέθεσαν ότι τα κακοποιημένα παιδιά που πίστευαν ότι μπορούσαν να ελέγξουν τα πράγματα που τους συνέβαιναν θα είχαν λιγότερα προβλήματα εσωτερίκευσης, ενώ τα παιδιά με χαμηλά επίπεδα εσωτερικού ελέγχου θα βίωναν μειωμένη κινητοποίηση και αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους. Τα ευρήματα έδειξαν ότι ο εσωτερικός έλεγχος πράγματι αλληλεπιδρούσε με την κακοποίηση και προέβλεπε τα προβλήματα εσωτερίκευσης, με μεγαλύτερο εσωτερικό έλεγχο να σχετίζεται με λιγότερα συμπτώματα εσωτερίκευσης, υποστηρίζοντας έτσι τον προστατευτικό ρόλο του εσωτερικού ελέγχου.

Η εσωτερική εστία ελέγχου είναι ένας από τους παράγοντες που έχουν σχετιστεί επίσης με την απουσία συμπτωμάτων μετατραυματικής διαταραχής άγχους (Agaibi & Wilson, 2005. Hoge, Austin, & Pollack, 2007). Για παράδειγμα, η εσωτερική εστία ελέγχου μετρήθηκε, ανάμεσα σε άλλους παράγοντες, σε 103 γυναίκες πριν από τον τοκετό (Soet, Brack, & Dilorio, 2003). Το 34 τοις εκατό των συμμετεχόντων βίωσε τον τοκετό ως τραυματική εμπειρία, αναπτύσσοντας είτε πλήρη ή μερικά συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής άγχους. Η εσωτερική εστία ελέγχου, μεταξύ άλλων παραγόντων, βρέθηκε ότι αποτελούσε σημαντικό προγνωστικό παράγοντα της ανάπτυξης μετατραυματικής διαταραχής άγχους μετά τη γέννα. Έτσι, οι γυναίκες που είχαν αναφέρει υψηλότερη εσωτερική εστία ελέγχου πριν από τον τοκετό, είχαν λιγότερα ή καθόλου συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής άγχους τέσσερις εβδομάδες μετά από τον τοκετό. Η εσωτερική εστία ελέγχου έχει σχετιστεί με την απουσία ή με λιγότερα συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής άγχους και σε άλλους πληθυσμούς, όπως για παράδειγμα σε βετεράνους του πολέμου του Βιετνάμ (Casella & Motta, 1990), καθώς και σε παιδιά που βίωσαν βία ή την απώλεια του σπιτιού τους, μετά από μαζικές στρατιωτικές επιθέσεις (Kuterovac-Jagodić, 2003).

Εκτός από τα μειωμένα συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής άγχους, η εσωτερική εστία ελέγχου έχει σχετιστεί και με λιγότερα αρνητικά συναισθήματα στο πλαίσιο του καθημερινού στρες (Diehl & Hay, 2010. Ong, Bergeman & Bisconti, 2005). Συγκεκριμένα, οι Diehl και Hay (2010) εξέτασαν στην έρευνά τους τη σχέση ανάμεσα στο καθημερινό στρες και τα αρνητικά συναισθήματα καθώς και το ρόλο που έπαιζε ο αντιλαμβανόμενος εσωτερικός έλεγχος στη σχέση αυτή. Οι ερευνητές λάμβαναν καθημερινά αξιολογήσεις μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων και ημερολογίων από 239 άτομα για 30 συνεχόμενες ημέρες. Τα ευρήματά τους

υποστήριξαν τον προστατευτικό ρόλο των αντιλήψεων ελέγχου απέναντι στο καθημερινό στρες. Συγκεκριμένα, τις ημέρες που οι συμμετέχοντες ανέφεραν μεγαλύτερο εσωτερικό έλεγχο, ανέφεραν επίσης λιγότερα αρνητικά συναισθήματα. Βρέθηκε επίσης ότι υπήρχαν σημαντικές αλληλεπιδράσεις των αντιλήψεων ελέγχου και της σχέσης ανάμεσα στο καθημερινό στρες και τα αρνητικά συναισθήματα. Δηλαδή, τις ημέρες που οι συμμετέχοντες ανέφεραν μεγαλύτερο εσωτερικό έλεγχο, η σχέση ανάμεσα στο στρες και τα αρνητικά συναισθήματα μετριαζόταν.

Παράλληλα με τις έρευνες που υποστηρίζουν τον σημαντικό ρόλο που παίζει η εσωτερική εστία ελέγχου στην προστασία από πολλά είδη αντιξοοτήτων και τραυματικών εμπειριών, υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό ερευνών που δεν εντοπίζει συσχέτιση ανάμεσα στην εσωτερική εστία ελέγχου και την ανθεκτικότητα. Για παράδειγμα, οι Kilpatrick και Williams (1998) βρήκαν ότι η εσωτερική εστία ελέγχου δε σχετιζόταν με τη σοβαρότητα των επιπέδων μετατραυματικής διαταραχής άγχους σε παιδιά που ήταν μάρτυρες οικιακής βίας. Επίσης, οι Stewart και Yuen (2011), στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που διεξήγαγαν σχετικά με τους παράγοντες που προβλέπουν ή προωθούν την ανθεκτικότητα στο πλαίσιο της σωματικής ασθένειας, βρήκαν ότι υπήρχε διάσταση στις έρευνες ως προς την εστία ελέγχου, με κάποιες, αλλά όχι όλες, να βρίσκουν ότι ασκεί προστατευτικό ρόλο. Έχει υποστηριχθεί ότι αυτή η διάσταση μπορεί να οφείλεται στο ότι η έννοια της εστίας ελέγχου αναφέρεται στην πεποίθηση για το κατά πόσο το άτομο ελέγχει τις καταστάσεις και δε σχετίζεται απαραίτητα με τον πραγματικό έλεγχο που έχει σε αυτές (Condly, 2006). Έτσι, στις περιπτώσεις που η ασθένεια είναι ελεγχόμενη και όχι τόσο σοβαρή, η εστία ελέγχου μπορεί να παίζει σημαντικότερο ρόλο από ότι σε ασθένειες με αβέβαιη εξέλιξη, όπου μπορεί να υπάρχει εξάρτηση από τους άλλους λόγω μειωμένης σωματικής ικανότητας. Σε αυτές τις περιπτώσεις η μη ρεαλιστική εκτίμηση ως προς τον έλεγχο που έχει κανείς μπορεί να οδηγήσει σε απογοήτευση, ενώ η κοινωνική στήριξη μπορεί να αποτελεί σημαντικότερο προστατευτικό παράγοντα.

Αυτοαποτελεσματικότητα. Η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας προέρχεται από την κοινωνική γνωστική θεωρία και αναφέρεται στις πεποιθήσεις των ατόμων σχετικά με την ικανότητά τους να ελέγξουν το περιβάλλον τους, να εκτελέσουν δύσκολα ή νέα έργα και να αντιμετωπίσουν απαιτητικές ή αντίξοες συνθήκες (Bandura, 1997). Αναφέρεται επίσης στις πεποιθήσεις που έχουν τα άτομα ως προς την ικανότητά τους να εκτελέσουν μια συγκεκριμένη δράση που είναι απαραίτητη προκειμένου να πετύχουν ένα επιθυμητό αποτέλεσμα. Οι

αυτοαξιολογήσεις των ατόμων σε σχέση με την ικανότητά τους να δρουν αποτελούν βασική προϋπόθεση της ψυχικής ανθεκτικότητας, και σημαντικό προστατευτικό παράγοντα απέναντι στην αντιξοότητα και το τραύμα (Benight & Cieslak, 2011, Rutter, 1987). Ιδιαίτερα στο πλαίσιο του στρες και των στρατηγικών της αντιμετώπισής του χρησιμοποιείται η έννοια της «αυτοαποτελεσματικότητας αντιμετώπισης», της αντίληψης δηλαδή του ατόμου ως προς την ικανότητά του να διαχειριστεί τα τραύματα ή τα στρεσογόνα γεγονότα (Benight & Cieslak, 2011). Οι αντιλήψεις για την αυτοαποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης παίζουν κεντρικό ρόλο στην ανθεκτικότητα, αφού τα άτομα που πιστεύουν ότι μπορούν να υπερβούν τις καταστάσεις, αναλαμβάνουν ενεργό ρόλο στην ανάκαμψή τους από τις τραυματικές εμπειρίες, αντί να αφήνονται παθητικά σε αυτές.

Οι πεποιθήσεις για την αυτοαποτελεσματικότητα ρυθμίζουν την ανθρώπινη λειτουργία επηρεάζοντας το επίπεδο κινητοποίησης, τις γνωστικές διαδικασίες, το συναίσθημα και τη δράση (Bandura, 1989). Έτσι, τα άτομα με υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα σκέφτονται με τρόπους που ενισχύουν τον εαυτό τους, επιλέγουν υψηλότερους στόχους, καταβάλλουν περισσότερες προσπάθειες και επιμένουν περισσότερο από ότι εκείνα με χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα. Επίσης, η αυτοαποτελεσματικότητα επηρεάζει το επίπεδο του στρες και της κατάθλιψης που βιώνουν τα άτομα σε απειλητικές καταστάσεις. Τα άτομα με υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα εμπιστεύονται τις ικανότητες τους απέναντι στις δυσκολίες, αντιμετωπίζουν τα προβλήματα σαν προκλήσεις και όχι σαν απειλές, και επιμένουν απέναντι στις δυσκολίες (Bandura, 1997).

Η αυτοαποτελεσματικότητα έχει βρεθεί ως σημαντικός παράγοντας που συνδέεται με την ψυχική ανθεκτικότητα τόσο στα παιδιά και εφήβους (Rutter, 1987, Werner, 1995) όσο και στους ενήλικες (Benight & Cieslak, 2011) απέναντι σε μια ποικιλία από αντιξοότητες ή τραυματικές εμπειρίες. Για παράδειγμα, οι Μόττη-Στεφανίδη και συνεργάτες (2005) στην έρευνα τους για την ψυχική ανθεκτικότητα μεταναστών και παλιννοστούντων εφήβων που φοιτούσαν σε δημόσια ελληνικά σχολεία, βρήκαν ότι ένας βασικός ατομικός παράγοντας που διέκρινε τους ψυχικά ανθεκτικούς εφήβους από εκείνους που ήταν ψυχικά ευάλωτοι, ήταν οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας που είχαν. Επιπλέον, η διαχρονική έρευνα των Werner και Smith (2001), έδειξε ότι η αυτοαποτελεσματικότητα αποτελούσε σημαντικό προστατευτικό παράγοντα που οδηγούσε σε καλή προσαρμογή σε όλες τις ηλικίες,

και ότι η αυτοαποτελεσματικότητα στην ηλικία των 18 ετών σχετιζόταν, μαζί με άλλους παράγοντες, με την καλή προσαρμογή στην ηλικία των 40 ετών.

Στους ενήλικες η αυτοαποτελεσματικότητα έχει σχετιστεί με θετική έκβαση και μειωμένα συμπτώματα απέναντι σε ένα μεγάλο εύρος αντιξοοτήτων και τραυματικών εμπειριών. Για παράδειγμα, έχει σχετιστεί με λιγότερα συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής άγχους σε γυναίκες μετά τη γέννα (Soet et al., 2003), σε γυναίκες που έχουν υποστεί παιδική κακοποίηση (Walter, Horsey, Palmieri, & Hobfoll, 2010), όπως επίσης και με χαμηλότερη δυσφορία απέναντι στις απώλειες που προκαλούνται από φυσικές καταστροφές (Benight, Swift, Sanger, Smith & Zeppelin, 1999). Επιπλέον, η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας έχει σχετιστεί με καλύτερη προσαρμογή σε γυναίκες με βλάβη της σπονδυλικής στήλης (Kilic, Dorstyn, & Guiver, 2013), σε ασθενείς με τραυματική εγκεφαλική βλάβη (Tsaousides et al., 2009) όπως επίσης και μετά από έκτρωση (Cozzarelli, 1993). Σε μια σχετικά πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, οι Luszczynska, Benight και Cieslak (2009) εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα στην αυτοαποτελεσματικότητα και μια σειρά από ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα απέναντι σε ένα ευρύ φάσμα συλλογικών τραυματικών γεγονότων που περιλάμβανε, μεταξύ άλλων, φυσικές καταστροφές, τρομοκρατικές επιθέσεις ή την εμπειρία της μάχης. Η ανασκόπηση είκοσι οκτώ ερευνών με 8.011 συνολικούς συμμετέχοντες, ενήλικες και εφήβους, έδειξε ότι υπήρχε ισχυρή σχέση ανάμεσα στην αυτοαποτελεσματικότητα και την ψυχική υγεία. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα τόσο των συγχρονικών όσο και των διαχρονικών ερευνών που εξετάστηκαν στην ανασκόπηση έδειξαν ότι η αυτοαποτελεσματικότητα σχετιζόταν με μικρότερη σοβαρότητα συμπτωμάτων μετατραυματικής διαταραχής άγχους, με χαμηλότερα επίπεδα δυσφορίας, καταθλιπτικών συμπτωμάτων και άγχους και με υψηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων. Επίσης, η ανασκόπηση έδειξε ότι οι ισχυρές πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας σχετίζονταν με καλύτερη σωματική υγεία, όπως αυτή αξιολογούνταν από τους ίδιους τους συμμετέχοντες, και καλύτερη προσαρμογή στην ασθένεια. Οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η αυτοαποτελεσματικότητα «αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα της μετατραυματικής ανάκαμψης ανάμεσα σε επιζώντες συλλογικού τραύματος» (Luszczynska et al., 2009, σ. 51).

Άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι οι πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας σχετίζονται με δείκτες καλής προσαρμογής απέναντι στην αντιξοότητα. Για παράδειγμα, έχει φανεί ότι η αυτοαποτελεσματικότητα παρουσιάζει ισχυρή θετική

σχέση με την αισιοδοξία, την αυτορρύθμιση και την αυτοεκτίμηση, παράγοντες που συνδέονται στενά με την ανθεκτικότητα (Luszczynska, Gutiérrez-Doña, & Schwarzer, 2005). Επιπλέον, η αυτοαποτελεσματικότητα επηρεάζει την επιλογή της στρατηγικής αντιμετώπισης απέναντι σε διάφορες καταστάσεις (Bandura, 1997). Για παράδειγμα, η αυτοαποτελεσματικότητα έχει σχετιστεί με συχνότερη χρήση ενεργητικών στρατηγικών αντιμετώπισης σε ασθενείς με γαστρεντερική νόσο, όπως επίσης και με συχνότερη χρήση ενεργητικών στρατηγικών αντιμετώπισης, σχεδιασμού, θετικής αναδόμησης, χιούμορ και μαχητικού πνεύματος σε ασθενείς με καρκίνο (Luszczynska, Scholz, & Schwarzer, 2005).

Νόημα και κατασκευή νοήματος. Τελευταία, ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών έχει αναγνωρίσει τη σημαντικότητα του νοήματος και της διαδικασίας κατασκευής νοήματος στην προσαρμογή των ατόμων απέναντι στις αντιξοότητες και τις τραυματικές εμπειρίες (Davis & Nolen-Hoeksema, 2001. Gillies & Neimeyer, 2006. Larner & Blow, 2011. Neimeyer, Burke, Mackay, & van Dyke Stringer, 2010. Park, 2010. Park & Folkman, 1997). Πρωτοπόρος στη μελέτη του νοήματος στο πλαίσιο της αντιξοότητας υπήρξε ο Victor Frankl (Baumeister & Vohs, 2002), ο οποίος επεσήμανε το σημαντικό ρόλο που παίζει η *βούληση για νόημα*, ως βασικό κίνητρο στη ζωή των ανθρώπων (Frankl, 1969). Ο Frankl, μέσα από την εμπειρία της παραμονής του σε στρατόπεδα συγκέντρωσης κατά τη διάρκεια του Δευτέρου Παγκόσμιου Πολέμου, διαπίστωσε ότι τα άτομα που κατάφεραν να διατηρήσουν την αίσθηση νοήματος στην εμπειρία τους και έβρισκαν σκοπό στη ζωή τους ήταν πιθανότερο να επιβιώσουν και να αντιμετωπίσουν το στρες που προκαλούσαν οι συνθήκες διαβίωσης στα στρατόπεδα.

Στη μεταγενέστερη βιβλιογραφία, η έννοια, ο λειτουργικός ορισμός, και οι διαστάσεις του νοήματος παρουσιάζουν μεγάλο εύρος. Αναγνωρίζοντας αυτόν τον περιορισμό, οι Park και Folkman (1997) επιχείρησαν να ενσωματώσουν τους διάφορους ορισμούς και διαστάσεις σε ένα συνθετικό μοντέλο κατασκευής νοήματος, το οποίο περιγράφει τον ρόλο του νοήματος στις διαδικασίες με τις οποίες τα άτομα αξιολογούν και αντιμετωπίζουν τα στρεσογόνα γεγονότα. Το μοντέλο αυτό επεξεργάστηκαν και ανέπτυξαν στη συνέχεια οι Park και Ai (2006) και η Park (2010).

Σύμφωνα με το μοντέλο των Park και Folkman (1997), υπάρχουν δύο ευρύτερα επίπεδα νοήματος. Το πρώτο επίπεδο αναφέρεται στο *καθολικό νόημα* το οποίο είναι περισσότερο αφαιρετικό και γενικευμένο και περιλαμβάνει τις πεποιθήσεις, τους στόχους και τα υποκειμενικά συναισθήματα των ατόμων (Park &

Ai, 2006). Οι πεποιθήσεις των ατόμων περιλαμβάνουν τα πιστεύω τους για τον κόσμο, όπως για παράδειγμα πόσο καλός, δίκαιος ή προβλέψιμος είναι, τις πεποιθήσεις τους για τον εαυτό τους, δηλαδή κατά πόσο πιστεύουν ότι αξίζουν και είναι καλοί, ικανοί και ηθικοί, καθώς και τις πεποιθήσεις τους για τον εαυτό τους μέσα στον κόσμο, οι οποίες συνδυάζουν τις πεποιθήσεις για τον εαυτό και τον κόσμο, και καθορίζουν, για παράδειγμα, τις πεποιθήσεις τους για το κατά πόσο αξίζουν να τους συμβούν καλά πράγματα (Park & Folkman, 1997). Το καθολικό νόημα περιλαμβάνει επίσης τους στόχους που έχουν τα άτομα, δηλαδή τα γεγονότα, ή τα αποτελέσματα που επιθυμούν να τους συμβούν (Park, 2010). Τέλος, τα υποκειμενικά συναισθήματα νοήματος των ατόμων αφορούν στην αίσθηση ύπαρξης νοήματος ή σκοπού στη ζωή (Park & Ai, 2006).

Το δεύτερο επίπεδο νοήματος αναφέρεται στο *νόημα της κατάστασης* και δηλώνει ένα πιο συγκεκριμένο τύπο νοήματος που αφορά στο νόημα ενός συγκεκριμένου γεγονότος (Park, 2010). Το νόημα της κατάστασης, στο αναθεωρημένο μοντέλο της Park (2010), αναφέρεται σε μια συνολική διαδικασία που ξεκινά από ένα δυνητικά τραυματικό γεγονός και την πρωταρχική εκτίμηση του νοήματος του γεγονότος, συνεχίζει με την κατασκευή νοήματος, και καταλήγει στο κατασκευασμένο νόημα και στην προσαρμογή στο γεγονός. Η αρχική εκτίμηση του νοήματος αφορά στην αξιολόγηση που κάνει το άτομο για το γεγονός, και περιλαμβάνει διαστάσεις όπως το κατά πόσο είναι απειλητικό, γιατί συνέβη ή ποια είναι η σημαντικότητα του για το ίδιο το άτομο. Η αξιολόγηση αυτή καταλήγει είτε σε συμφωνία ή, αντίθετα, σε ασυμφωνία με το καθολικό σύστημα πεποιθήσεων και στόχων του ατόμου.

Το μοντέλο υποθέτει ότι η συμφωνία ανάμεσα στο νόημα της κατάστασης και το καθολικό νόημα θα οδηγήσει σε επιτυχή προσαρμογή και το άτομο δε θα χρειαστεί να καταφύγει σε κάποια προσπάθεια κατασκευής νοήματος. Υπάρχουν κάποια έμμεσα ερευνητικά ευρήματα που μπορεί να υποστηρίξουν αυτή την υπόθεση. Οι Davis, Wortman, Lehman, και Silver (2000), βρήκαν στην έρευνα τους ότι ένα ποσοστό των ατόμων που βίωσαν κάποια σημαντική απώλεια δεν αναζητούσε ενεργά νόημα στην απώλεια αυτή, ενώ φάνηκε ταυτόχρονα ότι είχε σχετικά καλή προσαρμογή. Οι Bonanno, Wortman et al. (2002) παρέχουν την εξήγηση ότι αυτό πιθανά γίνεται επειδή αυτά τα άτομα διατηρούν καθολικές πεποιθήσεις για τον εαυτό τους και τον κόσμο οι οποίες έχουν τη δυνατότητα να εντάξουν την απώλεια, ώστε το άτομο να μη χρειαστεί να καταφύγει σε ενεργητικές προσπάθειες κατασκευής

νοήματος. Με άλλα λόγια, υποστηρίζουν ότι δε δημιουργείται ασυμφωνία ανάμεσα στο καθολικό νόημα και το νόημα της κατάστασης. Οι ίδιοι βρήκαν στη δική τους έρευνα με άτομα που είχαν χάσει τον/ τη σύζυγό τους, ότι τα άτομα που πίστευαν σε έναν δίκαιο κόσμο και αποδέχονταν την έννοια του θανάτου πριν από την απώλεια του/της συζύγου τους, έδειχναν ανθεκτικότητα 6 και 18 μήνες μετά από την απώλεια.

Η ασυμφωνία ανάμεσα στο νόημα της κατάστασης και το καθολικό νόημα, από την άλλη πλευρά, θεωρείται ότι οδηγεί σε δυσφορία επειδή το άτομο, εξαιτίας του τραυματικού γεγονότος, βιώνει απώλεια της αίσθησης ελέγχου, της προβλεψιμότητας ή της δυνατότητας κατανόησης του κόσμου (Park & Ai, 2006). Οι προηγούμενες πεποιθήσεις δεν εξηγούν αυτό που συνέβη, ενώ στόχοι που ήταν σημαντικοί για το άτομο δε μπορούν πλέον να επιτευχθούν. Όσο μεγαλύτερη είναι η παραβίαση των καθολικών πεποιθήσεων και στόχων του ατόμου, τόσο μεγαλύτερη θεωρείται πως είναι και η δυσφορία που βιώνει. Σύμφωνα με το μοντέλο των Park και Folkman (1997), όταν υπάρχει τέτοιου είδους ασυμβατότητα ανάμεσα στο καθολικό νόημα και το νόημα της κατάστασης, οι άνθρωποι προσπαθούν να τη μειώσουν μέσω της διαδικασίας κατασκευής νοήματος. Όταν αυτή η διαδικασία είναι επιτυχής, δηλαδή το άτομο καταλήξει σε κάποια αλλαγή που μειώνει την ασυμφωνία ανάμεσα στο νόημα της κατάστασης και το καθολικό νόημα, τότε το μοντέλο υποθέτει ότι το άτομο καταλήγει σε καλύτερη προσαρμογή απέναντι στο αντίξοο ή τραυματικό γεγονός.

Παρακάτω θα εξετάσουμε την έννοια και τις στρατηγικές της κατασκευής νοήματος στο πλαίσιο των στρεσογόνων γεγονότων, τα είδη κατασκευασμένου νοήματος στα οποία καταλήγουν τα άτομα, και τη σχέση τους με την προσαρμογή.

Κατασκευή νοήματος. Η κατασκευή νοήματος αναφέρεται, όπως είδαμε, στη διαδικασία με την οποία τα άτομα μειώνουν την ασυμφωνία ανάμεσα στο νόημα της κατάστασης και στο προϋπάρχον καθολικό νόημα (Park & Folkman, 1997). Τα άτομα μπορούν να βρουν νόημα και να μειώσουν την ασυμφωνία μέσα από δύο τρόπους (Joseph & Linley, 2005. Park & Folkman, 1997. Thompson & Janigian, 1988). Ο πρώτος αφορά στην αλλαγή του τρόπου που αντιλαμβάνονται το τραυματικό γεγονός, ώστε να μπορέσει να ενταχθεί στις προϋπάρχουσες πεποιθήσεις και στόχους, μια διαδικασία που αναφέρεται ως *αφομοίωση*. Στην ουσία, με αυτό τον τρόπο το άτομο αποδίδει νόημα στο γεγονός με έναν τρόπο που δεν παραβιάζει τις προηγούμενες πεποιθήσεις του. Για παράδειγμα, συχνά τα άτομα κατηγορούν τον εαυτό τους για κάποιο τραυματικό γεγονός που τους συνέβη και με αυτό τον τρόπο δεν

παραβιάζονται οι πεποιθήσεις τους περί δικαιοσύνης του κόσμου (Joseph & Linley, 2005). Η διαδικασία της αφομοίωσης συνεπάγεται ότι το άτομο παραμένει ίδιο και δεν αλλάζει μέσα από την επαφή του με το τραυματικό γεγονός ή την απώλεια (Neimeyer et al., 2010). Ο δεύτερος τρόπος κατασκευής νοήματος αφορά στην αλλαγή των καθολικών πεποιθήσεων και στόχων έτσι ώστε να μπορέσουν να εντάξουν το νόημα της κατάστασης, μια διαδικασία που αποκαλείται στη βιβλιογραφία *συμμόρφωση*. Η συμμόρφωση συνεπάγεται την αναδιοργάνωση, εμβάθυνση ή επέκταση των πεποιθήσεων των ατόμων, ώστε να μπορέσουν να χωρέσουν τη νέα πραγματικότητα (Neimeyer et al., 2010).

Ο βαθμός στον οποίο θα επιτευχθεί επιτυχής σύνθεση του νοήματος της κατάστασης και του καθολικού νοήματος, θα καθορίσει και την ψυχολογική προσαρμογή (Thompson & Janigian, 1988). Η επιτυχής σύνθεση συνεπάγεται και καλύτερη προσαρμογή, όπως γίνεται για παράδειγμα στο πλαίσιο του πένθους. Όταν τα άτομα καταφέρνουν να ολοκληρώσουν με επιτυχία τις διαδικασίες της αφομοίωσης ή της συμμόρφωσης μετά από μια απώλεια συνήθως έχουν κανονικές αντιδράσεις πένθους, ενώ τα άτομα που δεν καταφέρνουν να ολοκληρώσουν αυτές τις διαδικασίες, μπορεί να έχουν αντιδράσεις περιπεπλεγμένου πένθους (Neimeyer et al., 2010). Ενώ, τόσο η διαδικασία της αφομοίωσης όσο και η διαδικασία της συμμόρφωσης οδηγούν σε καλύτερη προσαρμογή, μόνο η διαδικασία της συμμόρφωσης οδηγεί τα άτομα όχι απλώς σε προσαρμογή αλλά και σε ανάπτυξη μέσα από το τραύμα (Joseph & Linley, 2005).

Μια σημαντική διάκριση της διαδικασίας κατασκευής νοήματος αφορά στο κατά πόσο πρόκειται για μια γνωστική ή συναισθηματική διαδικασία, δηλαδή στο κατά πόσο αφορά στην επεξεργασία των πεποιθήσεων ή άλλων πληροφοριών, ή, αντίθετα, στη βίωση και επεξεργασία των συναισθημάτων (Park, 2010). Οι έννοιες της γνωστικής και της συναισθηματικής επεξεργασίας έχουν λάβει σημαντική ερευνητική προσοχή στο πλαίσιο του στρες και του τραύματος και παρουσιάζονται αναλυτικά στη συνέχεια.

Συναισθηματική επεξεργασία. Η έννοια της συναισθηματικής επεξεργασίας αναφέρθηκε για πρώτη φορά από τον Lang (1977, όπως αναφέρεται στο Foa, Huppert, & Cahill, 2006), στα πλαίσια της συμπεριφορικής θεραπείας για τη μείωση του φόβου, ο οποίος όμως δεν την ανέπτυξε περαιτέρω. Εκείνος που ασχολήθηκε περισσότερο με αυτή την έννοια ήταν ο Rachman (1980), επίσης από τη συμπεριφορική παράδοση. Ο Rachman (1980) επιχείρησε μέσω της έννοιας της

συναισθηματικής επεξεργασίας να παρουσιάσει μια συνθετική εξήγηση για διαφορετικά φαινόμενα όπως είναι για παράδειγμα οι εμμονές, η επιστροφή του φόβου, μη φυσιολογικές αντιδράσεις πένθους, ή οι εφιάλτες. Όρισε τη συναισθηματική επεξεργασία ως την «διαδικασία όπου οι συναισθηματικές διαταραχές απορροφώνται και μειώνονται στον βαθμό που άλλες εμπειρίες και η συμπεριφορά μπορούν να προχωρήσουν χωρίς ενοχλήσεις» (Rachman, 1980, σ. 51). Με βάση αυτό τον ορισμό, τα φαινόμενα που αναφέρθηκαν μπορούν να εξηγηθούν ως αποτυχημένες ή ανεπαρκείς προσπάθειες συναισθηματικής επεξεργασίας. Αντίθετα, μια ένδειξη επιτυχούς και αποτελεσματικής συναισθηματικής επεξεργασίας θα ήταν η αναμέτρηση με ένα δυσάρεστο ερέθισμα ή γεγονός χωρίς τη βίωση δυσφορίας.

Ο Rachman (1980) προσδιόρισε επίσης τόσο τους παράγοντες που προωθούν την αποτελεσματική επεξεργασία των δυσάρεστων γεγονότων, όσο και τους παράγοντες που προκαλούν δυσκολίες στη συναισθηματική επεξεργασία. Ομαδοποίησε τους παράγοντες που προκαλούν δυσκολίες, ή που αντίθετα διευκολύνουν τη συναισθηματική επεξεργασία, σε τέσσερις κατηγορίες: (α) παράγοντες της κατάστασης, (β) παράγοντες της προσωπικότητας, (γ) χαρακτηριστικά του ερεθίσματος, και (δ) παράγοντες που σχετίζονται με τη δραστηριότητα. Το 2001 πρόσθεσε επίσης γνωστικούς παράγοντες. Έτσι, παράγοντες της κατάστασης που δυσχεραίνουν τη συναισθηματική επεξεργασία αποτελούν η κούραση, η ασθένεια, ή η υψηλή διέγερση, ενώ η χαλάρωση, ή η απουσία κινδύνου, αποτελούν παράγοντες της κατάστασης που τη διευκολύνουν. Στους παρεμποδιστικούς παράγοντες της προσωπικότητας ο Rachman (2001) συμπεριέλαβε τον νευρωτισμό και την ακραία εσωστρέφεια, ενώ στους διευκολυντικούς παράγοντες προσωπικότητας ανέφερε την αυτοαποτελεσματικότητα, την ευρεία ικανότητα και τη συναισθηματική σταθερότητα. Ως προς τα χαρακτηριστικά του ερεθίσματος, ο Rachman (2001) υποστήριξε πως τα ερεθίσματα που είναι ξαφνικά, έντονα ή απρόβλεπτα παρεμποδίζουν την επεξεργασία, ενώ εκείνα που είναι βαθμιαία, ήπια ή προβλέψιμα, την προωθούν. Γνωστικοί παράγοντες όπως οι αρνητικές εκτιμήσεις του γεγονότος, οι καταστροφικές παρερμηνείες, και οι γνωστικές προκαταλήψεις είναι παράγοντες που δυσχεραίνουν τη συναισθηματική επεξεργασία, ενώ το αισιόδοξο στυλ, οι ευνοϊκές εκτιμήσεις και η μη αποφυγή είναι παράγοντες που τη βοηθούν. Τέλος, στις μεταβλητές που σχετίζονται με τη δραστηριότητα και παρεμποδίζουν τη συναισθηματική επεξεργασία ο Rachman (1980) περιέλαβε την υπερφόρτωση

στρεσογόνων παραγόντων, ή την ανάγκη να καταστείλει κανείς την έκφραση του συναισθήματος.

Οι Foa και Kozak (1986) επέκτειναν την έννοια της συναισθηματικής επεξεργασίας και δημιούργησαν ένα θεωρητικό πλαίσιο για να εξηγήσουν τα φαινόμενα της συναισθηματικής επεξεργασίας, ιδιαίτερα στο πλαίσιο της θεραπείας του άγχους και των διαταραχών του. Διέκριναν ανάμεσα σε φυσιολογικές φοβικές δομές, οι οποίες είναι προσαρμοστικές και μπορούν να οδηγήσουν το άτομο να προστατευτεί από έναν πραγματικό κίνδυνο, και σε παθολογικές φοβικές δομές οι οποίες περιέχουν λανθασμένες συνδέσεις ανάμεσα στο ερέθισμα, την αντίδραση και το νόημα, οδηγώντας έτσι το άτομο να αποφεύγει, για παράδειγμα, ασφαλείς καταστάσεις ή ερεθίσματα. Όρισαν τη συναισθηματική επεξεργασία ως την τροποποίηση της φοβικής δομής, στην οποία οι παθολογικές συνδέσεις ανάμεσα σε ερεθίσματα, αντιδράσεις και νόημα αντικαθίστανται από μη παθολογικές συνδέσεις. Υποστήριξαν επίσης ότι για να πραγματοποιηθεί η συναισθηματική επεξεργασία είναι απαραίτητες δύο συνθήκες: (α) να ενεργοποιηθεί με κάποιο τρόπο η φοβική δομή, και (β) να παρουσιαστούν ταυτόχρονα νέες πληροφορίες, οι οποίες διαψεύδουν τα παθολογικά στοιχεία της φοβικής δομής. Δηλαδή είναι απαραίτητο να βιώσει κανείς το άγχος του και στη συνέχεια να το αντιμετωπίσει με νέες πληροφορίες ώστε να απαλλαγεί από αυτό (Hunt, 1998).

Η συναισθηματική επεξεργασία θεωρείται γενικότερα ως βασική θεραπευτική διαδικασία (Greenberg & Pascual Leone, 2006), και έχει ερευνηθεί ιδιαίτερα στο πλαίσιο της βιωματικής προσέγγισης στην ψυχοθεραπεία. Οι Greenberg και Pascual Leone (2006) υποστηρίζουν ότι ενώ έχει γίνει σαφές ότι οι συναισθηματικές διεργασίες είναι βασικές για την καλή θεραπεία, το τι αποτελεί καλή επεξεργασία είναι κάτι που δεν έχει ακόμη αποσαφηνιστεί. Οι ίδιοι προτείνουν τέσσερις διαδικασίες συναισθηματικής επεξεργασίας: (α) την επίγνωση και διέγερση του συναισθήματος, (β) την ενίσχυση της συναισθηματικής ρύθμισης, (γ) τον αναστοχασμό του συναισθήματος και (δ) τη μεταμόρφωση του συναισθήματος. Ο Greenberg (2008) συμπληρώνει επίσης και την έκφραση του συναισθήματος ως βασική συναισθηματική διεργασία.

Ερευνητικά ευρήματα έχουν δείξει ότι η συναισθηματική επεξεργασία συνδέεται μακροπρόθεσμα με καλύτερη διάθεση και με μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, η Hunt (1998) εξέτασε στην έρευνα της τον ρόλο που παίζει η συναισθηματική επεξεργασία στην προσαρμογή απέναντι σε ένα

καταθλιπτικό γεγονός, υποβάλλοντας τους συμμετέχοντες σε κάποια ήπια καταθλιπτική εμπειρία, και ζητώντας τους να γράψουν ένα κείμενο εστιάζοντας στο δυσφορικό, αρνητικό τους συναίσθημα. Τα ευρήματα έδειξαν ξεκάθαρα την υπεροχή της συναισθηματικής επεξεργασίας στη βελτίωση της δυσφορικής διάθεσης των συμμετεχόντων έναντι της απόσπασης ή της καθαρά νοητικής γνωστικής αναδόμησης (Hunt, 1998). Η ανάλυση περιεχομένου των γραπτών των συμμετεχόντων έδειξε ότι τα οφέλη της συναισθηματικής επεξεργασίας προκύπτουν μέσα από την εξοικείωση που συντελείται από την ενεργοποίηση της συναισθηματικής δομής που προκαλεί τη δυσφορία.

Επίσης οι Pos, Greenberg, και Warwar, (2009) μελέτησαν τη συναισθηματική επεξεργασία και τη συμμαχία σε 3 φάσεις της θεραπείας, δηλαδή στην αρχή, στη φάση εργασίας και στον τερματισμό, για 74 πελάτες που ακολούθησαν σύντομη βιωματική θεραπεία για την κατάθλιψη. Τα ευρήματά τους έδειξαν, μεταξύ άλλων, ότι η ικανότητα για συναισθηματική επεξεργασία βελτιώθηκε με τη θεραπεία και ότι η συναισθηματική επεξεργασία κατά τη φάση εργασίας της θεραπείας προέβλεπε μείωση τόσο των καταθλιπτικών όσο και των γενικών συμπτωμάτων όπως και βελτιωμένη αυτοεκτίμηση.

Γνωστική επεξεργασία. Η γνωστική επεξεργασία σχετίζεται με τις διαδικασίες της αφομοίωσης ή της συμμόρφωσης που αναφέρθηκαν παραπάνω, εντοπίζεται όμως κυρίως στις γνωστικές πλευρές των διαδικασιών αυτών (Park, 2010). Συγκεκριμένα, τα μοντέλα γνωστικής επεξεργασίας του τραύματος προτείνουν ότι τα άτομα διαθέτουν γνωστικά σχήματα τα οποία περιλαμβάνουν πληροφορίες για προηγούμενες εμπειρίες, τις τρέχουσες πεποιθήσεις τους, καθώς και προσδοκίες σχετικά με τα μελλοντικά γεγονότα (Greenberg, 1995). Οι στρεσογόνες εμπειρίες, όπως είδαμε και παραπάνω, έρχονται σε σύγκρουση με τα σχήματα αυτά, με αποτέλεσμα το άτομο να χρειάζεται είτε να αλλάξει το νόημα της εμπειρίας ή να αλλάξει τα γνωστικά του σχήματα ώστε να μπορέσει να προσαρμοστεί ψυχολογικά σε αυτήν.

Μια μορφή που έχει λάβει η γνωστική επεξεργασία στη βιβλιογραφία, είναι ο «παρεμβατικός μηρυκασμός», ο οποίος αναφέρεται στις «επαναλαμβανόμενες συγκρίσεις του τραυματικού περιεχομένου με τα προϋπάρχοντα γνωστικά σχήματα» (Greenberg, 1995, σ. 1262). Η χρήση του όρου «μηρυκασμός» παρουσιάζει ασυνέπεια στη βιβλιογραφία (Calhoun, Cann, Tedeschi, & McMillan, 2000). Για παράδειγμα, η έννοια του μηρυκασμού χρησιμοποιείται συχνά για να δηλώσει τις

παθητικές, επαναλαμβανόμενες σκέψεις των ατόμων σχετικά με τα αρνητικά τους συναισθήματα, την επικέντρωση τους στα δυσφορικά συμπτώματα και τις ανησυχίες τους αναφορικά με το νόημα της δυσφορίας τους (Nolen-Hoeksema, 2000). Το είδος αυτό μηρυκασμού έχει σχετιστεί συστηματικά στη βιβλιογραφία με περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008). Στο πλαίσιο του τραύματος, ωστόσο, η έννοια του μηρυκασμού αναφέρεται σε επαναλαμβανόμενες σκέψεις σχετικά με το τραυματικό γεγονός οι οποίες σχετίζονται με τις προσπάθειες των ατόμων να το κατανοήσουν και να το επιλύσουν (Calhoun et al., 2000). Αυτό το είδος μηρυκασμού έχει σχετιστεί με καλύτερη προσαρμογή και μετατραυματική ανάπτυξη (Calhoun et al., 2000. Greenberg, 1995. Linley & Joseph, 2004), αλλά όχι πάντα (Bonanno, Moskowitz et al., 2005. Greenberg, 1995). Υποστηρίζεται ότι η διάσταση αυτή μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη και λειτουργία διαφορετικών ειδών μηρυκασμού. Για παράδειγμα, οι Treynor, Gonzalez και Nolen-Hoeksema (2003) έκαναν διάκριση ανάμεσα στον *μελαγχολικό μηρυκασμό* (brooding) και τον *στοχαστικό συλλογισμό* (reflective pondering). Ο μελαγχολικός μηρυκασμός σχετίζεται κυρίως με «μια παθητική σύγκριση της τρέχουσας κατάστασης με κάποιο άπιαστο ιδανικό» (Treynor et al., 2003, σ. 256), ενώ ο συλλογισμός με μια «σκόπιμη στροφή εσωτερικά προκειμένου να εμπλακεί κανείς σε γνωστική επίλυση προβλήματος ώστε να μετριάσει τα καταθλιπτικά του συμπτώματα» (σ. 256). Οι Treynor et al. (2003) βρήκαν ότι ο στοχαστικός συλλογισμός, παρόλο που σχετιζόταν τη δεδομένη στιγμή με μεγαλύτερη κατάθλιψη, μακροπρόθεσμα σχετιζόταν με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Ο μελαγχολικός μηρυκασμός από την άλλη πλευρά σχετιζόταν με μεγαλύτερη κατάθλιψη και στις δύο χρονικές περιόδους. Επιπλέον, οι Stockton, Hunt και Joseph (2011), βρήκαν στην έρευνά τους ότι η επαναβίωση του τραύματος και ο μελαγχολικός μηρυκασμός δε συνδέονταν με τη μετατραυματική ανάπτυξη, ενώ ο στοχασμός και ο σκόπιμος μηρυκασμός σχετιζόνταν θετικά με αυτήν.

Οι Williams, Davis και Millsap (2002) διαπίστωσαν ότι η γνωστική επεξεργασία προσδιορίζεται καλύτερα ως ένα σύνολο ξεχωριστών παραγόντων παρά ως ένα μεμονωμένο φαινόμενο. Με το σκοπό της επίτευξης μιας συστηματικής, αξιόπιστης και έγκυρης μέτρησης της γνωστικής επεξεργασίας, ανέπτυξαν μια κλίμακα γνωστικής επεξεργασίας, την Cognitive Processing of Trauma Scale (CPOTS). Η κλίμακα αποτελείται από πέντε παράγοντες ή συστατικά, τρία από τα οποία αντανακλούν βελτιωμένη γνωστική επεξεργασία, ενώ τα υπόλοιπα δείχνουν

γενικά μια έλλειψη γνωστικής επεξεργασίας. Οι παράγοντες που σχετίζονται με καλύτερη γνωστική επεξεργασία είναι η θετική γνωστική αναδόμηση, η ευνοϊκή σύγκριση και η επίλυση/ αποδοχή, ενώ οι παράγοντες της μετάνοιας και της άρνησης αντικατοπτρίζουν την απουσία ή την κακή γνωστική επεξεργασία. Ωστόσο, οι Williams et al. (2002) αναγνωρίζουν ότι η γνωστική επεξεργασία δεν απευθύνεται μόνο στο γνωστικό επίπεδο αλλά και στο συναισθηματικό, και ότι για να είναι επιτυχημένη, το άτομο χρειάζεται να βρει ένα νόημα στην τραυματική εμπειρία που να είναι αποδεκτό τόσο γνωστικά όσο και συναισθηματικά.

Η παραπάνω διαπίστωση συνάδει με την πρακτική που ακολουθούν αρκετοί ερευνητές να χρησιμοποιούν έναν ορισμό της γνωστικής επεξεργασίας που περιλαμβάνει τον στοχασμό όχι μόνο των σκέψεων αλλά και των συναισθημάτων που σχετίζονται με ένα στρεσογόνο γεγονός (Bower, Kemeny, Taylor, & Fahey, 1998. Creswell et al., 2007). Από την άλλη πλευρά, αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ότι είναι απαραίτητο η συναισθηματική επεξεργασία να περιλαμβάνει τόσο τη βίωση του συναισθήματος και την εστίαση στη σωματική βιωμένη εμπειρία όσο και την κατασκευή νέου νοήματος μέσα από τη γνωστική επεξεργασία του συναισθήματος (Greenberg, 2008. Samoilov & Goldfried, 2000). Επίσης, ο ίδιος ο Rachman, σε ένα άρθρο του που δημοσιεύτηκε το 2001 με σκοπό να αναθεωρήσει και να επικαιροποιήσει την έννοια της συναισθηματικής επεξεργασίας, αλλά και να την προσαρμόσει στη μετατραυματική διαταραχή άγχους, αναγνώρισε ότι το αρχικό μοντέλο είχε παραβλέψει τους γνωστικούς παράγοντες και ότι η αναθεωρημένη έννοια της συναισθηματικής επεξεργασίας «θα έπρεπε μάλλον να μετονομαστεί σε γνωστική-συναισθηματική επεξεργασία» (σ. 164).

Από τα παραπάνω μπορεί κανείς εύκολα να συμπεράνει πως η διαδικασία που φαίνεται να έχει θετικά αποτελέσματα στην προσαρμογή απέναντι στην αντιξοότητα και το τραύμα, δεν είναι η μεμονωμένη επεξεργασία των σκέψεων ή των συναισθημάτων, αλλά ο συνδυασμός γνωστικής και συναισθηματικής επεξεργασίας. Πολλές έρευνες, ιδιαίτερα στο πεδίο της εκφραστικής γραφής, δείχνουν πως όταν τα άτομα γράφουν τόσο για τα συναισθήματα τους όσο και για το νόημα που έχουν οι στρεσογόνοι εμπειρίες, αποκτούν σημαντικές βελτιώσεις στη σωματική και ψυχική τους υγεία (Pennebaker, 1997). Για παράδειγμα, οι Hunt, Schloss, Moonat, Poulos, και Wieland (2007) μελέτησαν πειραματικά τη σχέση ανάμεσα στη συναισθηματική επεξεργασία και τη γνωστική αναδόμηση, σε άτομα που βρίσκονταν σε κίνδυνο για καταθλιπτικά συμπτώματα εξαιτίας της ασθένειας, του τραυματισμού ή του θανάτου

του κατοικίδιου ζώου τους. Τα ευρήματά τους έδειξαν ότι ο συνδυασμός της συναισθηματικής επεξεργασίας με τη γνωστική αναδόμηση ήταν η αποτελεσματικότερη παρέμβαση για τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, με τη συναισθηματική επεξεργασία να ακολουθεί. Η γνωστική αναδόμηση από μόνη της φάνηκε να αυξάνει τα καταθλιπτικά συμπτώματα των συμμετεχόντων, οδηγώντας τους ερευνητές να υποθέσουν ότι είναι απαραίτητο να βιώνει κανείς τα αρνητικά του συναισθήματα ώστε να μειωθεί η κατάθλιψη του μακροπρόθεσμα.

Σε παρόμοιο συμπέρασμα καταλήγει και ο Teasdale (1999), ο οποίος πρότεινε ότι οι άνθρωποι σε γενικές γραμμές χρησιμοποιούν τρεις τρόπους για να επεξεργαστούν συναισθηματικό υλικό. Οι τρόποι αυτοί είναι η ενσυνείδητη βίωση/ ύπαρξη, η πλήρης απορρόφηση και ταύτιση με το συναίσθημα ή η αποσπασμένη και απρόσωπη σκέψη σχετικά με τον εαυτό ή το συναίσθημα. Από τους τρόπους αυτούς, η ενσυνείδητη βίωση είναι η αποτελεσματικότερη. Η διαδικασία αυτή αντανακλάται σε μια «συνθετική γνωστική-συναισθηματική εσωτερική εξερεύνηση, στη χρήση των παρόντων συναισθημάτων και 'βιωμένων αισθήσεων' ως οδηγό για την επίλυση και τη λύση προβλήματος και στη μη-αξιολογητική επίγνωση της παρούσας υποκειμενικής εμπειρίας του εαυτού» (σ. S68).

Κατασκευασμένο νόημα. Το αποτέλεσμα της διαδικασίας κατασκευής νοήματος έχει χαρακτηριστεί ως κατασκευασμένο νόημα (Park & Folkman, 1997). Στη βιβλιογραφία του στρες, του τραύματος και της απώλειας το κατασκευασμένο νόημα έχει λάβει ποικίλους ορισμούς και μορφές. Στη συνέχεια της ενότητας αυτής θα παρουσιαστούν οι μορφές κατασκευασμένου νοήματος που θεωρούνται κεντρικότερες και έχουν λάβει τη μεγαλύτερη ερευνητική προσοχή. Οι μορφές αυτές είναι η κατανόηση, η εύρεση οφέλους, η αλλαγή ταυτότητας, η μετατραυματική ανάπτυξη και η αποδοχή.

Κατανόηση και εύρεση οφέλους. Οι Davis et al. (1998) υποστήριξαν ότι οι δύο συχνότερες μορφές που λαμβάνει το νόημα στη βιβλιογραφία της απώλειας είναι η κατανόηση και η εύρεση οφέλους. Η έννοια της κατανόησης αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου «να αναπτύξει μια σχετικά ευνοϊκή εξήγηση για την απώλεια, ή να βγάλει νόημα σε αυτήν εντός των υπάρχοντων θεμελιωδών σχημάτων ή κοσμοθεωριών του» (Davis et al., 1998, σ. 561). Παραδείγματα τέτοιων εξηγήσεων αποτελούν η ανάληψη ευθύνης για το συμβάν ή η απόδοση του στη Θεία θέληση. Η έννοια της εύρεσης οφέλους αναφέρεται στην αξία που αποκτά η απώλεια για τη ζωή ενός ατόμου, στις θετικές συνέπειες δηλαδή που μπορεί να προκύψουν από αυτήν.

Με αυτή την έννοια, η εύρεση οφέλους παρουσιάζει ομοιότητα με την έννοια της μετατραυματικής ανάπτυξης.

Τόσο η έννοια της κατανόησης όσο και εκείνη της εύρεσης οφέλους έχουν ερευνηθεί εκτεταμένα στη βιβλιογραφία της απώλειας. Η διαχρονική έρευνα των Davis et al. (1998) με 205 άτομα που αντιμετώπιζαν την απώλεια ενός μέλους της οικογένειάς τους, βρήκε ότι τόσο η κατανόηση της απώλειας όσο και η εύρεση οφέλους στην εμπειρία συνδέονταν με χαμηλότερα επίπεδα δυσφορίας 6 και 13 μήνες μετά την απώλεια. Εκείνοι όμως που εύρισκαν νόημα στην απώλεια αργότερα δε βίωναν την ανακούφιση από τη δυσφορία που βίωναν εκείνοι που είχαν βγάλει νόημα νωρίτερα. Το αντίθετο συνέβαινε σε εκείνους που εύρισκαν κάποιο όφελος αργότερα, των οποίων η οδύνη μειωνόταν ως αποτέλεσμα της εύρεσης οφέλους. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι οι δύο αυτοί διαφορετικοί τρόποι ερμηνείας του νοήματος είχαν διαφορετική και ανεξάρτητη σχέση με την ψυχολογική προσαρμογή στην απώλεια. Η εύρεση νοήματος στην απώλεια παρουσίασε ισχυρότερη συσχέτιση με την προσαρμογή στους πρώτους 6 μήνες μετά την απώλεια, ενώ η εύρεση οφέλους σχετιζόταν ισχυρότερα με την προσαρμογή 13 και 18 μήνες μετά από την απώλεια. Επίσης η εύρεση θετικών στην εμπειρία φαινόταν ότι επηρέαζε περισσότερο την προσαρμογή από ότι η αλλαγή στην ικανότητα των ατόμων να νοηματοδοτήσουν την απώλεια. Νεότερες έρευνες επιχείρησαν να αναπαράγουν και να επεκτείνουν τα ευρήματά τους, βρήκαν όμως ότι ενώ τόσο η κατανόηση της απώλειας όσο και η εύρεση οφέλους συνδέονται με λιγότερες περιπλοκές στο πένθος, η κατανόηση αποτελεί ισχυρότερο προβλεπτικό παράγοντα της προσαρμογής μετά την απώλεια σε σχέση με την εύρεση οφέλους (Holland, Currier, & Neimeyer, 2006. Keesee, Currier, & Neimeyer, 2008).

Ποιοι είναι όμως οι συγκεκριμένοι τρόποι με τους οποίους κατανοεί κανείς την απώλεια ή εντοπίζει κάποιο όφελος σε αυτήν; Αυτό προσπάθησαν να απαντήσουν οι Lichenthal, Currier, Neimeyer, και Keesee (2010) στην έρευνα τους με 156 γονείς που είχαν χάσει το παιδί τους. Οι ερευνητές επιχείρησαν να εντοπίσουν συγκεκριμένα θέματα κατανόησης και εύρεσης οφέλους και να τα συνδέσουν με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων πένθους. Το 45% του δείγματος δε μπορούσε να νοηματοδοτήσει την απώλεια ενώ το 21% δε μπορούσε να βρει οφέλη από την εμπειρία της απώλειας. Αυτοί οι γονείς είχαν σοβαρότερα συμπτώματα πένθους σε σύγκριση με εκείνους που είχαν νοηματοδοτήσει την απώλεια ή είχαν βρει κάποιο όφελος σε αυτήν. Συνολικά, η ανάλυση των θεμάτων ανέδειξε 32 διαφορετικούς τρόπους εύρεσης νοήματος, 14

από τους οποίους αφορούσαν στην κατανόηση και 18 την εύρεση οφέλους. Το συχνότερο θέμα κατανόησης αφορούσε στην πίστη ότι ο θάνατος του παιδιού ήταν θέλημα Θεού. Άλλα θέματα που ανέφεραν οι γονείς σε σχέση με την κατανόηση της απώλειας σχετιζόνταν με τις πεποιθήσεις για την ύπαρξη ζωής μετά το θάνατο, με πεποιθήσεις για τη συντομία της ανθρώπινης ζωής, με την απόδοση του θανάτου στη μοίρα ή σε ιατρικές/ βιολογικές εξηγήσεις. Από την άλλη πλευρά, το συχνότερο θέμα εύρεσης οφέλους αφορούσε στην επιθυμία των γονιών να βοηθήσουν άλλους ανθρώπους που είχαν βιώσει κάποια απώλεια. Άλλα θέματα εύρεσης οφέλους ήταν, μεταξύ άλλων, η αυξημένη συμπόνια, ενσυναίσθηση και ευαισθησία που βίωναν, η μεγαλύτερη εκτίμηση της ζωής, οι βελτιωμένες σχέσεις, η αυξημένη πνευματικότητα, η προσωπική βελτίωση ή ανάπτυξη, το αίσθημα ότι είναι δυνατότεροι και ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν δύσκολες καταστάσεις, καθώς και η αλλαγή προτεραιοτήτων.

Η εύρεση οφέλους είναι μια έννοια που έχει ερευνηθεί γενικότερα και σε σχέση με άλλου είδους αντιξοότητες και τραυματικές εμπειρίες. Οι Affleck και Tennen (1996) έκαναν μια ανασκόπηση της έννοιας της εύρεσης οφέλους στο πλαίσιο σημαντικών προβλημάτων υγείας, όπως για παράδειγμα καρδιακές προσβολές, καρκίνο του στήθους, τραυματισμούς της σπονδυλικής στήλης, ή χρόνιες ρευματοειδείς παθήσεις. Βρήκαν ότι σε όλες αυτές τις παθήσεις υπάρχουν κάποια κοινά θέματα εύρεσης οφέλους, που περιλαμβάνουν την ενίσχυση των σχέσεων με φίλους και συγγενείς, τη θετική αλλαγή της προσωπικότητας, και την αλλαγή στους στόχους και τις προτεραιότητες. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης τους έδειξαν ότι η εύρεση οφελών όπως αυτά που αναφέρθηκαν σχετιζόταν με καλύτερη προσαρμογή και προέβλεπε το συναισθηματικό ευ ζην. Οι ερευνητές εντόπισαν επίσης κάποιες αρχικές ενδείξεις ότι η εύρεση οφέλους μπορεί να σχετίζεται με μακροπρόθεσμα πλεονεκτήματα στην υγεία. Σε μια μεταγενέστερη ανασκόπηση περισσότερων ερευνών, που περιλάμβαναν τόσο συγχρονικές όσο και διαχρονικές έρευνες μιας μεγαλύτερης ποικιλίας τραυματικών εμπειριών, οι ίδιοι ερευνητές (Tennen & Affleck, 2002) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα που είχαν βρει κάποια οφέλη στην εμπειρία τους, παρουσίαζαν περισσότερα μακροπρόθεσμα οφέλη στην υγεία τους, μειωμένη νοσηρότητα και θνησιμότητα όπως επίσης και λιγότερη καθημερινή δυσλειτουργία. Η ανασκόπηση αυτή περιλάμβανε, εκτός από τις σοβαρές καταστάσεις υγείας, εμπειρίες όπως η επιβίωση από πυρκαγιά, η απώλεια, ή οι φυσικές καταστροφές.

Αλλαγή ταυτότητας. Η έννοια της *αλλαγής ταυτότητας* μετά από κάποια απώλεια ή τραυματικό γεγονός σχετίζεται με τη γενικότερη ανακατασκευή του νοήματος που προκύπτει και που αναπόφευκτα σχετίζεται και με την ανακατασκευή του εαυτού (Gillies & Neimeyer, 2006). Οι Neimeyer et al. (2010) εξετάζουν την έννοια της ταυτότητας μέσα στα πλαίσια της κονστρουκτιβιστικής θεωρίας, ως ένα «αφηγηματικό επίτευγμα, καθώς η αίσθηση του εαυτού μας καθιερώνεται μέσα από τις ιστορίες που κατασκευάζουμε για τον εαυτό μας και μοιραζόμαστε με τους άλλους» (Neimeyer et al., 2010, σ.74). Σε αυτό το πλαίσιο, η απώλεια ενός αγαπημένου ατόμου μπορεί να επηρεάσει βαθιά την ταυτότητα του ατόμου (Schultz, 2006), να δημιουργήσει προβλήματα στη συνοχή της αφήγησης του εαυτού (Neimeyer et al., 2010), και να προκαλέσει μια σημαντική αναδιοργάνωση στην αίσθηση του εαυτού, είτε θετική είτε αρνητική (Neimeyer, Baldwin, & Gillies, 2006). Επομένως, η ανακατασκευή του νοήματος μπροστά στην απώλεια, που συμπεριλαμβάνει μια βαθιά αναθεώρηση του τρόπου που ορίζει κανείς τον εαυτό του, είναι σύμφωνα με τον Neimeyer (1999) η βασική διεργασία του πένθους.

Η έννοια της μετατραυματικής ανάπτυξης (Tedeschi & Calhoun, 2004) μπορεί να ρίξει περισσότερο φως στη μορφή που παίρνει η θετική ανακατασκευή της ταυτότητας. Η μετατραυματική ανάπτυξη, όπως είδαμε, σχετίζεται με τη γενικότερη θετική αλλαγή που προκύπτει μέσα από την αντιμετώπιση αντίξοων και τραυματικών καταστάσεων (Tedeschi & Calhoun, 2004). Η γενικότερη αυτή θετική μεταμόρφωση που συντελείται εμπεριέχει την αλλαγμένη αίσθηση εαυτού, η οποία αναφέρεται σε πεποιθήσεις όπως είναι η αίσθηση ότι μπορεί κανείς να στηριχτεί στον εαυτό του, καθώς και η γνώση ότι μπορεί να χειριστεί τις δυσκολίες και ότι είναι δυνατότερος από ό,τι πίστευε (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Η θετική αλλαγή της ταυτότητας έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με καλύτερη προσαρμογή στο πένθος. Συγκεκριμένα οι Neimeyer et al. (2006) διεξήγαγαν μια έρευνα με 506 νέους ενήλικες μέσα στα δύο πρώτα χρόνια από την απώλεια ενός αγαπημένου τους προσώπου, για να εντοπίσουν τη σχέση ανάμεσα στον συνεχιζόμενο δεσμό, την ανακατασκευή του νοήματος και τα συμπτώματα περιπεπλεγμένου πένθους. Η ανακατασκευή του νοήματος αφορούσε στην κατανόηση της απώλειας, στην εύρεση οφέλους και στην αναδιοργάνωση της ταυτότητας. Και οι τρεις διαστάσεις της ανακατασκευής της απώλειας σχετίζονταν με καλύτερη προσαρμογή στην απώλεια και λιγότερα συμπτώματα περιπεπλεγμένου πένθους. Συγκεκριμένα, η θετική αλλαγή της ταυτότητας μαζί με την εύρεση οφέλους

σχετίζονταν με σημαντικά λιγότερο πόνο αποχωρισμού και τραυματικό στρες, και λειτουργούσαν ως προστατευτικοί παράγοντες απέναντι στα τραυματικά συμπτώματα.

Μετατραυματική ανάπτυξη. Όπως είδαμε και παραπάνω, μια άλλη μορφή κατασκευασμένου νοήματος σχετίζεται με τις *θετικές αλλαγές* που συντελούνται όταν τα άτομα έρχονται αντιμέτωπα με τραυματικές ή αντίξοες εμπειρίες. Οι θετικές αυτές αλλαγές έχουν λάβει διάφορες έννοιες, όπως *άνθηση* (flourishing) (Ryff & Singer, 1998), *ανάπτυξη που συνδέεται με το στρες* (stress-related growth) (Park, Cohen, & Murch, 1996), *ανάπτυξη μέσα από την αντιξοότητα* (Joseph & Linley, 2005), ή *μετατραυματική ανάπτυξη* (Tedeschi & Calhoun, 2004), η οποία και έχει επικρατήσει. Οι Tedeschi και Calhoun (2004) ορίζουν την έννοια της μετατραυματικής ανάπτυξης ως τη «θετική ψυχολογική αλλαγή που βιώνεται σαν αποτέλεσμα της πάλης με εξαιρετικά δύσκολες συνθήκες ζωής» (σ. 1), όπως είναι, για παράδειγμα, οι απώλειες, οι χρόνιες ασθένειες, τα ατυχήματα, οι σεξουαλικές επιθέσεις ή κακοποίηση, η μάχη και η ομηρία μεταξύ άλλων. Επιπλέον, παραλληλίζουν τη μετατραυματική ανάπτυξη με την εμπειρία ενός «ψυχολογικού σεισμού», ο οποίος απειλεί ή καταστρέφει τις προηγούμενες πεποιθήσεις του ατόμου, ιδιαίτερα τις πεποιθήσεις για την καλοσύνη, την προβλεψιμότητα και ελεγχιμότητα του κόσμου, το αίσθημα ασφάλειας όπως επίσης και την αίσθηση της ταυτότητας και του μέλλοντος του ατόμου. Όπως και στην περίπτωση ενός πραγματικού σεισμού, όπου τα άτομα αρχίζουν να ξαναχτίζουν τα κτίρια που καταστράφηκαν, έτσι και στην περίπτωση του ψυχολογικού σεισμού, τα άτομα καταφεύγουν στη διαδικασία της γνωστικής και συναισθηματικής επεξεργασίας και ανακατασκευάζουν το νόημα που πλέον ενσωματώνει την τραυματική εμπειρία και είναι ανθεκτικότερο στις νέες προκλήσεις (Joseph & Linley, 2005. Tedeschi & Calhoun, 2004).

Οι Davis, Wohl και Verberg (2007), στην έρευνα τους με 52 ενήλικες που είχαν χάσει κάποιο αγαπημένο πρόσωπο σε μια τραυματική έκρηξη ορυχείου 8 χρόνια νωρίτερα, προσπάθησαν να προσδιορίσουν τις συνθήκες κάτω από τις οποίες συντελείται η μετατραυματική ανάπτυξη. Διαπίστωσαν ότι τα άτομα που είχαν βιώσει μετατραυματική ανάπτυξη ήταν εκείνα που είχαν ερμηνεύσει την εμπειρία ως απειλή για τον εαυτό τους, και ένιωθαν ότι είχαν χάσει ένα βασικό μέρος της ζωής τους ή κάτι συμβολικό, όπως η πίστη. Ωστόσο, δεν είχαν βιώσει την απειλή ή την καταστροφή των πεποιθήσεών τους για τον κόσμο γενικά, όπως προβλέπει το μοντέλο των Tedeschi και Calhoun (2004). Τα άτομα αυτά είχαν βρει νόημα στην

απώλεια και η ανάπτυξη τους επικεντρωνόταν στην αύξηση της αυτογνωσίας και της αίσθησης προσωπικής δύναμης. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα που δεν είχαν καταφέρει να εντοπίσουν κάποιο νόημα στην απώλεια, δεν κατάφεραν να βιώσουν προσωπική ανάπτυξη και η φιλοσοφία της ζωής τους είχε αλλάξει προς το χειρότερο.

Οι Tedeschi και Calhoun (1996) ανέπτυξαν τον Κατάλογο Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Posttraumatic Growth Inventory), για να προσδιορίσουν τις διαστάσεις της ανάπτυξης που συντελείται μετά από τις τραυματικές εμπειρίες. Η κλίμακα που δημιουργήθηκε αποτελείται από πέντε παράγοντες οι οποίοι προσδιορίζουν τους βασικούς τομείς της μετατραυματικής ανάπτυξης. Ο πρώτος παράγοντας σχετίζεται με μια μεγαλύτερη εκτίμηση της ζωής και με αλλαγή των προτεραιοτήτων που βάζει κανείς (Tedeschi & Calhoun, 2004). Ο δεύτερος παράγοντας αφορά στη βελτίωση των σχέσεων με τους άλλους, οι οποίες γίνονται περισσότερο βαθιές και στενές. Ταυτόχρονα, τα άτομα μπορεί να απομακρυνθούν από δύσκολες ή αρνητικές σχέσεις. Η τρίτη διάσταση της μετατραυματικής ανάπτυξης είναι η αυξημένη αίσθηση προσωπικής δύναμης, και η πεποίθηση των ατόμων ότι αφού τα έβγαλαν πέρα με τη συγκεκριμένη εμπειρία, μπορούν να τα βγάλουν πέρα και με άλλες δύσκολες εμπειρίες στη ζωή τους. Ο τέταρτος παράγοντας αφορά στην αναγνώριση των νέων δυνατοτήτων που ανοίγονται μετά από την αντιμετώπιση της τραυματικής εμπειρίας, ενώ η υπαρξιακή και πνευματική ανάπτυξη αποτελούν τον τελευταίο παράγοντα που εμπεριέχεται στην έννοια της μετατραυματικής ανάπτυξης.

Οι Joseph και Linley (2005), προσπαθώντας να προσδιορίσουν τη δομή της έννοιας της μετατραυματικής ανάπτυξης, συνέκριναν τρεις κλίμακες ανάπτυξης, στις οποίες περιλαμβανόταν και ο Κατάλογος Μετατραυματικής Ανάπτυξης, και κατέληξαν ότι όλες οι υποκλίμακες φόρτωναν σε έναν μοναδικό παράγοντα, υποδεικνύοντας ότι ίσως η ανάπτυξη μπορεί να θεωρηθεί ως ένα ενιαίο φαινόμενο. Ταυτόχρονα, τα αποτελέσματα τους έδειξαν ότι η ανάπτυξη μπορεί επίσης να εμπεριέχει τρία συστατικά δεύτερης τάξης, δηλαδή την αλλαγή στις διαπροσωπικές σχέσεις, την αυτοαντίληψη και τη φιλοσοφία ζωής.

Η σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με την προσαρμογή είναι αρκετά αντιφατική με κάποιες έρευνες να υποστηρίζουν ότι υψηλά επίπεδα ανάπτυξης σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα δυσφορίας, ενώ άλλες αναφέρουν την απουσία συσχέτισης ανάμεσα στις δύο έννοιες (Tedeschi & Calhoun, 2004). Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τις έρευνες που υποστηρίζουν ότι το κατασκευασμένο νόημα σχετίζεται με καλύτερη προσαρμογή, δεδομένου ότι η μετατραυματική ανάπτυξη θεωρείται ως

μια μορφή κατασκευασμένου νοήματος. Οι Tedeschi και Calhoun (2004) υποστηρίζουν ότι αυτή η αντίφαση υπάρχει επειδή η μετατραυματική ανάπτυξη και η δυσφορία ή αντίθετα το ευ ζην, είναι ξεχωριστές διαστάσεις και δεν αποκλείουν η μία την άλλη. Παράλληλα, οι Linley και Joseph (2004), στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πάνω στην έννοια της θετικής μετατραυματικής αλλαγής, διαπίστωσαν ότι η ανάπτυξη και η δυσφορία δεν αποτελούν τα δύο άκρα του ίδιου συνεχούς, ότι η ανακούφιση της δυσφορίας δεν οδηγεί σε ανάπτυξη, και ότι η εμπειρία της ανάπτυξης μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη προσαρμογή και μείωση της δυσφορίας.

Αποδοχή. Η αποδοχή αποτελεί συχνά ένα είδος κατασκευασμένου νοήματος (Park, 2010), που ορισμένοι ερευνητές θεωρούν ως ένα είδος εύρεσης οφέλους (Bower & Segerstrom, 2004. Kim, Schulz, & Carver, 2007). Η αποδοχή σχετίζεται με την προθυμία να βιώσει κανείς τα συναισθήματα και τις σκέψεις του όπως προκύπτουν στη στιγμή, χωρίς να προσπαθεί να τα αλλάξει ή να τα αποφύγει (Follette, Palm & Hall, 2004). Η αποδοχή, πέρα από τις υποκειμενικές εμπειρίες όπως τα συναισθήματα και οι σκέψεις, αφορά και στα εξωτερικά γεγονότα, καθώς και στην προσπάθεια να μην αξιολογήσει κανείς αυτά τα γεγονότα, είτε θετικά ή αρνητικά (Thompson, Arnkoff, & Glass, 2011). Οι Thompson et al. (2011) ανασκόπησαν τη θεωρητική και ερευνητική βιβλιογραφία που υποστηρίζει ότι οι έννοιες της ενσυνειδητότητας (mindfulness) και της αποδοχής αποτελούν βασικά συστατικά της ψυχικής ανθεκτικότητας. Εντόπισαν αρκετές έρευνες που δείχνουν ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στην αποδοχή και την καλύτερη προσαρμογή μετά από κάποιο τραύμα. Η αποδοχή έχει σχετιστεί επίσης με μεγαλύτερη ψυχολογική ευελιξία, μια έννοια που σχετίζεται με την ψυχική ανθεκτικότητα και την ψυχική υγεία γενικότερα (Kashdan & Rottenberg, 2010).

Η αποδοχή έχει μελετηθεί ιδιαίτερα στο πλαίσιο των χρόνιων ασθενειών. Για παράδειγμα, οι Sturgeon και Zautra (2010) αντιμετωπίζουν την αποδοχή του πόνου ως έναν από τους βασικούς παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας, η οποία βοηθάει τα άτομα που βιώνουν χρόνια πόνο να μην επικεντρώνονται σε αυτόν, αφού δεν αλλάζει, και να εστιάζουν σε άλλους παράγοντες που μπορούν να αλλάξουν. Σύμφωνα με τους Evers et al. (2001), όταν αντιμετωπίζει κανείς μια χρόνια ασθένεια, μπορεί να αποδώσει τρία είδη νοήματος σε αυτήν: (1) να τονίσει το αρνητικό νόημα, δίνοντας έμφαση στις αρνητικές πλευρές της ασθένειας, (2) να μειώσει το αρνητικό νόημα της ασθένειας, μέσα από την αποδοχή ή (3) να προσθέσει θετικό νόημα σε αυτήν μέσα από την αντίληψη των θετικών συνεπειών που μπορεί να έχει. Στην

έρευνα τους βρήκαν ότι η αποδοχή, την οποία όρισαν ως «την αναγνώριση της ανάγκης να προσαρμοστεί κανείς σε μια χρόνια ασθένεια, ενώ αντιλαμβάνεται την ικανότητα να ανεχτεί την απρόβλεπτη, ανεξέλεγκτη φύση της ασθένειας και να χειριστεί τις αρνητικές της συνέπειες» (Evers et al., 2001, σ. 1027), σχετιζόταν με θετικές αλλαγές στην ψυχική και σωματική υγεία, όπως ήταν η μείωση της δραστηριότητας της ασθένειας, τα παράπονα για σωματικούς πόνους και η αρνητική διάθεση.

Οι Edward, Welch και Chater (2009) στην έρευνα τους με άτομα που είχαν βιώσει ψυχική ασθένεια, βρήκαν ότι μεταξύ άλλων, η αποδοχή αποτελούσε βασικό παράγοντα που συνέβαλλε στην ψυχική τους ανθεκτικότητα. Όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η αποδοχή του εαυτού, των άλλων και της κατάστασης αποτελούσε βασικό συστατικό στοιχείο της ανθεκτικότητας η οποία τους έδινε τη δυνατότητα να δουν τις συνθήκες της ζωής τους και την ασθένεια τους κάτω από ένα διαφορετικό φως και να αποφύγουν την αρνητικότητα.

Νόημα και προσαρμογή. Στην προηγούμενη ενότητα εξετάστηκαν συγκεκριμένες μορφές κατασκευασμένου νοήματος ενώ παρατέθηκαν έρευνες για τη σχέση αυτών των μορφών νοήματος με την προσαρμογή. Στην παρούσα ενότητα θα εξεταστεί η σχέση ανάμεσα στην εύρεση νοήματος και την προσαρμογή γενικά. Σύμφωνα με το μοντέλο των Park και Folkman (1997) και της Park (2010), όταν η διαδικασία κατασκευής νοήματος είναι επιτυχημένη και οδηγήσει σε μείωση της ασυνέπειας ανάμεσα στο καθολικό νόημα και το νόημα της κατάστασης, τότε θα υπάρχει καλύτερη προσαρμογή στο στρεσογόνο ή τραυματικό γεγονός. Αντίθετα, η ίδια η προσπάθεια κατασκευής νοήματος θεωρείται ότι θα συνδέεται με μεγαλύτερη δυσφορία μέχρι να οδηγήσει σε κάποιο αποτέλεσμα, και ότι θα μειώνεται καθώς θα δημιουργείται νέο νόημα (Park, 2010). Πολλοί ερευνητές διακρίνουν ανάμεσα στις δύο όψεις του νοήματος, δηλαδή στο νόημα ως διαδικασία και στο νόημα ως αποτέλεσμα, όσον αφορά στην προσαρμογή των ατόμων στο στρες και την αντιξοότητα (Bonanno, Wortman, & Nesse, 2004. Gillies, Neimeyer, & Milman, 2014. Steger, Frazier, Oishi, & Kaler, 2006). Σε γενικές γραμμές οι προσπάθειες κατασκευής νοήματος έχουν σχετιστεί σε πολλές έρευνες με χειρότερη προσαρμογή (Park, 2010). Αυτό μπορεί να γίνεται επειδή η αναζήτηση νοήματος από μόνη της, όταν γίνεται με επιμονή, μπορεί να αντικατοπτρίζει μια συνεχή ενασχόληση με την τραυματική εμπειρία (Davis et al., 1998). Από την άλλη πλευρά, όταν οι έρευνες εξετάζουν διαχρονικά τη σχέση ανάμεσα στις προσπάθειες κατασκευής νοήματος και

το κατασκευασμένο νόημα, τα αποτελέσματα μπορεί να είναι διαφορετικά. Για παράδειγμα οι Park, Edmondson, Fenster και Blank (2008), βρήκαν ότι οι προσπάθειες κατασκευής νοήματος συνδέονταν με καλύτερη προσαρμογή, μέσω της επιτυχημένης δημιουργίας νοήματος, σε 172 ενήλικες που είχαν επιβιώσει από καρκίνο.

Όσον αφορά στη σχέση ανάμεσα στην εύρεση νοήματος και την προσαρμογή, υπάρχουν αρκετές έρευνες που συνδέουν την αδυναμία εύρεσης νοήματος μετά από κάποιο τραυματικό γεγονός με κακή ψυχολογική προσαρμογή, για παράδειγμα, με αρνητικά συναισθήματα, και συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, ή μετατραυματικής διαταραχής άγχους, ενώ την εύρεση νοήματος με καλύτερη προσαρμογή και μειωμένα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και μετατραυματικού στρες (Bonanno, Wortman, & Nesse, 2004. Davis et al., 1998. Updegraff, Silver, & Holman, 2008. Wu et al., 2008). Για παράδειγμα, οι Updegraff et al. (2008) εξέτασαν τους προβλεπτικούς παράγοντες και τις συνέπειες της αναζήτησης και εύρεσης νοήματος σε Αμερικανούς ενήλικες μετά από τις τρομοκρατικές επιθέσεις της 11^{ης} Σεπτεμβρίου 2001. Τα ευρήματά τους έδειξαν πως τα άτομα που αναζητούσαν νόημα αμέσως μετά τις επιθέσεις ήταν πιθανό να αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα μετατραυματικού άγχους στα επόμενα δύο χρόνια. Αντίθετα, τα άτομα που κατάφεραν να βρουν κάποια εξήγηση για τα γεγονότα ανέφεραν χαμηλότερα συμπτώματα μετατραυματικού άγχους.

Στρατηγικές αντιμετώπισης. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης (coping) αναφέρονται στις σκέψεις και τις συμπεριφορές που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να διαχειριστούν καταστάσεις που αξιολογούν ως στρεσογόνες, καθώς και τα συναισθήματα που τους προκαλούν (Lazarus & Folkman, 1984). Στη βιβλιογραφία έχει εντοπιστεί ένας μεγάλος αριθμός συγκεκριμένων στρατηγικών αντιμετώπισης. Μια ανασκόπηση των ποικίλων στρατηγικών αντιμετώπισης που έχουν δημοσιευθεί, κατέληξε στη δημιουργία μιας λίστας 400 στρατηγικών (Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003). Εκτός από τις μεμονωμένες αυτές στρατηγικές, έχουν γίνει προσπάθειες ομαδοποίησης των στρατηγικών σε κατηγορίες. Από τις πρώτες και πιο γνωστές ταξινομήσεις των στρατηγικών αντιμετώπισης ήταν εκείνη που προτάθηκε από τους Folkman και Lazarus (1980), η οποία περιλαμβάνει δύο κατηγορίες: τις στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα και εκείνες που εστιάζουν στο συναίσθημα. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζουν στο πρόβλημα έχουν σαν στόχο τη διαχείριση του προβλήματος που δημιουργεί το στρες και περιλαμβάνουν

για παράδειγμα την εξέταση εναλλακτικών λύσεων, τη δράση, ή την εκμάθηση νέων δεξιοτήτων και διαδικασιών. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζουν στο συναίσθημα έχουν σαν στόχο τη διαχείριση των συναισθημάτων που προκαλεί το πρόβλημα και περιλαμβάνουν για παράδειγμα την αποφυγή, την αποστασιοποίηση, την επιλεκτική προσοχή, ή την εύρεση θετικών στα αρνητικά γεγονότα.

Μια άλλη δημοφιλής κατηγοριοποίηση των στρατηγικών αντιμετώπισης είναι εκείνη των Roth και Cohen (1986), οι οποίοι διέκριναν ανάμεσα στην αποφυγή και την προσέγγιση ως δύο βασικούς τρόπους αντιμετώπισης του στρες. Συναφής ομαδοποίηση είναι εκείνη ανάμεσα στην ενεργητική και την παθητική αντιμετώπιση (Snow-Turek, Norris, & Tan, 1996). Παραδείγματα ενεργητικών στρατηγικών καθώς και στρατηγικών προσέγγισης αποτελούν η επίλυση προβλήματος, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και η επιδίωξη συναισθηματικής έκφρασης (Taylor & Stanton, 2007). Από την άλλη πλευρά, η αποφυγή περιλαμβάνει συμπεριφορές όπως η άρνηση, η αποστασιοποίηση, η αποσύνδεση, ή η απομόνωση από τους άλλους. Στο πλαίσιο του χρόνιου πόνου, για παράδειγμα, η ενεργητική αντιμετώπιση σχετίζεται με την προσπάθεια του ατόμου να ελέγξει τον πόνο του και να συνεχίσει να λειτουργεί παρά τον πόνο, ενώ η παθητική αντιμετώπιση συνεπάγεται το να αφήνει τον έλεγχο του πόνου του στους άλλους ή να επιτρέπει να επηρεάζονται άλλες πλευρές της ζωής του από τον πόνο (Snow-Turek et al., 1996).

Ουσιαστικά, οι διαφορετικές ομαδοποιήσεις δεν περιλαμβάνουν διαφορετικές στρατηγικές προσέγγισης, αλλά μάλλον διαφορετικές κατηγοριοποιήσεις των ίδιων στρατηγικών. Έτσι, η επίλυση προβλήματος θεωρείται στρατηγική που εστιάζει στο πρόβλημα, ενεργητική στρατηγική και στρατηγική προσέγγισης, ενώ η άρνηση αποτελεί μια παθητική στρατηγική αποφυγής που εστιάζει στο συναίσθημα. Σύμφωνα με τους Sturgeon και Zautra (2010) η διαφοροποίηση ανάμεσα στην ενεργητική και την παθητική στρατηγική αντιμετώπισης μπορεί να μην είναι κατάλληλη, επειδή στις ενεργητικές στρατηγικές μπορεί να περιλαμβάνονται στρατηγικές που δεν είναι προσαρμοστικές, όπως για παράδειγμα η αναζήτηση υποστήριξης από απρόθυμα άτομα. Από την άλλη πλευρά, ορισμένες παθητικές στρατηγικές, όπως για παράδειγμα ο διαλογισμός, μπορεί να είναι προσαρμοστικές, αντίθετα με αυτό που υποδηλώνει η κατάταξη τους σε αυτή την κατηγορία. Για τους ερευνητές αυτούς, ένας καλύτερος όρος είναι αυτός της προσέγγισης που είναι αντίθετος με τη δυσπροσαρμοστική έννοια της αποφυγής.

Παραδοσιακά οι στρατηγικές που έχουν σχετιστεί θετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα είναι οι στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα, οι στρατηγικές προσέγγισης και οι ενεργητικές στρατηγικές (Southwick, Vythilingam, & Charney, 2005). Οι στρατηγικές προσέγγισης συσχετίζονται σε αρκετές έρευνες με καλύτερη ψυχολογική και σωματική υγεία απέναντι σε στρεσογόνες συνθήκες (Taylor & Stanton, 2007). Η χρήση στρατηγικών προσέγγισης για παράδειγμα, βρέθηκε ότι σχετιζόταν με βελτίωση στη ζωτικότητα και με μειωμένα καταθλιπτικά συμπτώματα σε γυναίκες μετά από θεραπεία για καρκίνο του στήθους (Kraemer, Stanton, Meyerowitz, Rowland, & Ganz, 2011).

Μια μορφή προσέγγισης είναι εκείνη που εστιάζει στην επεξεργασία και έκφραση των συναισθημάτων. Οι Stanton, Kirk, Cameron και Danoff-Burg (2000) διαπίστωσαν ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζουν στο συναίσθημα περιλαμβάνουν τόσο συμπεριφορές αποφυγής του συναισθήματος, που μπορεί να θεωρούνται ψυχοπαθολογικές και δυσπροσαρμοστικές, όσο και συμπεριφορές προσέγγισης του συναισθήματος, που σχετίζονται με καλύτερη προσαρμογή. Οι συμπεριφορές προσέγγισης περιλαμβάνουν την αναγνώριση, κατανόηση και έκφραση του συναισθήματος και έχουν σχετιστεί με καλύτερη προσαρμογή απέναντι σε διάφορους στρεσογόνους παράγοντες όπως είναι η υπογονιμότητα, ο καρκίνος του στήθους και ο χρόνιος πόνος (Austensfeld & Stanton, 2004). Η αντιμετώπιση μέσω συναισθηματικής προσέγγισης έχει ερευνηθεί και στα παιδιά. Για παράδειγμα, σε μια έρευνα με παιδιά 7-13 ετών που είχαν χάσει έναν γονιό πριν από 6 μήνες, βρέθηκε ότι η μεγαλύτερη χρήση της εκφραστικής αντιμετώπισης και η μικρότερη χρήση αποφευκτικής αντιμετώπισης χαρακτήριζε τα παιδιά που είχαν καλή ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην απώλεια σε αντίθεση με τα παιδιά που δεν είχαν προσαρμοστεί (Howell, Shapiro, Layne, & Kaplow, 2015). Τα παιδιά αυτά είχαν επίσης μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στην ικανότητα τους να αντιμετωπίσουν το γεγονός. Αντίθετα, τα παιδιά που είχαν αναπτύξει ψυχοπαθολογία, χρησιμοποιούσαν περισσότερο στρατηγικές αντιμετώπισης που σχετιζόνταν με την αποφυγή ή την καταστολή των συναισθημάτων.

Οι στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα και η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης έχει φανεί επίσης ότι είναι περισσότερο βοηθητικές στο πλαίσιο του πένθους τόσο σε ενήλικες (Moskowitz, Folkman, & Acree, 2003), όσο και σε εφήβους (Heinzer, 1995). Έχουν σχετιστεί επίσης με λιγότερα συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής άγχους (Hoge et al., 2007). Επιπλέον, η ενεργητική

αντιμετώπιση έχει βρεθεί ότι συνδέεται στενά με την ανθεκτικότητα απέναντι στον χρόνιο πόνο. Συγκεκριμένα, η ενεργητική αντιμετώπιση έχει σχετιστεί με μειωμένη ψυχολογική δυσφορία (Snow-Turek et al., 1996), μεγαλύτερη κοινωνική αλληλεπίδραση και λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης (Sturgeon & Zautra, 2010).

Παρόλα τα θετικά ευρήματα των ερευνών που αναφέρθηκαν παραπάνω, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι υπάρχουν έρευνες στις οποίες οι ενεργητικές στρατηγικές προσέγγισης σχετίζονται και με αρνητικά αποτελέσματα ενώ σε άλλες δεν παρουσιάζουν καμία συσχέτιση με την προσαρμογή (Folkman & Moskowitz, 2004). Τις περισσότερες φορές αυτό εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά της στρεσογόνου κατάστασης. Υπάρχουν έρευνες, για παράδειγμα, οι οποίες έχουν δείξει ότι ορισμένες μορφές αναζήτησης υποστήριξης ενδέχεται να συνδέονται με μεγαλύτερη συμπτωματολογία στο πλαίσιο της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε στο γεγονός ότι τα άτομα την αναζητούν την περίοδο που βιώνουν περισσότερο στρες ή στο ότι λαμβάνουν αρνητικές αντιδράσεις όταν αποκαλύπτουν την εμπειρία τους (Wright, Crawford & Sebastian, 2007).

Από την άλλη πλευρά, οι στρατηγικές που εστιάζουν στο συναίσθημα και κυρίως στην αποφυγή, έχουν ευρεία και περισσότερο συστηματική ερευνητική υποστήριξη ότι αποτελούν δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές (Hoge et al. 2007. Marriott, Hamilton-Giachritsis, & Harrop, 2014. Moskowitz et al., 2003. Taylor & Stanton, 2007. Wright, Forma-Loy, & Fischer, 2005). Για παράδειγμα, οι αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης έχουν σχετιστεί με αυξημένα συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής άγχους σε πληθυσμούς που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες (Hoge et al., 2007). Σε μια έρευνα με 60 ενήλικες γυναίκες που είχαν βιώσει σεξουαλική κακοποίηση ως παιδιά, βρέθηκε ότι η χρήση αποφευκτικών στρατηγικών αντιμετώπισης σχετιζόταν σε μεγάλο βαθμό με περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και με χειρότερη επίλυση ζητημάτων που σχετίζονταν με την κακοποίηση (Wright et al., 2007).

Σε αντίθεση με τα παραπάνω ευρήματα, μια σειρά από έρευνες δείχνει τον ευεργετικό ρόλο της κατασταλτικής στρατηγικής αντιμετώπισης (repressive coping), στο πλαίσιο του πένθους και της αντιξοότητας. Η κατασταλτική αντιμετώπιση σχετίζεται με την απώθηση των αρνητικών συναισθημάτων και χαρακτηρίζεται από «την ταυτόχρονη αποφυγή απειλητικών ή αρνητικών ερεθισμάτων και την αυξημένη φυσιολογική διέγερση σε απάντηση αυτών των ερεθισμάτων» (Mancini & Bonanno, 2009, σ. 1811). Ενώ η κατασταλτική αντιμετώπιση παραδοσιακά έχει σχετιστεί με

χειρότερη προσαρμογή και με μακροπρόθεσμα προβλήματα υγείας, αρκετές έρευνες τη συσχετίζουν με καλύτερη προσαρμογή (Mancini & Bonanno, 2010). Για παράδειγμα, οι Coifman, Bonanno, Ray, και Gross (2007) εξέτασαν τη χρήση της κατασταλτικής αντιμετώπισης και τη σχέση της με την ανθεκτικότητα σε άτομα που είχαν υποστεί την απώλεια είτε του συζύγου ή του παιδιού τους, και σε 54 παντρεμένα άτομα που δε βίωναν κάποια απώλεια. Τα ευρήματα τους έδειξαν ότι η κατασταλτική αντιμετώπιση προέβλεπε λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και μετατραυματικής διαταραχής άγχους, λιγότερα παράπονα για σωματική δυσφορία και λιγότερα προβλήματα υγείας. Η κατασταλτική αντιμετώπιση σχετιζόταν επίσης με αξιολογήσεις καλύτερης προσαρμογής από στενούς φίλους, τόσο στα άτομα που πενθούσαν όσο και σε εκείνα που δεν είχαν υποστεί απώλεια. Ιδιαίτερα όμως για εκείνους που πενθούσαν, η κατασταλτική αντιμετώπιση προέβλεπε καλύτερη μακροπρόθεσμη προσαρμογή. Επιπλέον, η κατασταλτική αντιμετώπιση έχει σχετιστεί με καλύτερη προσαρμογή στο πλαίσιο τόσο οξέων όσο και χρόνιων ασθενειών, όπως, για παράδειγμα, με λιγότερα συμπτώματα οξείας και μετατραυματικής διαταραχής άγχους μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, τόσο άμεσα όσο και μακροπρόθεσμα (Ginzburg, Solomon, & Bleich, 2002) και με λιγότερο πόνο και λιγότερα επίπεδα κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο των πνευμόνων (Prasertsri, Holden, Keefe, & Wilkie, 2011).

Γιατί όμως υπάρχει αυτή η διάσταση στη βιβλιογραφία; Οι Mancini και Bonanno (2009, 2010) παρέχουν μια εξήγηση για τον ευεργετικό ρόλο της κατασταλτικής αντιμετώπισης, μέσα από τη χρήση γνωστικών πόρων. Συγκεκριμένα, προτείνουν ότι η κατασταλτική αντιμετώπιση αφορά κυρίως σε αυτόματες συμπεριφορές τις οποίες δε συνειδητοποιεί το άτομο, και επομένως διαφέρουν από τις σκόπιμες συμπεριφορές αποφυγής που απαιτούν σημαντικούς γνωστικούς πόρους. Εφόσον η εμπειρία τους δεν είναι ιδιαίτερα απειλητική, μπορούν στη συνέχεια να χρησιμοποιήσουν συνειδητά στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζουν στο πρόβλημα, και όχι παθητικές και αποφευκτικές στρατηγικές. Επομένως, σύμφωνα με την ερμηνεία αυτή, διαπιστώνουμε ότι η κατασταλτική αντιμετώπιση διαφέρει από την αποφευκτική και αυτός πιθανόν είναι ο λόγος που σχετίζεται με καλύτερα αποτελέσματα απέναντι στην αντιξοότητα.

Τα ευρήματα που αναφέρθηκαν σχετικά με την αποτελεσματικότητα ή μη συγκεκριμένων στρατηγικών αντιμετώπισης είναι αρκετά αντιφατικά, οδηγώντας ορισμένους ερευνητές στην αναγνώριση ότι αυτό που είναι ίσως σημαντικότερο, είναι

η ικανότητα ευέλικτης χρήσης μιας ποικιλίας στρατηγικών ανάλογα με τις απαιτήσεις της κατάστασης, μια έννοια που αποκαλείται *ευελιξία της αντιμετώπισης* (coping flexibility) (Bonanno & Diminich, 2013. Cheng, 2001. Folkman & Moskowitz, 2004). Ήδη, οι Lazarus και Folkman από το 1984 είχαν υποστηρίξει ότι δεν υπάρχουν εγγενώς καλές ή κακές στρατηγικές αντιμετώπισης αλλά ότι οι περισσότερες στρατηγικές μπορεί να είναι αποτελεσματικές σε μια δεδομένη κατάσταση και όχι σε μια άλλη, ή ακόμη και στην ίδια κατάσταση σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. Ερευνητικά ευρήματα έχουν δείξει ότι η ευελιξία της αντιμετώπισης συνδέεται με καλύτερη προσαρμογή και χαρακτηρίζει τα άτομα που ανταποκρίνονται αποτελεσματικά απέναντι σε διάφορες αντιξοότητες (Bonanno, Pat-Horenczyk, & Noll, 2011. Galatzer-Levy, Burton, & Bonanno, 2012). Για παράδειγμα, σε μια έρευνα με νέους Έλληνες φοιτητές βρέθηκε ότι οι ανθεκτικότεροι νέοι χρησιμοποιούσαν τόσο ενεργητικές όσο και αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης (Leontopoulou, 2006). Μάλιστα οι φοιτητές με καλύτερη προσαρμογή χρησιμοποιούσαν στρατηγικές αποφυγής σε μεγαλύτερο βαθμό από τους συνομήλικους τους που δεν είχαν καλή προσαρμογή, δείχνοντας ότι οι ανθεκτικοί νέοι διέθεταν μεγαλύτερη ποικιλία στρατηγικών αντιμετώπισης από την οποία αντλούσαν ανάλογα με τις απαιτήσεις της κατάστασης.

Συναισθηματική ρύθμιση. Η ικανότητα συναισθηματικής ρύθμισης αποτελεί σημαντικό προστατευτικό παράγοντα που συμβάλλει στην ψυχική ανθεκτικότητα (Bonanno & Kaltman, 1999. Curtis & Cicchetti, 2003. Troy & Mauss, 2011). Η συναισθηματική ρύθμιση περιλαμβάνεται στη γενικότερη έννοια της αυτορρύθμισης, η οποία σχετίζεται με τη ρύθμιση διαδικασιών όπως είναι η προσοχή, η δράση, οι σκέψεις, τα συναισθήματα, οι παρορμήσεις, και τα χαρακτηριστικά της κατάστασης (Masten & Obradovic, 2008). Από την άλλη πλευρά, η συναισθηματική ρύθμιση αναφέρεται «στις διαδικασίες με τις οποίες τα άτομα επηρεάζουν το ποια συναισθήματα έχουν, το πότε θα τα έχουν, και τον τρόπο με τον οποίο βιώνουν και εκφράζουν αυτά τα συναισθήματα» (Gross, 1998). Ένας ορισμός που αναφέρεται συχνά στη βιβλιογραφία είναι εκείνος του Thompson (1994), σύμφωνα με τον οποίο η συναισθηματική ρύθμιση «αποτελείται από τις εξωγενείς και εγγενείς διαδικασίες που είναι υπεύθυνες για την παρακολούθηση, αξιολόγηση, και τροποποίηση των συναισθηματικών αντιδράσεων, ιδιαίτερα των χαρακτηριστικών τους που αφορούν στην ένταση και στον χρόνο, ώστε να επιτύχει κανείς τους στόχους του» (σ. 27-28). Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, η συναισθηματική ρύθμιση αφορά τόσο στη

διατήρηση και ενίσχυση της συναισθηματικής διέγερσης όσο και την παρεμπόδιση ή μείωση της, ανάλογα με τις απαιτήσεις της κατάστασης. Όπως θα δούμε και παρακάτω, ένας σημαντικός τομέας της συναισθηματικής ρύθμισης είναι εκείνος της αύξησης βίωσης των θετικών συναισθημάτων. Επίσης, ο ορισμός αυτός επισημαίνει ότι η ρύθμιση μπορεί να γίνει είτε από το ίδιο το άτομο, ή από εξωτερικές επιρροές και το κοινωνικό του πλαίσιο, και ότι επηρεάζεται από τους στόχους του ατόμου ή του περιβάλλοντος του για κάθε δεδομένη περίπτωση (Thompson, 1994). Άλλοι ορισμοί τονίζουν επίσης ότι η συναισθηματική ρύθμιση μπορεί να είναι τόσο συνειδητή όσο και ασυνειδητή, και ότι οι διάφορες στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης δεν είναι ούτε εγγενώς καλές ούτε κακές (Gross, 2002).

Η συναισθηματική ρύθμιση συνδέεται στενά με την ψυχική υγεία, δεδομένου ότι πολλές ψυχικές διαταραχές έχουν να κάνουν με ελλείμματα και δυσκολίες στη συναισθηματική ρύθμιση (Berking & Wupperman, 2012. Gross & Muñoz, 1995). Ο Berking (2007, όπως αναφέρεται στους Berking et al., 2008) πρότεινε ένα μοντέλο καλής συναισθηματικής ρύθμισης που σχετίζεται με την αλληλεπίδραση εννέα δεξιοτήτων. Οι δεξιότητες αυτές είναι (α) η συνειδητή επεξεργασία/ επίγνωση των συναισθημάτων, (β) η αναγνώριση και ονομασία των συναισθημάτων, (γ) η ακριβής ερμηνεία των σωματικών αισθήσεων που σχετίζονται με τα συναισθήματα, (δ) η αντίληψη των συναισθηματικών ερεθισμάτων, (ε) η υποστήριξη του εαυτού σε δύσκολες συναισθηματικά καταστάσεις, (στ) η ενεργή τροποποίηση των αρνητικών συναισθημάτων, (ζ) η αποδοχή των συναισθημάτων, (η) η ανοχή των αρνητικών συναισθημάτων και (θ) η αντιμετώπιση συναισθηματικά δύσκολων καταστάσεων ώστε να επιτύχει κανείς σημαντικούς στόχους. Οι Berking et al. (2008) στην έρευνά τους με ένα δείγμα 289 ασθενών ψυχικής υγείας που νοσηλεύονταν, επιχείρησαν να αξιολογήσουν αυτές τις δεξιότητες συναισθηματικής ρύθμισης και να δουν πως διαφέρουν ανάμεσα σε κλινικό και μη κλινικό πληθυσμό, όπως επίσης πριν και μετά από ψυχοθεραπεία. Τα ευρήματά τους επιβεβαιώνουν την υπόθεση ότι η συναισθηματική ρύθμιση σχετίζεται άμεσα με την ψυχική υγεία και ότι οι ασθενείς ανέφεραν λιγότερες δεξιότητες συναισθηματικής ρύθμισης από το μη κλινικό δείγμα. Οι βασικές δεξιότητες που βρέθηκε ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την ψυχική υγεία είναι η αποδοχή και η ανοχή των δυσάρεστων συναισθημάτων, όπως και η ικανότητα τροποποίησης τους.

Δύο συχνές στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης που έχουν ερευνηθεί είναι η γνωστική επανεκτίμηση και η καταστολή (Gross, 2002. Gross & John, 2003).

Η γνωστική επανεκτίμηση σχετίζεται με την αλλαγή του τρόπου που αντιλαμβάνεται κανείς την κατάσταση έτσι ώστε να μειώσει τον συναισθηματικό της αντίκτυπο, ενώ η καταστολή σχετίζεται με την παρεμπόδιση της έκφρασης των συναισθημάτων. Γενικά, επειδή η γνωστική επανεκτίμηση ως στρατηγική χρησιμοποιείται νωρίς στη διαδικασία παραγωγής του συναισθήματος, μπορεί να επηρεάσει όχι μόνο την έκφραση αλλά και τη βίωση του συναισθήματος και επομένως είναι περισσότερο αποτελεσματική από την καταστολή (Gross, 2002). Για παράδειγμα, οι Gross και John (2003) σε μια σειρά πέντε ερευνών στις οποίες συνέκριναν τη γνωστική επανεκτίμηση και την καταστολή, βρήκαν ότι τα άτομα που χρησιμοποιούν τη γνωστική επανεκτίμηση έχουν πιο αισιόδοξη στάση και προσπαθούν πιο ενεργητικά να αλλάξουν τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τις καταστάσεις. Σαν αποτέλεσμα αυτής της προσπάθειας, βιώνουν και εκφράζουν περισσότερα θετικά συναισθήματα και λιγότερα αρνητικά συναισθήματα από εκείνους που δεν τη χρησιμοποιούν τόσο συχνά. Αυτό οδηγεί περαιτέρω τα άτομα που επανεκτιμούν τις καταστάσεις να μοιραστούν τα συναισθήματα τους με τους άλλους και κατά συνέπεια να απολαμβάνουν στενότερες σχέσεις. Τέλος, τα άτομα που χρησιμοποιούν συστηματικά τη γνωστική επανεκτίμηση έχουν λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, και μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση, ικανοποίηση από τη ζωή και άλλες μορφές ευζην. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα που χρησιμοποιούν συχνότερα την καταστολή ως στρατηγική συναισθηματικής ρύθμισης βιώνουν λιγότερα θετικά συναισθήματα και περισσότερα αρνητικά συναισθήματα, αποφεύγουν τις στενές σχέσεις και έχουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης από τη ζωή, όπως επίσης και περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Η συναισθηματική ρύθμιση σχετίζεται με πολλούς τρόπους με την ψυχική ανθεκτικότητα. Οι Berking, Orth, Wupperman, Meier, και Caspar (2008) επιχείρησαν να διασαφηνίσουν κατά πόσο η συναισθηματική ρύθμιση διευκολύνει τη συναισθηματική προσαρμογή ή απλά είναι σύμπτωμα κακής συναισθηματικής προσαρμογής. Για το σκοπό αυτό διεξήγαγαν δύο έρευνες με 446 και 635 άτομα γενικού πληθυσμού αντίστοιχα, εξετάζοντας διαχρονικά τη συναισθηματική ρύθμιση και τη συναισθηματική προσαρμογή σε ένα διάστημα δύο εβδομάδων. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι η συναισθηματική ρύθμιση προέβλεπε την προσαρμογή και όχι το αντίθετο. Συγκεκριμένα η καλή συναισθηματική ρύθμιση προέβλεπε αυξημένα θετικά συναισθήματα και μειωμένα αρνητικά συναισθήματα και

άγχος, ακόμη και μετά τον έλεγχο της επίδρασης της προγενέστερης συναισθηματικής προσαρμογής.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν έρευνες που δείχνουν πιο συγκεκριμένα τη σχέση της συναισθηματικής ρύθμισης με την ψυχική ανθεκτικότητα. Για παράδειγμα οι Troy, Wilhelm, Shallcross και Mauss (2010) εξέτασαν κατά πόσο η γνωστική επανεκτίμηση, ως διαδικασία γνωστικής συναισθηματικής ρύθμισης, μπορεί να θεωρηθεί προστατευτικός παράγοντας απέναντι στην κατάθλιψη μετά από στρεσογόνα γεγονότα ζωής. Για το σκοπό αυτό ερεύνησαν την ικανότητα χρήσης της γνωστικής επανεκτίμησης σε ένα δείγμα 78 γυναικών γενικού πληθυσμού που είχαν βιώσει κάποιο στρεσογόνο γεγονός μέσα στους τελευταίους τρεις μήνες. Τα αποτελέσματα τους έδειξαν ότι για τις γυναίκες που βίωναν υψηλά επίπεδα στρες στη ζωή τους, εκείνες που έδειχναν μεγαλύτερη ικανότητα στη χρήση γνωστικής επανεκτίμησης είχαν λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από ότι εκείνες που είχαν χαμηλότερη ικανότητα. Αυτό δεν ίσχυε στην περίπτωση χαμηλού στρες, υπογραμμίζοντας ότι η ικανότητα αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική στο πλαίσιο μεγαλύτερης αντιξοότητας.

Οι ικανότητες συναισθηματικής ρύθμισης έχουν επίσης σχετιστεί με την ανάκαμψη από τραυματικές εμπειρίες ζωής, ιδιαίτερα στο πλαίσιο της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Για παράδειγμα, μια από τις διαδικασίες που βοήθησε γυναίκες οι οποίες είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία να ανακάμψουν από αυτή και να συνεχίσουν τη ζωή τους ήταν η ικανότητά τους να παίρνουν τη φυσική και συναισθηματική τους ενέργεια από την κακοποίηση και να την κατευθύνουν σε άλλες δραστηριότητες και επιδιώξεις όπως για παράδειγμα εκπαιδευτικές εμπειρίες, σπορ, ή επαγγελματικά ενδιαφέροντα (Bogar & Hulse-Killacky, 2006). Η επικέντρωση των σκέψεων και των συναισθημάτων τους σε άλλες εμπειρίες τις βοήθησε να λειτουργούν αποτελεσματικά, να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της ζωής τους και να μειώσουν την επίδραση που είχε πάνω τους η κακοποιητική εμπειρία. Αντίστοιχα, στην έρευνα των Millar και Stermac (2000) οι συμμετέχουσες που είχαν βιώσει παιδική κακοποίηση και ανάρρωναν από τη χρήση ουσιών, ανέφεραν πως οι διαδικασίες που τις βοήθησαν να ανακάμψουν από αυτές τις εμπειρίες ήταν οι στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης, η ανάπτυξη μιας νέας αυτοεικόνας και η δημιουργία υγιέστερων σχέσεων. Συγκεκριμένα, η ικανότητα συναισθηματικής διαχείρισης αφορούσε κυρίως στα οδυνηρά και συγκεχυμένα συναισθήματα και αποτελούνταν από τέσσερα στάδια. Σε ένα πρώτο στάδιο ήταν

σημαντική η αναγνώριση των συναισθημάτων, η οποία έδινε στις συμμετέχουσες μια αίσθηση ενδυνάμωσης και σύνδεσης με τον εσωτερικό τους κόσμο. Το δεύτερο στάδιο αφορούσε στην εύρεση νοήματος στα συναισθήματα και στην κατανόηση της αιτίας που βίωναν τα συγκεκριμένα συναισθήματα. Το τρίτο στάδιο σχετιζόταν με την αντιμετώπιση των οδυνηρών συναισθημάτων, ιδιαίτερα μέσα από την ανοιχτή έκφραση του συναισθηματικού τους πόνου, ενώ το τελευταίο στάδιο αφορούσε στην καλλιέργεια θετικών συναισθημάτων.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η συναισθηματική ρύθμιση δεν αφορά μόνο στη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων αλλά και στη δημιουργία, διατήρηση και ενίσχυση των θετικών συναισθημάτων. Η καλλιέργεια θετικών συναισθημάτων είναι ιδιαίτερα σημαντική για την καλλιέργεια και την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας απέναντι στην αντιξοότητα και το στρες (Tugade & Fredrickson, 2007), δεδομένου ότι τα θετικά συναισθήματα έχει φανεί ότι συμβάλλουν στην ψυχική ανθεκτικότητα με πολλούς τρόπους. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι τα θετικά συναισθήματα βοηθούν στην ταχύτερη καρδιοαγγειακή ανάκαμψη μετά από την έκθεση σε κάποιο στρεσογόνο γεγονός (Fredrickson, Mancuso, Branigan, & Tugade, 2000), αλλά και στη μακροπρόθεσμη προσαρμογή (Papa & Bonanno, 2008), ότι ενισχύουν τις προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες ενώ ελαχιστοποιούν τις δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης (Gloria & Steinhardt, 2014), ότι προωθούν διευρυμένες στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως για παράδειγμα την εύρεση πολλών πιθανών λύσεων στα προβλήματα (Fredrickson & Joiner, 2002) και ότι διευκολύνουν την προσαρμογή στο στρες αυξάνοντας την ψυχολογική απόσταση από τη δυσφορία και ενισχύοντας τις κοινωνικές σχέσεις (Keltner & Bonanno, 1997), μεταξύ άλλων. Έχει βρεθεί επίσης ότι τα ανθεκτικά άτομα χρησιμοποιούν τα θετικά συναισθήματα για να ανακάμψουν από στρεσογόνες εμπειρίες (Tugade & Fredrickson, 2004).

Οι Tugade και Fredrickson (2007) απαριθμούν μια σειρά μορφών συναισθηματικής ρύθμισης που αποβλέπουν είτε στη δημιουργία, ή στη διατήρηση και ενίσχυση των θετικών συναισθηματικών εμπειριών. Μια γνωστική μορφή συναισθηματικής ρύθμισης που αποβλέπει στη διατήρηση και ενίσχυση του θετικού συναισθήματος είναι το απολαμβάνειν (savoring), το οποίο σχετίζεται με τη σκόπιμη επικέντρωση στις ευχάριστες εμπειρίες. Οι Quoidbach, Berry, Hansenne, και Mikolajczak (2010) επιχείρησαν να εξετάσουν την επίδραση τεσσάρων βασικών στρατηγικών απολαμβάνειν στα θετικά συναισθήματα και την ικανοποίηση από τη

ζωή. Τα ευρήματα τους έδειξαν πως όταν τα άτομα βίωναν θετικά γεγονότα, επικέντρωναν την προσοχή τους στο παρόν και κατέφευγαν σε θετικό μηρυκασμό, βίωναν περισσότερα θετικά συναισθήματα ενώ όταν μιλούσαν στους άλλους για τις θετικές τους εμπειρίες αυξανόταν η ικανοποίηση τους από τη ζωή.

Οι Tugade και Fredrickson (2007) αναφέρουν και μια σειρά από άλλες στρατηγικές που αυξάνουν ή ενισχύουν τις θετικές συναισθηματικές εμπειρίες, όπως, για παράδειγμα, το χαμόγελο όταν κανείς αισθάνεται θλιμμένος ή αναστατωμένος, τη συνειδητή επικέντρωση στις ευλογίες που έχει κάποιος στη ζωή του ώστε να ενισχύσει συναισθήματα ευγνωμοσύνης, όπως και την εύρεση θετικού νοήματος στα αρνητικά γεγονότα. Η χρήση της γνωστικής επανεκτίμησης είναι άλλη μια στρατηγική που έχει σχετιστεί, όχι μόνο με τη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, αλλά και με την αύξηση της βίωσης θετικών συναισθημάτων στο πλαίσιο της αντιξοότητας (Troy & Mauss, 2011). Η ικανότητα να αντιλαμβάνεται κανείς τις εμπειρίες του από μια ευρύτερη οπτική, αναγνωρίζοντας τις χαρές μαζί με τις λύπες και να εντοπίζει κάτι θετικό ακόμη και απέναντι σε φαινομενικά δυσβάσταχτα γεγονότα, είναι μια ικανότητα που ρυθμίζει τις ακραίες αντιδράσεις στην αντιξοότητα και αποτελεί μία από τις πέντε βασικές διαστάσεις της ψυχικής ανθεκτικότητας σύμφωνα με την έρευνα των Wagnild και Young (1990), σε γυναίκες που είχαν προσαρμοστεί με επιτυχία σε μια πρόσφατη σημαντική απώλεια.

Παρόλο που οι έρευνες που παρουσιάστηκαν παραπάνω δείχνουν για παράδειγμα ότι η γνωστική επανεκτίμηση είναι μια αποτελεσματική στρατηγική και ότι η καταστολή της συναισθηματικής έκφρασης είναι αναποτελεσματική και δεν οδηγεί σε καλή προσαρμογή, άλλες έρευνες δείχνουν ότι η υγιής προσαρμογή σχετίζεται περισσότερο με την ευέλικτη επιλογή των στρατηγικών ρύθμισης ανάλογα με τις απαιτήσεις της κατάστασης (Bonanno & Burton, 2013. Kashdan & Rottenberg, 2010. Troy & Mauss, 2011). Για παράδειγμα, οι Troy και Mauss (2011) ανασκοπώντας τη βιβλιογραφία για τη σχέση ανάμεσα στον έλεγχο της προσοχής και την ψυχική ανθεκτικότητα κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τόσο η επικέντρωση της προσοχής στα αρνητικά ερεθίσματα, όπως για παράδειγμα ο μηρυκασμός, όσο και η απόσπαση της προσοχής από τα αρνητικά ερεθίσματα, αν και αντίθετες στρατηγικές ελέγχου της προσοχής, οδηγούν και οι δύο σε αρνητικά αποτελέσματα, όπως είναι η κατάθλιψη. Αντίθετα, η επιλεκτική προσοχή των θετικών ή ουδέτερων ερεθισμάτων και η απομάκρυνση της προσοχής από τα άσχετα αρνητικά ερεθίσματα, δηλαδή η

ευέλικτη τροποποίηση της προσοχής φάνηκε ότι συνδέεται με καλύτερη προσαρμογή στο πλαίσιο του στρες.

Ο Bonanno και οι συνεργάτες του (Bonanno, Papa, Lalande, Westphal, & Coifman, 2004. Gupta & Bonanno, 2011. Westphal, Seivert, & Bonanno, 2010) σε μια σειρά από έρευνες επικεντρώθηκαν στην έννοια της *εκφραστικής ευελιξίας*, δηλαδή της ευέλικτης επιλογής ανάμεσα στην αύξηση ή την καταστολή της συναισθηματικής έκφρασης και την ψυχική ανθεκτικότητα. Συγκεκριμένα, οι Bonanno, Papa et al. (2004), διεξήγαγαν μια έρευνα με φοιτητές στη Νέα Υόρκη, μετά από τις τρομοκρατικές επιθέσεις της 11^{ης} Σεπτεμβρίου, στην οποία μελέτησαν την ικανότητά των φοιτητών να αυξήσουν ή να καταστείλουν τη συναισθηματική έκφραση ή να συμπεριφερθούν φυσιολογικά σε μια σειρά από δοκιμασίες. Διαπίστωσαν ότι η προσαρμογή τους στα δύο πρώτα χρόνια του κολλεγίου προβλεπόταν από την ικανότητα τους να προσαρμόζονται με ευελιξία τη συναισθηματική έκφραση. Συγκεκριμένα, εκείνοι που είχαν μεγαλύτερη ικανότητα στην αύξηση ή καταστολή της έκφρασης, ανέφεραν μειωμένη δυσφορία στο τέλος του δεύτερου έτους. Επιπλέον, οι Gupta και Bonanno (2011), σε μια παρόμοια έρευνα με άτομα που είχαν χάσει τον/τη σύζυγο τους και ένα δείγμα ελέγχου παντρεμένων ενηλίκων, έδειξαν ότι τα άτομα που υπέφεραν από περιπεπλεγμένο πένθος, είχαν δυσκολίες στην εκφραστική ευελιξία, δηλαδή δε μπορούσαν να αυξήσουν ή να μειώσουν ευέλικτα τη συναισθηματική τους έκφραση όταν τους δίνονταν οδηγίες, σε αντίθεση με τα άτομα που βίωναν φυσιολογικό πένθος και τα άτομα της ομάδας ελέγχου.

Διαπροσωπικές σχέσεις και κοινωνική στήριξη. Ένας από τους σημαντικότερους προστατευτικούς παράγοντες που έχουν εντοπιστεί στη βιβλιογραφία της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις και η κοινωνική στήριξη. Ήδη από τις πρώτες έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας στα παιδιά, οι ερευνητές εντόπισαν τον βασικό ρόλο που παίζουν οι θετικές σχέσεις με τους πρωταρχικούς φροντιστές ή με υποστηρικτικούς παππούδες και αδέρφια, τα σχεσιακά χαρακτηριστικά της οικογένειας όπως η οικογενειακή σταθερότητα, η συνοχή και η ζεστασιά, αλλά και τα εξωτερικά συστήματα υποστήριξης όπως οι στενοί φίλοι, οι υποστηρικτικοί δάσκαλοι και οι μέντορες, στη θετική προσαρμογή των παιδιών και την ανθεκτικότητα απέναντι σε μια ποικιλία αντιξοοτήτων και τραυματικών εμπειριών (Luthar & Zigler, 1991. Masten & Coatsworth, 1998. Werner, 1990. Wyman et al., 1992). Τα ευρήματα αυτά οδήγησαν τη Suniya Luthar, μια από

τις σημαντικότερες ερευνήτριες της ψυχικής ανθεκτικότητας στα παιδιά και τους νέους, να συμπεράνει ότι «Η ψυχική ανθεκτικότητα βασίζεται ουσιαστικά στις σχέσεις» (Luthar, 2006, σ. 780). Η κοινωνική υποστήριξη και οι θετικές διαπροσωπικές σχέσεις έχουν σχετιστεί με την ψυχική ανθεκτικότητα σε όλες τις ηλικίες και απέναντι σε ένα μεγάλο εύρος αντιξοοτήτων και στρεσογόνων εμπειριών που περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, σοβαρό σωματικό τραυματισμό (Quale & Schanke, 2010), σοβαρές ασθένειες (Denz-Penhey & Murdoch, 2008. Woodgate, 1999), τρομοκρατικές επιθέσεις (Bonanno, et al. 2007), βία και κακοποίηση στην παιδική ηλικία (Afifi & MacMillan, 2011. Gonzales, Chronister, Linville, & Knoble, 2012), μαθησιακές δυσκολίες (Miller, 2002), οικονομική αντιξοότητα (Singer & Ryff, 1999), ή απώλειες (Hogan & Schmidt, 2002. Lin, Sandler, Ayers, Wolchik, & Luecken, 2004).

Η κοινωνική υποστήριξη έχει σχετιστεί με την προστασία τόσο της ψυχικής όσο και της φυσικής υγείας και της θνησιμότητας (Cohen, 1988, 2004. Uchino, 2006). Για παράδειγμα, η κοινωνική υποστήριξη έχει συσχετιστεί συστηματικά με χαμηλότερα επίπεδα νοσηρότητας και θνησιμότητας από ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος, όπως επίσης και από καρκίνο και μολυσματικές ασθένειες, ενώ υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις για τη σχέση ανάμεσα στην κοινωνική υποστήριξη και την καλύτερη ανοσολογική λειτουργία (Uchino, 2006). Στο πεδίο της ψυχικής υγείας η κοινωνική υποστήριξη έχει σχετιστεί με χαμηλότερα επίπεδα μετατραυματικής διαταραχής άγχους, κατάθλιψης και στρες (Bonanno et al., 2007. Denny, Clark, Fleming, Wall, 2004), καθώς και με την ανάρρωση από τη μετατραυματική διαταραχή άγχους (Koenen, Stellman, Stellman, & Sommer, 2003), ενώ η απουσία της με περισσότερα συμπτώματα αυτών των διαταραχών (Southwick et al., 2005). Για παράδειγμα, σε μια μετα-ανάλυση 77 ερευνών που εξέτασε την επίδραση 14 διακριτών παραγόντων στην ανάπτυξη μετατραυματικής διαταραχής άγχους σε διαφορετικούς πληθυσμούς και για διαφορετικά είδη τραυμάτων, η απουσία κοινωνικής υποστήριξης μαζί με τη σοβαρότητα του τραύματος και το επιπρόσθετο στρες, ασκούσαν ισχυρότερη επίδραση στην ανάπτυξη της διαταραχής αυτής από ότι παράγοντες που προηγούνταν του τραύματος, όπως για παράδειγμα η γενική αντιξοότητα κατά την παιδική ηλικία και το ψυχιατρικό ιστορικό της οικογένειας (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000).

Η παρουσία κοινωνικής υποστήριξης βοηθάει τα άτομα όχι μόνο να αντιμετωπίσουν τις τραυματικές εμπειρίες και να μην αναπτύξουν ψυχοπαθολογία

αλλά και να αναπτυχθούν μέσα από αυτές (Cadell, Regehr, Hemsworth, 2003. Helgeson & Lopez, 2010. Hogan & Schmidt, 2002. Prati & Pietrantonio, 2009. Tedeschi & Calhoun, 2004). Για παράδειγμα, οι Cadell et al. (2003) ερευνήσαν 174 φροντιστές ατόμων με HIV/AIDS που είχαν πεθάνει από ένα μήνα έως 18 χρόνια πριν, για να αναζητήσουν τους παράγοντες που διευκολύνουν την ανάπτυξη μετά από την εμπειρία του πένθους. Η κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε ότι είχε μια σημαντική, θετική, άμεση επίδραση στη μετατραυματική ανάπτυξη, δηλαδή όσο περισσότερη κοινωνική υποστήριξη είχε ένα άτομο τόσο μεγαλύτερη ανάπτυξη βίωνε μετά από την απώλεια. Οι Tedeschi και Calhoun (2004) υποστηρίζουν ότι οι σχέσεις του ατόμου μπορούν να διευκολύνουν σημαντικά τη διαδικασία της μετατραυματικής ανάπτυξης «μέσω της παροχής νέων σχημάτων που σχετίζονται με την ανάπτυξη, και της ενσυναισθητικής αποδοχής των αποκαλύψεων για το τραυματικό γεγονός και για θέματα που σχετίζονται με την ανάπτυξη» (σ. 12).

Η κοινωνική στήριξη είναι μια ευρεία και πολυδιάστατη έννοια που μπορεί να λάβει ποικίλες μορφές. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται στις έρευνες διαφορετικά εργαλεία αξιολόγησης της, τα οποία αντανακλούν διαφορετικές διαστάσεις της. Σε γενικές γραμμές, οι κοινωνικές μεταβλητές αποτελούνται από δύο διαστάσεις: τη δομική και τη λειτουργική (Wills & Ainette, 2007). Η *δομική διάσταση* αναφέρεται στην κοινωνική ενσωμάτωση ενός ατόμου και αντανακλάται για παράδειγμα στη δομή και την ποσότητα των κοινωνικών του σχέσεων, στους διαφορετικούς κοινωνικούς ρόλους που αναλαμβάνει και στη συμμετοχή του σε δραστηριότητες με άλλα άτομα. Από την άλλη πλευρά, η *λειτουργική διάσταση*, αναφέρεται στην ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων του ατόμου και τις λειτουργίες που αυτές επιτελούν (Schwarzer & Knoll, 2007).

Οι λειτουργίες που επιτελούν οι σχέσεις συχνά ομαδοποιούνται σε κατηγορίες βοηθητικών συμπεριφορών οι οποίες εξυπηρετούν μια συγκεκριμένη υποστηρικτική λειτουργία για τον δέκτη. Για παράδειγμα, οι Wills και Shinar (2000), παραθέτουν πέντε διαφορετικές μορφές υποστηρικτικών λειτουργιών που παρέχουν οι σχέσεις. Η πρώτη μορφή αφορά στη *συναισθηματική υποστήριξη* και σχετίζεται με την έκφραση και συζήτηση των συναισθημάτων καθώς και με την παροχή συναισθηματικής φροντίδας και αποδοχής. Η συναισθηματική υποστήριξη αναφέρεται επίσης σε διάφορες έρευνες ως εκφραστική υποστήριξη, εκτόνωση, στενή υποστήριξη ή υποστήριξη αυτοεκτίμησης, επειδή ενισχύει την αυτοεκτίμηση του ατόμου που τη λαμβάνει μέσα από την αποδοχή του και την αναγνώριση της αξίας του (Cohen &

Wills, 1985). Μια δεύτερη μορφή υποστήριξης είναι η *συντελεστική*, που σχετίζεται με την παροχή πρακτικής βοήθειας η οποία μπορεί να αφορά σε χρήματα, υλικά αγαθά ή υπηρεσίες που είναι απαραίτητες, όπως για παράδειγμα η βοήθεια στη φροντίδα των παιδιών (Wills & Shinar, 2000). Η *πληροφοριακή στήριξη* αφορά στην παροχή χρήσιμων πληροφοριών ή συμβουλών που μπορεί να βοηθήσουν το άτομο να αντιμετωπίσει καλύτερα την κατάσταση, ενώ η *συντροφική υποστήριξη* αναφέρεται στην παροχή παρέας προκειμένου να συμμετάσχει κανείς σε διάφορες κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Τέλος, η *ανατροφοδότηση/ επικύρωση* σχετίζεται με την παροχή ενισχυτικών πληροφοριών σχετικά με την καταλληλότητα ή φυσιολογικότητα των συναισθημάτων ή της συμπεριφοράς του ατόμου για την περίσταση. Όπως είναι φανερό, οι καλές στενές διαπροσωπικές σχέσεις μπορούν να επιτελέσουν πολλές ή ακόμη και όλες τις παραπάνω λειτουργίες.

Η λειτουργική υποστήριξη διακρίνεται περαιτέρω στην *αντιλαμβανόμενη* (*perceived*) υποστήριξη, δηλαδή στις αντιλήψεις που έχει κάποιος σχετικά με τη διαθεσιμότητα υποστήριξης από το κοινωνικό του περιβάλλον, και τη *λαμβανόμενη* (*received*) ή *εκτελεσμένη/ πραγματοποιημένη* (*enacted*) υποστήριξη, δηλαδή τις συγκεκριμένες υποστηρικτικές συμπεριφορές που έχει λάβει το άτομο στην πράξη (Barrera, 1986. Haber, Cohen, Lucas, & Baltes, 2007. Norris & Kaniasty, 1996). Έχει φανεί πως οι δύο αυτές διαστάσεις της κοινωνικής υποστήριξης δε σχετίζονται μεταξύ τους και πως έχουν διαφορετικές επιδράσεις στη φυσική και ψυχική υγεία μετά από στρες ή τραυματικές εμπειρίες (Wills & Shinar, 2000). Σε γενικές γραμμές, η αντιλαμβανόμενη υποστήριξη έχει ερευνηθεί περισσότερο, πιθανά λόγω της έμφασης της ψυχολογίας στις γνωστικές διαδικασίες αλλά και επειδή παρουσιάζει συστηματικότερα αποτελέσματα (Norris & Kaniasty, 1996). Έτσι, η αντιλαμβανόμενη υποστήριξη θεωρείται ότι προστατεύει τα άτομα από το στρες και έχει σχετιστεί με καλύτερη φυσική και ψυχική υγεία και μεγαλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα (Haber et al., 2007. Janicki-Deverts & Cohen, 2011). Από την άλλη πλευρά, ερευνητικά ευρήματα άλλοτε δε δείχνουν καμία επίδραση της λαμβανόμενης υποστήριξης στο ευ ζην και άλλοτε συνδέουν τη λαμβανόμενη υποστήριξη με αρνητικά συναισθήματα, κατάθλιψη και προβλήματα ψυχικής υγείας (Lepore, Glaser, & Roberts, 2008. Nurullah, 2012. Norris & Kaniasty, 1996).

Επιχειρώντας να εξηγήσουν αυτά τα αναπάντεχα ευρήματα, οι Norris και Kaniasty (1996) υποστήριξαν ότι το μειονέκτημα της λαμβανόμενης υποστήριξης έναντι της αντιλαμβανόμενης είναι ακριβώς το γεγονός ότι έχει προσφερθεί και

ληφθεί. Αυτό αποτελεί ένδειξη ότι το άτομο βιώνει σημαντική αντιξοότητα ή στρες, επειδή η υποστήριξη συνήθως παρέχεται σε εκείνον που την έχει μεγαλύτερη ανάγκη. Επιπλέον, το είδος της υποστήριξης που παρέχεται μπορεί να μην είναι κατάλληλο για την περίσταση ή ο τρόπος με τον οποίο παρέχεται να είναι λανθασμένος. Μια άλλη πιθανή εξήγηση είναι ότι η λαμβανόμενη υποστήριξη υπονομεύει την αυτοεκτίμηση και γι' αυτό μπορεί να συνδέεται με αυξημένη δυσφορία (Lepore et al., 2008. Norris & Kaniasty, 1996). Οι Uchino, Carlisle, Birmingham και Vaughn (2011) υποστήριξαν ότι για να είναι αποτελεσματική η παρεχόμενη υποστήριξη χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψη τρεις παράγοντες: (1) παράγοντες που έχουν σχέση με το είδος της στρεσογόνου εμπειρίας, όπως είναι για παράδειγμα η καταλληλότητά του είδους της παρεχόμενης υποστήριξης για τη συγκεκριμένη στρεσογόνο εμπειρία, (2) παράγοντες που έχουν σχέση με τον δέκτη, όπως είναι για παράδειγμα η επιθυμία του να λάβει την υποστήριξη και (3) παράγοντες που σχετίζονται με τον πάροχο της υποστήριξης, όπως είναι για παράδειγμα η ποιότητα της σχέσης.

Σε υποστήριξη των παραπάνω ισχυρισμών, μια πρόσφατη ανασκόπηση ερευνών σχετικά με τη λαμβανόμενη υποστήριξη (Nurullah, 2012), έθεσε σε αμφισβήτηση την κατεξοχήν αρνητική επίδραση της λαμβανόμενης υποστήριξης παρουσιάζοντας έρευνες που έδειχναν είτε μεικτές επιδράσεις ή ακόμη και θετικές επιδράσεις της λαμβανόμενης κοινωνικής στήριξης στην ψυχική υγεία και το ευ ζην. Σύμφωνα με τον ερευνητή τα αποτελέσματα της λαμβανόμενης στήριξης σχετίζονται με μια σειρά από παράγοντες που περιλαμβάνουν το πλαίσιο της κατάστασης, τα κίνητρα εκείνου που παρέχει τη βοήθεια, το κατά πόσο η υποστήριξη είναι αμοιβαία ή όχι, την καταλληλότητα του είδους της υποστήριξης με τον στρεσογόνο παράγοντα που βιώνεται, όπως επίσης και το πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο παρέχεται η υποστήριξη.

Γιατί όμως οι διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου και η κοινωνική στήριξη είναι τόσο σημαντικές για την ψυχική ανθεκτικότητα; Η Hartling (2008) υποστηρίζει ότι τα περισσότερα ατομικά χαρακτηριστικά που έχουν σχετιστεί με την ψυχική ανθεκτικότητα, στην πραγματικότητα είναι χαρακτηριστικά που καλλιεργούνται και αναπτύσσονται μέσα από τις σχέσεις του ατόμου, ιδιαίτερα μέσα από σχέσεις που χαρακτηρίζονται από αμοιβαία ενσυναίσθηση και ενδυνάμωση. Συγκεκριμένα, προτείνει ότι η νοητική ανάπτυξη του ατόμου, η αυτοεκτίμηση ή το αίσθημα αξίας που βιώνει, η εσωτερική εστία ελέγχου, το αίσθημα της ικανότητας, και η δυνατότητα για σύνδεση με τους άλλους είναι χαρακτηριστικά που αναπτύσσονται μέσα από τις

σχέσεις του ατόμου. Ιδιαίτερα η έννοια της σύνδεσης αντανακλά την αμφίδρομη, διπλής κατεύθυνσης, φύση των σχέσεων σε αντίθεση με τη μορφή σχέσης που υποδηλώνει η έννοια κοινωνική υποστήριξη, ως ενός πράγματος που λαμβάνει κανείς από τους άλλους (Hartling, 2008).

Πράγματι, υπάρχουν ερευνητικά ευρήματα ότι δεν είναι απλώς η αυξημένη διαθεσιμότητα της υποστήριξης, αλλά η ενεργή εμπλοκή και η θετική ανταπόκριση στους άλλους που συνδέεται με την ψυχική ανθεκτικότητα τόσο στους ενήλικες όσο και στα παιδιά (Hoge et al., 2007). Για παράδειγμα, οι Theron και Engelbrecht (2012), στην έρευνα που διεξήγαγαν με ανθεκτικούς εφήβους στη Νότιο Αφρική, οι οποίοι είχαν εκτεθεί σε μια ποικιλία στρεσογόνων παραγόντων, ανέδειξαν τον ρόλο που είχαν παίξει οι δάσκαλοι στην ενίσχυση της ψυχικής τους ανθεκτικότητας. Στην έρευνα αυτή φάνηκε ότι πράγματι ο ρόλος των δασκάλων ήταν ιδιαίτερα σημαντικός και επιτελούσε ποικίλες λειτουργίες, φάνηκε όμως επίσης πόσο σημαντική ήταν η συμβολή των ίδιων των εφήβων στη σχέση αυτή και στον τρόπο με τον οποίο τους βοηθούσαν οι δάσκαλοι. Συγκεκριμένα, η συμβολή των εφήβων είχε να κάνει τόσο με την ανάληψη πρωτοβουλίας από τους ίδιους όσο και με την αμοιβαιότητα. Οι έφηβοι έπαιρναν την πρωτοβουλία να προσεγγίσουν τους δασκάλους και να ζητήσουν βοήθεια, ενώ τους έδειχναν τον τρόπο με τον οποίο χρειαζόνταν να τους βοηθήσουν. Επιπλέον, η αμοιβαιότητα σχετιζόταν με την ανταπόκριση των εφήβων στις προσπάθειες των δασκάλων να τους προσεγγίσουν και να τους βοηθήσουν. Οι νέοι ανταποκρίνονταν με το να αναγνωρίζουν τις προτάσεις των δασκάλων, να απαντούν με θετικό τρόπο, αλλά και να καταφέρνουν να τους εμπιστευτούν για να τους μιλήσουν για τις δυσκολίες τους.

Μηχανισμοί λειτουργίας της κοινωνικής στήριξης. Τόσο στη βιβλιογραφία της ψυχικής ανθεκτικότητας όσο και στη βιβλιογραφία της κοινωνικής στήριξης έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα που επιχειρούν να προσδιορίσουν τους συγκεκριμένους μηχανισμούς μέσα από τους οποίους οι κοινωνικές σχέσεις μπορούν να προστατεύσουν τη φυσική και ψυχική υγεία των ατόμων και να ενισχύσουν την ψυχική τους ανθεκτικότητα. Δύο από τα πρώτα μοντέλα προτάθηκαν από τους Cohen και Wills (1985). Σύμφωνα με το πρώτο μοντέλο η κοινωνική στήριξη λειτουργεί μόνο κάτω από συνθήκες στρες και αντιξοότητας, προφυλάσσοντας τα άτομα από τις αρνητικές επιδράσεις του στρες και αποκαλείται *προστατευτικό μοντέλο*. Σύμφωνα με τους Cohen και Wills (1985) το προστατευτικό μοντέλο παρατηρείται όταν αξιολογείται η αντιλαμβανόμενη διαθεσιμότητα της κοινωνικής στήριξης. Η

κοινωνική στήριξη επιδρά με βάση το μοντέλο αυτό με δύο τρόπους: είτε μεταβάλλοντας την εκτίμηση του στρεσογόνου παράγοντα από το άτομο ή μεταβάλλοντας τη φυσιολογική, συναισθηματική και συμπεριφορική αντίδραση του ατόμου στον στρεσογόνο παράγοντα (Cohen & Wills, 1985). Στην πρώτη περίπτωση, η αντίληψη ύπαρξης κοινωνικής υποστήριξης βοηθάει το άτομο να αισθάνεται λιγότερο αβοήθητο και ικανότερο να αντιμετωπίσει την κατάσταση, με αποτέλεσμα να την αξιολογεί ως λιγότερο απειλητική. Στη δεύτερη περίπτωση, οι άλλοι μπορεί να βοηθήσουν το άτομο να μεταβάλλει την επίδραση της αγχογόνου κατάστασης πάνω του, παρέχοντας για παράδειγμα μια λύση ή μια εναλλακτική ερμηνεία στο πρόβλημα ή ενθαρρύνοντας υγιείς συμπεριφορές, όπως το φαγητό ή ο ύπνος.

Το δεύτερο μοντέλο προτείνει ότι οι κοινωνικοί πόροι λειτουργούν ευεργετικά για το άτομο, είτε βρίσκεται κάτω από συνθήκες στρες είτε όχι, και αποκαλείται *μοντέλο κύριας επίδρασης* (Cohen & Wills, 1985). Οι κύριες επιδράσεις ανάμεσα στις κοινωνικές σχέσεις και τη φυσική και ψυχική υγεία προκύπτουν όταν αξιολογείται η κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων. Η συμμετοχή των ανθρώπων σε κοινωνικά δίκτυα συνεπάγεται τη διατήρηση σταθερών κοινωνικών ρόλων μέσα από τους οποίους έχουν την ευκαιρία να ζήσουν θετικές εμπειρίες και να αποφύγουν αρνητικές. Για παράδειγμα, μέσα από τις κοινωνικές σχέσεις μπορεί να αναγνωρίζεται η αξία ενός ατόμου, να του δημιουργείται το αίσθημα της σταθερότητας και να προκαλούνται θετικά συναισθήματα. Όλες αυτές οι λειτουργίες έχουν σαν αποτέλεσμα την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, της ταυτότητας και της αίσθησης ελέγχου του περιβάλλοντος (Janicki-Deverts & Cohen, 2011). Η συμμετοχή σε ένα κοινωνικό δίκτυο μπορεί επίσης να ενισχύει τη σωματική ανθεκτικότητα των ατόμων μέσα από συμπεριφορικούς και φυσιολογικούς μηχανισμούς (Janicki-Deverts & Cohen, 2011). Οι πρώτοι αφορούν στις συμπεριφορές υγείας στις οποίες καταφεύγουν τα άτομα επειδή ενθαρρύνονται από το κοινωνικό τους περιβάλλον ενώ οι φυσιολογικοί μηχανισμοί αναφέρονται στη μειωμένη αντιδραστικότητα του καρδιαγγειακού, ανοσοποιητικού και νευροενδοκρινικού συστήματος στο στρες.

Οι Lakey και Orehek (2011), υποστηρίζουν ότι το προστατευτικό μοντέλο δεν εξηγεί ικανοποιητικά τις κύριες επιδράσεις ανάμεσα στην αντιλαμβανόμενη υποστήριξη και την ψυχική υγεία που έχουν αναδειχθεί από τις έρευνες και προτείνουν τη δική τους θεωρία, που αποκαλούν *θεωρία σχεσιακής ρύθμισης* (relational regulation theory), για να παρέχουν μια συμπληρωματική εξήγηση. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, «οι κύριες επιδράσεις συντελούνται όταν οι άνθρωποι

ρυθμίζουν το συναίσθημα, τη σκέψη και τη δράση τους μέσα από καθημερινές αλλά συναισθηματικά σημαντικές συζητήσεις και κοινές δραστηριότητες, παρά μέσα από τις συζητήσεις για το πώς να αντιμετωπίσουν το στρες» (Lakey & Orehek, 2011, σ. 482). Η θεωρία αυτή δίνει έμφαση στη ρύθμιση των συναισθημάτων, των σκέψεων και της συμπεριφοράς μέσα από την αλληλεπίδραση των ανθρώπων μεταξύ τους. Η θεωρία σχεσιακής ρύθμισης δεν περιορίζεται μόνο στην αλληλεπίδραση με άλλα άτομα, αλλά θεωρεί ότι οι άνθρωποι ρυθμίζονται και μέσα από την αλληλεπίδρασή τους με δραστηριότητες, συμβολικά άτομα, ζώα ή αντικείμενα. Ο καθένας έχει τις δικές του προτιμήσεις ως προς τα άτομα, τις δραστηριότητες ή τα αντικείμενα που προτιμά για να ρυθμίσει τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις δράσεις του. Η επιτυχημένη υποστήριξη σημαίνει ότι το συναίσθημα και η σκέψη του ατόμου έχουν ρυθμιστεί αποτελεσματικά από την αλληλεπίδραση του με το άλλο άτομο, δραστηριότητα ή αντικείμενο. Επιπλέον, η σχεσιακή ρύθμιση θεωρείται μια δυναμική δραστηριότητα, δηλαδή τα άτομα μεταβάλλουν τις συζητήσεις, τα άτομα ή τις δραστηριότητες ώστε να ρυθμίσουν το συναίσθημά τους με τον καλύτερο τρόπο. Σύμφωνα με τη θεωρία σχεσιακής ρύθμισης, όσο μεγαλύτερη ποικιλία υπάρχει στις σχέσεις του ατόμου, τόσο πιθανότερο είναι να ρυθμιστεί αποτελεσματικά (Lakey & Orehek, 2011).

Μια παρόμοια πρόταση για τον ρυθμιστικό ρόλο των σχέσεων έκαναν και οι Wills και Bantum (2012), επιχειρώντας να εξηγήσουν τον τρόπο με τον οποίο η κοινωνική στήριξη ασκεί προφυλακτικό ρόλο απέναντι στο στρες και προωθεί την ψυχική ανθεκτικότητα. Οι ερευνητές αυτοί υποστήριξαν ότι ο προστατευτικός ρόλος των κοινωνικών μεταβλητών έγκειται στην ικανότητα τους να επηρεάζουν τις διαδικασίες αυτορρύθμισης των ατόμων. Συγκεκριμένα, οι Wills και Bantum (2012) προτείνουν ότι η κοινωνική υποστήριξη ενισχύει τον αυτοέλεγχο, δηλαδή τις ικανότητες του ατόμου να ρυθμίζει τα συναισθήματα του και να προγραμματίζει, να σχεδιάζει και να επιτυγχάνει τους στόχους του, παράγοντες που λειτουργούν προστατευτικά απέναντι στο στρες και σχετίζονται με την ψυχική ανθεκτικότητα. Οι διαπροσωπικές συγκρούσεις από την άλλη πλευρά, οδηγούν, σύμφωνα με τους ερευνητές, σε κακή συναισθηματική και συμπεριφορική ρύθμιση η οποία συνεπάγεται αυξημένη ευπάθεια απέναντι στους στρεσογόνους παράγοντες. Ανάλογα με την ηλικία του ατόμου οι κοινωνικές σχέσεις συμβάλλουν στις ικανότητες αυτοελέγχου με διαφορετικούς τρόπους (Wills & Bantum, 2012). Για παράδειγμα, τα μικρά παιδιά μαθαίνουν να ελέγχουν τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά τους είτε

ακολουθώντας το πρότυπο των γονιών τους ή μέσω άμεσης καθοδήγησης από αυτούς. Στους ενήλικες από την άλλη πλευρά, οι οποίοι έχουν ήδη αποκτήσει δεξιότητες αυτορρύθμισης, οι κοινωνικές σχέσεις μπορεί να διευκολύνουν, να ενθαρρύνουν ή να παρακινούν τη χρήση αυτών των δεξιοτήτων, μέσα από διάφορους τρόπους. Για παράδειγμα μπορεί να βοηθούν το άτομο να υιοθετεί ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης απέναντι στα προβλήματα που αντιμετωπίζει, να προτείνουν εναλλακτικές λύσεις στα προβλήματα, ή να το βοηθούν να βρει θετικό νόημα σε δύσκολες καταστάσεις.

Ένα άλλο μοντέλο που επιχειρεί να εξηγήσει το ρόλο των κοινωνικών σχέσεων στη μετατραυματική προσαρμογή, είναι το *μοντέλο κοινωνικής-γνωστικής επεξεργασίας* του Lepore και των συνεργατών του (Lepore, 2001. Lepore & Helgeson, 1998. Lepore, Silver, Wortman, & Wayment, 1996). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό μεταβλητές του κοινωνικού δικτύου όπως η κοινωνική υποστήριξη και οι περιορισμοί που επιβάλλει το περιβάλλον του ατόμου στην αποκάλυψη και συζήτηση των δύσκολων ή τραυματικών εμπειριών, μπορούν να εξηγήσουν την επιτυχία ή αντίθετα την αποτυχία της γνωστικής και συναισθηματικής επεξεργασίας που είναι απαραίτητες προκειμένου να προσαρμοστεί κανείς αποτελεσματικά στην αντιξοότητα. Σε αυτό το πλαίσιο, ένα υποστηρικτικό περιβάλλον που διευκολύνει την επικοινωνία των συναισθημάτων και σκέψεων σχετικά με τις δύσκολες εμπειρίες που βιώνει κανείς, διευκολύνει τη γνωστική και συναισθηματική τους επεξεργασία (Lepore, 2001). Μέσα από το μοίρασμα και τη θετική ανταπόκριση των άλλων, τα άτομα μπορούν να επανακτήσουν ή να ενισχύσουν την αυτοεκτίμησή τους, να αποκτήσουν μια διαφορετική, θετικότερη οπτική για την εμπειρία, ή να βοηθηθούν να την αποδεχτούν. Η επικοινωνία των δύσκολων εμπειριών και των συναισθημάτων που απορρέουν από αυτές σε ένα υποστηρικτικό πλαίσιο, διευκολύνει επίσης τη μείωση της διέγερσης και την αύξηση του αισθήματος ελέγχου των αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων. Από την άλλη πλευρά, οι κοινωνικοί περιορισμοί στερούν τα παραπάνω οφέλη από το άτομο, εμποδίζουν τη γνωστική και συναισθηματική επεξεργασία της εμπειρίας και οδηγούν σε χειρότερη ψυχολογική προσαρμογή και περισσότερα ψυχολογικά συμπτώματα (Lepore, 2001). Οι κοινωνικοί περιορισμοί αναγκάζουν το άτομο να καταστείλει την έκφραση των δύσκολων εμπειριών και μπορεί να οφείλονται στην έλλειψη ανθρώπων στους οποίους μπορεί κανείς να στραφεί για υποστήριξη και μοίρασμα, σε ακατάλληλα

σχόλια που δείχνουν έλλειψη ευαισθησίας ή τέλος, στις αρνητικές αντιδράσεις που μπορεί να έχουν τα άτομα του περιβάλλοντος (Lepore et al., 1996).

Υπάρχουν επίσης αρκετά μοντέλα που εξηγούν τον ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης στις θετικές αλλαγές και την ανάπτυξη που συντελείται μετά από δύσκολες ή τραυματικές εμπειρίες (Helgeson & Lopez, 2010. Lepore & Kernan, 2009. Tedeschi & Calhoun, 2004). Για παράδειγμα, οι Tedeschi και Calhoun (2004) τονίζουν τον ρόλο που παίζουν οι υποστηρικτικές διαπροσωπικές σχέσεις στη μετατραυματική ανάπτυξη μέσα από την αμοιβαία υποστήριξη ατόμων που έχουν ζήσει τις ίδιες τραυματικές εμπειρίες και την αυτοαποκάλυψη. Όταν τα άτομα μοιράζονται τις εμπειρίες τους στο πλαίσιο υποστηρικτικών σχέσεων, διευκολύνεται η δυνατότητα για έκφραση των συναισθημάτων και για γνωστική επεξεργασία των εμπειριών αυτών. Επιπλέον, οι υποστηρικτικοί άλλοι, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για άτομα που έχουν βιώσει τις ίδιες τραυματικές εμπειρίες, μπορεί να παρέχουν νέους τρόπους κατανόησης της τραυματικής εμπειρίας. Οι Tedeschi και Calhoun (2004) τονίζουν επίσης τη δυνατότητα της έμμεσης μετατραυματικής ανάπτυξης που μπορεί να συντελεστεί όταν τα άτομα έρχονται σε επαφή με τη μετατραυματική ανάπτυξη των άλλων.

Οι Lepore και Kernan (2009), επίσης, επέκτειναν το γνωστικό-κοινωνικό μοντέλο ώστε να συμπεριλάβουν τις θετικές αλλαγές, την εύρεση οφέλους και την προσωπική ανάπτυξη που μπορεί να λάβει χώρα μετά από μια δύσκολη εμπειρία όπως ο καρκίνος. Προτείνουν ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις μπορούν να επηρεάσουν τις θετικές αλλαγές τόσο με άμεσους όσο και με έμμεσους τρόπους. Οι έμμεσες επιδράσεις είναι αυτές που αναφέρθηκαν τόσο στο κοινωνικό-γνωστικό μοντέλο όσο και στη θεωρία της μετατραυματικής ανάπτυξης των Tedeschi και Calhoun (2004), και αφορούν στην επίδραση που έχουν οι υποστηρικτικές σχέσεις στη διευκόλυνση της ανακατασκευής του νοήματος μέσω της γνωστικής επεξεργασίας των εμπειριών. Συγκεκριμένα, οι Lepore και Kernan (2009) υποστηρίζουν ότι μέσα από τη διευκόλυνση των διαδικασιών της αφομοίωσης και συμμόρφωσης, οι συζητήσεις με υποστηρικτικά άτομα μπορούν να οδηγήσουν στην εύρεση οφελών και την προσωπική ανάπτυξη. Για παράδειγμα, οι άλλοι μπορεί να βοηθήσουν στη θετική επανεκτίμηση της κατάστασης, να εντοπίσουν τα θετικά, ή να βοηθήσουν το άτομο να αποδεχτεί την κατάσταση. Οι άμεσοι τρόποι προκύπτουν από την ενσωμάτωση των ατόμων σε ένα κοινωνικό δίκτυο όπου αισθάνονται ότι ανήκουν, με αποτέλεσμα να νιώθουν ότι οι άλλοι τους εκτιμούν και ότι εκπληρώνουν ρόλους που δίνουν

νόημα και σκοπό στη ζωή τους. Έτσι έχουν τη δυνατότητα να βιώνουν θετικά συναισθήματα και εμπειρίες, ενώ ενισχύεται και η αυτοεκτίμηση τους.

Σύνοψη. Στην προηγούμενη ενότητα παρουσιάστηκαν αναλυτικά οι κυριότεροι παράγοντες που έχουν σχετιστεί συστηματικά με την προστασία και τη θετική προσαρμογή απέναντι στο τραύμα και την αντιξοότητα. Όπως είδαμε, μια βασική κατηγορία παραγόντων αφορά στις αντιλήψεις και στα συναισθήματα που έχουν οι άνθρωποι για τον εαυτό τους. Ένας υψηλός βαθμός αυτογνωσίας όπως επίσης και η εκτίμηση, ο σεβασμός και η αποδοχή του εαυτού είναι παράγοντες που συμβάλλουν σημαντικά στην ψυχική ανθεκτικότητα τόσο στα παιδιά και τους εφήβους όσο και στους ενήλικες. Ένας άλλος παράγοντας που έχει συστηματικά συσχετιστεί με την ικανότητα των ατόμων να προσαρμόζονται και να αντιμετωπίζουν την αντιξοότητα και το τραύμα είναι ο βαθμός του ελέγχου που αντιλαμβάνονται ότι έχουν. Η έννοια του ελέγχου παίρνει δύο διαστάσεις: την εστία ελέγχου και τα αισθήματα αυτοαποτελεσματικότητας. Τα άτομα που έχουν εσωτερική εστία ελέγχου, που έχουν δηλαδή την πεποίθηση ότι οι καταστάσεις ελέγχονται από τις δικές τους ενέργειες και όχι από τη μοίρα, όπως και τα άτομα που έχουν υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα, και πιστεύουν ότι έχουν την ικανότητα να πετυχαίνουν τα αποτελέσματα που επιθυμούν, έχει φανεί ότι αντεπεξέρχονται με μεγαλύτερη επιτυχία στις προκλήσεις και δείχνουν υψηλότερη ψυχική ανθεκτικότητα.

Ένας σημαντικός προστατευτικός παράγοντας που έχει σχετιστεί με την ικανότητα προσαρμογής των ατόμων στην αντιξοότητα είναι το νόημα και η διαδικασία κατασκευής νοήματος. Οι τραυματικές εμπειρίες μπορεί να παραβιάσουν τις προηγούμενες πεποιθήσεις των ανθρώπων για τον εαυτό τους και τον κόσμο, δημιουργώντας ένταση και δυσφορία. Μέσω της διαδικασίας κατασκευής νοήματος, που μπορεί να είναι τόσο συναισθηματική όσο και γνωστική, τα άτομα επιχειρούν να μειώσουν την ασυμφωνία ανάμεσα στις προηγούμενες πεποιθήσεις και τις τραυματικές εμπειρίες. Η επιτυχημένη διαδικασία κατασκευής νοήματος οδηγεί σε μείωση της δυσφορίας και καλύτερη προσαρμογή στο στρεσογόνο ή τραυματικό γεγονός. Η διαδικασία αυτή μπορεί να καταλήξει σε μια σειρά από διαφορετικά είδη κατασκευασμένου νοήματος που έχουν σχετιστεί με την ψυχική ανθεκτικότητα και που εκτείνονται από την αποδοχή και την κατανόηση του γεγονότος, μέχρι την αλλαγή της ταυτότητας, την εύρεση οφέλους και τη μετατραυματική ανάπτυξη.

Όταν οι άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με στρεσογόνες καταστάσεις και τραυματικές εμπειρίες χρησιμοποιούν μια σειρά από σκέψεις και συμπεριφορές για

να τις διαχειριστούν, μια σειρά δηλαδή από στρατηγικές αντιμετώπισης. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που έχουν παραδοσιακά συσχετιστεί με την ψυχική ανθεκτικότητα απέναντι στο στρες και το τραύμα είναι οι στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα, οι στρατηγικές προσέγγισης και οι ενεργητικές στρατηγικές. Τα ευρήματα των ερευνών, ωστόσο, παρουσιάζουν σημαντικές αντιφάσεις ως προς την αποτελεσματικότητα των διαφόρων στρατηγικών, γεγονός που έχει οδηγήσει ορισμένους ερευνητές να υποστηρίζουν ότι αυτό που είναι σημαντικό είναι η εύελικτη χρήση μιας σειράς στρατηγικών ανάλογα με τις απαιτήσεις της κατάστασης. Μια επιπλέον διαδικασία που έχει φανεί ότι προστατεύει τα άτομα από τις αρνητικές επιπτώσεις του στρες και των τραυματικών εμπειριών είναι η αποτελεσματική ρύθμιση των συναισθημάτων. Η συναισθηματική ρύθμιση δεν αφορά μόνο στην ικανότητα των ατόμων να μειώνουν τη συναισθηματική ένταση ώστε να μπορούν να λειτουργούν αποτελεσματικά κάτω από αντίξοες συνθήκες, αλλά και την ικανότητα τους να προκαλούν, να διατηρούν και να ενισχύουν τα θετικά τους συναισθήματα, τα οποία συμβάλλουν με ποικίλους τρόπους στην ψυχική ανθεκτικότητα.

Τέλος, ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που έχει φανεί συστηματικά ότι παίζει καθοριστικό ρόλο στη θετική προσαρμογή απέναντι σε ένα μεγάλο εύρος αντιξοοτήτων και τραυματικών εμπειριών τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες, είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις και η κοινωνική στήριξη. Ο ρόλος των σχέσεων και της κοινωνικής στήριξης αφορά στην προστασία τόσο της ψυχικής όσο και της φυσικής υγείας, αλλά και στην ανάπτυξη των ατόμων μέσα από την αντιξοότητα. Οι ερευνητές έχουν προτείνει μια σειρά από μοντέλα που επιχειρούν να εξηγήσουν τους συγκεκριμένους μηχανισμούς μέσα από τους οποίους οι σχέσεις ενισχύουν την ψυχική ανθεκτικότητα. Έτσι, σύμφωνα με το προστατευτικό μοντέλο οι σχέσεις λειτουργούν μόνο κάτω από συνθήκες στρες και αντιξοότητας βοηθώντας τα άτομα να μεταβάλλουν τις σκέψεις και τις συμπεριφορές τους απέναντι στις καταστάσεις που βιώνουν. Από την άλλη πλευρά, το μοντέλο κύριας επίδρασης προτείνει ότι οι σχέσεις λειτουργούν ευεργετικά για τους ανθρώπους κάτω από όλες τις συνθήκες. Η θεωρία σχεσιακής ρύθμισης αποτελεί ένα μοντέλο κύριας επίδρασης και προτείνει ότι οι άνθρωποι ρυθμίζουν τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις συμπεριφορές τους μέσα από την καθημερινή τους αλληλεπίδραση με τους άλλους. Τέλος, το μοντέλο της κοινωνικής-γνωστικής επεξεργασίας υποστηρίζει ότι ένα υποστηρικτικό περιβάλλον που διευκολύνει την έκφραση και επικοινωνία, προωθεί

τη γνωστική και συναισθηματική επεξεργασία και κατ' επέκταση την προσαρμογή απέναντι στην αντιξοότητα.

Οι προστατευτικοί παράγοντες θεωρούνται βασικοί για την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας. Στην επόμενη ενότητα θα συζητηθεί η έννοια της ανάπτυξης της ψυχικής ανθεκτικότητας και των παρεμβάσεων που έχουν δημιουργηθεί για την καλλιέργεια και την ενίσχυση της. Ιδιαίτερα θα συζητηθεί η ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας.

Η Ανάπτυξη της Ψυχικής Ανθεκτικότητας

Ένας σημαντικός στόχος της έρευνας της ψυχικής ανθεκτικότητας από πολύ νωρίς ήταν η αξιοποίηση των ευρημάτων για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας ατόμων που αντιμετωπίζουν ποικίλες αντιξοότητες ή τραυματικές εμπειρίες και παρουσιάζουν κίνδυνο να αναπτύξουν ψυχολογικά προβλήματα (Wright et al., 2013). Ο στόχος αυτός βασίζεται στην υπόθεση ότι η ψυχική ανθεκτικότητα δεν αποτελεί ένα σταθερό χαρακτηριστικό αλλά, αντίθετα, μια διαδικασία που μπορεί να καλλιεργηθεί και να αναπτυχθεί (Newman, 2005. Rolf & Johnson, 1999). Για το σκοπό της ανάπτυξης και ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας έχουν σχεδιαστεί και υλοποιηθεί μια σειρά από παρεμβάσεις και προγράμματα, που απευθύνονται τόσο σε παιδιά και εφήβους όσο και σε ενήλικες.

Τα προγράμματα παρέμβασης που έχουν σχεδιαστεί με βάση την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας έχουν σαν κύριο χαρακτηριστικό τους ότι, πέρα από την κακή προσαρμογή, εξετάζουν και τα θετικά αποτελέσματα, ενώ τονίζουν όχι μόνο τα ελλείμματα αλλά και τις ικανότητες και τα δυνατά σημεία των ατόμων (Luthar & Cicchetti, 2000. Masten, 2011). Τα προγράμματα αυτά βασίζονται κατά κύριο λόγο στην ανάπτυξη και ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων και διαδικασιών που διευκολύνουν τη θετική προσαρμογή και την ανάπτυξη (Wright et al., 2013). Τα βασικά χαρακτηριστικά που διέπουν τις παρεμβάσεις ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας, όσο διαφορετικές και αν είναι μεταξύ τους, είναι η επιδίωξη θετικών στόχων και αποτελεσμάτων, η χρήση μοντέλων αλλαγής που συμπεριλαμβάνουν θετικούς πόρους, εφόδια και προστατευτικούς παράγοντες, η αξιολόγηση των θετικών διαστάσεων της προσαρμογής, και η χρήση πολλαπλών στρατηγικών που βασίζονται στα μοντέλα της ψυχικής ανθεκτικότητας (Masten & Powell, 2003. Masten & Wright, 2010). Επιπλέον, οι παρεμβάσεις αυτές τονίζουν τον σημαντικό ρόλο τόσο της πρόληψης, όσο και της αναγνώρισης και αξιοποίησης των ήδη

υπαρχόντων ικανοτήτων των ατόμων για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας τους (Luthar & Cicchetti, 2000).

Σύμφωνα με τους Masten, Cutuli, Herbers, και Reed (2009), η έρευνα της ψυχικής ανθεκτικότητας υποδεικνύει τρεις βασικές κατηγορίες στρατηγικών που χρειάζεται να διέπουν τις παρεμβάσεις: (α) τις στρατηγικές που εστιάζουν στους κινδύνους, (β) τις στρατηγικές που εστιάζουν στα εφόδια και, (γ) τις στρατηγικές που εστιάζουν στις διαδικασίες. Στο πλαίσιο της ψυχικής ανθεκτικότητας των παιδιών και των εφήβων οι στρατηγικές που εστιάζουν στους κινδύνους αφορούν στη μείωση των κινδύνων στους οποίους εκτίθεται ένα παιδί και περιλαμβάνουν για παράδειγμα την αξιολόγηση και θεραπεία της κατάθλιψης σε μητέρες νεογέννητων ή τη μείωση της βίας και εγκληματικότητας στη γειτονιά. Οι στρατηγικές που εστιάζουν στα εφόδια έχουν σαν στόχο την αύξηση του αριθμού, την καλύτερη πρόσβαση ή τη βελτίωση της ποιότητας των πόρων. Παραδείγματα αποτελούν η παροχή οικοδιδάσκαλου ή παραμάνας ή η εκπαίδευση των γονιών στην ανάπτυξη του παιδιού και τις αποτελεσματικές γονικές πρακτικές. Τέλος, οι στρατηγικές που εστιάζουν στις διαδικασίες έχουν σαν στόχο την κινητοποίηση των βασικών συστημάτων που λειτουργούν προστατευτικά στην ανάπτυξη των παιδιών. Έτσι, οι παρεμβάσεις μπορούν να στοχεύουν στην οικοδόμηση της αυτοαποτελεσματικότητας ή την ενθάρρυνση φιλικών σχέσεων με φιλοκοινωνικούς συνομήλικους. Οι ίδιες αρχές μπορούν να εφαρμοστούν και σε προγράμματα που απευθύνονται σε ενήλικες. Για παράδειγμα, οι Luthans, Vogelgesang, και Lester (2006) βασίζονται σε αυτές τις στρατηγικές για τον σχεδιασμό προγραμμάτων ανάπτυξης της ψυχικής ανθεκτικότητας στον χώρο της εργασίας.

Παρεμβάσεις για την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας. Πολλά είναι τα προγράμματα και οι παρεμβάσεις που έχουν αναπτυχθεί με στόχο την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας και την προάσπιση της ψυχικής υγείας απέναντι στο στρες, τις αντιξοότητες και τις τραυματικές εμπειρίες. Παρόλο που οι παρεμβάσεις που έχουν λάβει συστηματική ερευνητική υποστήριξη ως προς την αποτελεσματικότητα τους είναι ακόμη λίγες, τα πρώτα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά (Masten & Wright, 2010. Southwick, Pietrzak, & White, 2011). Για παράδειγμα, οι Macedo et al. (2014) διεξήγαγαν μια συστηματική ανασκόπηση παρεμβάσεων για την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας σε μη κλινικό πληθυσμό ενηλίκων. Στην ανασκόπηση συμπεριλήφθησαν συνολικά 13 έρευνες, από τις οποίες οι επτά ήταν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες, οι πέντε ήταν μη τυχαιοποιημένες

ελεγχόμενες μελέτες και η μία ήταν μελέτη ανοιχτού τύπου. Οι έρευνες αυτές χρησιμοποιούσαν διαφορετικούς λειτουργικούς ορισμούς για την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας, με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούν και διαφορετικά εργαλεία μέτρησης της. Έτσι, κάποιες χρησιμοποιούσαν κλίμακες μέτρησης της ψυχικής ανθεκτικότητας, κάποιες άλλες εστίαζαν στην έννοια της ψυχικής ευρωστίας, ενώ άλλες αξιολογούσαν έννοιες που σχετίζονται με την ψυχική ανθεκτικότητα, όπως η εσωτερική εστία ελέγχου και η αυτοεκτίμηση. Οι ερευνητές βρήκαν ότι, παρόλα τα μεθοδολογικά προβλήματα των ερευνών που συμπεριέλαβαν, την ετερογένεια και τον ελλιπή λειτουργικό ορισμό της έννοιας της ανθεκτικότητας, τα περισσότερα προγράμματα ήταν αποτελεσματικά στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας. Σε μια δεύτερη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση 25 τυχαιοποιημένων ερευνών σχετικά με την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας ενηλίκων, βρέθηκε ότι τα προγράμματα εκπαίδευσης στην ψυχική ανθεκτικότητα είχαν μικρή προς μέτρια επίδραση στη βελτίωση της ανθεκτικότητας και της ψυχικής υγείας (Leppin et al., 2014). Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι χρειάζονται περαιτέρω έρευνες, στις οποίες θα γίνεται καλύτερος ορισμός της έννοιας της ψυχικής ανθεκτικότητας και θα αξιολογούνται ειδικά σχεδιασμένες παρεμβάσεις.

Οι παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην ανάπτυξη ή την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι δυνατόν να εφαρμόζονται σε ένα ή περισσότερα επίπεδα. Για παράδειγμα, μια παρέμβαση μπορεί να απευθύνεται σε ατομικό επίπεδο, στο επίπεδο της οικογένειας, στο επίπεδο οργανισμών όπως είναι ο χώρος εργασίας ή το σχολείο, στο επίπεδο της ευρύτερης κοινότητας ή σε έναν συνδυασμό τους (Southwick et al., 2011). Έτσι, προγράμματα που απευθύνονται σε παιδιά μικρότερης ηλικίας είναι λογικό να εστιάζουν περισσότερο στην ανάπτυξη ικανοτήτων των γονέων, οι οποίοι μέσω των βελτιωμένων γονικών πρακτικών τους θα συμβάλλουν στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας των παιδιών τους. Προγράμματα που απευθύνονται σε παιδιά σχολικής ηλικίας εφαρμόζονται πολύ συχνά στο επίπεδο του σχολείου ή της ευρύτερης κοινότητας. Πολλά προγράμματα επίσης απευθύνονται ταυτόχρονα σε πολλά επίπεδα, περιλαμβάνοντας, για παράδειγμα, τους γονείς, το σχολείο και την κοινότητα.

Ένα παράδειγμα μιας τέτοιας πολυεπίπεδης παρέμβασης αποτελεί η Διαχρονική Μελέτη του Σικάγου (Chicago Longitudinal Study), η οποία αξιολογεί διαχρονικά τα αποτελέσματα του Προγράμματος του Κέντρου Παιδιού-Γονέα (Child-Parent Center – CPC – Program) (Reynolds & Ou, 2003). Η μελέτη αυτή

παρακολούθησε την εξέλιξη των 989 παιδιών χαμηλού εισοδήματος που εντάχθηκαν στο πρόγραμμα κατά την προσχολική ηλικία, σε σύγκριση με την εξέλιξη 550 παιδιών αντίστοιχου κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου που ακολούθησαν το τυπικό πρόγραμμα του νηπιαγωγείου. Το CPC είναι ένα πρόγραμμα πρώιμης παρέμβασης που απευθύνεται σε παιδιά προσχολικής ηλικίας μέχρι τις πρώτες τάξεις του δημοτικού σχολείου και παρέχει ταυτόχρονα εκπαιδευτικές υπηρεσίες και οικογενειακή στήριξη. Το πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει μια σειρά δομημένων εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων που στοχεύουν στην ενίσχυση της ακαδημαϊκής και κοινωνικής επιτυχίας των παιδιών, όπως επίσης και ένα πολύπλευρο πρόγραμμα που απευθύνεται στους γονείς, τόσο για την προσωπική τους ανάπτυξη, όσο και για την ενίσχυση των δεσμών τους με το σχολείο. Η παρέμβαση περιλαμβάνει επίσης ένα ολοκληρωμένο σχολικό πρόγραμμα σχεδιασμένο έτσι ώστε να διευκολύνει τη μετάβαση των παιδιών στο δημοτικό. Τα ευρήματα έδειξαν ότι τα παιδιά που συμμετείχαν στο πρόγραμμα είχαν καλύτερες σχολικές επιδόσεις και μειωμένη παραβατικότητα, ενώ η ψυχική τους ανθεκτικότητα είχε γενικότερα ενισχυθεί (Reynolds & Ou, 2003). Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν τις θετικές επιδράσεις που μπορεί να έχει μια τέτοιου είδους πρώιμη παρέμβαση, η οποία λειτούργησε ως προστατευτικός παράγοντας για τα παιδιά που συμμετείχαν. Επιπλέον, οι προστατευτικές επιδράσεις του προγράμματος λειτούργησαν και στην εφηβική ηλικία. Έτσι, τα παιδιά που είχαν συμμετάσχει στο πρόγραμμα είχαν περισσότερες πιθανότητες να τελειώσουν το σχολείο, και να ολοκληρώσουν περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης σε σχέση με τα παιδιά που δε συμμετείχαν στο πρόγραμμα.

Οι παρεμβάσεις που απευθύνονται σε ενήλικες μπορεί να λάβουν ποικίλες μορφές, όπως είναι τα προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης που εφαρμόζονται σε διάφορα πλαίσια, όπως το πλαίσιο του πανεπιστημίου (Steinhardt & Dolbier, 2008), το πλαίσιο του στρατού (Cornum, Matthews, & Seligman, 2011) ή το πλαίσιο του νοσοκομείου (Loprinzi, Prasad, Schroeder, & Sood, 2011). Πολλές παρεμβάσεις λαμβάνουν επίσης τη μορφή προγραμμάτων αντιμετώπισης του στρες στον χώρο της εργασίας (Millea, Liossis, Shochet, Biggs, & Donald, 2008), ή προγραμμάτων στο πλαίσιο της κοινότητας, σε περιπτώσεις μαζικών καταστροφών (Kaminsky, McCabe, Langlieb, & Everly, 2006). Τελευταία έχουν αρχίσει να εφαρμόζονται και διαδικτυακά προγράμματα διαχείρισης του στρες και εκπαίδευσης στην ψυχική ανθεκτικότητα (Rose et al., 2013) ή στην ανάπτυξη θετικού ψυχολογικού κεφαλαίου, μιας έννοιας που εμπεριέχει την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας μαζί με τις έννοιες της

ελπίδας, της αυτοαποτελεσματικότητας και της αισιοδοξίας (Luthans, Avey, & Patera, 2008).

Βασικό χαρακτηριστικό των παρεμβάσεων αυτών είναι η ανάπτυξη και ενίσχυση βασικών προστατευτικών παραγόντων που έχουν σχετιστεί με την ψυχική ανθεκτικότητα απέναντι στο στρες και την αντιξοότητα, όπως είναι, για παράδειγμα, οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες, οι διαπροσωπικές σχέσεις και η απόδοση νοήματος στα γεγονότα. Για παράδειγμα, το πρόγραμμα Master Resilience Training (MRT) (Reivich, Seligman, & McBride, 2011), το οποίο αποτελεί μέρος του ευρύτερου προγράμματος ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας του Αμερικανικού στρατού (Casey, 2011. Cornum et al., 2011), είναι ένα 10ήμερο πρόγραμμα που διδάσκει δεξιότητες ψυχικής ανθεκτικότητας στους υπαξιωματικούς, οι οποίοι διδάσκουν στη συνέχεια αυτές τις δεξιότητες στους στρατιώτες τους. Συνολικά το πρόγραμμα αποτελείται από τρεις συνιστώσες που είναι η προετοιμασία, η διατήρηση και η ενίσχυση (Reivich et al., 2011). Οι βασικές διαστάσεις της ψυχικής ανθεκτικότητας στις οποίες εκπαιδεύονται οι υπαξιωματικοί είναι η αυτεπίγνωση, η αυτορρύθμιση, η αισιοδοξία, η γνωστική ευελιξία, οι δυνάμεις του χαρακτήρα, και οι δεξιότητες οικοδόμησης καλών σχέσεων. Για να ενισχύσουν αυτές τις διαστάσεις της ανθεκτικότητας, οι υπαξιωματικοί μαθαίνουν μια σειρά από δεξιότητες που προέρχονται από τη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία και τη θετική ψυχολογία, όπως είναι για παράδειγμα η αναγνώριση σκέψεων και βαθιά ριζωμένων πεποιθήσεων, η επίλυση προβλήματος, η ελαχιστοποίηση των καταστροφικών σκέψεων και η καλλιέργεια του συναισθήματος της ευγνωμοσύνης. Η αξιολόγηση του προγράμματος έδειξε ότι οι υπαξιωματικοί που είχαν παρακολουθήσει το πρόγραμμα αυτό είχαν καλύτερες επιδόσεις στην αξιολόγηση της ανθεκτικότητας και της ψυχικής τους υγείας, από ότι τα άτομα που δεν είχαν συμμετάσχει, και ότι η εκπαίδευση ήταν αποτελεσματικότερη για τους νεότερους υπαξιωματικούς (18-24 ετών) από ότι για τους μεγαλύτερους (Lester, Harms, Herian, Krasikova, & Beal, 2011).

Ψυχοθεραπεία και ψυχική ανθεκτικότητα. Στη βιβλιογραφία, οι έρευνες που συνδέουν την ψυχοθεραπεία με την ψυχική ανθεκτικότητα είναι περιορισμένες. Σύμφωνα με τους Norte et al. (2011) «ο ρόλος των παραγόντων που σχετίζονται με την ψυχική ανθεκτικότητα στην ψυχοθεραπεία αποτελεί αχαρτογράφητο πεδίο μελέτης» (σ. 45). Οι υπάρχουσες έρευνες αφορούν σε δύο ευρύτερες κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία σχετίζεται με έρευνες αξιολόγησης ψυχοθεραπευτικών

παρεμβάσεων που έχουν σχεδιαστεί συγκεκριμένα με το σκοπό της ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας, ενώ η δεύτερη κατηγορία ερευνών, η οποία είναι και η σπανιότερη, περιλαμβάνει έρευνες που αξιολογούν συγκεκριμένες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις ως προς την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας των ατόμων που συμμετέχουν σε αυτές.

Αρκετές είναι οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που βασίζονται στη θεωρία της ψυχικής ανθεκτικότητας και που έχουν σχεδιαστεί με σκοπό την ενίσχυση της ανθεκτικότητας τόσο των παιδιών όσο και των ενηλίκων. Ωστόσο, εκείνες που έχουν αξιολογηθεί ερευνητικά ως προς την αποτελεσματικότητα τους, είναι λίγες.

Ενδεικτικά, δύο παρεμβάσεις που απευθύνονται στα παιδιά και τους γονείς τους και έχουν ερευνηθεί εκτεταμένα ως προς την αποτελεσματικότητά τους είναι η Ψυχοθεραπεία Παιδιού-Γονέα (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 2000. Cicchetti, Toth & Rogosch, 1999. Lieberman, 1992. Lieberman, Ippen, & Van Horn, 2006), που σχεδιάστηκε για οικογένειες στις οποίες υπάρχει γονική κατάθλιψη και η Ομαδική Σχεσιακή Ψυχοθεραπεία για Μητέρες (Relational Psychotherapy Mothers' Group – RPMG) της Luthar και των συνεργατών της (Luthar & Suchman, 2000. Luthar, Suchman, & Altomare, 2007), η οποία απευθύνεται σε μητέρες που είναι χρήστριες ουσιών. Συγκεκριμένα, η Ψυχοθεραπεία Παιδιού-Γονέα βασίζεται στη θεωρία της προσκόλλησης και έχει σαν κύριο στόχο την ανάπτυξη ασφαλούς προσκόλλησης του παιδιού, μέσα από τη βελτίωση της σχέσης της μητέρας με το παιδί της. Η ψυχοθεραπεία αυτή απευθύνεται σε γυναίκες που βίωσαν ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο μετά από τη γέννηση του παιδιού τους (Cicchetti, Toth & Rogosch, 1999). Ο θεραπευτής συναντά τη μητέρα μαζί με το παιδί της και επιχειρεί να βελτιώσει τη σχέση τους μέσα από την παροχή διορθωτικών συναισθηματικών εμπειριών. Στην ψυχοθεραπεία αυτή παρέχεται ένα περιβάλλον που διακατέχεται από ενσυναίσθηση, σεβασμό, και αποδοχή, μέσα στο οποίο τόσο η μητέρα όσο και το παιδί αποκτούν νέες σχεσιακές εμπειρίες και θετικότερες αναπαραστάσεις του εαυτού τους και των σχέσεων με τους άλλους. Ο θεραπευτής δε γίνεται διδακτικός, ούτε επιχειρεί να τροποποιήσει τη συμπεριφορά της μητέρας. Αντίθετα, προσπαθεί, μέσα από ενσυναισθητικά σχόλια, να βοηθήσει τη μητέρα να αντιληφθεί τη συμπεριφορά της απέναντι στο παιδί της ως απόρροια των δικών της εμπειριών ως παιδί.

Ελεγχόμενες πειραματικές δοκιμές έχουν δείξει ότι η Ψυχοθεραπεία Παιδιού-Γονέα μπορεί αποτελεσματικά να συμβάλλει στη θετική προσαρμογή των παιδιών και στην ψυχική τους ανθεκτικότητα (Luthar & Cicchetti, 2000). Συγκεκριμένα, βρέθηκε

ότι η Ψυχοθεραπεία Παιδιού-Γονέα αύξησε τα ποσοστά ασφαλούς προσκόλλησης για τα παιδιά των μητέρων με κατάθλιψη που συμμετείχαν στην παρέμβαση (Cicchetti, Toth & Rogosch, 1999), και ότι βοήθησε στη διατήρηση της φυσιολογικής γνωστικής ανάπτυξης των παιδιών (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 2000). Επιπλέον, οι Lieberman et al. (2006), σε έρευνα παρακολούθησης, βρήκαν ότι τα θετικά αποτελέσματα της Ψυχοθεραπείας Παιδιού-Γονέα ως προς τη βελτίωση τόσο των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών, όσο και των συμπτωμάτων των μητέρων διατηρούνταν έξι μήνες μετά από την ολοκλήρωση της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης.

Για τους ενήλικες, έχουν προταθεί ποικίλες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην ενίσχυση της ψυχικής τους ανθεκτικότητας. Παραδείγματα αποτελούν, μεταξύ άλλων, το μοντέλο Εκφραστικών Θεραπειών των Pearson και Wilson (2008), το οποίο χρησιμοποιεί δημιουργικά καλλιτεχνικά εργαλεία όπως το θέατρο, η ζωγραφική, η μουσική και η λογοτεχνία, η Σύντομη Οικογενειακή Θεραπεία Εστιασμένη στην Ψυχική Ανθεκτικότητα, που βασίζεται στην Αντλεριανή προσέγγιση (Nicoll, 2011), η Γνωστική-Συμπεριφορική Θεραπεία που βασίζεται στις δυνάμεις (Padesky & Mooney, 2012), η οποία στοχεύει στην κατασκευή ενός ατομικού μοντέλου ανθεκτικότητας, και η Θεραπεία Ευ Ζην (Fava, 1999. Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti, & Grandi, 1998. Fava & Tomba, 2009). Μια άλλη μορφή θεραπευτικής παρέμβασης που έχει σχεδιαστεί με το σκοπό της αντιμετώπισης του στρες και θεωρείται ως παρέμβαση ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας, είναι η εκπαίδευση στον εμβολιασμό κατά του στρες (Meichenbaum & Deffenbacher, 1988). Από τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που έχουν σχεδιαστεί με το σκοπό της ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας των ενηλίκων, οι μόνες παρεμβάσεις που έχουν λάβει ερευνητική υποστήριξη ως προς την αποτελεσματικότητα τους είναι η θεραπεία ευ ζην, και η εκπαίδευση στον εμβολιασμό κατά του στρες, οι οποίες παρουσιάζονται συνοπτικά στη συνέχεια.

Η θεραπεία ευ ζην αποτελεί μια βραχυπρόθεσμη δομημένη ψυχοθεραπεία που έχει σαν στόχο την ενίσχυση του ευ ζην και της ψυχικής ανθεκτικότητας (Fava, 1999. Fava & Tomba, 2009). Η παρέμβαση προέκυψε από την αναγνώριση ότι ακόμη και μετά από την επιτυχημένη θεραπεία τόσο αγχωδών διαταραχών, όσο και διαταραχών της διάθεσης, εξακολουθούν να υπάρχουν τρία σημαντικά προβλήματα: (α) μπορεί να παραμένουν υπολειμματικά συμπτώματα όπως η ανηδονία ή η μειωμένη λειτουργικότητα, (β) υπάρχει μειωμένο ψυχολογικό ευ ζην, και (γ) υπάρχει υψηλός βαθμός υποτροπών (Fava & Tomba, 2009). Οι διαπιστώσεις αυτές οδήγησαν στη

συνειδητοποίηση ότι, στις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, χρειάζεται να δίνεται έμφαση όχι μόνο στη μείωση των συμπτωμάτων, αλλά και σε θετικά αποτελέσματα όπως το ευ ζην και η ψυχική ανθεκτικότητα. Έτσι, δημιουργήθηκε η θεραπεία ευ ζην η οποία βασίζεται στο μοντέλο της Carol Ryff για το ψυχολογικό ευ ζην (1989), μια έννοια που αποτελείται από έξι διαστάσεις: (1) την αίσθηση κυριαρχίας και ικανότητας στη διαχείριση του περιβάλλοντος, (2) το αίσθημα προσωπικής ανάπτυξης, (3) το αίσθημα σκοπού και νοήματος στη ζωή, (4) την αυτονομία, (5) την αποδοχή του εαυτού, και (6) τις θετικές σχέσεις με τους άλλους. Η θεραπεία ευ ζην στοχεύει στη βελτίωση των ατόμων στις έξι αυτές διαστάσεις μέσα από την αυτοπαρατήρηση και την αλληλεπίδραση θεραπευτή-θεραπευόμενου (Fava, 1999). Αρχικά τα άτομα ενθαρρύνονται να εντοπίζουν καθημερινά θετικά συναισθήματα και εμπειρίες ενώ στις τελευταίες συνεδρίες ο θεραπευτής εκπαιδεύει το άτομο στις έξι διαστάσεις του ευ ζην και παρέχει οδηγίες και υποστήριξη ώστε να τις καλλιεργήσει. Οι παρεμβάσεις της θεραπείας ευ ζην προέρχονται από τη γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση και περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, τη γνωστική αναδόμηση, τον προγραμματισμό δραστηριοτήτων, την εκπαίδευση στη διεκδικητικότητα και την επίλυση προβλήματος (Fava & Tomba, 2009).

Η θεραπεία ευ ζην έχει ελεγχθεί σε μια σειρά από έρευνες με θετικά αποτελέσματα. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι η θεραπεία ευ ζην σχετίστηκε με σημαντική μείωση των υπολειμματικών συμπτωμάτων και αύξηση του ψυχολογικού ευ ζην στη θεραπεία συναισθηματικής διαταραχής (Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti, & Grandi, 1998). Επίσης, σε μια άλλη έρευνα στην οποία η θεραπεία ευ ζην αποτελούσε τμήμα μιας γνωστικο-συμπεριφορικής παρέμβασης που εφαρμόστηκε σε υποτροπιάζουσα κατάθλιψη, βρέθηκε ότι σε σύγκριση με την ομάδα που έλαβε κλινική διαχείριση της κατάθλιψης, η ομάδα που πήρε μέρος στην παρέμβαση παρουσίαζε σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα υπολειμματικών συμπτωμάτων και χαμηλότερο ποσοστό υποτροπής δύο χρόνια μετά από την ολοκλήρωση της θεραπείας (Fava, Rafanelli, Grandi, Conti, & Belluardo, 1998). Η θεραπεία ευ ζην έχει επίσης εφαρμοστεί στην περίπτωση της γενικευμένης διαταραχής άγχους, με θετικά αποτελέσματα ως προς τη μείωση των συμπτωμάτων και την αύξηση του ψυχολογικού ευ ζην (Fava et al., 2005). Παρόλο που η θεραπεία ευ ζην δεν έχει ερευνηθεί σε ελεγχόμενες πειραματικές δοκιμές για τη μετατραυματική διαταραχή άγχους, σε δύο μελέτες περίπτωσης (Belaise, Fava, & Marks, 2005) βρέθηκε ότι οι ασθενείς έδειξαν βελτίωση, χωρίς να συζητηθεί καν η τραυματική εμπειρία μέσα στις

συνεδρίες. Επίσης παρεμβάσεις θεραπείας ευ ζην έγιναν και σε παιδιά, στο σχολικό τους πλαίσιο, όπου επίσης υπήρξε βελτίωση των συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης, σωματοποίησης και εχθρότητας-ευερεθιστότητας, και ενίσχυση του ψυχολογικού ευ ζην (Ruini, Belaise, Brombin, Caffo, & Fava, 2006. Ruini et al., 2009).

Η εκπαίδευση στον εμβολιασμό κατά του στρες στοχεύει στη μείωση του στρες μέσα από την ανάπτυξη γνωστικών και χαλαρωτικών δεξιοτήτων (Meichenbaum & Deffenbacher, 1988). Αποτελεί μια μορφή γνωστικής συμπεριφορικής παρέμβασης που στοχεύει τόσο στην πρόληψη όσο και στη θεραπεία και συνίσταται από τρεις αλληλοεπικαλυπτόμενες φάσεις: την εννοιολογική και εκπαιδευτική φάση, τη φάση απόκτησης και εδραίωσης δεξιοτήτων και τη φάση εφαρμογής. Στην πρώτη φάση δημιουργείται μια συνεργατική θεραπευτική συμμαχία ανάμεσα στον θεραπευτή και τον πελάτη, ενώ ταυτόχρονα γίνεται προσπάθεια να κατανοήσει ο πελάτης τη φύση του άγχους και τις επιδράσεις του όπως επίσης και να εντοπίσει ενδείξεις δύναμης και ανθεκτικότητας (Southwick et al., 2011). Στη δεύτερη φάση τα άτομα εκπαιδεύονται σε νέες δεξιότητες αντιμετώπισης όπως είναι, για παράδειγμα, η συγκέντρωση πληροφοριών, ο σχεδιασμός, η γνωστική αναδόμηση, η εκπαίδευση στη χαλάρωση, η επίλυση προβλήματος και η διεκδικητικότητα, ενώ η τρίτη φάση επικεντρώνεται στη μεταφορά και την εφαρμογή των δεξιοτήτων αντιμετώπισης στον εξωτερικό κόσμο, μέσα από εργασίες για το σπίτι και συμπεριφορικά πειράματα (Meichenbaum & Deffenbacher, 1988).

Η εκπαίδευση στον εμβολιασμό κατά του στρες, ή παραλλαγές της, έχει ερευνηθεί σε περιπτώσεις μετατραυματικής διαταραχής άγχους μετά από βιασμό (Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991. Foa et al., 1999), αλλά και σε Ισραηλινούς πολίτες που βρίσκονται κάτω από συνεχές στρες που σχετίζεται με τον πόλεμο (Farchi & Gidron, 2010). Στην περίπτωση της μετατραυματικής διαταραχής άγχους μετά από βιασμό, η Foa και οι συνεργάτες της (1991) έδειξαν ότι η εκπαίδευση στον εμβολιασμό κατά του στρες ήταν αποτελεσματική στη μείωση του άγχους, της κατάθλιψης και των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες. Επιπλέον οι Foa et al. (1999) έδειξαν ότι οι βελτιώσεις στα συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής άγχους και κατάθλιψης διατηρούνταν 3, 6 και 12 μήνες μετά από την παρέμβαση. Οι Farchi και Gidron (2010), στην έρευνα τους με Ισραηλινούς πολίτες που ζούσαν στην πολεμική ζώνη της Sderot, συνέκριναν τις επιδράσεις που είχαν δύο συνεδρίες εκπαίδευσης στον εμβολιασμό κατά του στρες με δύο συνεδρίες υποστηρικτικής έκφρασης σκέψεων και συναισθημάτων. Οι ερευνητές αξιολόγησαν την ψυχική

ανθεκτικότητα μέσα από αξιολογήσεις του αισθήματος αβοηθητότητας, της απαισιοδοξίας, της καθημερινής λειτουργικότητας και του άγχους. Παρόλο που δε βρήκαν επίδραση καμίας από τις δύο παρεμβάσεις στις μεταβλητές αυτές, φάνηκε ότι η παρέμβαση της εκπαίδευσης στον εμβολιασμό κατά του στρες μείωνε το αίσθημα αβοηθητότητας στους άντρες, ενώ η εκφραστική παρέμβαση μείωνε το αίσθημα αβοηθητότητας στις γυναίκες.

Εκτός από τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που έχουν σχεδιαστεί με το σκοπό της ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας, εντοπίσαμε μόνο τέσσερις έρευνες που αξιολογούν την επίδραση της ψυχοθεραπείας στην ψυχική ανθεκτικότητα των ατόμων (Dodding, Nasel, Murphy, Howell, 2008. Maxan, Kinley, Williams, & Reyno, 2013. Norte et al., 2011. Wesner, Gomes, Detzel, Guimarães & Heldt, 2014). Οι τρεις από αυτές τις έρευνες αναφέρονται σε ομαδικές παρεμβάσεις, ενώ η έρευνα των Norte et al. (2011) αφορά σε μελέτη περίπτωσης.

Συγκεκριμένα, οι Norte et al. (2011) ερεύνησαν την επίδραση της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας σε νευροβιολογικούς δείκτες ψυχικής ανθεκτικότητας για ένα άτομο με μετατραυματική διαταραχή άγχους. Οι ερευνητές αξιολόγησαν βιολογικούς (για παράδειγμα καρδιακό και αναπνευστικό ρυθμό), νευροενδοκρινικούς (για παράδειγμα κορτιζόλη) και ψυχομετρικούς δείκτες (για παράδειγμα ανθεκτικότητα, συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής, κατάθλιψη και άγχους, και κοινωνική στήριξη) πριν και μετά από 4 μήνες θεραπείας. Τα ευρήματα έδειξαν ότι όχι μόνο μειώθηκαν τα αρνητικά συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής, της κατάθλιψης και του άγχους και οι αρνητικές βιολογικές και νευροενδοκρινικές ενδείξεις, αλλά και αυξήθηκαν τόσο η ψυχική ανθεκτικότητα όσο και οι νευροβιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με αυτήν όπως ο τόνος του πνευμονογαστρικού νεύρου και η κοινωνική υποστήριξη. Οι ερευνητές υποστήριξαν ότι η αξιολόγηση θετικών δεικτών αποτελέσματος όπως η ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να είναι εξίσου σημαντική με αρνητικούς δείκτες όπως η μείωση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων.

Οι Dodding et al (2008) αξιολόγησαν ένα πρόγραμμα ομαδικής θεραπείας για άτομα με άγχος ή/και κατάθλιψη, στο οποίο συμμετείχε και ένας σημαντικός άλλος της επιλογής τους. Οι ερευνητές έλεγξαν τις επιδράσεις του προγράμματος αυτού στην κατάθλιψη, το άγχος, την ποιότητα ζωής και την ψυχική ανθεκτικότητα. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων έδειξαν ότι στο τέλος της παρέμβασης το άγχος και η κατάθλιψη είχαν μειωθεί, ενώ η ψυχική ανθεκτικότητα είχε αυξηθεί, αυτό ίσχυε όμως

μόνο όμως για τα άτομα που είχαν άγχος ή/και κατάθλιψη, αλλά όχι και για τους σημαντικούς άλλους που συμμετείχαν στην παρέμβαση.

Οι Wesner et al. (2015) αξιολόγησαν την επίδραση ομαδικών αναμνηστικών συνεδριών στις στρατηγικές αντιμετώπισης, την ψυχική ανθεκτικότητα και την ποιότητα ζωής για 20 ασθενείς οι οποίοι είχαν ολοκληρώσει ένα πρόγραμμα κλασικής γνωστικής-συμπεριφορικής ομαδικής θεραπείας για διαταραχή πανικού. Στις αναμνηστικές συνεδρίες οι συμμετέχοντες επαναλάμβαναν την ψυχοεκπαίδευση για τη διαταραχή πανικού, εκπαιδεύονταν σε τεχνικές αντιμετώπισης όπως η επίλυση προβλήματος καθώς και σε δεξιότητες ψυχικής ανθεκτικότητας όπως η αιτιώδης ανάλυση, η συναισθηματική ρύθμιση, ο έλεγχος των παρορμήσεων, η αισιοδοξία, η ενσυναίσθηση και η αυτοαποτελεσματικότητα. Στην τελευταία συνεδρία οι συμμετέχοντες ενθαρρύνονταν να εντοπίσουν τους στρεσογόνους παράγοντες που βίωναν και την επίδραση που είχαν πάνω τους. Οι στατιστικές αναλύσεις έδειξαν ότι τόσο για τους ασθενείς που πραγματοποίησαν τις αναμνηστικές συνεδρίες, όσο και για την ομάδα ελέγχου, μειώθηκαν σημαντικά τα συμπτώματα διαταραχής πανικού, άγχους και κατάθλιψης. Για την ομάδα που συμμετείχε στις αναμνηστικές συνεδρίες φάνηκε επιπλέον μια βελτίωση στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης και οι υπόλοιποι τομείς της ποιότητας ζωής δεν έδειξαν καμία αλλαγή μετά από τις συνεδρίες, ενώ η ψυχική ανθεκτικότητα έδειξε μια αύξηση μετά από 12 μήνες, η οποία όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Οι Maxan et al. (2013) μελέτησαν την επίδραση μιας δυναμικής-σχεσιακής, εντατικής ομαδικής ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης στην ψυχική ανθεκτικότητα ατόμων που έπασχαν από προβλήματα ψυχικής υγείας. Η παρέμβαση αποτελεί ένα εντατικό, δομημένο πρόγραμμα ημέρας έξι εβδομάδων που απευθύνεται σε άτομα με σοβαρή ψυχοπαθολογία, το οποίο βασίζεται στην ψυχοδυναμική προσέγγιση, περιλαμβάνει όμως και τεχνικές γνωστικού-συμπεριφορικού τύπου. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι μέσω της εστίασης στην καλύτερη επεξεργασία των αρνητικών συναισθημάτων και στη βελτίωση της διαπροσωπικής λειτουργικότητας, η παρέμβαση στοχεύει τελικά στην αύξηση της ψυχικής ανθεκτικότητας. Τα ευρήματα τους έδειξαν ότι, παρόλο που οι ασθενείς αυτοί εξακολουθούσαν να έχουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας από τον γενικό πληθυσμό, η διαφορά στην ψυχική τους ανθεκτικότητα πριν και μετά από την παρέμβαση ήταν σημαντική, ενώ διατηρούσαν τα οφέλη και στην αξιολόγηση παρακολούθησης έξι εβδομάδες μετά από την ολοκλήρωση της ψυχοθεραπείας. Οι ερευνητές βρήκαν επιπλέον ότι η αύξηση του

επιπέδου ψυχικής ανθεκτικότητας δεν εξηγούταν από την αλλαγή στα επίπεδα της ψυχοπαθολογίας, αλλά ότι σχετιζόταν με βελτιώσεις στην αυτοαποτελεσματικότητα και τη διαπροσωπική λειτουργία. Συμπεράναν ότι η ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσα από ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις είναι ένας εξαιρετικά σημαντικός στόχος καθώς μπορεί να συμβάλλει στην ενίσχυση προστατευτικών παραγόντων απέναντι «στην επανεμφάνιση της ψυχοπαθολογίας και μπορεί να μετριάσει την εμφάνιση και/ ή τη σοβαρότητα των μελλοντικών ψυχιατρικών διαταραχών» (Maxan et al., 2013, σ. 7).

Συμπεράσματα της Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης

Η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας αποτελεί ένα πεδίο έρευνας το οποίο αναπτύσσεται διαρκώς και διευρύνεται σε όλο και περισσότερα πλαίσια, όπως είναι και αυτό της ψυχοθεραπείας. Ένας από τους σημαντικότερους στόχους της μελέτης της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι ο εντοπισμός των χαρακτηριστικών και μηχανισμών που προστατεύουν τα άτομα από ποικίλες αντιξοότητες και τραυματικές εμπειρίες, έτσι ώστε να μπορέσουν να δημιουργηθούν παρεμβάσεις που θα στοχεύουν στην καλλιέργεια αυτών των χαρακτηριστικών, και επομένως, στην ανάπτυξη και ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας (Wright et al., 2013).

Οι έρευνες έχουν καταλήξει σε μια «σύντομη λίστα» (Masten 2001, 2007) παραγόντων που σχετίζονται τόσο με ατομικά όσο και με σχεσιακά και κοινωνικά χαρακτηριστικά και οι οποίοι έχει φανεί ότι προστατεύουν τα άτομα από τις επιπτώσεις ποικίλων τραυματικών εμπειριών και συνθηκών αντιξοότητας. Κεντρική αναδεικνύεται η σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων και της κοινωνικής στήριξης (Afifi & MacMillan, 2011. Bonanno et al., 2007. Cadell et al., 2003. Denny et al., 2004. Denz-Penhey & Murdoch, 2008. Gonzales et al., 2012. Hogan & Schmidt, 2002. Lin et al., 2004. Luthar, 2006. Luthar & Zigler, 1991. Masten & Coatsworth, 1998. Miller, 2002. Quale & Schanke, 2010. Singer & Ryff, 1999. Werner, 1990. Wyman et al., 1992). Οι σχέσεις που έχουν ή δημιουργούν τα άτομα φαίνεται ότι επιτελούν μια σειρά από βασικές λειτουργίες που τα βοηθούν να αλλάξουν τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τις στρεσογόνες εμπειρίες αλλά και να αντιδράσουν με λειτουργικότερους τρόπους σε αυτές (Cohen & Wills, 1985. Lepore, 2001. Lepore & Helgeson, 1998. Lepore et al., 1996. Wills & Shinar, 2000). Επιπλέον, πολλοί άλλοι παράγοντες που έχει φανεί ότι προστατεύουν τα άτομα από την επίδραση των αντιξοοτήτων, είναι παράγοντες που είτε αναπτύσσονται ή διευκολύνονται από τις σχέσεις των ατόμων (Hartling, 2008. Lakey & Orehek, 2011. Wills & Bantum, 2012).

Ένας από αυτούς τους παράγοντες αφορά στη σχέση που έχει το άτομο με τον εαυτό του και κυρίως στις αντιλήψεις που έχει για αυτόν. Αρκετές έρευνες έχουν δείξει πως ένα καλό επίπεδο αυτογνωσίας, η αυξημένη αυτοεκτίμηση, ο αυτοσεβασμός και η πίστη στην προσωπική αξία προστατεύουν αποτελεσματικά τα άτομα από τις αρνητικές επιπτώσεις εξαιρετικά δύσκολων συνθηκών όπως είναι, μεταξύ άλλων, η ψυχική ασθένεια των γονιών (Beardslee, 1989. Beardslee & Podorefsky, 1988), χρόνιες αναπηρίες (King et al., 2003), η απουσία στέγης (Kidd & Shahar, 2008), ο πόλεμος (Hobfoll & London, 1986), ή η κακοποίηση στην παιδική ηλικία (Valentine & Feinauer, 1993). Εκτός από τις αντιλήψεις των ατόμων για τον εαυτό τους, η πίστη τους σχετικά με τη δυνατότητα τους να ελέγχουν τα ίδια τις συνθήκες της ζωής τους, δηλαδή η εσωτερική εστία ελέγχου αποτελεί βασικό προστατευτικό παράγοντα απέναντι στην αντιξοότητα και το τραύμα (Agaibi & Wilson, 2005. Bolger & Patterson, 2001, 2003. Grossman et al., 1992. Hoge et al., 2007. Leontopoulou, 2006. Stewart & Yuen, 2011). Το ίδιο ισχύει και για τις πεποιθήσεις τους ως προς την ικανότητα τους να διαχειρίζονται τις τραυματικές εμπειρίες και τις δυσχέρειες που αντιμετωπίζουν, δηλαδή οι αντιλήψεις για την αυτοαποτελεσματικότητα τους (Benight & Cieslak, 2011. Luszczynska et al., 2009. Μόττη-Στεφανίδη et al., 2005. Soet et al., 2003. Walter et al., 2010. Werner & Smith, 2001).

Ένας σημαντικός προστατευτικός μηχανισμός αφορά στον τρόπο που τα άτομα ερμηνεύουν και νοηματοδοτούν τις δυσχερείς ή τραυματικές εμπειρίες που βιώνουν. Όταν ένα άτομο καταφέρει να επεξεργαστεί τόσο γνωστικά όσο και συναισθηματικά μια τραυματική εμπειρία και καταλήξει σε κάποια μορφή κατασκευασμένου νοήματος, τότε έχει βρεθεί ότι έχει καλύτερη προσαρμογή σε αυτήν (Hunt, 1998. Hunt et al., 2007. Joseph & Linley, 2005. Park, 2010. Park & Folkman, 1997. Pennebaker, 1997. Thompson & Janigian, 1988). Οι μορφές κατασκευασμένου νοήματος που έχουν σχετιστεί με καλύτερη προσαρμογή αφορούν κυρίως στην κατανόηση της εμπειρίας (Davis et al., 1998), στην εύρεση οφέλους σε αυτήν (Affleck & Tennen, 1996. Tennen & Affleck, 2002), στην αναθεώρηση του τρόπου που ορίζει κανείς τον εαυτό του (Gillies & Neimeyer, 2006), στην αποδοχή (Park, 2010. Thompson & Arnkoff, 2011) και στη μετατραυματική ανάπτυξη (Joseph & Linley, 2005. Tedeschi & Calhoun, 2004).

Ένας ακόμη προστατευτικός μηχανισμός σχετίζεται με τον τρόπο που το άτομο διαχειρίζεται τα συναισθήματα που προκύπτουν από την τραυματική εμπειρία

ή την αντιξοότητα. Η ικανότητα αποτελεσματικής συναισθηματικής ρύθμισης, τόσο με την έννοια της αποδοχής, ανοχής και τροποποίησης των αρνητικών συναισθημάτων (Berking et al., 2008) , όσο και με την έννοια της δημιουργίας, διατήρησης και ενίσχυσης των θετικών συναισθημάτων (Tugade & Fredrickson, 2007) συμβάλλει σημαντικά στην ψυχική ανθεκτικότητα (Bonanno & Kaltman, 1999. Curtis & Cicchetti, 2003. Troy & Mauss, 2011). Τέλος, το είδος των σκέψεων και των συμπεριφορών που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να διαχειριστούν τις στρεσογόνες εμπειρίες, δηλαδή οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν, έχει διαφορική επίδραση στην ψυχική τους ανθεκτικότητα. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι οι ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης, εκείνες που βασίζονται στην προσέγγιση της στρεσογόνου εμπειρίας και εστιάζουν στο πρόβλημα, σχετίζονται θετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα (Kraemer et al., 2011. Snow-Turek et al., 1996. Southwick et al., 2005. Sturgeon & Zautra, 2010. Taylor & Stanton, 2007). Με καλύτερη προσαρμογή έχει επίσης σχετιστεί και η ευελιξία στη χρήση των διαφόρων στρατηγικών αντιμετώπισης (Bonanno et al., 2011. Galatzer-Levy et al., 2012. Leontopoulou, 2006).

Τα ευρήματα αυτά από τη βιβλιογραφία της ψυχικής ανθεκτικότητας παρουσιάζουν αξιοσημείωτη ομοιότητα με τα αποτελέσματα που αναφέρουν οι πελάτες ότι επιτυγχάνουν μέσα από την ψυχοθεραπεία. Συγκεκριμένα, στις έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με την εμπειρία των πελατών από την ψυχοθεραπεία, τα ευρήματα δείχνουν ότι οι πελάτες γνωρίζουν και κατανοούν περισσότερο τον εαυτό τους, ενισχύεται η αυτοεκτίμηση και η αυτοαποτελεσματικότητα τους, νιώθουν ότι έχουν δύναμη και μπορούν να ελέγξουν τον εαυτό τους, τα συναισθήματά τους και το περιβάλλον τους, αισθάνονται περισσότερο ικανοί να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους, βιώνουν αλλαγές στον τρόπο σκέψης και δράσης ενώ βελτιώνονται οι διαπροσωπικές τους δεξιότητες και αλλάζουν οι σχέσεις τους με τους άλλους (Binder et al., 2010. Carey et al., 2007. Clarke et al., 2004. Connolly & Strupp, 1996. Edwards & Loeb, 2011. Elliott & James, 1989. Fava et al., 2000. Jinks, 1999. Klein & Elliott, 2006. Liliengren & Werbart, 2005. Murray, 2002. Olivera et al., 2013. Palmstierna & Werbart, 2013. Von Below et al., 2010). Η σύγκλιση αυτή των ευρημάτων των δύο πεδίων έρευνας παρέχει ενδείξεις ότι η ψυχοθεραπεία μπορεί να λειτουργεί ως ένα πλαίσιο ανάπτυξης βασικών προστατευτικών παραγόντων και κατά συνέπεια ως πλαίσιο ανάπτυξης και ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας. Ωστόσο, για να διαπιστωθεί αυτό είναι απαραίτητο να διενεργηθούν περισσότερες έρευνες και κυρίως

έρευνες οι οποίες θα εξετάζουν την επίδραση της ψυχοθεραπείας σε άτομα που έχουν ήδη βιώσει τραυματικές εμπειρίες ή ποικίλες μορφές αντιξοότητας.

Στο πεδίο της έρευνας της ψυχοθεραπείας σε σχέση με το τραύμα και την αντιξοότητα υπάρχουν πολύ λίγες έρευνες που έχουν εστιάσει στην οπτική του πελάτη. Οι έρευνες αυτές έχουν επικεντρωθεί κυρίως σε συγκεκριμένες τραυματικές εμπειρίες ή αντιξοότητες όπως είναι για παράδειγμα η απώλεια και το πένθος (Simonsen & Cooper, 2015), οι σωματικές ασθένειες όπως ο καρκίνος (MacCormack et al., 2001), και τα πολλαπλά τραύματα (Kallivayalil et al., 2001). Επιπλέον, αρκετές από τις έρευνες αυτές μελετούν την επίδραση συγκεκριμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων όπως είναι η συμβουλευτική πένθους (Cutcliffe, 2004. Gallagher et al., 2005), η σύντομη δομημένη θεραπεία (Hill et al., 2000), ή η θεραπεία γνωστικής επεξεργασίας (Price et al., 2014). Ενώ τα ευρήματα των ερευνών αυτών συγκλίνουν με τα ευρήματα της γενικότερης βιβλιογραφίας σχετικά με τις εμπειρίες των πελατών από την ψυχοθεραπεία τους, ο μικρός αριθμός τους δε διευκολύνει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Επιπλέον, η εστίαση των ερευνών αυτών σε συγκεκριμένες τραυματικές εμπειρίες αφενός και σε συγκεκριμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις, αφετέρου, εμποδίζει τον εντοπισμό ευρύτερων θεραπευτικών παραγόντων και διαδικασιών και περιορίζει το πεδίο εφαρμογών των ευρημάτων τους.

Ένα επιπλέον ζήτημα είναι ότι οι έρευνες που αναφέρθηκαν ως τώρα δεν έχουν ενταχθεί στο πλαίσιο της ψυχικής ανθεκτικότητας. Στο πεδίο της ψυχοθεραπείας δεν υπάρχουν ποιοτικές μελέτες που διερευνούν την ψυχική ανθεκτικότητα από τη σκοπιά των πελατών, ενώ οι έρευνες που έχουν ασχοληθεί με την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι ελάχιστες, κυρίως ποσοτικές και επικεντρώνονται στην αξιολόγηση μεμονωμένων προστατευτικών παραγόντων, καθορισμένων εκ των προτέρων από τον ίδιο τον ερευνητή. Επιπλέον, οι έρευνες αυτές αφορούν κυρίως σε αξιολόγηση ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων που έχουν σχεδιαστεί με τον σκοπό της ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας, ενώ υπάρχουν και λίγες έρευνες που αξιολογούν την επίδραση διαφόρων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων στην ψυχική ανθεκτικότητα των ατόμων. Όλες αυτές οι έρευνες, χρησιμοποιώντας ήδη γνωστές μεταβλητές και αξιολογώντας συγκεκριμένους προστατευτικούς παράγοντες, αφήνουν ένα κενό ως προς την ανακάλυψη νέων παραγόντων και διαδικασιών που ενδέχεται να εμπλέκονται στη διαδικασία ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας. Οι έρευνες αυτές μπορούν να δώσουν πιθανά απάντηση

στο ερώτημα του κατά πόσο η ψυχική ανθεκτικότητα ενισχύεται μέσα από την ψυχοθεραπεία, αδυνατούν ωστόσο να παράσχουν πληροφορίες ως προς τους συγκεκριμένους παράγοντες ψυχικής ανθεκτικότητας που αναπτύσσονται, και κυρίως, ως προς τον τρόπο με τον οποίο αναπτύσσονται. Η διερεύνηση του τελευταίου ζητήματος ειδικότερα, δηλαδή του τρόπου ανάπτυξης της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας, παρουσιάζει σημαντικό κενό στη βιβλιογραφία. Για το σκοπό αυτό απαιτούνται περισσότερες ποιοτικές έρευνες, οι οποίες θα εξετάζουν συγκεκριμένα τον τρόπο ανάπτυξης και ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας καθώς και τις διαδικασίες που εμπλέκονται στην ανάπτυξη αυτή.

Η Παρούσα Έρευνα: Στόχοι και Ερευνητικά Ερωτήματα

Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι είναι πολλά εκείνα που μένουν να διερευνηθούν στον χώρο της ψυχοθεραπείας ως προς τη δυνατότητα ανάπτυξης της ψυχικής ανθεκτικότητας και πως υπάρχει ανάγκη για τη διεξαγωγή περισσότερων ποιοτικών, διερευνητικών μελετών οι οποίες θα εστιάζουν στην ανακάλυψη νέων μεταβλητών και παραγόντων ψυχικής ανθεκτικότητας που εμπλέκονται στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Οι έρευνες αυτές θα επιτρέψουν τη δημιουργία μιας βάσης για την περαιτέρω διερεύνηση του φαινομένου και με ποσοτικές έρευνες. Επιπλέον, είναι σημαντικό να διεξαχθούν έρευνες από την οπτική των ίδιων των πελατών. Είδαμε ότι τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει γενικότερα να αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο η σημασία της οπτικής του πελάτη. Ιδιαίτερα, η διερεύνηση της εμπειρίας ατόμων που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες ή αντιξοότητες μπορεί να αποκαλύψει σημαντικές πτυχές του φαινομένου της ανάπτυξης της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ψυχοθεραπεία, οι οποίες δεν έχουν εντοπιστεί μέσα από την υιοθέτηση της οπτικής του ψυχοθεραπευτή, του θεωρητικού ή του ερευνητή. Οι αφηγήσεις των πελατών μπορούν να μας δώσουν πολύτιμες πληροφορίες για τους παράγοντες που εκείνοι θεωρούν βοηθητικούς, έτσι ώστε να μπορέσουμε να βελτιώσουμε τις ψυχοθεραπευτικές υπηρεσίες που παρέχουμε προκειμένου να καλύψουμε με καλύτερους τρόπους τις ανάγκες τους.

Επιπλέον, όπως είδαμε και από τη σύντομη ιστορική αναδρομή της έρευνας στην ψυχοθεραπεία, ο εντοπισμός των κοινών παραγόντων που συντελούν στη θεραπευτική αλλαγή αποτελεί σημαντική τάση των τελευταίων ετών στην έρευνα της ψυχοθεραπείας. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η διερεύνηση των μηχανισμών που συμβάλλουν στην ανάπτυξη και ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας για

διαφορετικά είδη αντιξοότητας και σε διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις συμβάλλει στον εντοπισμό ευρύτερων, κοινών παραγόντων και διαδικασιών και διευρύνει το πεδίο εφαρμογής των ευρημάτων.

Η παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε λαμβάνοντας υπόψη αυτές τις ανάγκες και έχει σαν στόχο να καλύψει κάποια από τα κενά που εντοπίστηκαν στην έρευνα της ψυχοθεραπείας ως προς την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας. Ο βασικός στόχος είναι η διερεύνηση του φαινομένου της ανάπτυξης της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας από τη σκοπιά ατόμων που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες ή αντιξοότητες και έχουν απευθυνθεί σε κάποιον ψυχοθεραπευτή ώστε να τις αντιμετωπίσουν. Η έρευνα ξεκίνησε με την προϋπόθεση ότι η ψυχοθεραπεία αποτελεί έναν παράγοντα ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας, δεδομένου ότι πληρούνται τα δύο βασικά κριτήρια για την ύπαρξη της ανθεκτικότητας, δηλαδή (α) οι συμμετέχοντες είχαν βιώσει κάποιου είδους τραυματική εμπειρία ή αντιξοότητα και (β) η προσαρμογή τους, μετά από την ψυχοθεραπεία, ήταν καλή όπως κρίθηκε από τους ίδιους και από τους ψυχοθεραπευτές τους.

Η έρευνα αποσκοπεί στην κατασκευή ενός καθολικού θεωρητικού πλαισίου το οποίο θα εξηγεί τη θετική προσαρμογή που επιτυγχάνεται μέσα από την ψυχοθεραπεία απέναντι σε διαφορετικές μορφές αντιξοότητας. Για τον σκοπό αυτό θεωρήθηκε σημαντικό να συμπεριληφθούν διαφορετικού είδους τραυματικές εμπειρίες ή αντιξοότητες, οι οποίες επιπλέον ποικίλλουν ως προς τον βαθμό ή την έντασή τους. Επιπρόσθετα, η έρευνα σχεδιάστηκε με στόχο να προσδιοριστούν οι κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας, και επομένως, κρίθηκε απαραίτητο να συμπεριληφθούν διαφορετικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις.

Τα συγκεκριμένα ερευνητικά ερωτήματα που καθοδήγησαν την έρευνα ήταν τα εξής:

1. Ποιοι είναι οι συγκεκριμένοι παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας που αναπτύχθηκαν ή ενισχύθηκαν μέσω της ψυχοθεραπείας;
2. Με ποιους τρόπους και μέσα από ποιες διαδικασίες αναπτύχθηκαν οι παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Μέθοδος

Ο σκοπός του παρόντος κεφαλαίου είναι η περιγραφή της μεθοδολογίας που χρησιμοποιήθηκε για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων. Αρχικά παρατίθενται οι λόγοι επιλογής της ποιοτικής προσέγγισης γενικά και της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας (grounded theory) ειδικότερα. Στη συνέχεια περιγράφονται οι διαδικασίες συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων που ακολουθήθηκαν και οδήγησαν στο θεωρητικό πλαίσιο της ανάπτυξης της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσα από την ψυχοθεραπεία. Τέλος, εξετάζονται ζητήματα ποιότητας της έρευνας καθώς και δεοντολογικά ζητήματα.

Η Επιλογή της Ερευνητικής Προσέγγισης

Επιλογή της ποιοτικής έρευνας. Μια βασική επιλογή με την οποία έρχεται αντιμέτωπος ένας ερευνητής κατά τον σχεδιασμό της έρευνάς του, είναι η επιλογή της προσέγγισης και συγκεκριμένα η επιλογή ανάμεσα στην ποιοτική ή την ποσοτική έρευνα. Τα δύο είδη έρευνας έχουν διαφορετικό φιλοσοφικό υπόβαθρο, διαφορετικούς στόχους καθώς και διαφορετικά μέσα για την επίτευξη των στόχων αυτών (Σταλίκας, 2005). Επιπλέον, χρησιμοποιούν διαφορετικά είδη ερευνητικών στρατηγικών και διαφορετικές μεθόδους εφαρμογής αυτών των στρατηγικών (Creswell, 2009).

Η προσέγγιση που επιλέχθηκε για τη μελέτη των ερευνητικών ερωτημάτων της παρούσας έρευνας είναι η ποιοτική. Ένας βασικός λόγος που οδήγησε στη συγκεκριμένη μεθοδολογία είναι το είδος και η φύση των ερευνητικών ερωτημάτων και ο ευρύτερος στόχος της έρευνας. Σύμφωνα με τους Barker, Pistrang και Elliott (2002) το είδος του ερευνητικού ερωτήματος είναι αυτό που θα καθορίσει την προσέγγιση της έρευνας, καθώς οι δύο διαφορετικές προσεγγίσεις είναι κατάλληλες για τη μελέτη διαφορετικών ερευνητικών ερωτημάτων. Στην ποιοτική έρευνα, ο ερευνητής δε δημιουργεί υποθέσεις, ούτε χειρίζεται τις μεταβλητές του ώστε να ελέγξει αυτές τις υποθέσεις. Αντίθετα ακολουθεί μια νατουραλιστική μεθοδολογία, δηλαδή μελετά τα φαινόμενα όπως εξελίσσονται με φυσικό τρόπο (Σταλίκας, 2005). Αυτός ήταν και ο στόχος της παρούσας έρευνας, δηλαδή η περιγραφή και εξήγηση του φαινομένου της ανάπτυξης της ψυχικής ανθεκτικότητας όπως πραγματοποιείται φυσικά μέσα στην ψυχοθεραπεία. Όπως είναι φανερό, η ποιοτική έρευνα συνάδει περισσότερο με τον γενικότερο ερευνητικό στόχο και τα συγκεκριμένα ερευνητικά

ερωτήματα που είναι διερευνητικά στη φύση τους και δεν είναι δυνατόν να ποσοτικοποιηθούν ώστε να μελετηθούν μέσω μιας ποσοτικής ερευνητικής προσέγγισης.

Ένας δεύτερος λόγος για τον οποίο επιλέχθηκε η ποιοτική προσέγγιση είναι ότι η ανάπτυξη και ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας είναι μια περιοχή που έχει ερευνηθεί ελάχιστα, και επομένως δεν έχουν καθοριστεί και περιγραφεί οι βασικές διαστάσεις του φαινομένου. Όταν ένα φαινόμενο δεν έχει ερευνηθεί, ιδιαίτερα με ένα συγκεκριμένο δείγμα ατόμων, και όταν οι σημαντικές μεταβλητές του φαινομένου δεν είναι γνωστές, τότε η ποιοτική έρευνα είναι καταλληλότερη (Creswell, 2009). Ακόμη όμως και όταν οι βασικές μεταβλητές και διαστάσεις ενός φαινομένου είναι γνωστές, η ποιοτική έρευνα μπορεί να δώσει βάθος και εύρος στην κατανόηση του φαινομένου αυτού (Heppner, Wampold, & Kivlighan, 2008). Επιπλέον, μια ποιοτική προσέγγιση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη όχι μόνο για τον καθορισμό και την περιγραφή των βασικών μεταβλητών ενός φαινομένου, αλλά και για την παραγωγή ή την ανάπτυξη θεωριών για την εξήγηση των φαινομένων (Morrow, 2007). Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό όταν δεν υπάρχουν τέτοιες θεωρίες ή όταν οι θεωρίες που υπάρχουν δεν αναδεικνύουν την πολυπλοκότητα του υπό εξέταση φαινομένου.

Αυτό οδηγεί στον επόμενο λόγο υιοθέτησης ενός ποιοτικού σχεδιασμού, δηλαδή στη δυνατότητα που παρέχει για τη μελέτη της πολυπλοκότητας της ανθρώπινης εμπειρίας (Σταλίκας, 2005). Κρίθηκε ότι το φαινόμενο της ανάπτυξης της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας, καθώς και η διαδικασία μέσω της οποίας επιτεύχθηκε, είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο με πολλές πλευρές που δε θα ήταν δυνατόν να αναδειχθούν μέσα από έναν ποσοτικό σχεδιασμό. Η ποιοτική προσέγγιση είναι καταλληλότερη για τη μελέτη αυτής της πολυπλοκότητας, επειδή επιβάλλει λιγότερους περιορισμούς στα δεδομένα και αποφεύγει τις απλουστεύσεις που υιοθετεί η ποσοτική προσέγγιση για το σκοπό της μέτρησης (Barker et al., 2002). Η διερευνητική και ανοιχτή φύση των ερωτημάτων στην ποιοτική έρευνα, διευκολύνει τη μελέτη της πολυπλοκότητας και την προσέγγιση των φαινομένων από διαφορετικές οπτικές γωνίες. Επιπλέον, μια ποιοτική προσέγγιση επιτρέπει τη μελέτη των πολύπλοκων φαινομένων σε βάθος και με λεπτομέρεια (Morrow, 2007)

Ένα βασικό χαρακτηριστικό της ποιοτικής έρευνας είναι ότι εστιάζει στο νόημα που δίνουν τα ίδια τα άτομα στο υπό εξέταση φαινόμενο αντί να επιβάλλει τους ορισμούς και τις μεταβλητές που καθορίζει εκ των προτέρων ο ερευνητής

(Barker et al., 2002). Οι ερωτήσεις ανοιχτού τύπου που χρησιμοποιούνται στις ποιοτικές συνεντεύξεις επιτρέπουν στους συμμετέχοντες να απαντήσουν με τον δικό τους τρόπο και με τα δικά τους λόγια. Αυτό διευκολύνει τόσο την ανάπτυξη θεωρίας, όσο και τη μελέτη της πολυπλοκότητας του φαινομένου επειδή μπορεί να οδηγήσει στην ανακάλυψη νέων, αναπάντεχων ευρημάτων. Ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα, μέσα από τον λόγο των συμμετεχόντων, να αποκτήσει πρόσβαση σε νοήματα που δε θα μπορούσε να παρατηρήσει ή να συλλέξει με άλλες τεχνικές (Morrow, 2007).

Ένας ιδιαίτερα σημαντικός λόγος υιοθέτησης ενός ποιοτικού ερευνητικού σχεδιασμού στην παρούσα έρευνα, είναι η καταλληλότητά του για τη μελέτη διαδικασιών (Morrow, 2007). Η ανακάλυψη των διαδικασιών μέσα από τις οποίες ξεδιπλώνεται η ανθεκτικότητα είναι ένας ιδιαίτερα σημαντικός στόχος στο πλαίσιο της έρευνας της ψυχικής ανθεκτικότητας (Luthar et al., 2000. Luthar, Sawyer, & Brown, 2006. Rutter, 2006). Οι ερευνητές της ψυχικής ανθεκτικότητας, παράλληλα με τον εντοπισμό των προστατευτικών παραγόντων, τόνισαν τη σημαντικότητα της εύρεσης των συγκεκριμένων διαδικασιών μέσα από τις οποίες οι προστατευτικοί παράγοντες ασκούν την προστατευτική τους λειτουργία και προωθούν την ανθεκτικότητα (Luthar et al., 2006). Η ποιοτική έρευνα μπορεί να φανεί ιδιαίτερα βοηθητική σε αυτή την περίπτωση, καθώς η στενή επαφή του ερευνητή με τα δεδομένα του μπορεί να τον οδηγήσει στην ανακάλυψη μοτίβων και διαδικασιών που σε άλλη περίπτωση μπορεί να περνούσαν απαρατήρητα (Ungar, 2003). Επιπλέον, σύμφωνα με τον Rutter (2006), οι ποιοτικές έρευνες μπορεί να είναι απαραίτητες για την παραγωγή υποθέσεων σχετικά με τους γνωστικούς και συναισθηματικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιούν τα άτομα για να αντιμετωπίσουν το στρες ή την αντιξοότητα. Σε συμφωνία με τις παραπάνω προτάσεις, κρίθηκε ότι ήταν ιδιαίτερα σημαντικό να αναζητηθούν μέσα από την παρούσα έρευνα οι διαδικασίες που συντελούνται μέσα στην ψυχοθεραπεία και οδηγούν στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι μια ποιοτική προσέγγιση είναι μοναδικά συμβατή με την πρακτική και τις αξίες της συμβουλευτικής και της ψυχοθεραπείας, οι οποίες τονίζουν μεταξύ άλλων «τον ενεργό ρόλο του ατόμου, τις συνεργατικές και διαλογικές μορφές κατασκευής νοήματος, τη σημαντικότητα του συναισθήματος, τον ρόλο της γλώσσας στην κατασκευή των πραγματικοτήτων, την ικανότητα για αναστοχαστική παρατήρηση του εαυτού, την εγκυρότητα της ιερής εμπειρίας» (McLeod, 2001, σ. 8). Επιπλέον ο Rennie (1994b) προτείνει ότι η ποιοτική

έρευνα μπορεί «να κλείσει το χάσμα ανάμεσα στην έρευνα και την πρακτική στη συμβουλευτική ψυχολογία» (σ.235), το οποίο δημιουργήθηκε λόγω της υιοθέτησης της προσέγγισης των φυσικών επιστημών στην έρευνα. Επιπλέον, υποστηρίζει ότι η ποιοτική έρευνα και η συμβουλευτική ψυχολογία μοιράζονται την έμφαση στην υποκειμενικότητα, στην κατανόηση, στη συνεργασία με τους συμμετέχοντες και στην ολιστικότητα. Οι προτάσεις αυτές αποτέλεσαν επιπρόσθετους λόγους για τους οποίους ο ποιοτικός ερευνητικός σχεδιασμός κρίθηκε κατάλληλος για την παρούσα έρευνα.

Επιλογή της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας. Η επόμενη επιλογή με την οποία έρχεται αντιμέτωπος ο ερευνητής είναι το συγκεκριμένο είδος της ποιοτικής προσέγγισης που θα χρησιμοποιήσει στην έρευνα του. Η ποιοτική έρευνα αποτελείται από ένα όλο και μεγαλύτερο εύρος στρατηγικών έρευνας, οι οποίες παρέχουν την κατεύθυνση που θα ακολουθήσουν οι διαδικασίες της έρευνας (Creswell, 2009). Για παράδειγμα ο Creswell (2007) αναφέρει 10 κατηγορίες ποιοτικών σχεδιασμών που προέρχονται από τους επιστημονικούς κλάδους της εκπαίδευσης, της νοσηλευτικής, της κοινωνιολογίας, της ψυχολογίας, της ανθρωπολογίας και τον ευρύτερο χώρο των κοινωνικών επιστημών. Παραδείγματα ποιοτικών στρατηγικών έρευνας αποτελούν η εθνογραφία, η εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία, η μελέτη περίπτωσης, η φαινομενολογία, και η αφηγηματική προσέγγιση (Creswell, 2009). Η μελέτη περίπτωσης και η εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία θεωρούνται οι δύο επικρατέστερες ποιοτικές στρατηγικές στην έρευνα στη συμβουλευτική, ενώ συχνή είναι και η χρήση της φαινομενολογίας (Creswell, Hanson, Plano, & Morales, 2007).

Για την παρούσα έρευνα επιλέχθηκε η εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία. Η εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία είναι μια στρατηγική ποιοτικής έρευνας που αναπτύχθηκε στα μέσα της δεκαετίας του 1960 από δύο κοινωνιολόγους, τους Barney Glaser και Anselm Strauss. Οι Glaser και Strauss ήταν δυσαρεστημένοι με την προσέγγιση που ακολουθούσε η κοινωνιολογική έρευνα της εποχής τους, η οποία βασιζόταν στη στατιστική επαλήθευση υποθέσεων που προέρχονταν από υπάρχουσες θεωρίες. Ο τρόπος που προέκυπταν αυτές οι θεωρίες ήταν η λογική παραγωγή (logical deduction) μέσα από *a priori* παραδοχές (Bryant & Charmaz, 2007). Οι Glaser και Strauss έδωσαν έμφαση στην ανάπτυξη νέων θεωριών που θα προέκυπταν επαγωγικά από τα δεδομένα και όχι από προϋπάρχοντα θεωρητικά πλαίσια, ενώ τόνισαν τη σημαντικότητα της απουσίας προκατειλημμένων ιδεών, τις οποίες ο ερευνητής επιχειρεί να αποδείξει ή να διαψεύσει. Η σημαντική συνεισφορά των

Glaser και Strauss ήταν ότι παρείχαν μια βάση για την ανάπτυξη συστηματικότητας στην ποιοτική ανάλυση των δεδομένων και ότι έδειξαν πως η ποιοτική προσέγγιση μπορούσε να οδηγήσει σε έρευνες αντίστοιχης σπουδαιότητας με τις ποσοτικές (Bryant & Charmaz, 2007). Αυτό ήταν ιδιαίτερα σημαντικό για την ανάπτυξη και εξέλιξη της ποιοτικής έρευνας, η οποία αντιμετωπιζόταν εκείνη την εποχή ως λιγότερο επιστημονική σε σύγκριση με την ποσοτική.

Η συνεργασία των Glaser και Strauss οδήγησε στη δημοσίευση του πρώτου εγχειριδίου αναλυτικής παρουσίασης της μεθόδου, *Η Ανακάλυψη της Εμπειρικά Θεμελιωμένης Θεωρίας* (Glaser & Strauss, 1967/ 2006). Στις αρχές της δεκαετίας του 1990, ωστόσο, οι Glaser και Strauss άρχισαν να διαφοροποιούνται μεταξύ τους και να προτείνουν διαφορετικές εκδοχές και διαδικασίες εφαρμογής της μεθόδου (Fassinger, 2005). Σε γενικές γραμμές θεωρείται πως ο Glaser έχει μείνει πιο κοντά στην αρχική θεωρία, και έτσι η δική του εκδοχή χαρακτηρίζεται ως κλασική (Holton, 2007) ή παραδοσιακή (Mills, Bonner, & Francis, 2006) εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία. Αντίθετα, η εκδοχή του Strauss, ο οποίος στη συνέχεια συνεργάστηκε με την Juliet Corbin για τη συγγραφή των επόμενων μεθοδολογικών κειμένων, έχει χαρακτηριστεί ως εξελιγμένη (Mills et al., 2006). Η βασική διαφορά μεταξύ των δύο ερευνητών σχετίζεται με τον τρόπο που αντιμετωπίζουν την ανάπτυξη της θεωρίας από τα δεδομένα. Έτσι, οι Strauss και Corbin ακολουθούν συγκεκριμένες διαδικασίες και πλαίσια, ενώ ο Glaser δίνει προτεραιότητα στη δημιουργική αναλυτική διαδικασία και στην ανάδυση της θεωρίας από τα δεδομένα (Fassinger, 2005).

Στα χρόνια που ακολούθησαν, η εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία κέρδισε συστηματικά έδαφος σε ένα μεγάλο εύρος επιστημονικών κλάδων που περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την εκπαίδευση, τη νοσηλευτική, τις οικονομικές επιστήμες, καθώς και διάφορους κλάδους της ψυχολογίας όπως η κοινωνική, φεμινιστική, οργανωτική και περιβαλλοντική ψυχολογία (Fassinger, 2005). Μάλιστα, θεωρείται ότι αποτελεί τη συχνότερα χρησιμοποιούμενη ποιοτική στρατηγική (Barker et al., 2002. Bryant & Charmaz, 2007). Στην πράξη, πέρα από τη διαφοροποίηση των δημιουργών της, η εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία έχει χρησιμοποιηθεί και εφαρμοστεί με διαφορετικούς τρόπους από τους ερευνητές (Bryant & Charmaz, 2007). Στον χώρο της ψυχολογίας και της έρευνας στην ψυχοθεραπεία, σημαντική είναι η συνεισφορά του Rennie και των συνεργατών του τόσο στην εννοιολογική ανάπτυξη όσο και στην πρακτική εφαρμογή της μεθόδου (Rennie, 1998, 2000. Rennie et al., 1988). Μια σχετικά πρόσφατη εξέλιξη είναι η κονστρουκτιβιστική εμπειρικά

θεμελιωμένη θεωρία, κύρια εκπρόσωπος της οποίας θεωρείται η Charmaz (2006). Σύμφωνα με τον Ponterotto (2005), οι προσεγγίσεις της Charmaz και του Rennie είναι οι δημοφιλέστερες, ιδιαίτερα στον χώρο της συμβουλευτικής ψυχολογίας.

Η εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία έχει σχετιστεί με μια σειρά από διαφορετικές και «φαινομενικά αντιτιθέμενες» φιλοσοφικές απόψεις (Heppner et al., 2008, σ. 263). Οι ρίζες της μεθόδου ανάγονται στην κοινωνιολογική σχολή του Σικάγου και τη θεωρία της συμβολικής διάδρασης, μιας προσέγγισης που υποστηρίζει ότι το νόημα, η αντίληψη και ο ορισμός της πραγματικότητας κατασκευάζονται μέσα από την αλληλεπίδραση με τους άλλους (Kendall, 1999). Ωστόσο, τόσο το αρχικό όσο και τα μεταγενέστερα κείμενα των Glaser και Strauss, βασίζονται σε μια θετικιστική επιστημολογική βάση, η οποία υποστηρίζει ότι η πραγματικότητα είναι ενιαία και «μπορεί να ανακαλυφθεί, να εξερευνηθεί και να κατανοηθεί» (Bryant & Charmaz 2007, σ. 34). Σύγχρονοι ερευνητές έχουν επικρίνει έντονα την εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία τόσο για το θετικιστικό της υπόβαθρο, όσο και για αφελή επαγωγισμό. Οι Bryant και Charmaz (2007), επιχειρώντας να αντιμετωπίσουν τέτοιου είδους κριτικές, τονίζουν τη σπουδαιότητα επανατοποθέτησης της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας στο πλαίσιο των σύγχρονων φιλοσοφικών και επιστημολογικών προτάσεων και παραδοχών, οι οποίες έχουν οδηγήσει σε μια μεγαλύτερη αποδοχή της αβεβαιότητας και της αοριστίας της γνώσης. Υποστηρίζουν πως μια επανατοποθετημένη εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία βρίσκει μια μέση λύση ανάμεσα στον ρεαλισμό και τον μεταμοντερνισμό, και «επιχειρεί να αναγνωρίσει τη μερική γνώση, τις πολλαπλές απόψεις, τις διαφορετικές τοποθετήσεις, τις αβεβαιότητες, και τις παραλλαγές τόσο στην εμπειρία όσο και στη θεωρητική της απόδοση» (2007, σ.51).

Οι προτάσεις αυτές απηχούν μια νέα κονστρουκτιβιστική εκδοχή της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας, στην οποία αναγνωρίζεται ότι δεν υπάρχει μια αντικειμενική πραγματικότητα που περιμένει να ανακαλυφθεί, αλλά ότι η πραγματικότητα κατασκευάζεται από τα άτομα που συμμετέχουν σε αυτήν, επομένως και από τον ερευνητή (Charmaz, 2006). Η κονστρουκτιβιστική οπτική δίνει έμφαση στην αλληλεπίδραση ανάμεσα στον ερευνητή και τους συμμετέχοντες, μέσα από την οποία παράγονται τα νοήματα που παρατηρεί και ορίζει ο ερευνητής (Ponterotto, 2005). Επιπλέον, αναγνωρίζεται ότι ο ερευνητής φέρει στο πεδίο που ερευνά τη γνώση και την εμπειρία του. Η κονστρουκτιβιστική τοποθέτηση είναι κατά βάση ερμηνευτική και αναγνωρίζει ότι οι θεωρίες που κατασκευάζονται από αυτή την

αλληλεπίδραση δεν αποτελούν μια ακριβή αναπαράσταση της πραγματικότητας αλλά μια ερμηνεία της (Charmaz, 2006). Το ίδιο υποστηρίζει και ο Rennie (2000), ο οποίος, χωρίς να τοποθετεί τον εαυτό του στην κονστρουκτιβιστική πλευρά, προτείνει ότι η εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία «ανάγεται σε μια ένωση ερμηνευτικής και μεθόδου, ή σε μια μεθοδική ερμηνευτική» (σ. 482). Ορισμένοι ερευνητές έχουν εντοπίσει ότι, σε αντίθεση με τον Glaser που έμεινε πιστός στη θετικιστική θέση ότι υπάρχει μια εξωτερική πραγματικότητα που περιμένει να ανακαλυφθεί από τον ερευνητή, οι Strauss και Corbin έχουν αναγνωρίσει την αναλυτική διαδικασία ως ερμηνευτική (Rennie, 2000) και ότι το έργο τους περιέχει τοποθετήσεις που κυμαίνονται ανάμεσα στον μεταθετικισμό και τον κονστρουκτιβισμό (Mills et al., 2006).

Υπάρχουν αρκετοί λόγοι που οδήγησαν στην επιλογή της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας για την παρούσα έρευνα. Καταρχάς, πολλοί από τους λόγους που αναφέρθηκαν παραπάνω για την επιλογή της ποιοτικής προσέγγισης γενικά, ισχύουν και για την επιλογή της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας ειδικότερα. Για παράδειγμα, η εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία θεωρείται κατάλληλη για τη διερεύνηση φαινομένων που έχουν ερευνηθεί ελάχιστα, όπως επίσης και για τη μελέτη της πολυπλοκότητας ενός φαινομένου (Birks & Mills, 2011). Η εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία είναι ένα είδος ποιοτικής ανάλυσης που κρίνεται ιδιαίτερα κατάλληλη για την έρευνα αποτελέσματος στην ψυχοθεραπεία, επειδή δίνει μια πλούσια και πολυεπίπεδη περιγραφή του τρόπου με τον οποίο αλλάζουν οι πελάτες στην ψυχοθεραπεία. Μια τέτοια περιγραφή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη με νέες μορφές ψυχοθεραπείας, ή με γνωστές μορφές που εφαρμόζονται σε νέους πληθυσμούς (Rodgers & Elliott, 2015). Ένας ακόμη σημαντικός λόγος είναι ότι επιτρέπει τη διερεύνηση της υποκειμενικής εμπειρίας των πελατών και την ανάπτυξη νέας κατανόησης για αυτήν, χωρίς να επιβάλλει μια προϋπάρχουσα θεωρία η οποία βασίζεται στην οπτική του θεραπευτή (Rennie et al., 1988). Οι κύριοι όμως λόγοι επιλογής της μεθόδου αυτής σχετίζονται με ορισμένα μοναδικά βασικά χαρακτηριστικά της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας, που τη διαφοροποιούν από άλλες ποιοτικές μεθόδους. Τα βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της μεθόδου, που οδήγησαν στην επιλογή της για τη συγκεκριμένη έρευνα είναι η συστηματικότητα στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, η παραγωγή μιας γενικής εξήγησης ή θεωρίας του υπό εξέταση φαινομένου, και τέλος, η έμφασή της στην ανακάλυψη των

κοινών διαδικασιών που χαρακτηρίζουν ένα φαινόμενο. Τα χαρακτηριστικά αυτά παρουσιάζονται αναλυτικά στη συνέχεια.

Σε σύγκριση με άλλες ποιοτικές στρατηγικές έρευνας, η εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία διακρίνεται από μια σειρά συστηματικών διαδικασιών στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, οι οποίες οδηγούν στην κατασκευή μιας θεωρίας που «θεμελιώνεται» σε αυτά (Charmaz, 2006). Οι συστηματικές αυτές διαδικασίες έχουν κάνει τη μέθοδο ιδιαίτερα ελκυστική για ερευνητές από πολλούς επιστημονικούς κλάδους, της προσδίδουν αξιοπιστία και την καθιστούν ιδιαίτερα χρήσιμη αλλά και καθησυχαστική για ερευνητές που χρησιμοποιούν ποιοτικές μεθόδους για πρώτη φορά (Henwood & Pidgeon, 2003). Επιπλέον, οι συστηματικές διαδικασίες της μεθόδου επιτρέπουν στον ερευνητή να εντοπίζει μοτίβα μέσα σε πολύπλοκα δεδομένα, όπως είναι οι αφηγήσεις των πελατών για την ψυχοθεραπεία τους (Levitt et al., 2006). Έκρινα πως η συστηματικότητα της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας είναι ένα χαρακτηριστικό που είναι ιδιαίτερα βοηθητικό για έναν ερευνητή ώστε να μη χαθεί μέσα στην πληθώρα και πολυπλοκότητα των δεδομένων και να μπορέσει να εντοπίσει θέματα που ενδέχεται να μην αναδεικνύονταν μέσα από λιγότερο συστηματικές, περισσότερο αφαιρετικές διαδικασίες, άλλων ποιοτικών στρατηγικών έρευνας. Το χαρακτηριστικό αυτό, ενώ είναι αναγκαίο κριτήριο δεν είναι ωστόσο και επαρκές κατά την άποψη μου, επειδή μπορεί κανείς να εφαρμόσει αρκετές από τις συστηματικές διαδικασίες της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας και σε άλλες ποιοτικές μεθόδους, ώστε να καταλήξει στην κατανόηση και περιγραφή ενός φαινομένου. Αυτό οδηγεί στον δεύτερο σημαντικό λόγο επιλογής της μεθόδου, που είναι η παραγωγή ενός θεωρητικού πλαισίου για το υπό μελέτη φαινόμενο.

Σύμφωνα με τους Corbin και Strauss (2008), οι στόχοι της ποιοτικής έρευνας γενικά μπορεί να είναι η περιγραφή ενός φαινομένου, η εννοιολογική ταξινόμηση των δεδομένων σε κατηγορίες ή η ανάπτυξη ενός θεωρητικού πλαισίου που εξηγεί και προβλέπει ένα φαινόμενο. Ο στόχος της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας είναι να προχωρήσει πέρα από την περιγραφή ή την εννοιολογική ταξινόμηση των δεδομένων και να καταλήξει στην ανάπτυξη μιας θεωρίας του φαινομένου που ερευνάται (Strauss & Corbin, 1998). Ο ίδιος ο όρος «εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία», δεν αναφέρεται μόνο στη μέθοδο αλλά και στο προϊόν της χρήσης της συγκεκριμένης μεθόδου, δηλαδή στη θεωρία που προκύπτει από τα δεδομένα (Bryant & Charmaz, 2007). Η θεωρία, σύμφωνα με τους Corbin και Strauss (2008), αναφέρεται σε ένα

γενικό πλαίσιο που αποτελείται από μια σειρά εννοιών ή κατηγοριών οι οποίες σχετίζονται μεταξύ τους και εξηγούν ένα φαινόμενο. Ο στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να προχωρήσει πέρα από την απλή περιγραφή ή την ταξινόμηση των αλλαγών που προέκυψαν μέσα από την ψυχοθεραπεία, και να καταλήξει στη δημιουργία ενός θεωρητικού πλαισίου που μπορεί να εξηγήσει τον τρόπο με τον οποίο επιτεύχθηκαν οι αλλαγές. Για αυτόν τον λόγο κρίθηκε πως η εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία ήταν η καταλληλότερη ποιοτική στρατηγική.

Το τρίτο βασικό χαρακτηριστικό της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας που την καθιστά ιδιαίτερα κατάλληλη για την παρούσα έρευνα, είναι η έννοια της διαδικασίας (Birks & Mills, 2011). Σύμφωνα με τους Corbin και Strauss (2008), η διαδικασία είναι «μια συνεχής ροή δράσης/ αλληλεπίδρασης/ συναισθημάτων που πραγματοποιούνται ως αντίδραση σε γεγονότα, προβλήματα, ή ως μέρος της επίτευξης ενός στόχου» (σ. 247), είναι δηλαδή οι ενέργειες ή οι αλληλεπιδράσεις στις οποίες προβαίνει κανείς ή τα συναισθήματα που βιώνει όταν προσπαθεί να επιτύχει έναν στόχο ή να αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα. Η διαδικασία μπορεί να αποτελεί την κεντρική κατηγορία μιας εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας ή να παίζει λιγότερο σημαντικό ρόλο, είναι όμως πάντα βασική στην ανάλυση (Strauss & Corbin, 1998). Όπως είδαμε παραπάνω, η έννοια της διαδικασίας είναι ιδιαίτερα σημαντική τόσο στο πλαίσιο της έρευνας της ψυχικής ανθεκτικότητας, όσο και στο πλαίσιο της έρευνας στη συμβουλευτική και την ψυχοθεραπεία. Θεώρησα πως η εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία, με την έμφασή της στην ανάδειξη διαδικασιών, είναι ιδιαίτερα κατάλληλη για την παρούσα έρευνα, εφόσον ένας βασικός στόχος είναι ο εντοπισμός των διαδικασιών μέσα από τις οποίες αναδύεται η ψυχική ανθεκτικότητα στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία έχει εφαρμοστεί με διαφορετικούς τρόπους από τους ερευνητές και έχει βασιστεί σε μια σειρά από επιστημολογικές τοποθετήσεις που κυμαίνονται από τον θετικισμό έως τον κονστρουκτιβισμό. Στην παρούσα έρευνα μεθοδολογικά ακολούθησα το γενικό πλαίσιο των Strauss και Corbin (1998), με μερικές τροποποιήσεις που βασίζονται στους Rennie et al. (1988), Fassinger (2005) και Charmaz (2006). Ο λόγος που επέλεξα να αξιοποιήσω τις τροποποιήσεις της μεθόδου από τους παραπάνω ερευνητές ήταν η εκτεταμένη μελέτη των μεθοδολογικών κειμένων, η οποία με οδήγησε να αντλήσω από αυτά τα στοιχεία που θεωρούσα σημαντικότερα και με έλκυαν περισσότερο. Μελετώντας επίσης τις κριτικές για τις διαδικασίες των Strauss και

Corbin (1998), πείστηκα από ορισμένα επιχειρήματα και αποφάσισα να κρατήσω τα στοιχεία που ήταν περισσότερο αποδεκτά. Ακολούθησα την προτροπή τόσο των Glaser και Strauss (1967/ 2006) όσο και της Charmaz (2006), οι οποίοι προτείνουν στους ερευνητές να είναι ευέλικτοι και να αντιμετωπίζουν τις κατευθυντήριες αρχές ως «γενικές αρχές και ευρετικούς μηχανισμούς παρά σαν τυποποιημένους κανόνες» (Charmaz, 2006, σ. 2). Όλες οι μεθοδολογικές επιλογές θα συζητηθούν στα αντίστοιχα υποκεφάλαια, θεωρώ όμως σημαντικό να αναφέρω πως οι βασικές διαδικασίες που χρησιμοποιούν οι ερευνητές είναι παρόμοιες και πως οι τροποποιήσεις αφορούν περισσότερο σε μικρές παραλλαγές των βασικών διαδικασιών και όχι σε διαφορετικές διαδικασίες.

Ως προς την προσωπική μου οντολογική και επιστημολογική τοποθέτηση θα τοποθετούσα τον εαυτό μου ανάμεσα στη μεταθετικιστική και την ερμηνευτική-κονστρουκτιβιστική προσέγγιση (Ponterotto, 2005). Στην τοποθέτηση μου αυτή υιοθετώ μια σχετικιστική θέση η οποία απορρίπτει την ύπαρξη μιας αντικειμενικής, εξωτερικής πραγματικότητας, και ενστερνίζεται πολλαπλές, υποκειμενικές, εξίσου έγκυρες πραγματικότητες. Θεωρώ, όπως και η Corbin (Corbin & Strauss, 2008), ότι υπάρχουν εξωτερικά γεγονότα που συμβαίνουν, αναγνωρίζω όμως ταυτόχρονα ότι η έρευνα αφορά κυρίως στο νόημα και στην ερμηνεία που δίνουν τα άτομα στα γεγονότα αυτά, και αυτό περιλαμβάνει και εμένα ως ερευνήτρια. Αναγνωρίζω πως η διαδικασία της συνέντευξης, από τις ερωτήσεις που περιλαμβάνονται σε αυτή μέχρι τη συζήτηση που γίνεται ανάμεσα στον ερευνητή και το άτομο που συμμετέχει είναι μια διαδικασία κατασκευής και συν-κατασκευής, η οποία επηρεάζεται από τις απόψεις, τα συναισθήματα, τις γνώσεις, και τις προηγούμενες εμπειρίες των ατόμων που μετέχουν. Ωστόσο, τείνω περισσότερο στον ερμηνευτισμό (interpretivism) από ότι στον κονστρουκτιβισμό, καθώς σύμφωνα με τις Williams και Morrow (2009) ο κονστρουκτιβισμός συνεπάγεται μεγαλύτερη εμπλοκή και απορρόφηση του ερευνητή από την εμπειρία των συμμετεχόντων από ότι ο ερμηνευτισμός. Επιπλέον, αναγνωρίζω ότι ολόκληρη η διαδικασία της ανάλυσης και της κατασκευής της θεωρίας, επηρεάζεται από το θεωρητικό υπόβαθρο, τις γενικότερες γνώσεις και τις προηγούμενες εμπειρίες του ερευνητή, ότι αποτελεί μια ερμηνεία των δεδομένων, και ότι ένας διαφορετικός ερευνητής, με διαφορετικό υπόβαθρο, θα κατέληγε σε μια διαφορετική θεωρία. Ωστόσο, όπως τονίζουν και οι Rennie et al., (1988) η θεμελίωση της θεωρίας που προκύπτει στα εμπειρικά δεδομένα διασφαλίζει ότι οι διαφορετικές

θεωρίες που μπορεί να παραχθούν από αυτά, είναι αποτέλεσμα της έμφασης σε διαφορετικές πλευρές τους και δεν επηρεάζει την αξιοπιστία της θεωρίας.

Δείγμα

Επιλογή του δείγματος. Η μέθοδος επιλογής του δείγματος που χαρακτηρίζει την εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία είναι η *θεωρητική δειγματοληψία*, δηλαδή, η διαδικασία συλλογής δεδομένων για την παραγωγή θεωρίας, στην οποία ο αναλυτής ταυτόχρονα συλλέγει, κωδικοποιεί και αναλύει τα δεδομένα του και αποφασίζει ποια δεδομένα θα συλλέξει στη συνέχεια και που θα τα βρει, ώστε να αναπτύξει τη θεωρία του καθώς αυτή αναδύεται (Glaser & Strauss, 1967/ 2006, σ. 45).

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω ορισμό, τα βασικά χαρακτηριστικά της θεωρητικής δειγματοληψίας είναι ότι η συλλογή και η ανάλυση των δεδομένων συντελείται ταυτόχρονα, και ότι η επιλογή των δεδομένων που θα συλλεχθούν στη συνέχεια καθορίζεται από τις έννοιες ή τις κατηγορίες που προκύπτουν από την ανάλυση. Δηλαδή, στη θεωρητική δειγματοληψία ο ερευνητής δε στοχεύει σε συγκεκριμένα άτομα αλλά σε έννοιες, αναζητώντας εκείνα τα άτομα, τις καταστάσεις ή τα περιστατικά στα οποία μπορεί να βρει πληροφορίες για τις έννοιες που προκύπτουν από την ανάλυση και τις οποίες θέλει να αναπτύξει περαιτέρω. Με δεδομένο ότι η εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία βασίζεται στον εντοπισμό, την ανάπτυξη και τη συσχέτιση των εννοιών μεταξύ τους (Strauss & Corbin, 1998), ο σκοπός της θεωρητικής δειγματοληψίας είναι η ανάπτυξη «των εννοιών ως προς τις ιδιότητες και τις διαστάσεις τους, η αποκάλυψη παραλλαγών και ο εντοπισμός σχέσεων ανάμεσα στις έννοιες» (Corbin & Strauss, 2008, σ. 143).

Όπως είναι φανερό, η θεωρητική δειγματοληψία είναι μια μέθοδος που δε μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατά την έναρξη της έρευνας καθώς καθοδηγείται από τις έννοιες και τις κατηγορίες που προκύπτουν από την ανάλυση των αρχικών δεδομένων. Από την άλλη πλευρά, στην αρχή μιας έρευνας είναι σημαντικό να καταβάλλεται προσπάθεια ώστε να περιλαμβάνεται ένα μεγάλο εύρος δείγματος, προκειμένου να παραχθούν όσο το δυνατόν περισσότερες κατηγορίες (Strauss & Corbin, 1998). Σύμφωνα με την Charmaz (2006), η χρήση της θεωρητικής δειγματοληψίας πολύ νωρίς στην ερευνητική διαδικασία μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά από προβλήματα όπως είναι η πρόωγη ολοκλήρωση των κατηγοριών, οι κοινότυπες ή πλεονάζουσες κατηγορίες, η υπερβολική στήριξη σε εμφανείς δηλώσεις ή οι αόριστες κατηγορίες. Για αυτόν τον λόγο, στα αρχικά στάδια της έρευνας

προτείνεται η χρήση της σκόπιμης δειγματοληψίας, και στη συνέχεια, όταν χρειάζονται περισσότερο ακριβείς πληροφορίες για τον έλεγχο της αναδυόμενης θεωρίας, να ακολουθείται η θεωρητική δειγματοληψία (Fassinger, 2005).

Η θεωρητική δειγματοληψία μπορεί να πραγματοποιηθεί με ποικίλους τρόπους (Strauss & Corbin, 1998). Ένας τρόπος σχετίζεται με την αναζήτηση εκείνων των συμμετεχόντων ή περιστατικών που ο ερευνητής θεωρεί ότι μπορούν να δώσουν πληροφορίες για συγκεκριμένες κατηγορίες. Ένας άλλος τρόπος είναι η επιστροφή σε προηγούμενους συμμετέχοντες για αναζήτηση περισσότερων πληροφοριών και επεξηγήσεων σχετικά με έννοιες ή κατηγορίες (Fassinger, 2005). Ένας πρακτικότερος τρόπος είναι η χρήση ενός δείγματος ευκολίας, καθώς ο ερευνητής δεν έχει πάντα τη δυνατότητα να κάνει επιλογές ως προς το δείγμα του, οπότε χρειάζεται να αρκεστεί στο δείγμα που μπορεί να εντοπίσει. Σύμφωνα με τους Strauss και Corbin (1998) αυτό δε σημαίνει ότι δε μπορούν να γίνουν συγκρίσεις των εννοιών που προκύπτουν από την ανάλυση, εφόσον οι καταστάσεις και τα άτομα διαφέρουν μεταξύ τους έτσι κι αλλιώς. Εξάλλου, οι ίδιοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι ο ερευνητής πολλές φορές δε μπορεί να γνωρίζει εκ των προτέρων ποια άτομα μπορούν να δώσουν πλούσιες πληροφορίες για μια κατηγορία ή τις διαστάσεις της, επομένως «θα έπρεπε να αξιολογήσει στο έπακρο αυτό που είναι διαθέσιμο» (σ. 210). Μια άλλη μορφή που παίρνει η θεωρητική δειγματοληψία είναι η επιστροφή στα προηγούμενα δεδομένα και η αναζήτηση εννοιών που ο ερευνητής είχε αρχικά παραβλέψει ώστε να ελέγξει τη θεωρία που προκύπτει (Fassinger, 2005). Μάλιστα συμβαίνει συχνά ο ερευνητής αρχικά να μην αντιλαμβάνεται τη σημασία ή ακόμη και το νόημα ενός τμήματος μιας συνέντευξης, και αργότερα, όταν έχει προχωρήσει στην ανάλυση και έχει εμπλακεί περισσότερο με τις έννοιες, να επιστρέφει στο τμήμα αυτό και να το κωδικοποιεί με βάση τη νέα, διευρυμένη του αντίληψη (Strauss & Corbin, 1998). Τέλος, ένας ακόμη τρόπος θεωρητικής δειγματοληψίας σχετίζεται με την τροποποίηση του μέσου συλλογής δεδομένων. Αυτό σημαίνει, για παράδειγμα, ότι μπορεί ο ερευνητής να τροποποιεί τη συνέντευξη, αλλάζοντας τις ερωτήσεις ή εισάγοντας νέες ερωτήσεις καθώς προχωρά η έρευνα, έτσι ώστε να αποκτήσει περισσότερες πληροφορίες για τις έννοιες που προκύπτουν από την ανάλυση, και να ελέγξει υποθέσεις ή να επικυρώσει θεωρητικές έννοιες (Draucker, Martsolf, Ross & Rusk, 2007).

Η συλλογή των δεδομένων στην εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία ολοκληρώνεται όταν επέρχεται ο *θεωρητικός κορεσμός* όλων των κατηγοριών που έχουν προκύψει από την ανάλυση και συγκεκριμένα όταν:

α) δε φαίνεται να προκύπτουν νέα ή σχετικά δεδομένα αναφορικά με μια κατηγορία, β) η κατηγορία είναι καλά αναπτυγμένη ως προς τις ιδιότητες και τις διαστάσεις της επιδεικνύοντας παραλλαγές, και γ) οι σχέσεις ανάμεσα στις κατηγορίες είναι καλά εδραιωμένες και επικυρωμένες (Strauss & Corbin, 1998, σ. 212).

Στην πράξη βέβαια δεν επιτυγχάνεται ποτέ πλήρης κορεσμός των δεδομένων, αλλά ο ερευνητής μπορεί να σταματήσει τη συλλογή νέων δεδομένων όταν θεωρεί ότι οι κατηγορίες έχουν επαρκές βάθος και εύρος και οι μεταξύ τους σχέσεις έχουν γίνει σαφείς (Corbin & Strauss, 2008) ή όταν έχει αναπτύξει μια περιεκτική και πειστική θεωρία (Morse, 1995).

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν δύο μέθοδοι δειγματοληψίας: η σκόπιμη και η θεωρητική. Η αρχική επιλογή των συμμετεχόντων έγινε μέσω της σκόπιμης δειγματοληψίας, κατά την οποία επιλέχθηκαν άτομα που θα μπορούσαν να δώσουν τις περισσότερες πληροφορίες σε σχέση με το αντικείμενο της έρευνας (Patton, 2002). Στη σκόπιμη δειγματοληψία τα άτομα επιλέγονται επειδή «ο ερευνητής κρίνει ότι είναι τα σημαντικότερα ή τα σχετικότερα με το θέμα που διερευνά» (Σταλίκας, 2005, σ. 247). Η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε με βάση την ομοιότητα και τον βαθμό εκπροσώπησης του υπό εξέταση φαινομένου, ώστε να αναδείξουν τις βασικές διαστάσεις του (Rennie et al., 1988). Χρησιμοποιώντας ως βάση τις δύο βασικές διαστάσεις της ψυχικής ανθεκτικότητας που δόθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, δηλαδή αφενός την έκθεση σε κάποια τραυματική εμπειρία ή αντιξοότητα και αφετέρου τη θετική προσαρμογή σε αυτήν, επέλεξα άτομα που είχαν βιώσει κάποια αντιξοότητα η οποία τους οδήγησε στην αναζήτηση ψυχοθεραπείας. Σημαντική προϋπόθεση για να ικανοποιηθεί το δεύτερο κριτήριο, δηλαδή η θετική προσαρμογή, ήταν η καλή έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας, όπως είχε κριθεί από τα ίδια τα άτομα και από τους θεραπευτές τους.

Στη συνέχεια, ακολούθησα τη διαδικασία της θεωρητικής δειγματοληψίας με μια σειρά από τρόπους. Ένας τρόπος ήταν η συνεχής προσαρμογή των ερωτήσεων της συνέντευξης, αρχικά αφαιρώντας ερωτήσεις που φάνηκε ότι έδιναν δεδομένα που δεν ήταν σχετικά με το υπό εξέταση φαινόμενο και στη συνέχεια προσθέτοντας ερωτήσεις σχετικά με σημαντικές έννοιες που αναδύονταν από την ταυτόχρονη ανάλυση των δεδομένων. Περισσότερες πληροφορίες για τη συνέντευξη και τις τροποποιήσεις που έγιναν θα δοθούν στο αντίστοιχο υποκεφάλαιο. Ένας δεύτερος τρόπος ήταν η συμπερίληψη ατόμων που είχαν βιώσει διαφορετικού είδους

τραυματικές εμπειρίες ή αντιξοότητες, ώστε να επιτύχω την ποικιλία που ήταν απαραίτητη για τη σύγκριση μεταξύ διαφορετικών περιπτώσεων και την ανάδειξη των διαφορετικών ιδιοτήτων και διαστάσεων των κατηγοριών όπως και των μεταξύ τους σχέσεων. Για τον ίδιο λόγο, προσπάθησα να συμπεριλάβω στο δείγμα μου άτομα που είχαν ακολουθήσει ψυχοθεραπεία με διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Στα τελευταία στάδια της ανάλυσης η επιλογή των δύο τελευταίων συνεντεύξεων έγινε για επιβεβαίωση της θεωρίας που προέκυψε. Επίσης, σε όλη τη διάρκεια της ανάλυσης, ανέτρεχα ξανά σε όλες τις προηγούμενες συνεντεύξεις για ιδιότητες και διαστάσεις κατηγοριών που προέκυπταν στα μεταγενέστερα στάδια της ανάλυσης.

Το μέγεθος του δείγματος θεωρήθηκε επαρκές όταν οι νέες συνεντεύξεις δεν έδιναν νέες κατηγορίες, ιδιότητες ή διαστάσεις κατηγοριών, όταν δηλαδή επιτεύχθηκε ένας σχετικός θεωρητικός κορεσμός των δεδομένων. Χρησιμοποιώ την έκφραση «σχετικός» επειδή πάντα κάθε νέα συνέντευξη μπορεί να προσέδιδε κάποιες νέες πληροφορίες. Έκρινα ωστόσο ότι οι πληροφορίες αυτές δεν ήταν ουσιαστικές ώστε να προσθέσουν περισσότερο βάθος ή εύρος, ή να διαφοροποιήσουν τη θεωρία που προέκυψε από την ανάλυση. Ο κορεσμός επιτεύχθηκε μετά από την 11^η συνέντευξη. Δύο επιπλέον συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν κατά το τέλος της αναλυτικής διαδικασίας και στη φάση της συγγραφής των ευρημάτων, ώστε να επιβεβαιωθούν οι κατηγορίες και η θεωρία που προέκυψε από την ανάλυση.

Συμμετέχοντες. Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν συνολικά 13 άτομα που είχαν βιώσει κάποιου είδους αντιξοότητα ή τραυματική εμπειρία και αναζήτησαν ψυχοθεραπεία εξαιτίας της. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ήταν οκτώ γυναίκες και πέντε άνδρες ηλικίας 32 έως 64 ετών (μέσος όρος ηλικίας: 43,2 έτη). Επτά συμμετέχοντες ήταν άγαμοι, τρεις έγγαμοι, δύο διαζευγμένοι και μια χήρα. Ως προς την επαγγελματική τους κατάσταση, τέσσερα άτομα ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, τρία άτομα δημόσιοι υπάλληλοι, ένα άτομο ήταν ιδιωτικός υπάλληλος, ενώ ένα άτομο δήλωσε επάγγελμα οικιακά και δύο άτομα δήλωσαν άνεργοι τη στιγμή της συνέντευξης.

Ως προς το είδος της αντιξοότητας ή τραυματικής εμπειρίας που είχαν βιώσει οι συμμετέχοντες, οκτώ άτομα είχαν βιώσει την απώλεια κάποιου στενού συγγενικού προσώπου. Συγκεκριμένα, δύο άτομα είχαν χάσει κάποιο γονιό κατά την παιδική ή/και εφηβική ηλικία, δύο άτομα είχαν χάσει κάποιο γονιό λόγω μεγάλης ηλικίας ή ασθένειας, δύο άτομα είχαν χάσει έναν ή περισσότερους συγγενείς μέσω αυτοκτονίας (συγκεκριμένα μία συμμετέχουσα είχε χάσει τη μητέρα της ενώ μία άλλη είχε χάσει

το σύζυγο και το ένα της παιδί), ενώ δύο άτομα είχαν χάσει κάποιο μέλος της οικογένειας τους από υπερβολική δόση ναρκωτικών (συγκεκριμένα ο ένας συμμετέχοντας το γιο του και μια συμμετέχουσα την αδελφή της). Τέσσερα άτομα είχαν βιώσει κάποιο χωρισμό ή τραυματικό διαζύγιο που τους οδήγησε στη θεραπεία. Οι υπόλοιπες τραυματικές εμπειρίες ήταν ο καρκίνος, η εξάρτηση μέλους της οικογένειας από ουσίες, η ψυχική ασθένεια μελών της οικογένειας, και τέλος το διαζύγιο των γονιών και οι δυσκολίες στην εργασία. Τρεις από τους συμμετέχοντες ανέφεραν περισσότερες από μία τραυματικές εμπειρίες ή αντιξοότητες που τους οδήγησαν στην αναζήτηση ψυχοθεραπείας.

Ως προς την εκπροσώπηση θεραπευτικών προσεγγίσεων, οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν ακολουθήσει προσωποκεντρική ψυχοθεραπεία, ενώ οι υπόλοιποι είχαν ακολουθήσει μια σειρά από διαφορετικές προσεγγίσεις. Συγκεκριμένα, εννέα από τους συμμετέχοντες είχαν ακολουθήσει προσωποκεντρική ψυχοθεραπεία, δύο άτομα υπαρξιακή, ενώ στην έρευνα εκπροσωπούνταν επίσης η ομαδική ανάλυση, η λακανική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, η συστημική ψυχοθεραπεία, η αντλεριανή προσέγγιση και η γκεστάλτ. Τρία άτομα είχαν συμμετάσχει σε περισσότερες από μία θεραπευτικές σχέσεις διαφορετικής προσέγγισης.

Η διάρκεια της θεραπείας κυμαινόταν από 2-3 μήνες έως 10 έτη, με μέσο όρο τα 4,4 έτη. Από τους 13 συμμετέχοντες οι εννέα είχαν ολοκληρώσει τη θεραπευτική διαδικασία τη στιγμή της συνέντευξης, ενώ οι τέσσερις συνέχιζαν. Ωστόσο, εκείνοι που συνέχιζαν, είχαν αραιώσει τη συχνότητα των συνεδριών και θεωρούσαν, τόσο οι ίδιοι, όσο και οι θεραπευτές τους πως είχαν ολοκληρώσει ένα σημαντικό μέρος της θεραπευτικής εργασίας, ενώ συνέχιζαν τη θεραπεία για διαφορετικούς λόγους και όχι λόγω της τραυματικής εμπειρίας που είχαν βιώσει. Ο χρόνος που μεσολαβούσε από την ολοκλήρωση της θεραπείας μέχρι τη διεξαγωγή της συνέντευξης για τους εννέα συμμετέχοντες που είχαν ολοκληρώσει τη θεραπευτική διαδικασία, κυμαινόταν από 4 μήνες έως 12 έτη, με τους περισσότερους να έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία από 1 έως 3 έτη πριν από τη συνέντευξη. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, το είδος της τραυματικής εμπειρίας, το είδος και η διάρκεια της θεραπείας καθώς και το ψευδώνυμο που δόθηκε σε κάθε συμμετέχοντα.

Πίνακας 1

Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων, Είδος Τραυματικής Εμπειρίας, Είδος και Διάρκεια Θεραπείας

Ψευδώνυμο	Ηλικία	Οικογενειακή κατάσταση	Τραυματική εμπειρία	Θεραπευτική προσέγγιση	Συνολική διάρκεια θεραπείας
Αγάπη	47	Άγαμη	Χωρισμός, καρκίνος, απώλεια μητέρας	Προσωποκεντρική	3 έτη
Βασιλική	50	Διαζευγμένη	Διαζύγιο	Προσωποκεντρική	4,5 έτη
Γεωργία	40	Άγαμη	Χωρισμός	Προσωποκεντρική	6 έτη
Στέλιος	63	Έγγαμος	Θάνατος παιδιού από ναρκωτικά	Ομαδική ανάλυση	1 έτος
Μανώλης	38	Έγγαμος	Θάνατος πατέρα από καρκίνο	Προσωποκεντρική	2-3 μήνες
Διονύσης	32	Άγαμος	Θάνατος γονιών σε παιδική και εφηβική ηλικία	Προσωποκεντρική	4 έτη
Ζωή	44	Διαζευγμένη	Θάνατος γονιού σε παιδική ηλικία	1) Λακανική, 2,3) Υπαρξιακή	10 έτη
Ηλέκτρα	32	Άγαμη	Διαζύγιο γονιών/ δυσκολίες στην εργασία	Υπαρξιακή	2 έτη
Θεοδοσία	32	Άγαμη	Θάνατος αδελφής από ναρκωτικά	Προσωποκεντρική	8 έτη
Ηλίας	39	Άγαμος	Εξάρτηση αδελφού από ουσίες	1) Συστημική, 2) Προσωποκεντρική	8 έτη
Ιωάννα	47	Έγγαμη	Αυτοκτονία γονιού	Προσωποκεντρική	4 έτη
Μάρθα	64	Χήρα	Ψυχική ασθένεια και αυτοκτονία συζύγου και παιδιού	Αντλεριανή/ Προσωποκεντρική	3 έτη
Νικηφόρος	34	Άγαμος	Χωρισμός	Γκεστάλτ	3 έτη

Τρόπος Συλλογής των Δεδομένων

Ο ερευνητής που επιλέγει την εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία έχει στη διάθεση του ένα μεγάλο εύρος ειδών δεδομένων που μπορεί να χρησιμοποιήσει. Παραδείγματα αποτελούν οι συνεντεύξεις, οι ομάδες εστίασης (focus groups), οι σημειώσεις πεδίου ή τα υπομνήματα, περιοδικά, ημερολόγια, κείμενα λογοτεχνίας, επιστημονική βιβλιογραφία, ακόμη και φωτογραφίες, βίντεο, ή έργα τέχνης, για να αναφέρουμε μερικά από αυτά (Birks & Mills, 2011). Συνήθως όμως τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται αποτελούν κάποιο είδος αφήγησης, είτε απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων, ή σημειώσεων από παρατηρήσεις (Fassinger, 2005). Για έναν μεγάλο αριθμό ερευνών, βασικό τρόπο συλλογής δεδομένων αποτελεί η συνέντευξη (Birks & Mills, 2011). Με την εντατική συνέντευξη ο ερευνητής μπορεί να εξερευνήσει σε βάθος την εμπειρία του συμμετέχοντα σχετικά με το φαινόμενο που ερευνά (Charmaz, 2006). Συνεπώς, δεν είναι τυχαίο ότι αποτελεί μια από τις συχνότερες μεθόδους συλλογής δεδομένων στην ποιοτική έρευνα.

Η συλλογή των δεδομένων για την παρούσα έρευνα έγινε με τη χρήση της ατομικής, ημι-δομημένης συνέντευξης. Η δομή της συνέντευξης που χρησιμοποιήθηκε, καθορίστηκε από το ερευνητικό ερώτημα και τους ευρύτερους ερευνητικούς στόχους. Σύμφωνα με τους Strauss και Corbin (1998), οι αρχικές ερωτήσεις μιας συνέντευξης μπορούν να βασιστούν σε έννοιες που προέρχονται από τη βιβλιογραφία ή την εμπειρία, οι έννοιες αυτές όμως πρέπει να θεωρούνται προσωρινές και να παραχωρούν τη θέση τους στις έννοιες που προκύπτουν από τα δεδομένα. Με βάση το σκεπτικό αυτό αναπτύχθηκε ένας αρχικός οδηγός συνέντευξης, ο οποίος βασίστηκε στη βιβλιογραφία της ψυχικής ανθεκτικότητας και στους παράγοντες που έχουν φανεί ότι σχετίζονται με αυτήν. Επιπλέον, οι ερωτήσεις σχετίζονταν με τον ρόλο της ψυχοθεραπείας στην ανάκαμψη από τις τραυματικές εμπειρίες, με τις αλλαγές που προέκυπταν μέσα από αυτήν, και με τον τρόπο με τον οποίο προέκυπταν οι αλλαγές.

Σε γενικές γραμμές οι συνεντεύξεις που χρησιμοποιούν οι ερευνητές στην εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία παρουσιάζουν αρκετή ευελιξία, αφενός περιλαμβάνοντας ανοικτές ερωτήσεις ώστε οι συμμετέχοντες να μιλήσουν με τα δικά τους λόγια για την εμπειρία τους, και αφετέρου, διατηρώντας κάποια δομή στον τρόπο που γίνονται οι ερωτήσεις (Fassinger, 2005). Οι ανοικτές ερωτήσεις δίνουν την ευκαιρία στους συμμετέχοντες να μιλήσουν για πλευρές ή διαστάσεις της εμπειρίας τους που ο ερευνητής δεν είχε συμπεριλάβει στην αρχική του συνέντευξη (Strauss &

Corbin, 1998). Με βάση τις επισημάνσεις αυτές της βιβλιογραφίας, ο οδηγός της συνέντευξης σχεδιάστηκε ώστε να περιλαμβάνει ανοικτές, ευρείες ερωτήσεις σχετικές με την εμπειρία των συμμετεχόντων, τόσο ως προς την τραυματική εμπειρία και την επίδρασή της, όσο και ως προς την εμπειρία τους από τη θεραπεία.

Ταυτόχρονα, υπήρχαν και περισσότερα συγκεκριμένες ερωτήσεις που επικεντρώνονταν σε σημαντικές έννοιες από τη βιβλιογραφία της ψυχικής ανθεκτικότητας, με σκοπό να λειτουργήσουν ως ερεθίσματα για τη συζήτηση θεμάτων που ίσως οι συμμετέχοντες δεν είχαν αρχικά σκεφτεί να αναφέρουν.

Ο οδηγός της συνέντευξης ξεκινούσε με ένα σύντομο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων που περιείχε ερωτήσεις σχετικά με την ηλικία και το επάγγελμα των συμμετεχόντων, το πλαίσιο της θεραπείας (ιδιωτικό ή δημόσιο), τη συχνότητα των συνεδριών, τη διάρκεια της θεραπείας, το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από το τέλος της θεραπείας και τέλος το ερώτημα κατά πόσο το άτομο που συμμετείχε είχε μία μόνο θεραπευτική εμπειρία ή περισσότερες.

Η συνέντευξη ξεκινούσε με μια ερώτηση που καλούσε τους συμμετέχοντες να πουν λίγα λόγια για τη ζωή τους, και η οποία είχε σαν σκοπό την ομαλή εισαγωγή και τη δημιουργία επαφής. Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούσαν στις δύσκολες εμπειρίες που είχαν βιώσει, τον τρόπο με τον οποίο οι εμπειρίες αυτές είχαν επηρεάσει τη ζωή και στην καθημερινότητά τους καθώς και στις στρατηγικές που χρησιμοποιούσαν για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες και το στρες. Στη συνέχεια, γινόταν μια ανοικτή, γενική ερώτηση για την εμπειρία τους από τη θεραπεία και τις τυχόν αλλαγές που είχαν συντελεστεί ως αποτέλεσμα της θεραπείας. Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούσαν σε συγκεκριμένες αλλαγές που είχαν προκύψει από τη θεραπεία, οι οποίες αποτελούν ταυτόχρονα βασικές έννοιες που σχετίζονται με την ψυχική ανθεκτικότητα, όπως είναι, για παράδειγμα, ο τρόπος νοηματοδότησης των δύσκολων εμπειριών, ο τρόπος διαχείρισης του στρες και των δυσκολιών, τα συναισθήματα για τον εαυτό και οι σχέσεις με τους άλλους. Στη συνέχεια οι ερωτήσεις αφορούσαν στις βοηθητικές πλευρές της θεραπείας και στον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες θεωρούσαν ότι η θεραπεία είχε συμβάλει στις αλλαγές. Η τελευταία ερώτηση καλούσε τους συμμετέχοντες να παρέχουν ανατροφοδότηση για την έρευνα και να σχολιάσουν οτιδήποτε δεν είχαν την ευκαιρία να αναφέρουν μέχρι εκείνη τη στιγμή.

Στην εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία, ο οδηγός της συνέντευξης μπορεί να τροποποιείται διαρκώς με κάθε νέα συνέντευξη περιλαμβάνοντας νέες ερωτήσεις για τις έννοιες που προκύπτουν καθώς αναλύονται οι προηγούμενες συνεντεύξεις ή

αφαιρώντας ερωτήσεις για έννοιες που έχουν αναπτυχθεί επαρκώς ή που δε φαίνεται να έχουν αναλυτική χρησιμότητα. Όσο προχωρούν επίσης οι συνεντεύξεις και η ανάλυση, οι ερωτήσεις μπορούν να είναι όλο και πιο εστιασμένες, αποσκοπώντας στη συγκέντρωση συγκεκριμένων δεδομένων για την ανάπτυξη της θεωρίας που προκύπτει (Charmaz, 2006). Έτσι, ο οδηγός της συνέντευξης για την παρούσα έρευνα τροποποιήθηκε αρκετές φορές κατά τη διάρκεια της ταυτόχρονης συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων. Η πρώτη αλλαγή έγινε μετά από την ανάλυση της τρίτης συνέντευξης, όταν διαπιστώθηκε ότι οι ερωτήσεις σχετικά με τον τρόπο που είχε επηρεαστεί η ζωή και η καθημερινότητα των συμμετεχόντων από την τραυματική εμπειρία και με τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούσαν, οδηγούσαν σε ανώφελα παρατεταμένες συνεντεύξεις και παρήγαγαν υλικό που δε θα χρησιμοποιούταν στην ανάλυση, καθώς φάνηκε ότι δε σχετίζονταν άμεσα με το ερευνητικό ερώτημα. Έτσι, η πρώτη αλλαγή αφορούσε στην αφαίρεση των ερωτήσεων αυτών από τις επόμενες συνεντεύξεις. Στη συνέχεια, άρχισα να προσθέτω στον οδηγό της συνέντευξης ερωτήσεις που αφορούσαν σε έννοιες που προέκυπταν από την ανάλυση. Για παράδειγμα, άρχισα να προσθέτω ερωτήσεις σχετικά με τα βοηθητικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή, τη θεραπευτική σχέση και τα χαρακτηριστικά της, καθώς και την έννοια της αποδοχής. Η τελευταία μορφή του οδηγού της συνέντευξης καθορίστηκε περισσότερο με βάση τις έννοιες που προέκυψαν από την ανάλυση και αποσκοπούσε στην επιβεβαίωση της θεωρίας. Για παράδειγμα, οι ερωτήσεις αφορούσαν στον ρόλο του ίδιου του συμμετέχοντα στην αλλαγή, στον ρόλο του θεραπευτή και της θεραπευτικής σχέσης, όπως και στις διαδικασίες που συνέβαιναν στη διάρκεια της θεραπευτικής ώρας. Τόσο η αρχική μορφή όσο και οι δύο επόμενες εκδοχές του οδηγού συνέντευξης που δημιουργήθηκαν κατά τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων παρατίθενται στο παράρτημα Ι.

Η αρχική μορφή του οδηγού της συνέντευξης δοκιμάστηκε πιλοτικά με ένα άτομο του ευρύτερου φιλικού περιβάλλοντος. Σε γενικές γραμμές οι ερωτήσεις δε φάνηκε να παρουσιάζουν δυσκολίες ή προβλήματα και έτσι διατηρήθηκαν όλες εκτός από μία που δεν ήταν κατανοητή και δεν οδηγούσε σε αφηγήσεις χρήσιμες για το θέμα και την ανάλυση. Η πιλοτική συνέντευξη φάνηκε χρήσιμη στην αλλαγή της σειράς με την οποία γίνονταν οι ερωτήσεις, καθώς μέσα από τη ροή της συζήτησης αναδύθηκε μια φυσικότερη αλληλουχία. Ωστόσο, στην πράξη η συζήτηση καθοδηγούταν περισσότερο από τα θέματα που έθιγαν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες και

όχι από τη σειρά των ερωτήσεων. Κρίθηκε πως τα δεδομένα της πιλοτικής συνέντευξης ήταν κατάλληλα να συμπεριληφθούν στην έρευνα κι έτσι αποτέλεσε μέρος του τελικού δείγματος που αναλύθηκε.

Διαδικασία Συλλογής των Δεδομένων

Ο τρόπος εύρεσης της πλειονότητας των συμμετεχόντων έγινε μέσω των θεραπειών τους (10 άτομα). Τα υπόλοιπα τρία άτομα προσφέρθηκαν να συμμετάσχουν όταν ενημερώθηκαν για τη συγκεκριμένη έρευνα, είτε μέσω ενός μαθήματος για την ψυχική ανθεκτικότητα που διεξήγαγα στα πλαίσια του μαθήματος «Εισαγωγή στη θετική ψυχολογία» στο Πάντειο Πανεπιστήμιο, ή μέσω ανεπίσημων συζητήσεων για την έρευνα.

Η προσέγγιση των ψυχοθεραπευτών έγινε αρχικά με την ενημέρωση ενός μικρού αριθμού ατόμων που βρίσκονταν στον στενό επαγγελματικό και φιλικό μου κύκλο, είτε τηλεφωνικά ή κατά πρόσωπο. Στη συνέχεια, προσέγγισα το εκπαιδευτικό προσωπικό ενός εκπαιδευτικού ιδρύματος με το οποίο συνεργάζομαι, που αποτελείται αποκλειστικά από προσωποκεντρικούς ψυχοθεραπευτές. Συγκεκριμένα, προχώρησα σε μια ανακοίνωση της έρευνας μου στη συνάντηση του εκπαιδευτικού προσωπικού του ιδρύματος προσκαλώντας τα μέλη να συμμετάσχουν. Στις πρώτες αυτές προσκλήσεις ανταποκρίθηκαν επτά ψυχοθεραπευτές. Κατά τη διαδικασία της θεωρητικής δειγματοληψίας έγινε προσπάθεια να προσεγγιστούν θεραπευτές άλλων προσεγγίσεων μέσω του ευρύτερου επαγγελματικού και ακαδημαϊκού μου δικτύου και έτσι άλλοι τρεις ψυχοθεραπευτές υπαρκτικής και γκεστάλτ προσέγγισης δέχτηκαν να λάβουν μέρος στην έρευνα.

Οι θεραπευτές που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα επικοινωνήσαν με παλιούς ή τρέχοντες πελάτες τους που βρίσκονταν κοντά στην ολοκλήρωση της θεραπείας τους, και τους ενημέρωσαν για την έρευνα μου. Οι πελάτες είχαν την επιλογή είτε να επικοινωνήσουν εκείνοι μαζί μου ή να δεχτούν να δώσει ο θεραπευτής τους τα στοιχεία τους σε εμένα, ώστε να επικοινωνήσω εγώ μαζί τους. Όταν κάποιος πελάτης δεχόταν να συμμετάσχει στην έρευνα μου, γινόταν μια πρώτη τηλεφωνική επικοινωνία στην οποία ενημερωνόταν περισσότερο για την έρευνα, γινόταν επιβεβαίωση ότι πληρούσε τα κριτήρια συμμετοχής και καθοριζόταν ο χρόνος και ο τόπος για τη διεξαγωγή της συνέντευξης. Η επιλογή του χρόνου της συνέντευξης γινόταν από κοινού, ενώ η επιλογή του χώρου γινόταν αποκλειστικά από τους συμμετέχοντες.

Οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα σε μια σειρά από διαφορετικά πλαίσια. Συγκεκριμένα έξι άτομα προτίμησαν να γίνει η συνέντευξη σε δικό τους χώρο, είτε στο σπίτι τους (πέντε άτομα) ή στον επαγγελματικό τους χώρο (ένα άτομο). Τέσσερις συμμετέχοντες προτίμησαν να έρθουν στο δικό μου γραφείο, μία συμμετέχουσα επέλεξε το γραφείο του θεραπευτή της, ένας συμμετέχοντας επέλεξε το Πάντειο Πανεπιστήμιο, και τέλος μία συμμετέχουσα προτίμησε να γίνει η συνέντευξη σε εξωτερικό χώρο και συγκεκριμένα σε μια καφετέρια του κέντρου.

Πριν από την έναρξη των συνεντεύξεων γινόταν μια συζήτηση αναφορικά με τον σκοπό της έρευνας και τον ρόλο των συμμετεχόντων σε αυτήν, και ζητούσα από τους συμμετέχοντες τη συγκατάθεσή τους για τη χρήση μαγνητοφώνου. Επίσης, ζητούσα από τους συμμετέχοντες να διαβάσουν και να υπογράψουν ένα έντυπο ενήμερης συγκατάθεσης. Στο έντυπο αυτό περιλαμβανόταν μια σύντομη περιγραφή της έρευνας και του σκοπού της, αναφέρονταν τα πιθανά οφέλη και οι κίνδυνοι από τη συμμετοχή σε αυτήν και δηλωνόταν πως η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική, πως οι συμμετέχοντες θα μπορούσαν να αποσυρθούν οποιαδήποτε στιγμή χωρίς κυρώσεις, πως οι πληροφορίες που θα έδιναν θα ήταν εμπιστευτικές και πως θα διατηρούνταν η ανωνυμία τους. Το έντυπο της ενήμερης συγκατάθεσης υπογραφόταν από το άτομο που έδινε τη συνέντευξη και από εμένα σε δύο αντίτυπα, από τα οποία ένα κρατούσα εγώ για το αρχείο μου και ένα ο συμμετέχων. Το έντυπο ενήμερης συγκατάθεσης παρατίθεται στο παράρτημα II.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε ευχάριστο και φιλικό κλίμα, και αρκετοί από τους συμμετέχοντες θεώρησαν ότι αποτέλεσε μια ευκαιρία να επεξεργαστούν συνολικά την εμπειρία τους από τη θεραπεία. Αρκετοί επίσης έφτασαν σε κάποιου είδους ενόραση για τη θεραπεία ή τη θεραπευτική τους σχέση και με ευχαρίστησαν για την ευκαιρία αυτή. Παρόλο που η συνέντευξη αφορούσε στη συζήτηση οδυνηρών εμπειριών, κανείς από τους συμμετέχοντες δε φάνηκε να βιώνει, ούτε ανέφερε, κάποια αρνητική αντίδραση. Αντίθετα, φάνηκε πως η επεξεργασία των εμπειριών αυτών στη θεραπεία είχε αποδώσει καρπούς και οι συμμετέχοντες μπορούσαν να συζητούν γι' αυτές, να βιώνουν τυχόν δυσάρεστα ή οδυνηρά συναισθήματα αλλά να μπορούν να τα αντέξουν και να τα υπερβούν καθώς συνέχιζε η συνέντευξη με άλλες ερωτήσεις που αφορούσαν κυρίως στη θεραπεία και στις αλλαγές.

Ο χρόνος συλλογής των δεδομένων διήρκεσε από τον Ιανουάριο του 2013 μέχρι και τον Ιανουάριο του 2015. Η διάρκεια των συνεντεύξεων κυμαινόταν από

μισή μέχρι δύο ώρες, με τις περισσότερες να διαρκούν περίπου μία με μιάμιση ώρα. Όλες οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν με ψηφιακό μαγνητόφωνο και μεταφέρθηκαν ως ψηφιακά αρχεία στον υπολογιστή της ερευνήτριας, ο οποίος προστατεύεται από κωδικό. Η απομαγνητοφώνηση έγινε από την ίδια την ερευνήτρια. Για να διατηρηθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων κατά την απομαγνητοφώνηση χρησιμοποιήθηκαν κωδικοί και τροποποιήθηκαν οι πληροφορίες που θα μπορούσαν να προδώσουν την ταυτότητα τους. Σε όλα τα έντυπα αντίγραφα των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων δεν υπάρχουν ονόματα ή άλλα στοιχεία που μπορούν να προσδιορίσουν την ταυτότητα των συμμετεχόντων. Τα υπογεγραμμένα έντυπα ενήμερης συγκατάθεσης βρίσκονται σε φάκελο αποθηκευμένο σε ασφαλές μέρος, ξεχωριστά από τα υπόλοιπα αρχεία της έρευνας. Τα ψηφιακά αρχεία θα διαγραφούν πέντε χρόνια μετά από την ολοκλήρωση της έρευνας.

Διαδικασία Ανάλυσης των Δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τις συστηματικές διαδικασίες της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας και είχε σαν στόχο τη δημιουργία ενός θεωρητικού πλαισίου που περιγράφει και εξηγεί την ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας. Το θεωρητικό πλαίσιο προέκυψε επαγωγικά από τα δεδομένα, τα οποία βασίζονταν στις εμπειρίες των συμμετεχόντων, και αναπτύχθηκε σταδιακά μέσα από την ταυτόχρονη συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων (Fassinger, 2005). Στην εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία η κατασκευή της θεωρίας προκύπτει μέσα από τη σταδιακή μετατροπή των εμπειρικών δεδομένων σε θεωρητικές έννοιες και κατηγορίες, οι οποίες γίνονται όλο και πιο αφαιρετικές καθώς προχωρά η ανάλυση. Η βασική διαδικασία ανάλυσης της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας, μέσω της οποίας γίνεται η μετατροπή των εμπειρικών δεδομένων σε θεωρητικές έννοιες, ονομάζεται κωδικοποίηση (Strauss & Corbin, 1998). Υπάρχουν τρία στάδια κατά τα οποία εξελίσσεται η κωδικοποίηση των εμπειρικών δεδομένων, το αρχικό, το ενδιάμεσο και το προηγμένο, τα οποία αντιστοιχούν σε χαμηλού, μεσαίου και υψηλού επιπέδου εννοιολογική ανάπτυξη, ενώ διαφορετικοί θεωρητικοί της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας χρησιμοποιούν διαφορετικές ορολογίες για τα στάδια αυτά (Birks & Mills, 2011). Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν οι διαδικασίες κωδικοποίησης των Strauss και Corbin (1998) οι οποίοι διακρίνουν την κωδικοποίηση στα στάδια της *ανοικτής* (open), της *κατά άξονα* (axial) και της *επιλεκτικής* (selective) κωδικοποίησης (Strauss & Corbin, 1998). Παρόλο που τα στάδια παρουσιάζονται ως διακριτά και διαδοχικά, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι

στην πράξη ο ερευνητής κινείται διαρκώς ανάμεσα στα στάδια, επιστρέφοντας πολλές φορές σε προηγούμενα στάδια καθώς συλλέγει και αναλύει τα δεδομένα του.

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν αναλυτικά τα στάδια που ακολούθησα κατά τη διαδικασία ανάλυσης των δεδομένων και παραγωγής του θεωρητικού πλαισίου. Για τη διασφάλιση της συνέπειας της ανάλυσης, σε όλα τα στάδια της διαδικασίας κωδικοποίησης χρησιμοποίησα διάφορες διαδικασίες ελέγχου από τρίτους (δύο συναδέλφους υποψήφιους διδάκτορες και τον επόπτη καθηγητή). Οι διαδικασίες αυτές παρουσιάζονται αναλυτικά στην ενότητα που σχετίζεται με τον έλεγχο της ποιότητας της έρευνας. Δύο επιπλέον βασικές διαδικασίες που αποτελούν ουσιώδη και κεντρικά χαρακτηριστικά της ανάλυσης στην εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία είναι η συνεχής συγκριτική μέθοδος και η συγγραφή υπομνημάτων, μαζί με τη χρήση διαγραμμάτων (Birks & Mills, 2011). Πριν από την παρουσίαση των σταδίων ανάλυσης κρίνω σκόπιμο να αναφερθώ στις διαδικασίες αυτές καθώς και στον τρόπο με τον οποίο εφαρμόστηκαν στην παρούσα έρευνα.

Συνεχής συγκριτική μέθοδος. Η συνεχής συγκριτική μέθοδος αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό γνώρισμα της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας και αναφέρεται στη διαρκή σύγκριση των δεδομένων με στόχο την παραγωγή όλο και πιο αφαιρετικών νοηματικών κατηγοριών (Fassinger, 2005). Χρησιμοποίησα τη διαδικασία της συνεχούς συγκριτικής μεθόδου σε όλα τα στάδια της ανάλυσης των δεδομένων. Αρχικά συνέκρινα δεδομένα με άλλα δεδομένα, είτε από την ίδια ή από διαφορετικές συνεντεύξεις, ενώ στη συνέχεια συνέκρινα δεδομένα με τις κατηγορίες που προέκυπταν, καθώς και τις κατηγορίες μεταξύ τους (Charmaz, 2006). Η διαρκής αυτή σύγκριση των δεδομένων οδήγησε στον εντοπισμό ομοιοτήτων και διαφορών, οι οποίες διευκόλυναν την ταξινόμηση των δεδομένων σε κατηγορίες (Corbin & Strauss, 2008). Στη συνέχεια, η σύγκριση των δεδομένων με τις κατηγορίες, καθώς και των κατηγοριών μεταξύ τους, οδήγησε στον προσδιορισμό των ιδιοτήτων και των διαστάσεων αυτών των κατηγοριών, με τελικό αποτέλεσμα την παραγωγή θεωρίας από τα δεδομένα.

Συγγραφή υπομνημάτων και χρήση διαγραμμάτων. Από την αρχή, και σε όλη τη διαδικασία της συλλογής και ανάλυσης δεδομένων και της ανάπτυξης της θεωρίας, ο ερευνητής καλείται να συγγράφει υπομνήματα, τα οποία περιέχουν τις «ιδέες, υποθέσεις, προαισθήματα, αβεβαιότητες, ενοράσεις, συναισθήματα και επιλογές που κάνει» (Fassinger, 2005, σ. 163). Η συγγραφή υπομνημάτων αποτελεί βασικό και αναπόσπαστο χαρακτηριστικό της μεθόδου της εμπειρικά θεμελιωμένης

θεωρίας και αποτυπώνει συστηματικά τη διαδικασία που ακολουθεί ο ερευνητής κατά την ανάλυση των δεδομένων και τη διαμόρφωση της θεωρίας. Τα υπομνήματα, σύμφωνα με τους Strauss και Corbin (1998), μπορεί να περιλαμβάνουν τα αποτελέσματα της κωδικοποίησης, δηλαδή τους κωδικούς και τις κατηγορίες που προκύπτουν από την κωδικοποίηση, τις θεωρητικές ιδέες και σκέψεις του ερευνητή όπως και κατευθύνσεις και υπενθυμίσεις ως προς την ερευνητική διαδικασία. Τα υπομνήματα εξελίσσονται και γίνονται συνθετότερα όσο προχωρά η ανάλυση, ενώ τα νέα δεδομένα που προκύπτουν μπορούν να οδηγήσουν σε αναθεώρηση των προηγούμενων υπομνημάτων. Μια βασική χρησιμότητα των υπομνημάτων είναι ότι επιβάλλουν στον ερευνητή να αρχίσει να στοχάζεται με θεωρητικούς όρους για τα δεδομένα του.

Τα διαγράμματα αποτελούν άλλο ένα βασικό εργαλείο ανάλυσης που χρησιμοποιείται στη μέθοδο της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας. Ο ρόλος τους είναι να αποδώσουν τις σχέσεις ανάμεσα στις κατηγορίες (Strauss & Corbin, 1998). Όπως και τα υπομνήματα, έτσι και τα διαγράμματα βοηθούν τον ερευνητή να στοχάζεται για τα δεδομένα του, ενώ εξελίσσονται και γίνονται συνθετότερα με την εξέλιξη της κωδικοποίησης. Τα πρώτα διαγράμματα που χρησιμοποιούνται για την οργάνωση των κωδικών που προκύπτουν από την ανοικτή κωδικοποίηση μπορεί να είναι πολύπλοκα και ασαφή. Όσο όμως εξελίσσεται η κωδικοποίηση και οι σχέσεις μεταξύ των κατηγοριών αρχίζουν να γίνονται σαφείς, τόσο πιο απλά και σαφή γίνονται (Birks & Mills, 2011).

Σε όλη τη διαδικασία της ανάλυσης χρησιμοποίησα τόσο τα υπομνήματα όσο και τα διαγράμματα με σκοπό την καλύτερη οργάνωση και ομαδοποίηση των δεδομένων μου, την εννοιολογική σύνθεση και τη σταδιακή κατασκευή του θεωρητικού πλαισίου. Ξεκίνησα να γράφω υπομνήματα και να φτιάχνω διαγράμματα, αμέσως μόλις άρχισα την ανάλυση των πρώτων συνεντεύξεων. Σε γενικές γραμμές βρήκα τα διαγράμματα πιο χρήσιμα στην αρχή, επειδή με βοηθούσαν να οργανώσω την πληθώρα των κωδικών που προέκυπταν από την ανοικτή κωδικοποίηση. Για τα πρώτα διαγράμματα χρησιμοποίησα κυρίως τα προγράμματα word και excel, στα οποία ομαδοποιούσα τους κωδικούς και τις κατηγορίες που προέκυπταν από την ανάλυση. Αργότερα, όταν είχαν αρχίσει να διαμορφώνονται οι βασικές κατηγορίες, έφτιαχνα χειρόγραφες σχηματικές απεικονίσεις των συνδέσεων μεταξύ των κατηγοριών και των υποκατηγοριών τους. Τα διαγράμματα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμα τόσο στη φάση της κατά άξονα όσο και στη φάση της επιλεκτικής κωδικοποίησης,

και με βοήθησαν στην τελική διαμόρφωση της θεωρίας η οποία απεικονίζεται στο σχήμα 1 στο επόμενο κεφάλαιο.

Ταυτόχρονα έγγραφα από την αρχή απλά και σύντομα υπομνήματα που περιείχαν τις πρώτες σκέψεις, ιδέες και απορίες σχετικά με τα δεδομένα και την ανάλυσή τους. Όσο προχωρούσε η ανάλυση τα υπομνήματα γίνονταν πιο θεωρητικά. Τα τελευταία υπομνήματα περιείχαν προσπάθειες περιγραφής του θεωρητικού πλαισίου που αναπτύχθηκε, τόσο γενικά, όσο και για συγκεκριμένους συμμετέχοντες, έτσι ώστε να διαπιστώσω κατά πόσο η θεωρία ήταν αφαιρετική και μπορούσε να εφαρμοστεί σε ατομικές περιπτώσεις. Σε γενικές γραμμές τα υπομνήματα με βοηθούσαν να διευκρινίζω τμήματα της ανάλυσης που μου ήταν ασαφή, να εξελίσσω τη σκέψη μου σε σχέση με τις κατηγορίες που προέκυπταν και τις μεταξύ τους σχέσεις, και τελικά να συνθέσω τις έννοιες μεταξύ τους σε ένα ενιαίο θεωρητικό πλαίσιο.

Ανοικτή κωδικοποίηση. Η ανοικτή κωδικοποίηση αποτελεί το αρχικό στάδιο ανάλυσης των δεδομένων, κατά το οποίο γίνεται μια πρώτη απόπειρα ερμηνείας των δεδομένων μέσω της αναγωγής τους σε έννοιες (Strauss & Corbin, 1998). Πρόκειται για μια συστηματική διαδικασία, όπου ο ερευνητής τεμαχίζει τα δεδομένα του και δίνει σε κάθε τμήμα ένα δοκιμαστικό όνομα το οποίο αντικατοπτρίζει την έννοια που θεωρεί ο ερευνητής ότι αντιπροσωπεύει το συγκεκριμένο τμήμα δεδομένων. Το μέγεθος του τμήματος μπορεί να ποικίλει από μια λέξη έως μια παράγραφο ή ακόμη και να αποτελεί μία ή περισσότερες σελίδες δεδομένων (Fassinger, 2005). Τόσο οι Strauss και Corbin (1998), όσο και η Charmaz (2006), κρίνουν πως η γραμμή-προς-γραμμή εξέταση των δεδομένων, μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη επειδή μπορεί να οδηγήσει στην ανάδειξη εννοιών που διαφορετικά ενδέχεται να είχαν χαθεί, καθώς και στην παραγωγή πολλών κατηγοριών γρήγορα, κάτι που είναι βασικό στην αρχή μιας έρευνας. Οι Rennie et al. (1988) πρότειναν τον τεμαχισμό των δεδομένων σε *νοηματικές μονάδες*, σε τμήματα κειμένου δηλαδή που περιέχουν μια συγκεκριμένη έννοια. Το όνομα που δίνεται σε κάθε τμήμα δεδομένων και προσδιορίζει την έννοια αποκαλείται συνήθως *κωδικός* και μπορεί να προέρχεται από τον αναλυτή, ή από τα ίδια τα λόγια των συμμετεχόντων. Όταν χρησιμοποιείται ο λόγος των συμμετεχόντων τότε ο κωδικός ονομάζεται *in vivo* (Strauss & Corbin, 1988).

Το επόμενο στάδιο στην ανοικτή κωδικοποίηση αφορά στην ομαδοποίηση των εννοιών σε *κατηγορίες*, δηλαδή σε σύνολα σχετικών μεταξύ τους κωδικών, οι οποίες είναι περισσότερο αφαιρετικές (Strauss & Corbin, 1988). Αυτό επιτυγχάνεται

μέσα από τη συνεχή σύγκριση των εννοιών μεταξύ τους, η οποία όπως είδαμε και παραπάνω οδηγεί στον εντοπισμό των εννοιών που παρουσιάζουν ομοιότητα μεταξύ τους, ώστε να συμπεριληφθούν σε μια κοινή κατηγορία. Καθώς νέα δεδομένα συγκεντρώνονται και εξετάζονται στην πορεία της ανάλυσης, τόσο οι κωδικοί που αποδίδονται στις έννοιες όσο και οι ίδιες οι κατηγορίες υφίστανται διαρκώς τροποποιήσεις ώστε να ενσωματώσουν τις νέες πληροφορίες (Fassinger, 2005). Επίσης, οι κατηγορίες διευκρινίζονται περαιτέρω και εξειδικεύονται μέσω του προσδιορισμού των ιδιοτήτων και των διαστάσεων τους (Strauss & Corbin, 1998). Οι *ιδιότητες* αναφέρονται στα χαρακτηριστικά μιας κατηγορίας, δηλαδή στα γνωρίσματα που την ορίζουν και της δίνουν νόημα (Strauss & Corbin, 1998). Οι ιδιότητες προσδιορίζονται περαιτέρω ως προς τις *διαστάσεις* τους, δηλαδή ως προς τις διακυμάνσεις που λαμβάνουν.

Για την ανάλυση των δεδομένων, τα οποία αποτελούνταν αποκλειστικά από απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις, ακολούθησα τη διαδικασία της ταυτόχρονης συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων, όπως προτείνεται από την εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία. Ξεκινώντας την ανοικτή κωδικοποίηση γραμμή-προς-γραμμή, συνειδητοποίησα ότι προέκυπτε ένας μεγάλος αριθμός από κωδικούς οι οποίοι δε σχετίζονταν άμεσα με τα συγκεκριμένα ερευνητικά μου ερωτήματα. Όπως ανέφερα και παραπάνω, οι πρώτοι οδηγοί της συνέντευξης περιείχαν ερωτήσεις που αναφέρονταν στον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες βίωναν την πραγματικότητα και την τραυματική τους εμπειρία πριν από τη θεραπεία. Οι ερωτήσεις αυτές οδηγούσαν σε μια πληθώρα δεδομένων που δε σχετίζονταν με το υπό μελέτη φαινόμενο της ανάπτυξης ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας. Η συνειδητοποίηση αυτή με οδήγησε σε έναν δεύτερο κύκλο ανοικτής κωδικοποίησης των πρώτων συνεντεύξεων, αυτή τη φορά εστιάζοντας αποκλειστικά στα τμήματα των συνεντεύξεων τα οποία σχετίζονταν άμεσα με τα ερευνητικά μου ερωτήματα. Οι πρώτοι κωδικοί ήταν αρκετά περιγραφικοί και κοντά στις εκφράσεις των συμμετεχόντων, κάτι που προτείνεται από αρκετούς ερευνητές που χρησιμοποιούν την εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία στην έρευνα στην ψυχοθεραπεία (Dourdouma & Mörtl, 2012. Levitt et al., 2006. Rennie et al. 1988).

Για παράδειγμα, κατά την ανοικτή κωδικοποίηση δημιουργήθηκαν οι εξής κωδικοί: «Ο θεραπευτής με αποδέχτηκε στη χειρότερη φάση της ζωής μου» (Συνέντευξη Α, απόσπασμα 190), «Ένωθα ότι η θεραπεύτρια με ακούει και με αποδέχεται» (Συνέντευξη Β, απόσπασμα 244), «Η αποδοχή της θεραπεύτριας με

βοήθησε ν' αποδεχτώ κι εγώ τον εαυτό μου» (Συνέντευξη Η, απόσπασμα 268). Οι κωδικοί αυτοί, μαζί με άλλους που απέδιδαν την ίδια έννοια, ομαδοποιήθηκαν στην κατηγορία «Αποδοχή θεραπευτή».

Η ανοικτή κωδικοποίηση κατέληξε στην παραγωγή 216 κωδικών, οι οποίοι, μέσα από τη διαδικασία της συνεχούς σύγκρισης, οργανώθηκαν με βάση τις ομοιότητές τους σε 78 αρχικές κατηγορίες. Οι κατηγορίες αυτές χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των επόμενων συνεντεύξεων, ενώ οι νέοι κωδικοί που προέκυπταν και δεν ταίριαζαν με την υπάρχουσα κατηγοριοποίηση, ομαδοποιούνταν σε νέες κατηγορίες. Όταν προέκυπταν νέες κατηγορίες, οι προηγούμενες συνεντεύξεις επανεξετάζονταν για να διαπιστωθεί κατά πόσο περιλάμβαναν κωδικούς που θα μπορούσαν να ομαδοποιηθούν στις νέες αυτές κατηγορίες. Μέσω αυτής της διαδικασίας πολλοί κωδικοί που δεν είχα καταφέρει προηγουμένως να εντάξω σε κατηγορίες, έγιναν περισσότερο σαφείς. Οι 11 πρώτες συνεντεύξεις κατέληξαν σε ένα σύνολο 134 αρχικών κατηγοριών.

Οι αρχικές κατηγορίες διακρίνονταν από χαμηλή αφαίρεση, και οι περισσότερες αποτέλεσαν τις υποκατηγορίες και τις ιδιότητες των κατηγοριών της τελικής θεωρίας. Οι πρώτες κατηγορίες μεγαλύτερης αφαίρεσης προέκυψαν μετά και από την ανάλυση της 6^{ης} συνέντευξης, όταν είχα αποκτήσει μεγαλύτερη εξοικείωση με τα δεδομένα μου και είχα αρχίσει να σκέφτομαι γι' αυτά με περισσότερο θεωρητικούς όρους. Για παράδειγμα, μια από τις κατηγορίες μεγαλύτερης αφαίρεσης που δημιουργήθηκε ήταν η κατηγορία «Θεραπευτική στάση». Στην κατηγορία αυτή ομαδοποιήθηκαν οι αρχικές κατηγορίες «Αποδοχή θεραπευτή», «Ενσυναίσθηση θεραπευτή», «Μη κατευθυντικότητα», «Αυθεντικότητα θεραπευτή» και «Πίστη και υποστήριξη». Η σύγκριση των κατηγοριών μεταξύ τους συνεχιζόταν σε όλη τη διαδικασία, οδηγώντας κάθε φορά σε νέα αφαιρετικά συστήματα κατηγοριών. Ο συνολικός αριθμός των κατηγοριών στο τέλος της ανάλυσης των 11 πρώτων συνεντεύξεων ανήλθε στις 28.

Οι τελικές κατηγορίες που περιλήφθηκαν στη θεωρία για την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας διαμορφώθηκαν κατά τη διαδικασία της κατά άξονα κωδικοποίησης, ιδιαίτερα μετά από τον έλεγχο της διαδικασίας. Όπως ήδη αναφέρθηκε, στην ενότητα του ελέγχου της ποιότητας της έρευνας θα παρουσιαστεί αναλυτικά ο τρόπος με τον οποίο ελέγχθηκαν τόσο οι αρχικοί κωδικοί όσο και οι 28 κατηγορίες που προέκυψαν από την ανοικτή κωδικοποίηση.

Αξονική κωδικοποίηση. Πρόκειται για το επόμενο στάδιο στη διαδικασία της κωδικοποίησης, κατά το οποίο προσδιορίζονται οι σχέσεις μεταξύ των κατηγοριών (Strauss & Corbin, 1998). Ενώ στην ανοικτή κωδικοποίηση τα δεδομένα τεμαχίζονται και μετατρέπονται σε μια πληθώρα κωδικών, στην κατά άξονα κωδικοποίηση ο ερευνητής επανασυναρμολογεί τα δεδομένα του μέσα από την ομαδοποίηση των εννοιών σε έναν περιορισμένο αριθμό κύριων κατηγοριών, στις οποίες εντάσσονται οι υπόλοιπες έννοιες ως υποκατηγορίες (Fassinger, 2005). Σύμφωνα με τους Strauss και Corbin (1998), η κατηγορία αποτελεί μια έννοια που αντιπροσωπεύει ένα φαινόμενο, ενώ οι υποκατηγορίες δίνουν πληροφορίες που εξηγούν για παράδειγμα *πότε, που, γιατί*, με ποιο τρόπο και με ποιες συνέπειες μπορεί να λάβει χώρα το φαινόμενο αυτό. Επιπλέον, ενώ ο προσδιορισμός των ιδιοτήτων και διαστάσεων των κατηγοριών έχει ήδη ξεκινήσει από την ανοικτή κωδικοποίηση, σε αυτό το στάδιο αποκτά περισσότερη σημασία και συστηματικότητα (Fassinger, 2005). Η συσχέτιση των κατηγοριών μεταξύ τους, όπως και ο προσδιορισμός των ιδιοτήτων, των διαστάσεων και των υποκατηγοριών τους, δεν αποτελούν ένα διακριτό, επόμενο στάδιο αλλά λαμβάνουν χώρα ήδη από την ανοικτή κωδικοποίηση καθώς ο ερευνητής εντοπίζει σχέσεις ανάμεσα στις κατηγορίες κατά την κωδικοποίηση των δεδομένων του.

Αναγνωρίζοντας ότι οι σχέσεις ανάμεσα στις έννοιες δεν είναι πάντα σαφείς ή εμφανείς, οι Strauss και Corbin (1998) έχουν προτείνει τη χρήση ενός οργανωτικού σχεδίου, που ονομάζουν *παράδειγμα*, για να βοηθήσουν τον ερευνητή να διακρίνει και να διευθετήσει αυτές τις σχέσεις. Τα βασικά συστατικά στοιχεία του παραδείγματος είναι οι *συνθήκες*, οι *δράσεις/αλληλεπιδράσεις* και οι *συνέπειες*. Οι συνθήκες αναφέρονται στις καταστάσεις κάτω από τις οποίες λαμβάνουν χώρα τα φαινόμενα. Οι δράσεις/ αλληλεπιδράσεις είναι οι «στρατηγικές ή συνηθισμένες αποκρίσεις ατόμων ή ομάδων σε ζητήματα, προβλήματα, συμβάντα ή γεγονότα που προκύπτουν από αυτές τις συνθήκες» (Strauss & Corbin, 1998, σ. 128), ενώ οι συνέπειες αφορούν στα αποτελέσματα αυτών των δράσεων/αλληλεπιδράσεων. Το παράδειγμα κωδικοποίησης των Strauss και Corbin (1998) έχει αποτελέσει αντικείμενο έντονης κριτικής τόσο από τον Glaser, όσο και από άλλους ερευνητές, οι οποίοι θεωρούν ότι επιβάλλει στα δεδομένα μια προκαθορισμένη οργανωτική δομή οδηγώντας έτσι σε μια προκατειλημμένη θεωρία (Fassinger, 2005). Ωστόσο, ακόμη και ερευνητές που ακολουθούν το παράδειγμα κωδικοποίησης των Strauss και

Corbin, το αξιοποιούν με διαφορετικούς τρόπους. Κατά τη διαδικασία της ανάλυσης με απασχόλησε ιδιαίτερα το δίλημμα αυτό, και παρακάτω εξηγώ πως το έλυσα.

Μετά την ολοκλήρωση της ανοικτής κωδικοποίησης, επιχείρησα να οργανώσω τις 28 κατηγορίες σε ένα ιεραρχικό σύστημα που αποτελούταν από τις κύριες κατηγορίες και τις υποκατηγορίες τους. Από την αρχή, είχα επιλέξει να μην ακολουθήσω το παράδειγμα κωδικοποίησης των Strauss και Corbin (1998), επειδή θεωρούσα, με βάση και τις κριτικές, ότι θα επέβαλλε μια αναγκαστική δομή στα δεδομένα μου, ενώ ο στόχος μου ήταν να δημιουργήσω ένα σύστημα κατηγοριών που θα προέκυπτε από τα ίδια τα δεδομένα και τη δική μου ερμηνεία γι' αυτά. Ωστόσο, ήδη από την ανοικτή κωδικοποίηση, είχε αρχίσει να διαφαίνεται μια κατηγοριοποίηση των δεδομένων που ταίριαζε με το παράδειγμα των Strauss και Corbin (1998) και περιλάμβανε τις συνθήκες κάτω από τις οποίες λάμβανε χώρα η θετική αλλαγή στην ψυχοθεραπεία, τις διαδικασίες που συντελούνταν στην ψυχοθεραπεία και τα αποτελέσματα, δηλαδή τις αλλαγές που προέκυπταν. Πιστεύοντας ότι είμαι επηρεασμένη από το παράδειγμα των Strauss και Corbin (1998), το οποίο δεν ήθελα να ακολουθήσω, προσπαθούσα να αγνοήσω την ταξινόμηση αυτή που προέκυπτε, και να εντοπίσω άλλου είδους συσχέτιση και οργάνωση των κατηγοριών. Σε αυτό το σημείο ήταν καθοριστική η συμβολή του συναδέλφου υποψήφιου διδάκτορα, ο οποίος έλεγξε τις 28 κατηγορίες και κατέληξε στο ίδιο σύστημα ταξινόμησης των κατηγοριών που περιλάμβανε τις συνθήκες, τη διαδικασία της θεραπείας, και τις θεραπευτικές αλλαγές. Το γεγονός ότι ο ελεγκτής δε γνώριζε τη μέθοδο της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας, ούτε φυσικά το παράδειγμα κωδικοποίησης των Strauss και Corbin (1998), με βοήθησε να βεβαιωθώ ότι η κατηγοριοποίηση προέκυπτε από τα ίδια τα δεδομένα και όχι από μια προκατειλημμένη ιδέα η οποία είχε προκύψει από τη μελέτη της διαδικασίας κωδικοποίησης των Strauss και Corbin (1998). Με αυτόν τον τρόπο κατέληξα στο ιεραρχικό σύστημα κατηγοριών που αποτέλεσε και το θεωρητικό πλαίσιο της ανάπτυξης της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας, και το οποίο θα παρουσιαστεί αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο. Στο τέλος της κατά άξονα κωδικοποίησης, οι 28 κατηγορίες ομαδοποιήθηκαν σε 3 υπερκείμενες κατηγορίες κάτω από τις οποίες υπάγονται 13 κατηγορίες υψηλής αφάιρεσης, οι οποίες αποτελούν τον σκελετό του θεωρητικού πλαισίου.

Επιλεκτική κωδικοποίηση. Η επιλεκτική κωδικοποίηση αποτελεί το τελευταίο στάδιο της ανάλυσης, και αναφέρεται «στη διαδικασία της ολοκλήρωσης

και βελτιστοποίησης της θεωρίας» (Strauss & Corbin, 1998, σ. 143), δηλαδή στην ενοποίηση των κατηγοριών που έχουν προκύψει μέσα από τη διαδικασία της αξονικής κωδικοποίησης και στη συμπλήρωση των κενών. Η ενοποίηση προκύπτει μέσα από την επιλογή της *κεντρικής* κατηγορίας της θεωρίας, της κατηγορίας δηλαδή που έχει τη δυνατότητα να αποδώσει συνοπτικά το κεντρικό θέμα της έρευνας και να εντάξει το σύστημα των κατηγοριών που έχουν δημιουργηθεί και τις μεταξύ τους σχέσεις σε ένα «επεξηγηματικό σύνολο» (Strauss & Corbin, 1998, σ. 146). Σύμφωνα με τους Strauss και Corbin (1998) η κεντρική κατηγορία πρέπει να σχετίζεται με όλες τις άλλες κατηγορίες, να εμφανίζεται συχνά στα δεδομένα, να απορρέει με λογικό τρόπο από αυτά αντί να επιβάλλεται και να διατυπώνεται όσο το δυνατόν πιο αφαιρετικά. Μετά από την ενοποίηση και οργάνωση των κατηγοριών κάτω από μια κεντρική κατηγορία, ο ερευνητής προχωρά στη βελτιστοποίηση της θεωρίας. Αυτό γίνεται μέσα από μια σειρά από διαδικασίες που περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την εξέταση της εσωτερικής συνέπειας και της λογικής ανάπτυξης της θεωρίας, τη συμπλήρωση των κατηγοριών ως προς ιδιότητες και τις διαστάσεις τους, όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο, την αφαίρεση των στοιχείων που δεν ταιριάζουν με τη θεωρία, και την επικύρωση της θεωρίας μέσα από την αντιπαραβολή της με τα εμπειρικά δεδομένα (Strauss & Corbin, 1998).

Η διαδικασία εύρεσης της κεντρικής κατηγορίας ήταν ένα ιδιαίτερα δύσκολο στάδιο στη διαδικασία της ανάλυσης. Σε όλη τη διάρκεια της ανάλυσης, ιδιαίτερα μετά από τη διαμόρφωση των πρώτων αφαιρετικών κατηγοριών, διαπίστωνα διαδικασίες που φαίνονταν κεντρικές για τους συμμετέχοντες και τις κατέγραφα στα υπομνήματα ως πιθανές υποψήφιες για την κεντρική κατηγορία. Όταν είχε ολοκληρωθεί η αξονική κωδικοποίηση και είχε προκύψει το θεωρητικό μοντέλο με τις τρεις υπερκείμενες κατηγορίες, άρχισα να συγκεντρώνω όλες τις σημειώσεις που αφορούσαν στην κεντρική κατηγορία. Διαπίστωσα ότι οι συχνότερες υποψήφιες κεντρικές κατηγορίες αφορούσαν είτε στην αλλαγή του νοήματος που συνέβαινε στη θεραπεία, ή στην αλλαγή στη σχέση με τον εαυτό. Κατέληξα στην κεντρική κατηγορία που αφορούσε στην αλλαγή του νοήματος επειδή έκρινα ότι ήταν περισσότερο αφαιρετική και μπορούσε να ενσωματώσει την αλλαγή στη σχέση με τον εαυτό. Η κεντρική κατηγορία και η σχέση της με τις τρεις υπερκείμενες κατηγορίες και τις κατηγορίες που τις αποτελούν θα περιγραφεί αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο.

Ταυτόχρονα με την αναζήτηση της κεντρικής κατηγορίας, επιχείρησα να προσδιορίσω κατά πόσο το θεωρητικό μοντέλο που προέκυψε αντιστοιχούσε στις περισσότερες ατομικές περιπτώσεις συμμετεχόντων. Για το σκοπό αυτό δημιούργησα ένα σχεδιάγραμμα που περιείχε τις υπερκείμενες κατηγορίες και τις κατηγορίες που τις συναπαρτίζουν, κάτω από το οποίο προσπάθησα να εντάξω τα δεδομένα από κάθε συμμετέχοντα. Τέλος, για να επιβεβαιώσω τη θεωρία, διεξήγαγα τις δύο τελευταίες συνεντεύξεις, οι οποίες περιείχαν κυρίως ερωτήσεις για τις κατηγορίες και τις σχέσεις τους με τις υποκατηγορίες. Οι συνεντεύξεις αυτές με βοήθησαν να διαπιστώσω ότι δεν αναδεικνύονταν νέες κατηγορίες ή νέες σχέσεις μεταξύ των κατηγοριών και να επιβεβαιώσω το θεωρητικό μοντέλο που είχα διαμορφώσει.

Έλεγχος Ποιότητας της Έρευνας

Η αξιολόγηση της ποιότητας της ερευνητικής διαδικασίας στην ποιοτική έρευνα έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης συζήτησης μεταξύ των ερευνητών (Τσιώλης, 2014). Ενώ στην ποσοτική έρευνα υπάρχουν τα καθιερωμένα κριτήρια της αντικειμενικότητας, της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας τα οποία χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο των ερευνητικών διαδικασιών, στην ποιοτική έρευνα δεν υπάρχει ένα αντίστοιχο, γενικά αποδεκτό, σύνολο κριτηρίων. Αντίθετα, υπάρχει μια πληθώρα απόψεων ως προς το ποια είναι τα καταλληλότερα κριτήρια για την αξιολόγηση της ποιότητας μιας έρευνας. Για παράδειγμα, συζήτηση υπάρχει για το κατά πόσο η ποσοτική και η ποιοτική έρευνα θα έπρεπε να αξιολογούνται με βάση τα ίδια κριτήρια ποιότητας (Spencer & Ritchie, 2012). Από τη μια πλευρά, υπάρχει η άποψη ότι τα κριτήρια της ποσοτικής έρευνας δεν είναι συμβατά με τους διαφορετικούς σκοπούς και το διαφορετικό φιλοσοφικό και επιστημολογικό υπόβαθρο της ποιοτικής έρευνας. Υπάρχουν όμως και ερευνητές που υποστηρίζουν ότι οι έννοιες της εγκυρότητας και αξιοπιστίας μπορούν να μεταφερθούν στην αξιολόγηση των διαδικασιών της ποιοτικής έρευνας, αλλά με διαφορετικούς ορισμούς και τρόπους εφαρμογής (Spencer & Ritchie, 2012). Επιπλέον, το γεγονός ότι η ποιοτική έρευνα αποτελεί ένα ευρύ πεδίο που περιλαμβάνει διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις, οι οποίες στηρίζονται σε διαφορετικές φιλοσοφικές και επιστημολογικές βάσεις, περιπλέκει το ζήτημα ακόμη περισσότερο, καθώς πολλά κριτήρια ποιότητας προκύπτουν από, και είναι περισσότερο συμβατά, με τις διαφορετικές αυτές προσεγγίσεις. Ωστόσο, οι Spencer και Ritchie (2012) υποστηρίζουν ότι είναι δυνατόν να εντοπιστούν ορισμένες καθολικές αρχές, στις οποίες μπορεί να στηριχτεί η έννοια της ποιότητας μιας ποιοτικής έρευνας, και συγκεκριμένα προτείνουν τις έννοιες της

συνεισφοράς της έρευνας στη θεωρία, της *πιστότητας* (credibility) της και της *αυστηρότητας* της διεξαγωγής της. Η Morrow (2005) και οι Williams και Morrow (2009), αναφέρονται στην έννοια της *αξιοπιστίας*¹ ή *εμπιστευσιμότητας* (trustworthiness) ως καθολικής αρχής, ενώ προσδιορίζουν μια σειρά από κριτήρια για την επίτευξή της.

Στον χώρο της έρευνας στην ψυχολογία, τη συμβουλευτική και την ψυχοθεραπεία, αρκετοί ερευνητές έχουν επιχειρήσει να παρουσιάσουν ομάδες απαραίτητων, καθολικών κριτηρίων τα οποία υπερβαίνουν τις συγκεκριμένες μεθοδολογικές και επιστημολογικές προσεγγίσεις και ομαδοποιούν σε ένα πιο αφαιρετικό επίπεδο την ουσία των διαφορετικών κριτηρίων ελέγχου ποιότητας (Elliott, Fischer & Rennie, 1999. Morrow, 2005. Spencer & Ritchie, 2012. Williams & Morrow, 2009). Για την αξιολόγηση της ποιότητας των διαδικασιών της παρούσας έρευνας επέλεξα να χρησιμοποιήσω τα κριτήρια αξιοπιστίας που προτείνουν οι Williams και Morrow (2009). Αναθεωρώντας τα κριτήρια αξιοπιστίας που είχε προτείνει η Morrow το 2005, οι Williams και Morrow (2009) κατέληξαν σε τρεις μείζονες κατηγορίες αξιοπιστίας που κρίνουν απαραίτητες για την αξιολόγηση όλων των ποιοτικών ερευνών, ανεξαρτήτως φιλοσοφικού και επιστημολογικού υπόβαθρου, και συγκεκριμένης μεθοδολογικής προσέγγισης. Τα κριτήρια αυτά είναι η ακεραιότητα των δεδομένων, η ισορροπία ανάμεσα στο νόημα και την ερμηνεία και η σαφής επικοινωνία των ευρημάτων. Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά οι έννοιες αυτές, όπως επίσης και οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν στην παρούσα έρευνα σε σχέση με τα κριτήρια αυτά.

Ακεραιότητα των δεδομένων. Η έννοια της ακεραιότητας των δεδομένων «αναφέρεται στην επάρκεια, καταλληλότητα και φερεγγυότητα (dependability) των δεδομένων» (Williams & Morrow, 2009, σ. 578). Στοιχεία που μπορούν να επιβεβαιώσουν την ακεραιότητα των δεδομένων αποτελούν η χρήση μιας σαφώς διατυπωμένης μεθοδολογικής προσέγγισης, η λεπτομερής αναφορά των διαδικασιών που ακολουθήθηκαν, η παροχή στοιχείων για την ποιότητα και την ποσότητα των δεδομένων, καθώς και η παρουσίαση αποδεικτικών στοιχείων ως προς την ανταπόκριση των ερμηνειών στα δεδομένα. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν όλα τα παραπάνω στοιχεία. Συγκεκριμένα, όπως έχει ήδη αναφερθεί, τόσο για τη

¹ Ο όρος αξιοπιστία χρησιμοποιείται στο παρόν κείμενο για να αποδώσει τον όρο trustworthiness που χρησιμοποιείται στην ποιοτική έρευνα, και δε θα έπρεπε να συγχέεται με τη μετάφραση του όρου reliability που αφορά στην ποσοτική έρευνα.

διαδικασία της συλλογής όσο και ανάλυσης των δεδομένων, επιλέχθηκε η συγκεκριμένη μεθοδολογική προσέγγιση της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας. Όλες οι διαδικασίες συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων συζητήθηκαν αναλυτικά στο παρόν κεφάλαιο, ενώ οι οδηγοί της συνέντευξης καθώς και το έντυπο της ενήμερης συγκατάθεσης παρατίθενται στα παραρτήματα I και II. Η διασφάλιση της ποιότητας και επάρκειας των δεδομένων επιχειρήθηκε μέσω της διαδικασίας της θεωρητικής δειγματοληψίας και του θεωρητικού κορεσμού. Τέλος, για την αξιολόγηση της ανταπόκρισης των ερμηνειών στα εμπειρικά δεδομένα, στο κεφάλαιο των ευρημάτων χρησιμοποιούνται εκτεταμένα αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις, τα οποία επεξηγούν τις θεωρητικές κατηγορίες.

Ισορροπία νοήματος και ερμηνείας. Η ισορροπία ανάμεσα «σε αυτό που λένε οι συμμετέχοντες και στους τρόπους με τους οποίους οι ερευνητές ερμηνεύουν το νόημα των λέξεων» (Williams & Morrow, 2009, σ. 579), είναι ένα βασικό ζήτημα που στηρίζεται τόσο στην υποκειμενικότητα όσο και την αναστοχαστικότητα. Είναι σημαντικό ένας ερευνητής που διεξάγει ποιοτική έρευνα να αναγνωρίζει την αναπόφευκτη υποκειμενικότητα που εμπλέκεται σε κάθε έρευνα, από τον τρόπο που τίθεται το ερευνητικό ερώτημα μέχρι την ερμηνεία των ευρημάτων. Είναι επίσης σημαντικό να προσπαθεί να αναγνωρίζει τι προέρχεται από τον ίδιο και τι προέρχεται από τους συμμετέχοντες και να διαχειρίζεται τις προκαταλήψεις του μέσα από την αναστοχαστικότητα. Υπάρχουν πολλές μέθοδοι για την επίτευξη της ισορροπίας αυτής, που περιλαμβάνουν για παράδειγμα την τοποθέτηση των προκαταλήψεων του ερευνητή «σε παρένθεση» (bracketing), τη χρήση αναστοχαστικού ημερολογίου, την ανατροφοδότηση των συμμετεχόντων σχετικά με την ακρίβεια της αντιπροσώπευσης της εμπειρίας τους, όπως και τη χρήση ερευνητικών ομάδων ή ελεγκτών. Για να επιτύχω την ισορροπία ανάμεσα στο νόημα και την ερμηνεία, χρησιμοποίησα δύο διαδικασίες. Η πρώτη αφορά στη χρήση της αναστοχαστικότητας. Συγκεκριμένα, για το σκοπό αυτό παρέθεσα στην εισαγωγή την υποκειμενική μου οπτική και τις πιθανές αντιλήψεις, υποθέσεις και προκαταλήψεις που μπορεί να επηρέασαν την ερευνητική διαδικασία ή τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξα, ενώ παράλληλα έκανα χρήση του πρώτου προσώπου στη συζήτηση τόσο των μεθοδολογικών επιλογών όσο και των προσωπικών μου ερμηνειών. Επιπλέον, χρησιμοποίησα σε όλη τη διαδικασία της ανάλυσης των δεδομένων αναλυτικά υπομνήματα, στα οποία κατέγραφα τις ιδέες που προέκυπταν από την επεξεργασία των δεδομένων. Η δεύτερη διαδικασία αφορά στη χρήση ελεγκτών σε διάφορα στάδια της αναλυτικής διαδικασίας. Η συγγραφή

υπομνημάτων έχει ήδη συζητηθεί παραπάνω, επομένως στη συνέχεια θα επικεντρωθώ στην αξιοποίηση των ελεγκτών.

Για τη διασφάλιση της συνέπειας της διαδικασίας χρησιμοποίησα μια σειρά διαδικασιών ελέγχου από τρίτους, σε διαφορετικά σημεία της έρευνας. Η πρώτη διαδικασία ελέγχου σχετιζόταν με την ανοικτή κωδικοποίηση των πρώτων συνεντεύξεων. Συγκεκριμένα, ζήτησα από μια συνάδελφο υποψήφια διδάκτορα, να διαβάσει και να κωδικοποιήσει κι εκείνη τις δύο πρώτες συνεντεύξεις. Ο στόχος μου ήταν αφενός να εντοπίσω τυχόν σημεία της συνέντευξης που μπορεί να μου είχαν διαφύγει κατά την κωδικοποίηση και αφετέρου να διαπιστώσω, μέσα από τις ομοιότητες και τις διαφορές, κατά πόσο η κωδικοποίηση μου ήταν κοντά στα δεδομένα. Η συγκεκριμένη διαδικασία ελέγχου ήταν ιδιαίτερα αποδοτική, καθώς οι συζητήσεις με τη συνάδελφο ήταν εκείνες που με βοήθησαν να αναγνωρίσω ότι το πρωτόκολλο της συνέντευξης περιλάμβανε ερωτήματα που δεν παρείχαν δεδομένα σχετικά με το φαινόμενο της ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας. Επίσης, οι συζητήσεις των μεταξύ μας διαφορών στην κωδικοποίηση θεωρώ ότι όξυναν την ικανότητα μου να σκέφτομαι με θεωρητικούς όρους για τα δεδομένα και με βοήθησαν να συγκεκριμενοποιήσω και να διασαφήσω έννοιες που μέχρι εκείνη τη στιγμή μου ήταν αόριστες. Ωστόσο, οι μεταξύ μας διαφορές ήταν πολύ λίγες και αφορούσαν περισσότερο σε διαφορετικά σημεία εστίασης και όχι σε ουσιαστικές διαφορές στην ερμηνεία. Επιπλέον, μέσα από τη συζήτηση καταλήγαμε σε συμφωνία ως προς το νόημα και τους κωδικούς που το απέδιδαν καλύτερα.

Η δεύτερη διαδικασία ελέγχου αφορούσε στον έλεγχο των 28 κατηγοριών που προέκυψαν στο τέλος της ανοικτής κωδικοποίησης από τις 11 πρώτες συνεντεύξεις. Για τη διαδικασία αυτή ζήτησα επίσης τη βοήθεια ενός συναδέλφου υποψήφιου διδάκτορα, ο οποίος είχε ελάχιστες γνώσεις, τόσο σε σχέση με τη μεθοδολογία της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας, όσο και σε σχέση με την ψυχοθεραπεία και την ψυχική ανθεκτικότητα. Έκρινα ότι η αξιολόγηση των κατηγοριών από κάποιον που δεν είχε θεωρητικές γνώσεις, εμπειρία και εξοικείωση με τον χώρο της ψυχοθεραπείας θα έδινε μια διαφορετική, πιο φρέσκια οπτική, και θα με βοηθούσε να εντοπίσω πιθανές προκαταλήψεις που οφείλονται τόσο στη γνώση και εμπειρία μου από τον χώρο της ψυχοθεραπείας γενικά, όσο και από τη συγκεκριμένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση την οποία χρησιμοποιώ ειδικότερα.

Έδωσα στον ελεγκτή να διαβάσει τα αποσπάσματα των συνεντεύξεων που αφορούσαν σε κάθε μία από τις 28 κατηγορίες και του ζήτησα να σημειώσει το όνομα

ή τα ονόματα που έκρινε κατάλληλα για κάθε κατηγορία, μαζί με οποιαδήποτε σχόλια. Στη συνέχεια συζητούσαμε κάθε κατηγορία ξεχωριστά, και τα ονόματα που είχε δώσει ο καθένας. Η ματιά του ελεγκτή, απαλλαγμένη από την καθιερωμένη ορολογία της ψυχοθεραπείας, ήταν ιδιαίτερα διαφωτιστική σε πολλά σημεία. Υπήρχε σημαντική ομοφωνία ως προς την έννοια της κάθε κατηγορίας, η οποία αντικατοπτριζόταν στα κοινά ή παρόμοια ονόματα που είχαμε δώσει τις περισσότερες φορές, αλλά κυρίως στο νόημα των κατηγοριών. Οι συζητήσεις των κατηγοριών με τον ελεγκτή ήταν πολύ βοηθητικές, καθώς σε ορισμένες περιπτώσεις υιοθέτησα δικές του εκφράσεις που έκρινα ότι ήταν καλύτερες για την απόδοση του νοήματος μιας συγκεκριμένης κατηγορίας. Ιδιαίτερα σημαντική ήταν η βοήθεια του ελεγκτή ως προς την αξονική κωδικοποίηση, η οποία συζητήθηκε αναλυτικά στο αντίστοιχο υποκεφάλαιο.

Η τρίτη διαδικασία ελέγχου αφορούσε στον έλεγχο των κατηγοριών και της θεωρίας που προέκυπτε από τον επόπτη της διδακτορικής μου διατριβής, ο οποίος παρακολουθούσε όλα τα στάδια της διαδικασίας κωδικοποίησης. Η δική του συμβολή ήταν ιδιαίτερα καθοριστική, τόσο κατά την αξονική, όσο και κατά την επιλεκτική κωδικοποίηση. Συγκεκριμένα, ο επόπτης καθηγητής εξέτασε τις 28 κατηγορίες που είχαν προκύψει από την ανοικτή κωδικοποίηση καθώς και όλες τις προσπάθειες σύνδεσης των κατηγοριών μεταξύ τους. Στη συνέχεια ανταλλάσαμε απόψεις και ιδέες ως προς τις σχέσεις μεταξύ των κατηγοριών και των υποκατηγοριών τους. Οι συζητήσεις αυτές ήταν ιδιαίτερα βοηθητικές καθώς μέσω των ερωτήσεων και των σχολίων του επόπτη μου διασαφηνίζονταν έννοιες και συνδέσεις μεταξύ των κατηγοριών, και προέκυπταν νέες ιδέες.

Επικοινωνία και εφαρμογή των ευρημάτων. Το τελευταίο κριτήριο των Williams και Morrow (2009) αναφέρεται στη σαφή επικοινωνία των ευρημάτων και στη σημασία τους για την πρακτική, η οποία θεωρείται «απολύτως απαραίτητη» (σ. 580), και σχετίζεται με την έννοια της *κοινωνικής εγκυρότητας* (social validity, Wolf, 1978 όπως αναφέρεται στο Williams & Morrow, 2009). Η κοινωνική εγκυρότητα αφορά στην κοινωνική σπουδαιότητα μιας παρέμβασης και στην αξία που έχει για τα ενδιαφερόμενα μέρη. Σύμφωνα με τις Williams και Morrow (2009), μια ποιοτική έρευνα στην ψυχοθεραπεία θα πρέπει να συνεισφέρει στην ψυχοθεραπευτική πρακτική βελτιώνοντας τις παρεχόμενες υπηρεσίες, βοηθώντας στον διάλογο σημαντικών ζητημάτων, και συμβάλλοντας στην κοινωνική δικαιοσύνη και κοινωνική αλλαγή. Για να επιτευχθεί αυτό το κριτήριο αξιοπιστίας οι Williams και

Morrow (2009) προτείνουν οι ερμηνείες του ερευνητή να είναι εύκολα κατανοητές για τον αναγνώστη και να υποστηρίζονται από αποσπάσματα των συνεντεύξεων με τους συμμετέχοντες. Προτείνουν επίσης ο ερευνητής να αναφέρει τα συγκεκριμένα πλαίσια μέσα στα οποία λαμβάνουν χώρα οι εμπειρίες των συμμετεχόντων. Επιπλέον, ο ερευνητής παροτρύνεται να συζητά τα ευρήματα σε σχέση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία της έρευνας στην ψυχοθεραπεία.

Θεωρώ πως το κριτήριο της επικοινωνίας των ευρημάτων της έρευνας και της κοινωνικής τους εγκυρότητας είναι εξαιρετικά σημαντικό για τον χώρο της συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας. Σε σχέση με το κριτήριο αυτό, εκτός από τη χρήση αποσπασμάτων των συνεντεύξεων που αναφέρθηκε ήδη, στο τελευταίο κεφάλαιο θα συζητηθούν τα ευρήματα της παρούσας έρευνας σε σχέση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, τόσο στον χώρο της ψυχοθεραπείας, όσο και στον χώρο της ψυχικής ανθεκτικότητας. Επιπλέον, στο ίδιο κεφάλαιο θα γίνει εκτεταμένη συζήτηση της συμβολής της έρευνας στην ψυχοθεραπευτική θεωρία, έρευνα και πρακτική.

Δεοντολογία της Έρευνας

Η δεοντολογία μιας έρευνας αφορά σε ολόκληρη την ερευνητική διαδικασία και σχετίζεται τόσο με τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της έρευνας όσο και με τη διάδοση των αποτελεσμάτων. Αυτός είναι και ο λόγος που η δεοντολογία πάντοτε σχετίζεται με την ποιότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας (McLeod, 2003). Τα δεοντολογικά ζητήματα που σχετίζονται με την έρευνα αφορούν σε δύο ευρύτερους τομείς: την ακαδημαϊκή εργασία και τους συμμετέχοντες (Heppner et al., 2008). Τα δεοντολογικά ζητήματα που σχετίζονται με την ακαδημαϊκή εργασία σχετίζονται με την ακρίβεια και αξιοπιστία στον σχεδιασμό και τη διεξαγωγή της έρευνας, με την ακρίβεια και καλή χρήση της αναφοράς των αποτελεσμάτων της έρευνας, καθώς και με την αποφυγή της λογοκλοπής. Στην παρούσα έρευνα προσπάθησα να ακολουθήσω με συνέπεια όλες τις διαδικασίες που διασφαλίζουν τα παραπάνω δεοντολογικά ζητήματα που σχετίζονται με την ακαδημαϊκή εργασία. Στη συνέχεια του υποκεφαλαίου αυτού θα ασχοληθώ κυρίως με τα δεοντολογικά ζητήματα που αφορούν στους συμμετέχοντες της έρευνας.

Τα δεοντολογικά θέματα που προκύπτουν κατά τη διεξαγωγή μιας έρευνας στην ψυχοθεραπεία παρουσιάζουν πολλά κοινά με αυτά που προκύπτουν στη θεραπευτική διαδικασία (McLeod, 2003). Στην καρδιά της ηθικής και δεοντολογίας που διέπει την έρευνα βρίσκεται η προστασία των δικαιωμάτων, της αξιοπρέπειας και

της ευημερίας των συμμετεχόντων (Barker et al., 2002). Είναι σημαντικό ο ερευνητής να θυμάται πάντοτε ότι «οι άνθρωποι είναι σημαντικότεροι από τα δεδομένα» (Barker et al., 2002, σ. 194). Τα σημαντικότερα δεοντολογικά ζητήματα που αφορούν στους συμμετέχοντες σχετίζονται με την ενήμερη συγκατάθεση, την αποφυγή βλάβης, και την προστασία της ιδιωτικής ζωής και του απόρρητου των συμμετεχόντων (Barker et al., 2002). Στη συνέχεια θα παρουσιαστεί ο τρόπος εφαρμογής των δεοντολογικών αρχών σε σχέση με τα ζητήματα αυτά στην παρούσα έρευνα.

Ενήμερη συγκατάθεση. Η ενήμερη συγκατάθεση αφορά στη διαδικασία κατά την οποία ένα άτομο επιλέγει ελεύθερα να συμμετάσχει σε μια έρευνα, αφού έχει πλήρως ενημερωθεί σχετικά με αυτήν (Barker et al., 2002). Ο ερευνητής χρειάζεται να παράσχει στους συμμετέχοντες λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τον σκοπό της έρευνας, τις διαδικασίες που θα ακολουθηθούν, καθώς και οποιαδήποτε άλλη πληροφορία η οποία θα μπορούσε να επηρεάσει την απόφαση του ατόμου να λάβει μέρος στην έρευνα. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό το άτομο να αισθανθεί ότι δεν είναι υποχρεωμένο να λάβει μέρος στην έρευνα και να επιλέξει ελεύθερα αν θα συμμετάσχει ή όχι.

Για να διασφαλιστεί η ελεύθερη και ενημερωμένη συμμετοχή στην παρούσα έρευνα, πριν από την έναρξη της συνέντευξης έδινα στους συμμετέχοντες ένα λεπτομερές έντυπο ενήμερης συγκατάθεσης, το οποίο περιλάμβανε τις βασικές πληροφορίες σχετικά με την έρευνα. Συγκεκριμένα, το έντυπο περιλάμβανε πληροφορίες σχετικά με τον σκοπό της έρευνας και την ερευνητική διαδικασία, τα πιθανά οφέλη και κινδύνους από τη συμμετοχή σε αυτήν, όπως επίσης και τις διαδικασίες που επρόκειτο να ακολουθηθούν για τη διατήρηση του απόρρητου και της ανωνυμίας των συμμετεχόντων. Στο έντυπο αυτό δηλωνόταν ότι η συμμετοχή είναι εθελοντική και ότι το άτομο μπορεί να αρνηθεί να απαντήσει σε κάποιες ερωτήσεις ή να αποσυρθεί από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή. Δίνονταν επίσης τα στοιχεία επικοινωνίας της ερευνήτριας σε περίπτωση που ο συμμετέχων είχε οποιαδήποτε ερώτηση ή απορία σχετικά με την έρευνα.

Αποφυγή βλάβης. Ο ερευνητής έχει την ευθύνη να εντοπίσει και να εξαλείψει όλες τις ερευνητικές διαδικασίες που θα μπορούσαν να προκαλέσουν οποιαδήποτε βλάβη στους συμμετέχοντες της έρευνας του (Heppner et al., 2008). Ωστόσο στην πράξη αυτό πολλές φορές μπορεί να είναι δύσκολο καθώς διαφορετικοί άνθρωποι αντιδρούν διαφορετικά στην ίδια κατάσταση, με αποτέλεσμα μια διαδικασία που για κάποιον είναι ευχάριστη, σε κάποιον άλλο θα μπορούσε να προκαλέσει

συναισθήματα ντροπής, αμηχανίας, ακόμη και ψυχολογικής οδύνης. Ιδιαίτερα σε μια ποιοτική έρευνα στην οποία ο ερευνητής διεξάγει σε βάθος συνεντεύξεις ώστε να λάβει λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τις εμπειρίες των ατόμων, οι συμμετέχοντες μοιράζονται ευαίσθητες πληροφορίες που μπορεί να ανακινήσουν δυσφορία ή άλλα δύσκολα συναισθήματα (McLeod, 2003) ή αναμνήσεις. Ο κίνδυνος αυτός ήταν ιδιαίτερα έντονος στην παρούσα έρευνα, καθώς οι συμμετέχοντες καλούνταν να συζητήσουν για δύσκολες ή τραυματικές εμπειρίες που είχαν βιώσει. Για να ελαχιστοποιήσω τον κίνδυνο αυτό έλαβα μια σειρά από μέτρα. Καταρχάς, όπως ανέφερα παραπάνω, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι θα μπορούσαν να μην απαντήσουν σε κάποια ερώτηση αν δεν το επιθυμούν, όπως και ότι θα μπορούσαν να αποσυρθούν από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή. Επίσης, ήμουν πρόθυμη και έτοιμη να σταματήσω τη διαδικασία της συνέντευξης αν αντιλαμβανόμουν ότι το άτομο αναστατωνόταν κατά τη διάρκεια της. Ήμουν σε επαγρύπνηση για τυχόν ενδείξεις αναστάτωσης ή δυσφορίας, και ήμουν έτοιμη να χρησιμοποιήσω τις ψυχοθεραπευτικές μου δεξιότητες τόσο για να εντοπίσω την παρουσία δυσφορίας όσο και για να διευκολύνω το αίσθημα της ασφάλειας στους συμμετέχοντες και να τους βοηθήσω να αντιμετωπίσουν τα δύσκολα συναισθήματα. Επίσης, φρόντισα οι ερωτήσεις που αφορούσαν στις τραυματικές ή αντίξοες εμπειρίες να βρίσκονται στην αρχή της συνέντευξης, έτσι ώστε η συνέντευξη να ολοκληρώνεται μέσα σε ένα θετικό κλίμα, με τις τελευταίες ερωτήσεις να αφορούν στις θετικές αλλαγές από τη θεραπεία. Στην πράξη φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες είχαν την ικανότητα να διαχειριστούν τα δύσκολα συναισθήματα που ανέκυψαν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, και μάλιστα αυτό αποτελεί και ένδειξη της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής δουλειάς που είχαν κάνει και της αυξημένης ψυχικής ανθεκτικότητας που είχαν αναπτύξει.

Προστασία της ιδιωτικής ζωής και απόρρητο. Η προστασία της ιδιωτικής ζωής «αναφέρεται στο δικαίωμα του ατόμου να μην παρέχει πληροφορίες στον ερευνητή, ενώ το απόρρητο αναφέρεται στο δικαίωμα του ατόμου (και την αντίστοιχη υποχρέωση του ερευνητή) να παρακρατήσει πληροφορίες από τρίτα μέρη» (Barker et al., 2002, σ.193). Η προστασία του απόρρητου θεωρείται βασική υποχρέωση στο επάγγελμα του ψυχολόγου και ψυχοθεραπευτή, ενώ η διατήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων αποτελεί καθιερωμένη πρακτική στην έρευνα στην ψυχοθεραπεία (Heppner et al., 2008). Η προστασία του απόρρητου και της ταυτότητας των συμμετεχόντων είναι βασική για τη δημιουργία αισθήματος

ασφάλειας και εμπιστοσύνης, και μπορεί να διευκολύνει τη συλλογή δεδομένων, αυξάνοντας την πιθανότητα το άτομο να ανοιχτεί περισσότερο και να δώσει εντιμότερες απαντήσεις.

Το απόρρητο στην παρούσα έρευνα διασφαλίστηκε μέσα από τη διατήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων με τη χρήση κωδικών και ψευδώνυμων, τόσο στο κείμενο των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων, όσο και σε κάθε ερευνητική αναφορά. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι σε οποιαδήποτε αναφορά ή δημοσίευση της έρευνας μπορεί να συμπεριληφθούν αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις, αλλά ότι τα στοιχεία που θα μπορούσαν να αποκαλύψουν την ταυτότητα τους ή την ταυτότητα άλλων ατόμων που αναφέρονται από αυτούς, θα τροποποιηθούν ή θα αφαιρεθούν. Ενημερώθηκαν επίσης ότι τα προσωπικά τους στοιχεία δε θα αναφέρονται σε κανένα σημείο της έρευνας και ότι τα αρχεία της έρευνας θα διατηρηθούν σε ιδιωτικό, ασφαλή χώρο. Τα ψηφιακά αρχεία των συνεντεύξεων τηρούνται σε σκληρό δίσκο κλειδωμένα και κωδικοποιημένα, ενώ θα διαγραφούν πέντε χρόνια μετά από το τέλος της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ευρήματα

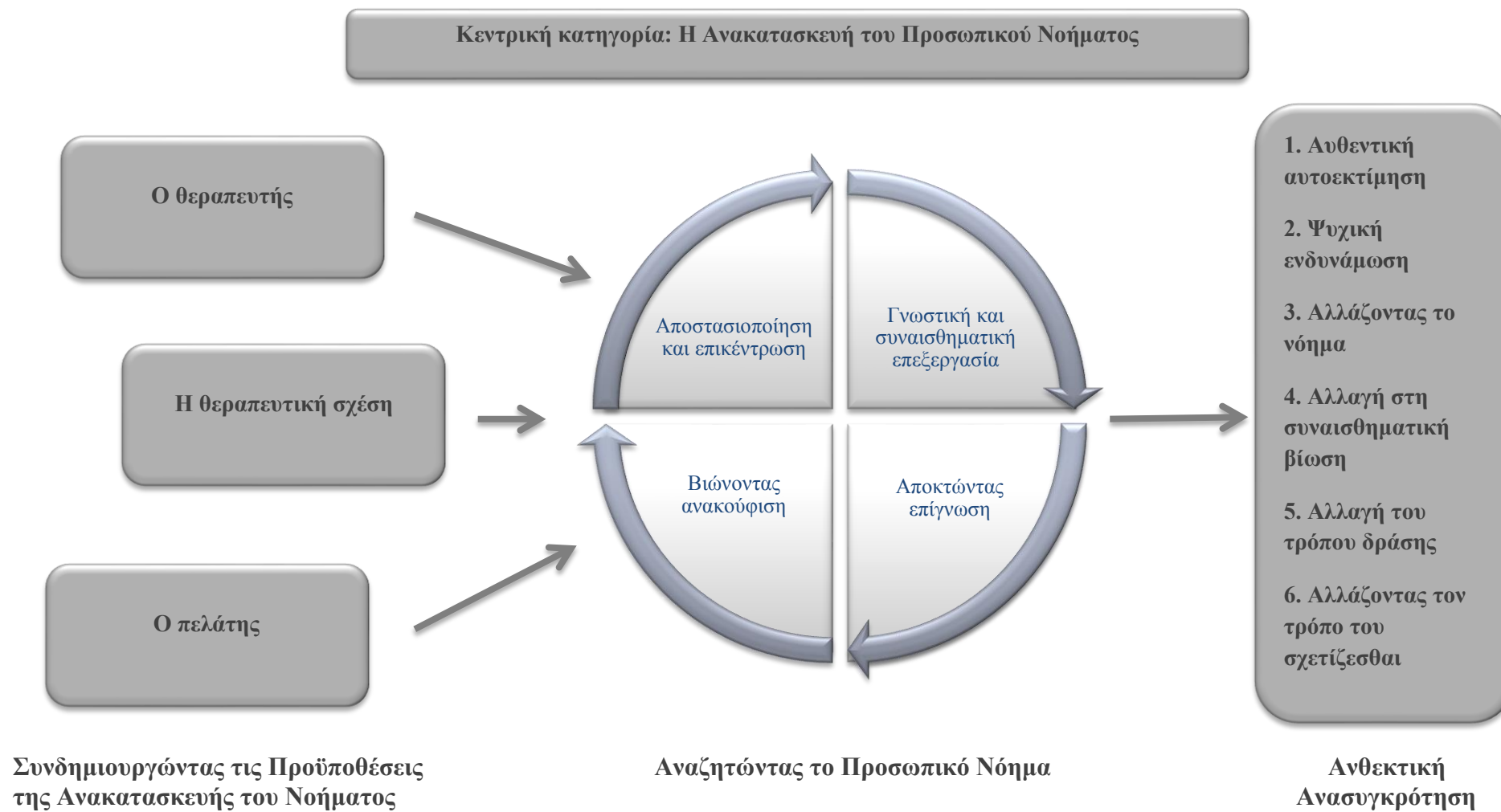
Η ανάλυση του εμπειρικού υλικού ανέδειξε ένα θεωρητικό μοντέλο ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας, το οποίο αποτελείται από μια κεντρική κατηγορία, τρεις υπερκείμενες κατηγορίες, και 13 κατηγορίες που υπάγονται στις υπερκείμενες κατηγορίες, και οι οποίες αναλύονται περαιτέρω σε υποκατηγορίες. Η κεντρική κατηγορία που αναδείχθηκε από την ανάλυση είναι «Η Ανακατασκευή του Προσωπικού Νοήματος». Η πρώτη υπερκείμενη κατηγορία αναφέρεται στις προϋποθέσεις που είναι απαραίτητες για τη διαδικασία ανακατασκευής του νοήματος και αποκαλείται «Συνδημιουργώντας τις Προϋποθέσεις της Ανακατασκευής του Νοήματος». Η δεύτερη υπερκείμενη κατηγορία περιλαμβάνει τις διαδικασίες που εμπλέκονται στην ανακατασκευή του νοήματος και αποκαλείται «Αναζητώντας το Προσωπικό Νόημα». Η τρίτη υπερκείμενη κατηγορία είναι η «Ανθεκτική Ανασυγκρότηση» και αναφέρεται στα αποτελέσματα της διαδικασίας ανακατασκευής του νοήματος. Το μοντέλο απεικονίζεται στο Σχήμα 1.

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστεί αρχικά η κεντρική κατηγορία και η σχέση της με τις τρεις υπερκείμενες κατηγορίες. Στη συνέχεια θα αναπτυχθούν αναλυτικά οι τρεις υπερκείμενες κατηγορίες, οι κατηγορίες που υπάγονται κάτω από αυτές και οι υποκατηγορίες τους. Σε κάθε περιγραφή παρατίθενται αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις των συμμετεχόντων τα οποία έχουν ως στόχο να υποστηρίξουν, να διευκρινίσουν και να επεξηγήσουν τις έννοιες που παρουσιάζονται. Τα ονόματα των συμμετεχόντων που αναφέρονται στις περιγραφές των κατηγοριών είναι ψευδώνυμα, ενώ έχει τροποποιηθεί ή αφαιρεθεί κάθε πληροφορία που θα μπορούσε να προδώσει την ταυτότητα τους.

Η Ανακατασκευή του Προσωπικού Νοήματος

Σε μια εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία η κεντρική κατηγορία είναι εκείνη που συνδέει τις υπόλοιπες κατηγορίες και τις ενοποιεί κάτω από ένα θεωρητικό πλαίσιο. Η ανάλυση των συνεντεύξεων των συμμετεχόντων ανέδειξε την «Ανακατασκευή του Προσωπικού Νοήματος» ως την κεντρική κατηγορία του θεωρητικού μοντέλου ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας. Η έννοια αυτή εξηγεί τη βασική διαδικασία μέσα από την οποία η ψυχοθεραπεία βοήθησε τους συμμετέχοντες να ενισχύσουν την ψυχική τους ανθεκτικότητα, και αναφέρεται στην

Σχήμα 1. Το Μοντέλο Ενίσχυσης της Ψυχικής Ανθεκτικότητας Μέσω της Ψυχοθεραπείας



αλλαγή του τρόπου με τον οποίο οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται και νοηματοδοτούν τον εαυτό τους, τις εμπειρίες τους, και τη ζωή. Η αλλαγή του νοήματος είναι μια διαδικασία που έχει τόσο γνωστικές, όσο και συναισθηματικές διαστάσεις, και σχετίζεται με διάφορες πλευρές του εαυτού και της ζωής των πελατών. Ταυτόχρονα, ενώ μπορεί να συντελείται με διαφορετικούς τρόπους και να αφορά σε διαφορετικές πλευρές για κάθε άτομο, η διαδικασία αυτή είναι κοινή για όλους. Κοινές είναι επίσης οι προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες λαμβάνει χώρα, οι διαδικασίες που συνεπάγεται, καθώς και τα αποτελέσματά της για τους πελάτες.

Η πρώτη υπερκείμενη κατηγορία του θεωρητικού μοντέλου αναφέρεται στις προϋποθέσεις που είναι απαραίτητες ώστε να προχωρήσει ο πελάτης στην ανακατασκευή του νοήματος. Η κατηγορία αυτή αναδεικνύει τον ρόλο που παίζει ο θεραπευτής, η θεραπευτική σχέση και ο ίδιος ο πελάτης στην αλλαγή που επιτυγχάνεται μέσα από την ψυχοθεραπεία. Οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν πως τα ατομικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή και η επαγγελματική του ικανότητα, ορισμένες ποιότητες της στάσης του όπως η αποδοχή και η κατανόηση, όπως και οι παρεμβάσεις του, έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην αίσθηση ασφάλειας και εμπιστοσύνης που βίωσαν και στην αλλαγή του τρόπου με τον οποίον αντιλαμβάνονταν τον εαυτό τους, τις εμπειρίες τους και τη ζωή. Οι συμμετέχοντες βίωσαν τη θεραπευτική σχέση ως μια σημαντική, πολύτιμη και αληθινή σχέση. Αισθάνονταν επίσης ότι υπήρχε συμβατότητα και χημεία ανάμεσα στους ίδιους και στον θεραπευτή τους. Η σταθερότητα και η μεγάλη διάρκεια του θεραπευτικού πλαισίου, η ύπαρξη ορίων και η ανθεκτικότητα της θεραπευτικής σχέσης στις εντάσεις και στον χρόνο, αποτελούν επίσης χαρακτηριστικά της σχέσης που θεωρούνται σημαντικά για την αλλαγή. Οι πελάτες αναγνώρισαν και τη σημαντικότητα της δικής τους συμμετοχής στη θεραπευτική διαδικασία, η οποία εκφραζόταν μέσα από την κινητοποίηση τους να παραμείνουν στη θεραπεία, μέσα από την ετοιμότητα τους να επεξεργαστούν δύσκολα ζητήματα, μέσα από το θάρρος τους να δείξουν εμπιστοσύνη και να ανοιχτούν, αλλά και μέσα από την προσωπική δουλειά που καταβάλλουν, εντός και εκτός της θεραπευτικής συνεδρίας.

Οι παράγοντες του θεραπευτή, του πελάτη και της θεραπευτικής σχέσης συνδιαμορφώνουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνουν χώρα οι διεργασίες ανακατασκευής του νοήματος. Μέσα στο ασφαλές θεραπευτικό πλαίσιο που έχει δημιουργηθεί, ο πελάτης αρχίζει να λαμβάνει απόσταση από τις δύσκολες εμπειρίες και τα οδυνηρά συναισθήματα και να τα παρατηρεί με μεγαλύτερη ψυχραιμία.

Ταυτόχρονα, αρχίζει να κατανοεί το νόημα που είχαν για τον ίδιο οι τραυματικές εμπειρίες, και να επαναβιώνει με ασφάλεια τα οδυνηρά συναισθήματα που σχετίζονταν με τις εμπειρίες αυτές. Οι διαδικασίες αυτές οδηγούν τον πελάτη σε μια μεγαλύτερη επίγνωση του εαυτού του, των εμπειριών που τον έχουν διαμορφώσει, των συναισθημάτων του, και των συμπεριφορών του. Ταυτόχρονα, αρχίζει να αντιλαμβάνεται με σαφήνεια τις λύσεις στα προβλήματα του αλλά και να αποκτά μεγαλύτερη επίγνωση των άλλων, και των συμπεριφορών ή των τρόπων που λειτουργούν. Όλες αυτές οι διεργασίες διευκολύνονται, αλλά και διευκολύνουν τη μείωση της έντασης των οδυνηρών συναισθημάτων και την ανακούφιση που λαμβάνει χώρα μέσα στην ψυχοθεραπεία.

Οι διεργασίες αυτές έχουν σαν αποτέλεσμα την «ανθεκτική ανασυγκρότηση», δηλαδή την αλλαγή στη νοηματοδότηση και τις επιπτώσεις της. Σε ένα πρώτο επίπεδο αλλάζει ο τρόπος με τον οποίο οι πελάτες αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους. Μέσα από την ψυχοθεραπεία οι πελάτες γνωρίζουν τον εαυτό τους και αρχίζουν να τον αντιλαμβάνονται με θετικότερο τρόπο, να τον εκτιμούν και να βιώνουν θετικά συναισθήματα για αυτόν. Αισθάνονται επίσης ότι εξελίσσονται σαν άτομα και ότι οδηγούνται προς την πραγμάτωση των δυνατοτήτων τους. Σε ένα δεύτερο επίπεδο αλλάζει ο τρόπος με τον οποίο οι πελάτες νοηματοδοτούν την ικανότητα τους να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και ενδυναμώνονται ψυχικά. Οι πελάτες μέσα από την ψυχοθεραπεία αρχίζουν να αναγνωρίζουν, τόσο τη δική τους ευθύνη στις καταστάσεις, όσο και τις ευθύνες των άλλων. Η αναγνώριση αυτή συνοδεύει και διευκολύνει ένα νέο αίσθημα δύναμης που βιώνουν, μια αυξημένη αυτοπεποίθηση και εμπιστοσύνη, και μια μεγαλύτερη ικανότητα να ελέγχουν τον εαυτό, τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις αντιδράσεις τους. Ενισχύονται επίσης να αξιολογούν τι είναι σημαντικό για τους ίδιους και να ακούν την εσωτερική τους φωνή στις επιλογές που κάνουν. Μια ακόμη διάσταση της αλλαγής στη νοηματοδότηση αναφέρεται στον τρόπο που οι πελάτες αντιλαμβάνονται τη ζωή, τις εμπειρίες τους, αλλά και το μέλλον. Συγκεκριμένα, οι πελάτες αποκτούν μια θετικότερη ματιά απέναντι στη ζωή, αναγνωρίζουν τα θετικά και τα οφέλη των τραυματικών εμπειριών που βίωσαν, και βιώνουν μεγαλύτερη αποδοχή για τον εαυτό τους, τις εμπειρίες τους, τη ζωή και τους άλλους.

Ο διαφορετικός τρόπος με τον οποίο οι πελάτες αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους, τις εμπειρίες τους και τη ζωή, έχει σαν αποτέλεσμα την αλλαγή τόσο του είδους των συναισθημάτων που βιώνουν όσο και του τρόπου με τον οποίο τα βιώνουν. Τα

έντονα και οδυνηρά συναισθήματα που έφεραν στην ψυχοθεραπεία κατευνάζονται, βιώνουν περισσότερα θετικά συναισθήματα και καλύτερη διάθεση, ενώ ενισχύεται η ικανότητα τους να αποδέχονται και να αντέχουν τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν στο παρόν τους. Επιπλέον, η αλλαγή στη νοηματοδότηση έχει σαν αποτέλεσμα να αλλάζει και ο τρόπος με τον οποίο δρουν οι πελάτες. Μια αλλαγή είναι ότι μαθαίνουν να προστατεύουν περισσότερο τον εαυτό τους και να βάζουν όρια στις σχέσεις τους με τους άλλους. Αποκτούν επίσης πιο ενεργητικούς και ευέλικτους τρόπους να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες, ενώ αισθάνονται ότι διαχειρίζονται καλύτερα και την καθημερινότητα τους. Τέλος, η ανακατασκευή του νοήματος, οδηγεί και σε αλλαγή του τρόπου που οι πελάτες σχετίζονται με τους άλλους, κάτι που οδηγεί και σε αλλαγή των σχέσεων τους. Μερικές από τις αλλαγές αυτές είναι ότι γίνονται αυθεντικότεροι και πιο ειλικρινείς, εκφράζουν περισσότερο τα συναισθήματα αλλά και τις ανάγκες τους, γίνονται λιγότερο αυστηροί και επικριτικοί προς τους άλλους και γενικά μαθαίνουν να δημιουργούν καλύτερες σχέσεις.

Στις επόμενες ενότητες θα γίνει αναλυτική παρουσίαση των κατηγοριών του θεωρητικού μοντέλου ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας.

Συνδημιουργώντας τις Προϋποθέσεις της Ανακατασκευής του Νοήματος

Η πρώτη υπερκείμενη κατηγορία που αναδείχθηκε από την ανάλυση των συνεντεύξεων αναφέρεται στις συνθήκες που ήταν απαραίτητες ώστε να εμπλακούν οι συμμετέχοντες στις διεργασίες της ανακατασκευής του νοήματος και να οδηγηθούν στα θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα και στην ενίσχυση της ψυχικής τους ανθεκτικότητας. Οι συμμετέχοντες, όταν ρωτήθηκαν που αποδίδουν τις αλλαγές που επιτεύχθηκαν μέσα από την ψυχοθεραπεία, αναγνώρισαν τρεις παράγοντες: τον θεραπευτή, τη θεραπευτική σχέση και τον ίδιο τον εαυτό τους.

Ο θεραπευτής. Αυθόρμητα οι πελάτες μίλησαν με θαυμασμό και ζεστασιά για τον θεραπευτή τους και ανέφεραν πως ο ρόλος του στις θετικές αλλαγές που βίωσαν μέσα στη θεραπεία ήταν καθοριστικός. Η ομαδοποίηση των αφηγήσεων που αφορούσαν στον θεραπευτή και στον ρόλο του κατέληξε σε τρεις διακριτές υποκατηγορίες: (α) το πρόσωπο του θεραπευτή, (β) τη στάση του θεραπευτή και (γ) τις παρεμβάσεις του θεραπευτή.

Το πρόσωπο του θεραπευτή. Η υποκατηγορία αυτή περιλαμβάνει τα ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή που οι συμμετέχοντες εκτιμούν και θεωρούν ότι έπαιξαν σημαντικό βοηθητικό ρόλο στη θεραπευτική διαδικασία.

Χαρακτηριστικά όπως η εντιμότητα, η σιγουριά και η ζεστασιά θεωρούνται βασικά και βοηθούν τους πελάτες, αρχικά να παραμείνουν στη θεραπεία, αλλά και να αισθανθούν εμπιστοσύνη και ασφάλεια ώστε να εμπλακούν στη θεραπευτική διαδικασία. Τα βοηθητικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή που αναφέρονται από τους συμμετέχοντες παρόλο που μπορεί να είναι σε κάποιες περιπτώσεις κοινά, ταυτόχρονα παρουσιάζουν διαφορές για τον κάθε πελάτη. Η διαφορετικότητα αυτή αντικατοπτρίζει τόσο τις διαφορετικές προσωπικότητες, όσο και τις διαφορετικές ανάγκες των πελατών. Δείχνει επίσης ότι το πιο σημαντικό είναι να υπάρχει συμβατότητα ανάμεσα στις ανάγκες του πελάτη και τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή.

Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό που αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες είναι η δύναμη και η σιγουριά που δείχνει ο θεραπευτής. Για παράδειγμα, η Βασιλική λέει για τη θεραπεύτριά της:

...ήταν κι εκείνη σίγουρη ρε παιδί μου, ήταν ένας άνθρωπος σίγουρος. Και στο ρόλο της ήταν σίγουρη, και σαν άνθρωπος είναι σίγουρος. Δηλαδή δεν είχα έναν άνθρωπο που φοβόταν τα πατήματά του. Και μου ‘κανε πολύ καλό αυτό. Είχα μια γυναίκα απέναντί μου, η οποία στεκότανε βρε παιδί μου. Μ’όλα της τα γλυκά, αλλά στεκότανε κιόλας. Δηλαδή δουλεύανε όλες οι συνθήκες, έτσι; Αλλά με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ανθρώπου που για μένα ήταν πολύ βοηθητικά.

Μαζί όμως με τη δύναμη, αρκετοί συμμετέχοντες θεωρούν ότι είναι απαραίτητες η ζεστασιά και η γλυκύτητα, η ταπεινότητα και η ανθρωπιά του θεραπευτή. Για τον Ιάσονα για παράδειγμα, ο δυναμισμός της θεραπεύτριάς του ήταν στην αρχή ένα αρνητικό χαρακτηριστικό επειδή δε συνοδευόταν από την αντίστοιχη ζεστασιά και γλυκύτητα, αλλά έπαιρνε τη μορφή κόντρας και ανταγωνισμού. Παρόλα αυτά, στο τέλος της θεραπείας του αναγνωρίζει τη συμβολή της και το πόσο την εμπιστεύεται πλέον. Η Θεοδοσία δίνει μια περιγραφή των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του θεραπευτή που θεωρεί σημαντικά για τη θεραπεία:

Εννοώ αυτό, να είναι ένας άνθρωπος ζεστός, φιλικός, χαμογελαστός, να υπάρχει επικοινωνία, να μην έχεις να κάνεις ας πούμε με ένα ξυλάγγουρο, με έναν άνθρωπο που δε χαμογελάει, δεν αισθάνεται τίποτα, δε γελάει, δεν κλαίει μαζί σου. Δηλαδή είναι πολύ ιδιαίτερη δουλειά ο θεραπευτής. Δεν είναι μηχανικός, δεν είναι ηλεκτρολόγος. Πρώτα είναι η προσωπικότητα. Είναι ένας άνθρωπος να έχει ευαισθησίες, να έχει ψυχή, να έχει καρδιά, να έχει

χαμόγελο, να νιώθει, να νιώθεις ότι νιώθει, να σου το δίνει πίσω ότι νιώθει.

Αυτό είναι το νούμερο ένα.

Παρακάτω, η Θεοδοσία εξηγεί πόσο σημαντικά είναι αυτά τα χαρακτηριστικά ώστε να μπορέσει ο πελάτης να μιλήσει ανοιχτά στον θεραπευτή, χωρίς να φοβάται ότι θα τον κρίνει. Τα χαρακτηριστικά αυτά αποτελούν, επομένως, βασικό παράγοντα που συντελεί στη δημιουργία μιας καλής θεραπευτικής σχέσης. Εξηγεί επιπλέον πόσο σημαντική είναι και η ταπεινότητα του θεραπευτή, το να μην υιοθετεί έναν ρόλο αυθεντίας, ώστε να μην αισθάνονται άβολα άτομα που μπορεί να ανήκουν σε διαφορετικές ή ευάλωτες κοινωνικές ομάδες:

Μπορείς να έχεις να κάνεις με έναν άνθρωπο που περνάει δύσκολα, να έχει πένθος, μπορεί να έχεις να κάνεις με έναν άνθρωπο που είναι σε μια ευάλωτη κοινωνική ομάδα, να είναι ένας τσιγγάνος, ένας αποφυλακισμένος. Αν τον κοιτάς εσύ σα να είσαι ο ποιος να σου πω, ας πούμε ο Δρ. Τάδε. Θα πας στο επίπεδο του ανθρώπου. Θα πας μαζί του. Αν ο άλλος δεν το πάρει αυτό, αν αισθανθεί την παραμικρή κριτική, δεν υπάρχει σχέση. Αν τον θεωρείς κάτι διαφορετικό από σένα, δεν υπάρχει σχέση. Αν θεωρείς ότι είναι μια άλλη ράτσα ή κάτι κατώτερο, δεν υπάρχει σχέση.

Πέρα από τα προσωπικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή, εμπιστοσύνη σε αυτόν και στη διαδικασία δημιουργεί η αίσθηση της επαγγελματικής του ικανότητας. Οι συμμετέχοντες δεν αναφέρουν συγκεκριμένα επαγγελματικά χαρακτηριστικά, αλλά εστιάζουν στην αίσθηση που τους δημιουργείται ότι ο θεραπευτής «ξέρει» και ότι έχει «την ικανότητα να με μάθει να δουλεύω και να ψάχνω τον εαυτό μου» (Στέλιος). Ο Νικηφόρος εστιάζει κυρίως στην ευφυΐα της θεραπεύτριας του αλλά και στην ικανότητα της να συνδυάζει τις γνώσεις με την ευφυΐα της ώστε να μπορέσει να τον κατανοήσει:

Και επειδή η μεγάλη πλειοψηφία των ανθρώπων, και των ψυχολόγων και των ψυχιάτρων δε μπορούν να κάνουν αυτή τη δουλειά, θεωρώ ότι θα...δε θα μπορούσα να συνεχίσω, γιατί η [όνομα θεραπεύτριας] έπιανε πράγματα και με εντυπωσίαζε και συνέχισα, γιατί έπιανε πράγματα στον αέρα από την ευφυΐα της και από την... και τις γνώσεις της βέβαια, αλλά μπορούσε όλα αυτά να τα συνδυάσει.

Η στάση του θεραπευτή. Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που συμβάλλει στη θεραπευτική αλλαγή, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, είναι η στάση του θεραπευτή απέναντί τους, δηλαδή ο τρόπος που τους αντιμετωπίζει και τους

συμπεριφέρεται. Οι συμμετέχοντες αισθάνονται ότι ο θεραπευτής τους αντιμετωπίζει με έναν ιδιαίτερα θετικό τρόπο, ο οποίος εμπεριέχει βαθύ σεβασμό και αποδοχή. Αισθάνονται επίσης ότι τους νοιάζεται, ότι τους ακούει προσεκτικά χωρίς να τους κρίνει ή να δίνει συμβουλές, ενώ ταυτόχρονα τους υποστηρίζει και τους ενθαρρύνει να κάνουν αλλαγές στη ζωή τους, δείχνοντας πίστη και εμπιστοσύνη στις ικανότητες τους. Οι ποιότητες αυτές δίνουν στους συμμετέχοντες την αίσθηση ότι ο θεραπευτής τους, τους αγαπάει και ότι είναι ξεχωριστοί γι' αυτόν. Ο τρόπος που αντιμετωπίζει ο θεραπευτής τον πελάτη εμπνέει συναισθήματα ασφάλειας και εμπιστοσύνης και βοηθά να δημιουργηθεί μια βαθιά συναισθηματική επαφή μεταξύ τους. Ταυτόχρονα, βοηθά τον πελάτη να μάθει να αντιμετωπίζει και να συμπεριφέρεται στον εαυτό του με τον ίδιο θετικό τρόπο. Οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν συγκεκριμένα σε ορισμένες βασικές ιδιότητες της στάσης του θεραπευτή οι οποίες περιγράφονται στη συνέχεια.

Αποδοχή. Η αποδοχή του πελάτη από τον θεραπευτή αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες ως ένα από τα σημαντικότερα βοηθητικά χαρακτηριστικά. Σε ένα πρώτο επίπεδο, οι πελάτες έκριναν ότι η αποδοχή ήταν πάρα πολύ σημαντική για την οικοδόμηση και την ενδυνάμωση της θεραπευτικής σχέσης. Τόσο για τη Ζωή, όσο και για την Ιωάννα, για παράδειγμα, η αποδοχή του θεραπευτή τους, η οποία συνοδευόταν και από την αίσθηση ότι τις σέβεται και τις αγαπά, τους δημιούργησε αισθήματα εμπιστοσύνης και ασφάλειας, και έφερε δέσιμο και οικειότητα στη θεραπευτική σχέση. Ειδικά η Ιωάννα, θεωρεί πως η αποδοχή ήταν καθοριστική στο ότι κατάφερε να είναι ειλικρινής και να μιλήσει στη θεραπεύτρια της ανοιχτά για όλα όσα την απασχολούν και να της αποκαλύψει πλευρές της που τη δυσκολεύουν:

Α – Υπήρχαν κι άλλα πράγματα που το διευκόλυναν, αισθάνεσαι;

Ι – Που να διευκόλυναν ας πούμε το να είμαι εγώ πιο ειλικρινής; Δεν ξέρω.

Δηλαδή νομίζω ότι αυτό τα περιλαμβάνει όλα. Γιατί η αίσθηση της ασφάλειας είναι μέσα σ' αυτό. Μέσα στην αποδοχή. Η αίσθηση ας πούμε της οικειότητας είναι πάλι μέσα σ' αυτό. Δε θα το 'λεγα με κάτι άλλο...

Η αποδοχή, επίσης, λειτουργεί πολύ ανακουφιστικά, απενοχοποιητικά και απελευθερωτικά επειδή οι συμμετέχοντες αισθάνονται ότι υπάρχει κάποιος που δεν τους κρίνει και που αντιμετωπίζει και μεκλύτερο και τρυφερότερο τρόπο τους ίδιους, τα συναισθήματά τους, ή τις επιλογές τους. Και αυτό, όπως λέει και ο Ιάσοντας παρακάτω, είναι θεραπευτικό από μόνο του:

Και ξεκινάω λοιπόν και λέω κάτι στην [όνομα θεραπεύτριας] για τη μητέρα μου και είμαι έτσι... και μου λέει «Απ' ότι καταλαβαίνω πρέπει να έχεις πολύ

σημαντικό λόγο για να 'σαι τόσο θυμωμένος». Και ήτανε λες και μου πήρανε όλα τα βάρη, νομίζω ότι ήτανε από μόνο του θεραπευτικό όλο αυτό το πράγμα, το ότι αποδέχτηκε ότι [...] Κι αυτό νομίζω ότι ήτανε ένα σημείο καμπής, δεν ήξερα τότε τι είναι αποδοχή τι δεν είναι αποδοχή, αλλά ήτανε πάρα πολύ ανακουφιστικό.

Μια ακόμη σημαντική επίδραση της αποδοχής του θεραπευτή, είναι ότι λειτουργεί καταλυτικά στο να μπορέσει ο πελάτης να αποδεχτεί και ο ίδιος τον εαυτό του και να ανακτήσει την εμπιστοσύνη του στον εαυτό του και τους άλλους. Αυτό είναι πολύ χαρακτηριστικό στην περίπτωση της Αγάπης, η οποία είχε αποδυναμωθεί από τις δυσκολίες που είχε περάσει, είχε χάσει την ελπίδα και το νόημα, και αισθανόταν πως δε μπορούσε να συνεχίσει στη ζωή της. Η αποδοχή που της έδειξε ο θεραπευτής τη βοήθησε να ξαναβρεί την ελπίδα, να αποδεχτεί τον εαυτό της και να προχωρήσει στη ζωή της:

Κατά συνέπεια ο ψυχοθεραπευτής τι έκανε; Με αποδέχτηκε ακριβώς όπως ήμουν, την ακριβώς κακιά στιγμή της ζωής μου, αυτό το πράγμα που είχα καταντήσει τέλος πάντων, κι ακόμα ακόμα με αποδέχτηκε μ' αυτό, έτσι όπως ήμουν. Και μου έδειξε ότι, ότι... μου έδειξε ότι μπορώ να αναγνωρίσω και πάλι τον εαυτό μου. Μου έδειξε ότι μπορώ να αγαπήσω και πάλι τον εαυτό μου και τους άλλους ανθρώπους και να ανακτήσω την εμπιστοσύνη μου σε μένα και σε κείνους. Και να προχωρήσω στη ζωή μου.

Ενσυναισθητική κατανόηση. Η ενσυναισθητική κατανόηση αποτελεί άλλη μια σημαντική ιδιότητα της στάσης του θεραπευτή που αναδείχθηκε από τις αφηγήσεις. Εκτός από μια συμμετέχουσα, η οποία εκπαιδευόταν στην ψυχοθεραπεία και γνώριζε την έννοια της ενσυναίσθησης, οι υπόλοιποι συμμετέχοντες δε χρησιμοποίησαν αυτή τη λέξη, οι αφηγήσεις τους όμως παραπέμπουν ακριβώς σε αυτήν. Οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στην αίσθηση τους ότι ο θεραπευτής είναι κάποιος που τους ακούει προσεκτικά και καταλαβαίνει απόλυτα την προσωπική τους εμπειρία, όπως τη βιώνουν οι ίδιοι. Για παράδειγμα, η Ηλέκτρα αναφέρει ότι αισθανόταν πολύ βοηθητικό το γεγονός ότι μεταφέρει «κάτι σε έναν άνθρωπο ο οποίος το καταλαβαίνει 100%». Και η Ιωάννα αναφέρει πως ένιωθε ότι η θεραπεύτρια της την καταλαβαίνει βιωματικά, παρόλο που δε γνώριζε αν είχε ζήσει αντίστοιχες καταστάσεις: «Και με μια αίσθηση ότι, μια αίσθηση εμπιστοσύνης ότι το μοιράζομαι αυτό με κάποιον που καταλαβαίνει. Που δεν ξέρω κι αν είχε ποτέ τέτοια ανάλογα βιώματα, δεν ξέρω 'γω τι, αλλά με κάποιο τρόπο με καταλαβαίνει».

Μια βασική διάσταση της ενσυναισθητικής κατανόησης, είναι η αίσθηση ότι ο θεραπευτής δίνει όλη του την προσοχή στον πελάτη και τον ακούει προσεκτικά. Το αίσθημα αυτό είναι πρωτόγνωρο για την Ηλέκτρα, καθώς δεν το έχει βιώσει ποτέ από κανένα άτομο του περιβάλλοντος της. Αισθάνεται ότι η κατανόηση της θεραπεύτριας της, της δημιουργεί ιδιαίτερα συναισθήματα ασφάλειας, δεσίματος και οικειότητας:

Ένιωθα τρομερή ασφάλεια. Ότι με ακούει, ότι..., αυτό και μόνο δηλαδή ήταν αρκετό. Δε χρειαζόμουν κάτι άλλο, δεν περίμενα ν' ακούσω κάτι, κάποια συμβουλή, και μόνο που υπήρχε κάποιος εκεί να ακούσει, ήταν αυτό που χρειαζόμουν. Δεν το είχα αυτό το κομμάτι από κανέναν. Ούτε από την οικογένεια, ούτε από τους φίλους, ήταν διαφορετικό.

Κάτι αντίστοιχο ισχύει και για τη Θεοδοσία, η οποία αναφέρει πως η πιο κυρίαρχη ανάμνηση από τη θεραπεία της ήταν ότι η θεραπεύτρια της έκλαιγε μαζί της.

Αφηγείται πως την έκανε να αισθάνεται το γεγονός αυτό: «Ε, εντάξει, ήταν πολύ, αισθανόμουν ότι κάποιος άνθρωπος με καταλαβαίνει, ήταν πολύ, έτσι με έφερε κοντά της ας πούμε».

Η Ηλέκτρα αναφέρει μια ακόμη διάσταση της ενσυναισθητικής κατανόησης, την αναγνώριση της σημασίας που έχει μια εμπειρία για τον πελάτη. Αφηγείται πως η διάσταση αυτή της ενσυναισθητικής κατανόησης τη βοηθούσε να ανακουφιστεί συναισθηματικά και να αντιληφθεί διαφορετικά τον εαυτό της, ως δυνατότερο, αφού είχε αντιμετωπίσει αυτή τη δύσκολη εμπειρία:

Ας πούμε το να ακούω να μου λέει ότι «βέβαια αυτό το οποίο μου περιγράφεις είναι πάρα πολύ σκληρό». Εγώ εκείνη τη στιγμή ένιωθα ανακούφιση. Ότι κάποιος μου είπε ότι αυτό το οποίο έφερα ήταν σκληρό και δύσκολο. Και αυτόματα έπαιρνα δύναμη γιατί το είχα αντιμετωπίσει εγώ. Όταν είχα πάει στη θεραπεία είχε προηγηθεί. Είχε αντιμετωπιστεί, με όποιον τρόπο. Είχα πάει εκεί σε καλή κατάσταση, άρα το ότι μου το αναγνώριζε ήταν σημαντικό. Αυτό ήταν τεχνική, η ενσυναίσθηση. Το να κάνει ένα σχόλιο, ότι «να, βεβαίως, είναι πολύ δύσκολο» ή «απορώ πως τα κατάφερες».

Όπως και η αποδοχή, η ενσυναισθητική κατανόηση του θεραπευτή είναι πολύ βοηθητική ώστε να μπορέσει ο πελάτης να αντιμετωπίσει τους φόβους και τις ανησυχίες του, να καταφέρει να παραμείνει στη σχέση, και να ανοιχτεί όλο και περισσότερο. Αυτό φαίνεται με σαφήνεια στα λόγια της Ιωάννας:

Το πρωταρχικό, στην αρχή-αρχή, γιατί αμέσως ένιωσα ότι εδώ έχω έναν άνθρωπο που με καταλαβαίνει. Που δεν ξέρω πως, πάντως με καταλαβαίνει.

Κάτι, κάτι, αυτό μου έβγαινε πολύ καθαρά. Οπότε το εμπιστεύτηκα αυτό αρκετά στην αρχή, παρά τις ανησυχίες μου ας πούμε και παρά τους φόβους μου και όλα αυτά, έλεγα, τόσο καθαρό που είναι αυτό το πράγμα! Δε μπορείς να μην το δεις! Και είπα ότι αφού είναι έτσι, άσε να δούμε, τι θα πει αυτή η γυναίκα ρε παιδί μου, τι έχει να σου πει. Και προχώραγε...

Μη κατευθυντικότητα. Μια ακόμη ιδιότητα της στάσης του θεραπευτή αφορά στη μη κατεύθυνση του πελάτη. Η μη κατευθυντικότητα του θεραπευτή έχει σαν βάση την προσεκτική του ακρόαση, παίρνει όμως διαφορετικές μορφές για τους συμμετέχοντες. Για παράδειγμα, η Αγάπη εστιάζει τη μη κατευθυντικότητα του θεραπευτή της στο γεγονός ότι δεν της έδινε συμβουλές ως προς το τι να κάνει, αλλά την άκουγε προσεκτικά, και αυτό τη βοηθούσε να προχωρήσει παρακάτω και να εντοπίζει μόνη τις λύσεις στα προβλήματά της:

Ακριβώς. Χωρίς να είναι καθόλου κατευθυντικό όλο αυτό. Ποτέ δεν ήταν. Ποτέ δεν είχα μια κατεύθυνση, με αυτή την έννοια, «κάνε αυτό ή κάνε εκείνο». Ναι, όχι, τέτοιου είδους κατεύθυνση δηλαδή, το τι θα κάνεις, το ‘βρισκα μόνη μου [...] Ήταν εκεί και άκουγε όλο αυτό, και ότι το άκουγε όλο αυτό εμένα με απελευθέρωνε και με προχώραγε. Καθώς επίσης έφτασα σ’ ένα σημείο, στη θεραπεία πάνω, να μιλάω με το θεραπευτή και να βλέπω μπροστά μου μια οθόνη, η οποία είχε τις λύσεις σε όλα μου τα προβλήματα

Για τον Νικηφόρο, η μη κατευθυντικότητα της θεραπεύτριας του, σχετιζόταν με το ότι του άφηνε τον χώρο και τον χρόνο να συζητήσει τα θέματα που ήθελε ο ίδιος να συζητήσει, χωρίς να τον πιέζει να εστιάσει αλλού. Αυτό αποτελούσε βασικό βοηθητικό χαρακτηριστικό στη θεραπεία του, και συνέβαλλε στο να μπορέσει να εμπιστευτεί περισσότερο τη θεραπεύτρια του και να συζητήσει αργότερα μαζί της τα θέματα που τον δυσκόλευαν.

Το άλλο ήταν ότι με άφησε για ένα πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα να πάω την κουβέντα στα θέματα που εγώ ήθελα και μόνο. Μην ανοίγοντας άλλα θέματα και μου άφησε πολύ χώρο και χρόνο σε αυτό. Χωρίς να με πιέζει. Και όταν ήρθε μετά η στιγμή ανοίξαμε κι άλλα θέματα τα οποία δεν ήθελα εγώ εξ αρχής ν’ ανοίξω.

Πίστη και υποστήριξη. Σημαντικές βοηθητικές πλευρές της στάσης του θεραπευτή αποτελούν επίσης η πίστη του στις δυνατότητες του πελάτη μαζί με την υποστήριξη και την ενθάρρυνση που παρέχει στον πελάτη ώστε να κάνει πράγματα για τον εαυτό του και να προχωρήσει στη ζωή του. Η πίστη και η υποστήριξη του

θεραπευτή ήταν πολύ σημαντικές επειδή βοήθησαν τους πελάτες να πιστέψουν και οι ίδιοι στον εαυτό τους και στις δυνάμεις τους. Για παράδειγμα, η Αγάπη ένιωθε πως ο θεραπευτής της πίστευε σε αυτήν και στην ικανότητα της να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις που βίωνε. Η πίστη του θεραπευτή τη βοηθούσε να πιστέψει κι η ίδια στον εαυτό της και στην ικανότητα της να αντεπεξέλθει, και αυτό με τη σειρά του τη βοηθούσε να αντιλαμβάνεται με σαφήνεια τι χρειάζεται να κάνει σε κάθε περίπτωση.

Και με τον τρόπο αυτό ένιωθα κι εγώ το ίδιο για τον εαυτό μου. Ίσως με αυτή την έννοια είναι αυτό που έβλεπα εγώ ξεκάθαρα όταν ήμουν με τον θεραπευτή. Έβλεπα ξεκάθαρα τι πρέπει να κάνω, γιατί ήξερα ότι μπορώ να το κάνω, γιατί μου το ‘δινε κι εκείνος να το ξέ...

Η Ηλέκτρα αναδεικνύει μια βασική διάσταση της πίστης του θεραπευτή, και συγκεκριμένα το πόσο σημαντικό είναι να βασίζεται αυτή η πίστη στην πραγματικότητα και στα υπαρκτά δυνατά σημεία του θεραπευόμενου. Τα λόγια της δείχνουν πως ακριβώς αυτή η βάση στην πραγματικότητα πείθει τον πελάτη να πιστέψει κι ο ίδιος στον εαυτό του:

Δείχνει ότι πιστεύει στις δυνατότητές μου και δεν είναι ψέμα, έχει βάση αυτό. Γιατί κι εγώ ξέρω μέσα μου ότι αυτά είναι αναδυόμενα και υπάρχουν και ότι, «αφού να, κατάφερες κι αυτό κι εκείνο, άρα». Υπάρχει βάση, δεν είναι ότι κάποιος σε στηρίζει και σε στηρίζει μόνο και μόνο γιατί πρέπει να το κάνει. Έχει βάση αυτό, πατάει κάπου. Οπότε αφού κάποιος πιστεύει σε σένα, εσύ γιατί να νιώθεις κάτι λιγότερο από αυτό που είσαι; Έβλεπα ότι αυτές οι δυνατότητες που ανοίγονταν στη θεραπεία, είχανε προοπτική, μπορούσα κάτι να τις κάνω. Άρα τι σημασία είχε, γιατί να ήμουν κάτι άλλο, αφού είμαι αυτή και τα ‘χω καταφέρει περίφημα. Και με δυσκολίες. Αυτές που εγώ κουβαλούσα.

Αυθεντικότητα. Μία ακόμη ιδιότητα της στάσης του θεραπευτή που θεωρήθηκε σημαντική από τους συμμετέχοντες σχετίζεται με την αυθεντικότητα του στη σχέση. Η αυθεντικότητα του θεραπευτή βοηθά τον πελάτη να τον εμπιστευτεί, ενώ μπορεί να λάβει διαφορετικές μορφές. Μια πρώτη μορφή που λαμβάνει σχετίζεται με την ικανότητα του θεραπευτή να επικοινωνεί ανοιχτά εκείνα που θέλει να πει, ακόμη κι αν δεν αρέσουν στον πελάτη. Για παράδειγμα, η Βασιλική αναφέρει για τη θεραπεύτρια της:

Ήξερα ότι, εντάξει, ότι είναι να μου το πει, θα μου το πει. Δε θα μου χαϊδέψει τ' αυτιά, θα τ' ακούσω. Τώρα αν εκείνη την ώρα με τσίτωνε, εντάξει, ήξερα ότι θα πάω μετά και θα δούμε τι θα κάνουμε.

Μια άλλη διάσταση που λαμβάνει η αυθεντικότητα του θεραπευτή αφορά στη συνέπεια ανάμεσα σε αυτά που λέει ο θεραπευτής και σε αυτά που αισθάνεται. Αυτή η διάσταση αναδεικνύεται από την αφήγηση της Ιωάννας:

Δηλαδή αυτό ήτανε που με εξέπληττε πάρα πολύ, για πολύ μεγάλο διάστημα, πως γίνεται να, πραγματικά να το λέει και να το εννοεί αυτό το πράγμα. Ήταν τέτοια η... η δυσπιστία μου ας πούμε, αφού εγώ η ίδια άλλα έδειχνα κι άλλα ένιωθα, δε μπορούσα να δεχτώ ότι εκείνη, αυτό που μου έδειχνε, αυτό ήταν. Άρα έλεγα «δε μπορεί, κάποια στιγμή θα την πιάσω και θα μου την πει» ας πούμε, ή.., ναι. Και όσο πέρναγε ο καιρός και έβλεπα τη σταθερότητα, τόσο σιγά-σιγά άρχισα να πείθομαι ότι μπορεί και να 'ναι έτσι τα πράγματα. Και σ' ένα βαθμό ήθελα να το μιμηθώ αυτό το πράγμα. Κι έλεγα «να αυτό είναι ένα ωραίο πράγμα».

Η αυθεντικότητα του θεραπευτή είναι ιδιαίτερα σημαντική όταν δημιουργούνται προβλήματα στη σχέση του με τον πελάτη. Σε αυτές τις περιπτώσεις, όπως φαίνεται και από το απόσπασμα του Νικηφόρου, η ικανότητα του θεραπευτή να συζητήσει με ειλικρίνεια αυτά που αισθάνεται και σκέφτεται, είναι καθοριστική ώστε να μπορέσουν να ξεπεραστούν τα προβλήματα και να προχωρήσει η θεραπεία.

Το οποίο το συζητήσαμε, εγώ της το είπα, της λέω ότι κάποια στιγμή το ότι «βαριέμαι άλλο γιατί σε πηγαίνω εγώ εκεί που θέλω και δεν πηγαίνεις» και μου είπε κι εκείνη ότι, «πραγματικά» μου λέει, «δε μπορώ να σου επιβληθώ». Και είχαμε ένα θέμα εκεί πέρα, στο αν μπορεί να μου επιβληθεί ή όχι και πόσο μπορεί και μου είπε ότι δεν της είχε ξανασυμβεί και βέβαια επειδή ήταν απολύτως ειλικρινής και έξυπνη, μπορέσαμε και το ξεπεράσαμε. Και έχουμε μια πάρα πολύ ειλικρινή σχέση.

Οι παρεμβάσεις του θεραπευτή. Οι συμμετέχοντες δεν αναφέρθηκαν μόνο στα χαρακτηριστικά και τη θετική στάση του θεραπευτή απέναντι τους, αλλά του απέδωσαν και έναν ενεργητικότερο ρόλο. Ο ρόλος αυτός σχετίζεται με μια σειρά από παρεμβάσεις που συνέβαλλαν ενεργά στην ανακατασκευή του νοήματος και τη θεραπευτική αλλαγή. Οι παρεμβάσεις του θεραπευτή ομαδοποιήθηκαν με βάση τη λειτουργία τους σε τρεις υποκατηγορίες. Η πρώτη υποκατηγορία σχετίζεται με τις παρεμβάσεις εκείνες που φέρνουν τον πελάτη σε επαφή με τον εαυτό του και τον

βοηθούν να αποκτήσει μεγαλύτερη αυτεπίγνωση, η δεύτερη περιλαμβάνει τις ενέργειες του θεραπευτή που βοηθούν τον πελάτη να αποκτήσει μια διαφορετική οπτική ενώ η τρίτη υποκατηγορία αφορά στις παρεμβάσεις που ωθούν τον πελάτη σε δράση.

Διευκολύνοντας την αυτεπίγνωση. Σε αυτή την υποκατηγορία περιλαμβάνεται μια σειρά από ενέργειες του θεραπευτή όπως είναι, για παράδειγμα, οι ερωτήσεις, οι παρατηρήσεις, ή οι εικόνες και οι μεταφορές οι οποίες βοήθησαν τους συμμετέχοντες να αντιληφθούν συναισθήματα, σκέψεις, προβληματισμούς, συμπεριφορές και τρόπους λειτουργίας για τα οποία δεν είχαν επίγνωση μέχρι εκείνη τη στιγμή. Οι παρεμβάσεις του θεραπευτή σε αυτές τις περιπτώσεις ήταν καθοριστικές ώστε να μπορέσει ο πελάτης να αντιληφθεί τυφλά σημεία που μόνος του δε θα μπορούσε να εντοπίσει.

Μια παρέμβαση του θεραπευτή που βοηθάει τον πελάτη να έρθει σε επαφή και να γνωρίσει τον εαυτό του είναι η *αντανάκλαση* ή το *καθρέφτισμα*. Για τη Γεωργία, για παράδειγμα, η αντανάκλαση του συναισθήματος από τη θεραπεύτρια της, τη βοηθούσε να αναγνωρίσει τα συναισθήματά της: «Με βοήθησε πολύ στο καθρέφτισμα, πράγματα δηλαδή που εγώ έλεγα ως γεγονότα και χρειάστηκε να βλέπω το συναίσθημα καθρεφτισμένο στη [όνομα θεραπεύτριας], για να μπορέσω να φτάσω να το αγγίζω...». Η Ηλέκτρα αναφέρει πως, όταν η θεραπεύτρια της καθρέφτιζε τις κινήσεις της, την έβαζε σε διαδικασία να σκεφτεί γιατί το έκανε αυτό και τι μπορεί να σήμαινε:

Η – [...] Ή πολλές φορές την άκουγα να λέει «Σε είδα τώρα ότι μετακινήθηκες απ' την καρέκλα σου ή μάζεψες τα χέρια σου»... Εκ των υστέρων κατάλαβα ότι με ρωτούσε γιατί κι αυτό ήταν μια τεχνική...

Α – *Εσένα σε βοηθούσε αυτό;*

Η – Με βοηθούσε γιατί λέω «ωχ τώρα, πως το είδε αυτό; Ναι, όντως, μαζεύτηκα, γιατί; Άρα με δυσκόλεψε». Καταλάβαινα λίγο καλύτερα, μου καθρέφτιζε τι γινότανε, εγώ δεν είχα εικόνα. Δηλαδή μπορεί να έκανα έτσι, μπορεί να καθόμουνα λίγο πιο πίσω, μ' έφερνε σ' επαφή.

Ένας άλλος τρόπος με τον οποίο ο θεραπευτής φέρνει τον πελάτη σε επαφή με τον εαυτό του είναι οι *ερωτήσεις*. Για τον Διονύση, οι ερωτήσεις της θεραπεύτριας του σε σχέση με το πως εκείνος έβλεπε τα πράγματα, τον βοηθούσαν να αντιλαμβάνεται πολλές λεπτομέρειες για τον εαυτό του και για τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούσε, που του ήταν άγνωστες μέχρι εκείνη τη στιγμή.

Δ – Η [όνομα θεραπεύτριας] λοιπόν, με πολύ προσεκτικές ερωτήσεις, εστιάζοντας σε πράγματα, μ' έκανε να βλέπω. Δηλαδή ποτέ δεν έχω προετοιμάσει συνεδρία μας. Ποτέ δεν έχω πάει προετοιμασμένος για το τι θα πω. Όπως κι εδώ, δεν είχα προετοιμάσει τι θα σου πω, είπα θα πω ότι μου βγαίνει. Ότι σκέφτομαι, έτσι; Αυτό λοιπόν η [όνομα θεραπεύτριας] μου το καλλιέργησε, με βοήθησε να το καλλιεργήσω, και εστιάζοντας σε πραγματάκια που... δηλαδή ρωτώντας με «πως το βλέπεις αυτό, πως το βλέπεις το άλλο» και με σωστές ερωτήσεις, άρχισα να βλέπω πράγματα για τον εαυτό μου. Βλέποντας αυτά τα πράγματα, [...] να τα δουλεύω.

Α – Όπως;

Δ – Όπως. Το ότι δεν προστάτευα τον εαυτό μου. Καταπιεζόμουν, καταπιεζόμουν, καταπιεζόμουν, τα κράταγα μέσα μου, αυτό που σου 'λεγα. Μέσα από τις παρατηρήσεις της [όνομα θεραπεύτριας], άρχισα να το βλέπω αυτό και να μ' ενοχλεί, να μη μ' αρέσει αυτό που έκανα.

Η *άποψη* του θεραπευτή σχετικά με αυτά που αντιλαμβάνεται για τον πελάτη, μπορεί επίσης να λειτουργήσει βοηθητικά, διευκολύνοντας την αυτεπίγνωση. Αυτό ισχύει για τον Νικηφόρο, ο οποίος αναφέρει πως ζητούσε από τη θεραπεύτρια του να λέει τι βλέπει σ' εκείνον ώστε να μπορέσει να δει αντικειμενικότερα τον εαυτό του. Η εικόνα αυτή, ακόμη κι όταν ήταν λάθος, δεν έπαυε να είναι βοηθητική και να του επιτρέπει να αντιλαμβάνεται τα λάθος μηνύματα που μπορεί ο ίδιος να έδινε:

Δεν την εμπιστευόμουν πάντα, έκανε αρκετά λάθη στην εκτίμησή της στην αρχή, τον πρώτο καιρό. Απλά και τη λάθος εικόνα που μου 'δινε, την εκτιμούσα. Γιατί καταλάβαινα ότι μπορεί να έδινε και μια λάθος εικόνα σε κάτι. Με ενδιέφερε να δω πως με βλέπει. Άσχετα αν έχει λάθος ή δίκιο. Με τον καιρό βέβαια πέφτει πολύ κοντά στην πραγματικότητα. Γιατί πλέον με ξέρει. Αλλά και στην αρχή η λάθος εκτίμηση που έκανε και με έβλεπε, είχε σημασία. Διότι προφανώς έδινε εγώ λάθος μηνύματα. Αφού ήταν ένας καλοπροαίρετος δέκτης, έδινε εγώ λάθος μηνύματα. Κι έτσι προσπαθούσα, να καταλάβω γιατί δε φτάνει το μήνυμα στην [όνομα θεραπεύτριας]. Από τη διεργασία.

Η *επισήμανση των αντιφάσεων* ανάμεσα σε αυτό που λέει και σε αυτό που πράττει ο πελάτης είναι άλλος ένας τρόπος που τον βοηθάει να γνωρίσει τον εαυτό του. Για τη Ζωή, η επισήμανση του θεραπευτή σχετικά με την αντίφαση ανάμεσα στην ακριβή αντίληψη της για έναν άντρα και τις προσδοκίες της από εκείνον, οι

οποίες έρχονταν σε αντίθεση με αυτή την αντίληψη, τη βοήθησε να δει τι έκανε και να αλλάξει τη συμπεριφορά της:

Εκεί πέρα λοιπόν ήτανε καθοριστικός ο ψυχοθεραπευτής, ο οποίος στην ουσία επανέλαβε αυτό που εγώ είπα. «Δηλαδή», μου λέει, «μου μεταφέρεις μια εικόνα κάποιου, ο οποίος δε θέλει να δεσμευτεί, μου τη μεταφέρεις εσύ, γιατί εσύ την έχεις κατανοήσει, έχεις πάρει και τα εύσημα απ' αυτόν ότι τον ψυχολόγησες σωστά, και παρόλα αυτά ελπίζεις σε κάτι αντίθετο ή διαφορετικό. Πως γίνεται;» Οπότε επισημάνσεις...

Ένας τρόπος που βοηθάει τον πελάτη να κατανοήσει καλύτερα τον εαυτό του και τις αντιδράσεις του, είναι η *ψυχοεκπαίδευση*. Για τη Θεοδοσία, η οποία είχε χάσει την αδελφή της σε μικρή ηλικία, οι γνώσεις που της μετέφερε η θεραπεύτριά της ως προς τη διαδικασία του πένθους και του τι σημαίνει η απώλεια ενός νέου ανθρώπου, τη βοήθησε να αναγνωρίζει και να αντιμετωπίζει καλύτερα τις αντιδράσεις της.

Μετά ας πούμε με εκπαίδευσε στο να ξέρω ότι κάθε φορά που θα είμαι σε μια φάση αλλαγής θα ζητάω την αδερφή μου. Δηλαδή να είμαι προετοιμασμένη γ' αυτό, δηλαδή με προετοίμασε στο πως νιώθω και γιατί νιώθω έτσι. Είναι σημαντικό να ξέρεις γιατί νιώθεις έτσι, από το να μην ξέρεις καθόλου.

Δηλαδή, π.χ. συμβαίνει κάτι ας πούμε κι είμαι πάρα πολύ ταραγμένη ας πούμε κι έχει σκάσει, πως να στο πω, το να μην ξέρω από πού έχει προέλθει όλο αυτό και το να ξέρω, έχει μεγάλη, έχει τεράστια διαφορά. Γιατί στη μια περίπτωση έχεις πάθει ένα πανικό, ενώ στην άλλη καταλαβαίνεις τον εαυτό σου, αυτό είναι το πιο σημαντικό. Δηλαδή δεν αλλάζει αυτόματα αυτό που νιώθεις, αλλά καταλαβαίνεις από πού έχει προέλθει. Και με εκπαίδευσε εκείνη να καταλαβαίνω από πού έχει έρθει όλο αυτό.

Οι *ερμηνείες* του θεραπευτή αποτελούν έναν ακόμη τρόπο με τον οποίο μπορεί ο πελάτης να έρθει σε επαφή με αυτό που βιώνει ή να αντιληφθεί με σαφήνεια τις καταστάσεις στις οποίες βρίσκεται. Συγκεκριμένα, ο Ιάσοντας, ο οποίος παρακολουθούσε μια ομάδα για αδέλφια χρηστών σε ένα οργανωμένο πλαίσιο απεξάρτησης, αποκαλύπτει πως μια ερμηνεία της θεραπεύτριας αποτέλεσε σημείο καμπής ώστε να σταματήσει να επικεντρώνεται στο πρόβλημα και τον αδελφό του και να αρχίσει να στρέφεται στον εαυτό του και να αντιλαμβάνεται τι συμβαίνει στον ίδιο:

Θυμάμαι μια φράση, αλλά δεν ξέρω αν ήταν αυτή η φράση η καμπή, αλλά αυτή η φράση μου έχει καρφωθεί, αυτή η φράση, και είχε πει λοιπόν η

θεραπεύτρια και νομίζω το είχε πει σε μένα κιόλας, αν δεν κάνω λάθος, ότι αν δεν έχει νόημα η δικιά σου η ζωή, βρίσκεις νόημα στις ζωές των άλλων. Κι αυτό πόνεσε πολύ και συνειδητοποίησα εκείνη τη στιγμή ότι όντως, ασχολούμαι με τον αδερφό μου, εσύ τι έχεις να πεις για τη ζωή σου; Έχεις να πεις κάτι...για σένα; Ήταν ένα σημείο καμπής.

Τέλος, μια συναφής προς την ερμηνεία παρέμβαση, αφορά στην προσπάθεια του θεραπευτή να βοηθήσει τον πελάτη να πάρει απόσταση από αυτό που εκτυλίσσεται στη ζωή του, μεταφέροντας το σαν εικόνα. Αυτό μπορεί να βοηθήσει τον πελάτη να αντιληφθεί τις καταστάσεις που βιώνει με μεγαλύτερη διαύγεια. Αυτό έγινε στην περίπτωση του Ιάσονα, όπως φαίνεται από το παρακάτω απόσπασμα:

Ένα άλλο είναι αυτό το πράγμα, το ότι ακριβώς λόγω της συστημικής προσέγγισης, σε βγάζουν λίγο απέξω, σου ρίχνουν μια ματιά στην οικογένεια και βλέπεις κι εσύ λίγο... Έβλεπα πως ακριβώς αυτό ήταν μια μάζα, δεν υπήρχε καθένας σαν χωριστός, ο [όνομα αδελφού] ως χωριστός, η μητέρα του ως χωριστός, ο αδερφός του ως χωριστός, ήμασταν ένα πράγμα που είχαμε μπερδευτεί εκεί πέρα, κι ο καθένας μέσω των τριγώνων προσπαθούσε να κρατήσει τις ισορροπίες και τις, τη δικιά του ομοιόσταση όπως λέει η ...

Δίνοντας μια διαφορετική οπτική. Σε αυτή την υποκατηγορία εντάσσονται οι παρεμβάσεις του θεραπευτή που σχετίζονται με τη διαφορετική του τοποθέτηση απέναντι στις καταστάσεις, και που οδηγούν στη διεύρυνση της οπτικής του πελάτη. Για παράδειγμα, η *αποδραματοποίηση* από τον θεραπευτή αναφέρθηκε ως μια σημαντική διαδικασία που βοηθάει τον πελάτη να ελαχιστοποιεί τη φόρτιση των καταστάσεων που βιώνει, να τις αντιλαμβάνεται στις πραγματικές τους διαστάσεις και να νιώθει λιγότερες ενοχές. Ο Μανώλης περιγράφει πως το βίωνε αυτό:

Μ – Είχε αυτό το βασικό καλό ας πούμε, ότι σου, πως να το πω, σου αποδραματοποιούσε όλες τις καταστάσεις. Το έχει αυτό, δηλαδή ήταν φοβερό αυτό το πράγμα... Ε, και τι έγινε ας πούμε, εντάξει. Δεν είναι και τίποτα. Δηλαδή, ναι. Άμα σε ενοχλεί...

Α – Σα να του 'παιρνε όλη την ένταση, τη φόρτιση που είχε και το...

Μ – Ναι, ναι, όλο το βάρος, και ότι στο μυαλό σου το έχεις κάνει τεράστιο, που δεν είναι και τόσο τραγικό, σιγά.

Η Ηλέκτρα αναφέρει πως μια *εικόνα* που της μετέφερε η θεραπεύτριά της, τη βοήθησε να απενοχοποιηθεί και να αντιληφθεί ότι προσπαθώντας να βοηθήσει τους γονείς της, και ιδιαίτερα τη μητέρα της, να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματά τους

από το διαζύγιο, είχε αναλάβει βάρη που δεν ήταν δικά της. Η εικόνα που αναφέρει παρακάτω είναι εκείνη που τη βοήθησε να απαλλαγεί από τις ενοχές που την είχαν κατακλύσει:

Η εικόνα αυτή. Ότι κανείς δε μπορεί να μας φορτώσει πράγματα που δεν είναι τα δικά μας. Και η εικόνα του μωρού να κλαίει στην αγκαλιά του, η μαμά να κλαίει στην αγκαλιά του μωρού, του μικρού παιδιού και να λέει «πω-πω, είμαι πάρα πολύ στενοχωρημένη σήμερα γιατί έγινε αυτό». Πολύ βαριά εικόνα.

Στην περίπτωση του Διονύση, η θεραπεύτρια του τον βοηθούσε να γίνεται όλο και πιο ευέλικτος δείχνοντάς του, με έναν μη παρεμβατικό τρόπο, ότι μπορεί να υπάρχουν κι άλλες δυνατότητες που δεν είχε αναγνωρίσει ως εκείνη τη στιγμή. Όπως αναφέρει και ο ίδιος στο παρακάτω απόσπασμα, αυτό το βίωσε σαν διεύρυνση των οριζόντων του.

Όχι ακριβώς αποδοχή, δηλαδή προσπαθούσε να μου δείξει ότι ξέρεις μήπως είσαι κι άλλα πράγματα που ακόμα δεν τα 'χεις δει, μήπως δεν έχεις πιάσει...; Μου έδινε δυνατότητες να δω κι άλλα πράγματα. Μου άνοιγε τους ορίζοντές μου αν θες, έτσι; Αυτό δηλαδή το εισέπραξα, και ήτανε πολύ όμορφο γιατί έγινε αβίαστα.

Μια ακόμη παρέμβαση του θεραπευτή που αναφέρθηκε αφορά στην *επισήμανση των θετικών στοιχείων* του πελάτη. Αυτό βοηθάει τον πελάτη να αλλάξει την εικόνα που έχει για τον εαυτό του και να συμπεριλάβει σε αυτήν τα επιτεύγματα και τις επιτυχίες του. Του δίνει επίσης τη δυνατότητα να αναγνωρίσει και να αποδεχτεί περισσότερες πλευρές του εαυτού του, τις οποίες αντιλαμβανόταν με αρνητικό τρόπο μέχρι να εμπλακεί στη θεραπευτική διαδικασία. Η διεύρυνση της αυτοεικόνας του μπορεί επίσης να ενδυναμώσει τον πελάτη και να τον οδηγήσει να αναλάβει δράση και να κάνει σημαντικές αλλαγές στη ζωή του, όπως αναφέρει στη συνέχεια η Θεοδοσία:

Κοίταξε να δεις, σε βοηθάει ο άλλος άνθρωπος να δεις κάποια πράγματα που μόνη σου δεν τα βλέπεις. Δηλαδή σου τονίζει κάποια πράγματα τα οποία δεν τα βλέπεις, δεν τα δίνεις εσύ πίσω στον εαυτό σου. Σου δείχνει ότι έχεις δυνάμεις. Σου το δείχνει, σου το δίνει πίσω σαν καθρέφτης. Κι έτσι το βλέπεις. Και δοκιμάζεις μετά. Και είναι κι εκεί ο άλλος άνθρωπος να σε βοηθήσει με τα συναισθήματα που θα σου βγουν στην πορεία ας πούμε. Γιατί θα σου βγούνε πάλι, δε θα πιστεύεις στον εαυτό σου, πάλι θα περάσεις

δύσκολα, πάλι θέλεις μια στήριξη. Αλλά σε βοηθάει να δεις ότι έχεις δυνάμεις και ότι μπορείς να κάνεις αυτό που σκέφτεσαι.

Ωθώντας τον πελάτη σε δράση. Το τελευταίο είδος παρεμβάσεων του θεραπευτή είναι εκείνες που υποστηρίζουν και ενθαρρύνουν τον πελάτη ώστε να αναλάβει δράση. Παραδείγματα αποτελούν η αμφισβήτηση των εμποδίων που τοποθετεί ο πελάτης ώστε να αποφύγει τη δράση, και η παρότρυνσή του να κινητοποιηθεί. Αυτό αναφέρεται ιδιαίτερα από τη Θεοδοσία, για την οποία η διαρκής υποστήριξη από τη θεραπεύτρια της ήταν πολύ βοηθητική:

Εντάξει, εγώ θυμάμαι, με έσπρωχνε λιγάκι να κάνω αυτό που ήθελα. Δηλαδή εγώ έβαζα συνέχεια εμπόδια, α, λέω θα χωρίσω και θα μείνω μόνη μου, ή θα μείνω μόνη μου για πάντα, ή θα πάω για δουλειά και δε θα με πάρει κανείς. Ε, και τι έγινε; Θα σε πάρει ο επόμενος. Όχι, δε θα με πάρει κανείς. Γιατί το λες αυτό; Ε, και κάποια πράγματα... Θυμήσου τότε που έκανες εκείνο και πέτυχε! Όταν σου δίνει ο άλλος κάποια πράγματα έτσι πίσω σαν καθρέφτης, σε βοηθάει...

Σύνοψη. Όπως είδαμε, η συμβολή του θεραπευτή στη διαδικασία της ανακατασκευής του νοήματος και τη θεραπευτική αλλαγή διακρίνεται σε τρεις παραμέτρους. Η πρώτη παράμετρος σχετίζεται με ατομικά και επαγγελματικά του χαρακτηριστικά όπως η ευφυΐα, η εντιμότητα και η δέσμευση, μαζί με ένα συνδυασμό σιγουριάς από τη μια πλευρά και ζεστασιάς και φιλικότητας από την άλλη. Η δεύτερη παράμετρος της συμβολής του θεραπευτή στη θεραπευτική διαδικασία αναφέρεται στη στάση του απέναντι στον πελάτη. Οι ιδιότητες της στάσης του θεραπευτή που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες ως εξαιρετικά βοηθητικές στη θεραπευτική διαδικασία είναι η αποδοχή και η ενσυναισθητική κατανόηση, η μη κατευθυντικότητα, η πίστη στις δυνατότητες του πελάτη και η υποστήριξη να προχωρήσει καθώς και η αυθεντικότητα του στη σχέση. Τέλος, οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν τη σημαντικότητα ενός ενεργητικού ρόλου του θεραπευτή, ο οποίος εκφράζεται μέσα από τις παρεμβάσεις του. Παρεμβάσεις όπως το καθρέφτισμα, οι ερωτήσεις, η ψυχοεκπαίδευση, οι ερμηνείες, ή η εστίαση στα θετικά στοιχεία του πελάτη, τον βοηθούν να γνωρίσει καλύτερα τον εαυτό του, τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του, να αλλάξει την οπτική του και να προχωρήσει σε δράση.

Οι παράγοντες που σχετίζονται με τον θεραπευτή, συμβάλλουν στη θεραπευτική διαδικασία και έκβαση με ποικίλους τρόπους. Σε ένα πρώτο επίπεδο, τα θετικά χαρακτηριστικά και η στάση του θεραπευτή απέναντι στον πελάτη, συντελούν

στη δημιουργία συναισθημάτων εμπιστοσύνης και ασφάλειας, και βοηθούν τον πελάτη να αισθανθεί βαθιά συναισθηματική επαφή, δέσιμο και οικειότητα με τον θεραπευτή. Με αυτό τον τρόπο οικοδομείται μια καλή θεραπευτική σχέση και ο πελάτης διευκολύνεται να παραμείνει στη θεραπεία. Επιπλέον, τόσο η στάση όσο και οι παρεμβάσεις του θεραπευτή υποβοηθούν την επεξεργασία των εμπειριών και συναισθημάτων από τον πελάτη και τον υποστηρίζουν ώστε να εμπλακεί στις διεργασίες ανακατασκευής του νοήματος. Από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων διαφαίνεται επίσης έντονα πως ο θεραπευτής λειτουργεί ως μοντέλο, επιδεικνύοντας χαρακτηριστικά και στάσεις που οι πελάτες υιοθετούν στη συνέχεια στη σχέση με τον εαυτό τους. Με αυτό τον τρόπο οι πελάτες μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους με θετικότερο τρόπο, να πιστεύουν στον εαυτό τους και τις δυνάμεις τους και να προχωρούν στις απαραίτητες αλλαγές.

Η θεραπευτική σχέση. Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στην καλή σχέση που δημιουργήθηκε ανάμεσα σε αυτούς και τον θεραπευτή τους, όπως και στη σημαντικότητα της για τις αλλαγές που έλαβαν χώρα στη θεραπεία τους. Οι πελάτες ανέφεραν πως, μέσα από τη σχέση τους με τον θεραπευτή, κατάφεραν να αποκτήσουν καλύτερη σχέση με τον εαυτό τους αλλά και με τους άλλους, να βιώσουν συναισθηματική ανακούφιση και ελπίδα ότι τα πράγματα θα φτιάξουν, και να αποκτήσουν μια νέα οπτική απέναντι στις καταστάσεις και τη ζωή. Για την Αγάπη, για παράδειγμα, η θεραπευτική σχέση ήταν το καθοριστικό στοιχείο που της έδωσε την ελπίδα ότι μπορεί να προχωρήσει στη ζωή της, ακόμη και μετά από τις δυσκολίες που είχε βιώσει, και τη βοήθησε να ξαναβρεί την εμπιστοσύνη της στον εαυτό της και τους άλλους. Συγκεκριμένα, στην ερώτηση «Τι ήταν αυτό που βοήθησε στις αλλαγές που έγιναν στη θεραπεία», ανέφερε: «Εγώ λοιπόν με τον ψυχοθεραπευτή ξέρω πως έχτισα μια σχέση που θα με βοηθούσε να προχωρήσω παραπέρα». Και παρακάτω: «Χτίστηκε μια σχέση μεταξύ μας, η οποία μου έλεγε ότι αξίζει τον κόπο να προσπαθήσεις στη ζωή σου πάλι».

Η θεραπευτική σχέση που δημιουργείται ανάμεσα στον θεραπευτή και τον πελάτη παρέχει το πλαίσιο, το περιβάλλον, τον χώρο μέσα στον οποίο, τόσο ο θεραπευτής, όσο και ο πελάτης, λαμβάνουν έναν ενεργητικότερο ρόλο. Η ποιότητα της σχέσης θα καθορίσει αφενός το κατά πόσο ο πελάτης θα εμπλακεί στις διεργασίες της ανακατασκευής του νοήματος, και αφετέρου τον βαθμό στον οποίο θα δεχτεί τις παρεμβάσεις του θεραπευτή. Η ανάλυση των συνεντεύξεων έδειξε πως μια καλή θεραπευτική σχέση συνδημιουργείται μέσα από τη συμβολή τόσο του θεραπευτή όσο

και του πελάτη. Από τη μια πλευρά, ο πελάτης επιλέγει ενεργητικά τον θεραπευτή του καθώς και το κατά πόσο θα δείξει εμπιστοσύνη και θα αφεθεί στη σχέση αυτή. Από την άλλη πλευρά, η προσωπικότητα του θεραπευτή και η θετική του στάση ενισχύουν την εμπιστοσύνη στο πρόσωπό του και δημιουργούν συναισθήματα ασφάλειας και οικειότητας. Αυτά τα συναισθήματα διευκολύνουν το άνοιγμα του πελάτη και την επεξεργασία των δύσκολων συναισθημάτων και εμπειριών, ενισχύοντας έτσι ακόμη περισσότερο την εμπιστοσύνη και την ασφάλεια που βιώνεται μέσα στη θεραπευτική σχέση. Δημιουργείται έτσι ένας θετικός βρόχος ανάδρασης, όπου η μια διαδικασία ανατροφοδοτεί και διευκολύνει την άλλη.

Η κατηγορία της θεραπευτικής σχέσης αποτελείται από δύο επιμέρους υποκατηγορίες: τη βίωση της θεραπευτικής σχέσης και τα χαρακτηριστικά της. Στη συνέχεια θα περιγραφούν οι υποκατηγορίες αυτές.

Η βίωση της θεραπευτικής σχέσης. Η υποκατηγορία αυτή αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο βιώνουν οι συμμετέχοντες τη θεραπευτική σχέση, όπως επίσης και στα συναισθήματα τους για αυτήν και για τον θεραπευτή τους. Οι συμμετέχοντες βιώνουν τη θεραπευτική σχέση ως μια σημαντική και πολύτιμη σχέση, μέσα στην οποία αισθάνονται εμπιστοσύνη και ασφάλεια. Αντιλαμβάνονται ότι υπάρχει συμβατότητα ανάμεσα σε εκείνους και τον θεραπευτή τους, και αισθάνονται ότι πρόκειται για μια αληθινή, προσωπική σχέση και όχι για μια σχέση αμιγώς επαγγελματική.

Βιώνοντας μια σημαντική σχέση με το θεραπευτή. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες, όταν αναφέρθηκαν στην ποιότητα της σχέσης τους με τον θεραπευτή, χρησιμοποίησαν εκφράσεις όπως «πολύ καλή», «σημαντική», «πολύτιμη». Δήλωσαν πως βιώνουν τον θεραπευτή ως έναν σημαντικό άνθρωπο στη ζωή τους, με τον οποίο έχουν διαμορφώσει έναν ιδιαίτερο συναισθηματικό δεσμό. Σε αυτό το πλαίσιο ο θεραπευτής γίνεται πρόσωπο αναφοράς, γίνεται εκείνος στον οποίο προστρέχουν όταν γίνεται κάτι αρνητικό, είναι εκείνος που μπορεί να τους καταλάβει και να τους ανακουφίσει. Η Βασιλική αναφέρει πόσο σημαντική ήταν η θεραπευτριά της και πως ένιωθε ότι ήταν η μόνη που μπορούσε να καταλάβει αυτό που της συνέβαινε:

Ήτανε η γωνιά μου μαζί της, που είχα αυτή τη μία ώρα, είχα αυτή τη μία ώρα δική μου να πω, να πω ότι ήθελα να πω. Ότι ήτανε για μένα πιο, πιο καυτό, την κάθε φορά που πήγαινα. [...] Δε θα το ξεχάσω! Πήγα τρέχοντας μετά το γραφείο, αλλά θυμάμαι το πως ένιωθα, τρέχοντας να πάω να της τα πω! Σε ποιον να τα πω; Μόνο σ' εκείνη μπορούσα να τα πω αυτά και να τα

καταλάβει. Έτσι; Σε ποιον να το πεις αυτό τώρα; Μόνο στη [όνομα θεραπεύτριας] μπορούσα να πάω να της τα πω και να τα καταλάβει. Θυμάμαι δεν έβλεπα την ώρα να σχολάσω απ' το γραφείο, να τρέξω να πάω να της τα πω.

Ο Διονύσης επιχειρεί στο παρακάτω απόσπασμα να εξηγήσει τη σημαντικότητα της θεραπεύτριάς του παρομοιάζοντάς την αρχικά με μια φίλη, στη συνέχεια όμως απορρίπτει αυτή την παρομοίωση και χρησιμοποιεί τον όρο «συνοδοιπόρος»:

Δηλαδή, σου είπα ότι η [όνομα θεραπεύτριας] είναι σημαντικός άλλος για μένα. Γιατί είναι σημαντικός άλλος για μένα. Γιατί κατά κάποιο τρόπο, δεν είναι σωστή η λέξη, είναι κατά κάποιο τρόπο η φίλη μου όχι με την έννοια της φιλίας, δεν είμαστε φίλοι. Δεν είμαστε φίλοι. Η πιο σωστή λέξη θα είναι αυτή που, δεν ξέρω αν είναι κλισέ, εγώ τη χρησιμοποιώ πάντως, μου βγήκε αυθόρμητα κάποια στιγμή κι η [όνομα θεραπεύτριας] το απολαμβάνει κι εκείνη οπότε το λέμε, είναι συνοδοιπόρος. Δεν υπάρχει δηλαδή, δεν είναι φίλη, είναι συνοδοιπόρος, είμαστε μαζί σ' αυτό.

Βιώνοντας εμπιστοσύνη και ασφάλεια στη θεραπευτική σχέση. Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως μέσα στη θεραπευτική σχέση βίωσαν ασφάλεια και εμπιστοσύνη και αυτό συνέβαλλε καθοριστικά στη θεραπευτική αλλαγή. Όπως είδαμε παραπάνω, τα συναισθήματα αυτά δημιουργούνται, τόσο από τα θετικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή όπως η ζεστασιά, η τρυφερότητα και η επαγγελματική του ικανότητα, όσο και από ποιότητες της στάσης του απέναντι στον πελάτη όπως η αποδοχή, η αυθεντικότητα και η ενσυναισθητική του κατανόηση. Τα συναισθήματα της εμπιστοσύνης στον θεραπευτή και της ασφάλειας μέσα στη θεραπευτική σχέση βοήθησαν τους πελάτες να μπορέσουν να ανοιχτούν, να μιλήσουν ελεύθερα και χωρίς αναστολές και να αποκαλύψουν δύσκολα συναισθήματα και εμπειρίες. Αυτό το περιγράφει με σαφήνεια το απόσπασμα από τη συνέντευξη του Στέλιου, ο οποίος αποκαλύπτει πως η συναισθηματική αντίδραση της θεραπεύτριας του ήταν καθοριστική στο να αισθανθεί ότι μπορεί να της πει τα πάντα:

Ακούμπησα πάνω της ψυχικά. Δηλαδή ένιωσα ότι είναι ένας άνθρωπος που μπορώ να πω το οτιδήποτε, μα το οτιδήποτε οτιδήποτε, και να έχει ανταπόκριση, δηλαδή το πόσες φορές δάκρυσε για μένα δε λέγεται ας πούμε. Ε αυτό ξέρεις δημιουργείται η επαφή αμέσως, η συναισθηματική, έτσι; Και με

έπεισε ότι μπορώ να πω σ' εκείνη να βγάλω να ανοίξω το βάθος της ψυχής μου.

Για κάποιους, η εμπιστοσύνη και η ασφάλεια βιώνονται άμεσα, από την πρώτη στιγμή που συναντούν τον θεραπευτή και εισπράττουν τη ζεστασιά και τη συναισθηματική του ανταπόκριση. Αυτό συνέβη, για παράδειγμα, στη Γεωργία η οποία παραδέχεται ότι: «... από την αρχή ένιωθα πολύ εμπιστοσύνη και ασφάλεια. Ήταν πάντα πάρα πολύ προσεκτική, πολύ τρυφερή, πολύ υποστηρικτική». Για άλλους, όπως για την Ιωάννα, η εμπιστοσύνη αναπτύχθηκε σταδιακά, μέσα από τη σταθερότητα της στάσης του θεραπευτή. Η οικοδόμηση αυτής της εμπιστοσύνης επέτρεψε στην Ιωάννα να αποκαλύψει στη θεραπεύτρια της μια περίεργη εμπειρία που βίωσε κατά τη διάρκεια της θεραπείας:

Μετά, άλλη πολύ χαρακτηριστική στιγμή ήτανε όταν είδα το παιδί μπροστά μου ας πούμε. Που είπα «Ε, δε μπορεί τώρα το 'χασα τελείως, δεν υπάρχει περίπτωση! Και πως να της το πω αυτό τώρα εδώ! Θα με στείλει στον ψυχίατρο κατευθείαν! Δεν υπάρχει!» Όμως τότε είχε ήδη οικοδομηθεί αυτό που λέμε, το προηγούμενο, δηλαδή είχα, είχα πιστέψει ότι αυτό που μου λέει είναι αλήθεια κι ότι μπορώ να την εμπιστευτώ ακόμα και για πράγματα, να, απίθανα, σαν αυτό τώρα, ότι βλέπω μπροστά μου ένα παιδί και μάλιστα έχω και ανοιχτή επικοινωνία μαζί του και δεν ξέρω τι.

Μια διαφορετική διάσταση της εμπιστοσύνης σχετίζεται με την αίσθηση της ικανότητας του θεραπευτή, η οποία μπορεί να λάβει και τη μορφή του θαυμασμού. Παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση του Ιάσονα, ο οποίος είχε μια έντονα αρνητική σχέση με τη δεύτερη θεραπεύτριά του στην παρέμβαση, επειδή εκείνη ήταν ιδιαίτερα σκληρή και υπήρχε κόντρα μεταξύ τους. Το γεγονός ότι παρέμεινε στη θεραπεία για άλλους λόγους, τον βοήθησε να αναπτύξει σιγά σιγά εμπιστοσύνη σε αυτήν. Στο τέλος της θεραπείας, η στάση του προς αυτήν είχε αλλάξει ριζικά. Στο παρακάτω απόσπασμα αποκαλύπτει πόσο έφτασε να την εμπιστεύεται τελικά:

Ναι, ναι. Στην αρχή ήτανε πραγματικά μίσους, ήθελα να την πλακώσω, αν μπορούσα... Δε μπορούσα να φύγω γιατί ήταν το πλαίσιο, αν ήταν ατομικό θα είχα φύγει τρέχοντας. Να πλήρωνα και να δεχόμουνα αυτά τα πράγματα... Αλλά ουσιαστικά ήταν κι ο πρώτος άνθρωπος που μ' έβαλε από κάτω. Και έτσι μπόρεσα και έβαλα και κάποια άλλα πράγματα [...] Όταν ολοκλήρωσα και κάναμε τον απολογισμό της είχα πει ότι, και της λέω «στο λέω εγώ αυτό, ξέρεις ποιος είμαι, αν πήγαινα ποτέ σε πόλεμο, εσένα θα ήθελα να είχα

μπροστά», της λέω. Οπότε είχα αποδεχτεί αυτό το οποίο γινόταν και πραγματικά με είχε βοηθήσει πάρα πολύ η [όνομα θεραπεύτριας].

Συμβατότητα. Μια βασική πτυχή της βίωσης της θεραπευτικής σχέσης από τους συμμετέχοντες, αποτελεί η αίσθηση τους ότι ταιριάζουν με τον θεραπευτή τους και με τον τρόπο που δουλεύει. Ορισμένοι συμμετέχοντες χρησιμοποιούν τη λέξη *χημεία* για να εκφράσουν αυτή τη συμβατότητα, την οποία θεωρούν θεμελιώδη για την οικοδόμηση μιας καλής σχέσης. Παράδειγμα αποτελεί η Βασιλική, η οποία αναφέρει:

Γιατί δεν, και ο συγκεκριμένος άνθρωπος, που βέβαια μου πήγαινε, μου ταίριαζε. Υπήρχε χημεία. Μου ταίριαζε. Δηλαδή σωστά το είχα δει, μου το είχε πει κι η [όνομα εκπαιδευτριας] θυμάμαι, «Νομίζω ότι η [όνομα θεραπεύτριας] σου πάει, σου ταιριάζει». Μου πήγαινε η [όνομα θεραπεύτριας], ναι, όντως, μου πήγαινε. Είχε όλα τα στοιχεία στο συνδυασμό που μου κάνανε πολύ εμένα.

Μια άλλη μορφή που λαμβάνει η συμβατότητα ανάμεσα στον θεραπευτή και τον πελάτη, είναι το αίσθημα της ομοιότητας με τον θεραπευτή. Αυτό το αίσθημα θεωρείται σημαντικό ώστε να αισθανθεί ο πελάτης ασφάλεια και άνεση, και να δημιουργηθεί καλή επαφή μεταξύ τους. Αυτό φαίνεται συγκεκριμένα στην περίπτωση της Ηλέκτρας:

A – Πως ήταν η σχέση σας, δηλαδή τι ήταν βοηθητικό στη σχέση σας;

H – Ότι, καλά, τώρα έτυχε αυτό, μάλλον δεν έτυχε ακριβώς γιατί όταν εμένα με παρέπεμψε μια συνάδελφος στη συγκεκριμένη θεραπεύτρια ήξερε από πριν ότι θα έχουμε καλή επαφή. Που όντως, έτσι και συνέβη. Η σχέση λοιπόν είναι πολύ σημαντικό κομμάτι το να ξέρεις, ακόμα κι αν δε μπορείς αυτό να το εκφράσεις ανοιχτά γιατί είναι άλλη η σχέση, ότι εκπέμπεις στο ίδιο μήκος κύματος κι ότι υπάρχει μια κοινή πορεία και καταλαβαίνετε τα ίδια πράγματα...

A – Ήταν σημαντικό αυτό για σένα...

H – Ναι, εγώ καταλάβαινα ότι αυτού του είδους η επαφή υπάρχει. Και με βοηθούσε πολύ γιατί ήξερα ότι μεταφέρω κάτι σ' έναν άνθρωπο ο οποίος το καταλαβαίνει 100%. Δε διαφέραμε, πέρα από τη διαφορά της ηλικίας.

Εκτός από τη χημεία και την ομοιότητα που αισθάνονται οι συμμετέχοντες ότι υπάρχει με τον θεραπευτή τους, ορισμένοι αναφέρουν πόσο σημαντική είναι και η συμβατότητα ανάμεσα στις ανάγκες και τις προτιμήσεις τους και τον τρόπο δουλειάς

του θεραπευτή. Ο Διονύσης, για παράδειγμα, αναφέρει πως η μέθοδος της θεραπεύτριας του ήταν καθοριστική ώστε να παραμείνει στη θεραπευτική διαδικασία: «Κι αυτό μ' αρέσει, με τραβάει, δεν είναι τυχαίο ότι κολλήσαμε δηλαδή, και με τη μέθοδο ότι κόλλησα. Μου ταίριαζε και η μέθοδος. Εγώ δεν ήμουν άνθρωπος που θα δεχόμουνα αυθεντίες κι όλα αυτά, θα τα γκρέμιζα όλα». Αρκετοί συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε προηγούμενες εμπειρίες τους με άλλους θεραπευτές, όπου η απουσία αυτής της συμβατότητας οδήγησε στη διακοπή ή στον πρόωρο τερματισμό της θεραπευτικής σχέσης. Αυτό συνέβη, για παράδειγμα, στο Νικηφόρο, ο οποίος είχε μια προηγούμενη θεραπευτική εμπειρία κατά την οποία η θεραπεύτρια δε συμμετείχε στο βαθμό που ο ίδιος ήθελε και χρειαζόταν. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να διακόψει τη σχέση:

Κάτι το στατικό εμένα δε με εξυπηρετεί. Δηλαδή να τα λέω να τα λέω σ' ένα ντουβάρι, αυτό δε μ' εξυπηρετεί αυτό το πράγμα. Κι αυτός ήταν κι ο λόγος που σταμάτησα τη θεραπεία το 2005. Ήτανε μια πιο μονομερής διαδικασία, μίλαγα εγώ και είχα ένα κούνημα κεφαλιού από την άλλη το οποίο δε μου έλεγε κάτι, δε με βοηθούσε.

Μια αληθινή σχέση. Μια σημαντική παράμετρος της θεραπευτικής σχέσης που αναφέρθηκε, είναι πως οι συμμετέχοντες βίωναν τη σχέση με το θεραπευτή τους ως μια βαθιά προσωπική, αληθινή σχέση, και όχι ως μια τυπική σχέση ανάμεσα σε έναν επαγγελματία και τον πελάτη του. Ένιωθαν ότι η στάση του θεραπευτή, η αποδοχή, η κατανόηση, ο σεβασμός δεν αποτελούσαν τεχνικές, αλλά ήταν αυθεντικά, κάτι που είχε μεγάλη αξία για εκείνους. Πολλοί συμμετέχοντες μπορεί να μην το ανέφεραν ρητά, είναι ωστόσο εμφανές από τις αφηγήσεις τους ότι θεωρούσαν δεδομένο ότι τα συναισθήματα του θεραπευτή τους ήταν αληθινά. Ταυτόχρονα, υπάρχουν και συμμετέχοντες που αναφέρονται ρητά σε αυτή τη διάσταση της θεραπευτικής σχέσης, όπως είναι για παράδειγμα η Ηλέκτρα:

Νομίζω ότι δεν έχει σημασία τι λέγεται τόσο, πολλές φορές μπορεί κάτι να το ξέχναγα, που να ήταν σημαντικό, όσο ο τρόπος που μιλάει ο ένας στον άλλο, και ο σεβασμός και το πως σε ακούει, και που είναι εκεί, που δείχνει ενσυναίσθηση, ότι μπαίνει δηλαδή στη θέση σου, που είναι ανοιχτός. Όλη αυτή η σχέση, που χτίζεται σε αυτά τα στοιχεία, και που είναι αληθινή, γιατί θα μπορούσε αυτά να είναι απλά τεχνικές. Αλλά είναι ουσιαστικό αυτό και είναι αληθινό, γιατί κάνεις αυτό το πράγμα, το κάνεις γιατί πραγματικά το

αγαπάς, εγώ το εισέπραξα. Και μου ήταν αρκετό. Δεν ήταν τεχνικές δηλαδή μόνο, ήτανε πραγματική ουσία από πίσω.

Η Ιωάννα, αναφέρεται στην αγάπη που αισθάνεται πως εισέπραξε από τη θεραπεύτριά της και στο συναίσθημα πως η αγάπη αυτή υπερέβαινε την επαγγελματική σχέση, και δεν της δινόταν μόνο και μόνο επειδή πλήρωνε:

Όχι, όχι, θα ‘λεγα ότι κι εκείνη, παρότι μου το ‘δινε αυτό απλόχερα, θα έβλεπε και κάποια στραβά ρε παιδί μου. Αλλά εκεί, όσο είμαστε, δε μ’ άφησε να το δω, δεν ξέρω, δεν ξέρω αν πραγματικά βλέπει, πολύ ενδιαφέρον θα ήταν να το μάθω, αλλά, αλλά, τουλάχιστον για ένα πολύ μεγάλο διάστημα εγώ το είχα αυτό απόλυτη ανάγκη, χωρίς να το ξέρω, αλλά φαίνεται ότι το είχα απόλυτη ανάγκη το να υπάρξει κάποιος να μ’ αγαπάει έτσι. Και ξέρεις αυτό, πως να σου πω, ξεπερνάει το..., τη σχέση την επαγγελματική ρε παιδί μου. Δε θεωρώ δηλαδή ότι μου δόθηκε αυτό επειδή εγώ πήγαινα εκεί και πλήρωνα. Νομίζω ότι κάτι άλλο ήτανε.

Τα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής σχέσης. Η δεύτερη παράμετρος της θεραπευτικής σχέσης αφορά στα βοηθητικά χαρακτηριστικά που αποδίδουν σε αυτήν οι συμμετέχοντες. Τα χαρακτηριστικά αυτά σχετίζονται με τη σταθερότητα και τη χρονική διάρκεια της θεραπευτικής σχέσης, με τα όρια της σχέσης καθώς και με την ανθεκτικότητα της σχέσης, τόσο απέναντι στις δυσκολίες, όσο και στον χρόνο που περνά.

Σταθερό και διαρκές πλαίσιο. Ένα από τα βασικά βοηθητικά χαρακτηριστικά που αποδίδουν οι συμμετέχοντες στη θεραπευτική σχέση είναι η σταθερότητα της, η οποία δημιουργεί ένα βασικό αίσθημα ασφάλειας. Για παράδειγμα, η Βασιλική αναφέρει πόσο σημαντική ήταν η σταθερότητα της θεραπευτικής σχέσης, επειδή αντιστάθμιζε τις ξαφνικές απώλειες ανθρώπων που είχε βιώσει στο παρελθόν:

Παρόλα αυτά, παρόλα αυτά, ήτανε ένας σημαντικός άνθρωπος ο οποίος, το λέω και το ξαναλέω γιατί είναι όντως πολύ δυνατό, διότι ήξερα ότι μια φορά τη βδομάδα που είχα επιλέξει να πηγαίνω, για χρόνια, όλα τα χρόνια, αυτή τη συχνότητα είχα, δε θυμάμαι να το αραιώσα, δηλαδή μόνο αν μου συνέβαιναν ή είχα θέματα που μ’ εμπόδιζαν δεν πήγαινα, εεε, μια φορά τη βδομάδα. Ήταν ένας σταθερός άνθρωπος. Ιδίως μετά το πόσο είχα κλονιστεί με τις απώλειες, αν σκεφτείς πόσο είχα κλονιστεί από ξαφνικές απώλειες σημαντικών ανθρώπων στη ζωή μου, αυτό ήταν πάρα πολύ ένα στοιχείο καταρχάς...

Παράλληλα με τη σταθερότητα, σημαντικό βοηθητικό στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης αποτελεί και η μεγάλη χρονική διάρκεια. Πολλοί συμμετέχοντες αναφέρουν πως για να είναι αποτελεσματική η ψυχοθεραπεία και να οδηγήσει σε ουσιαστικές αλλαγές απαιτείται ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο Ιάσοντας, για παράδειγμα, αναφέρει ότι στα πλαίσια της ομαδικής θεραπείας στην παρέμβαση, συνειδητοποίησε ότι χρειάζεται τουλάχιστον ένας χρόνος ώστε να αντιληφθεί κανείς βασικά πράγματα για την ομάδα και τη λειτουργία της. Συγκεκριμένα αναφέρει: «Κι έχω δει κιόλας επίσης ότι στον ένα χρόνο είναι αυτός που χρειάζεσαι, οι περισσότεροι τουλάχιστον, να μουν λίγο στα ίσια τους, να καταλάβουν τι είναι η ομάδα, πως λειτουργεί...». Από την άλλη πλευρά, ο Μανώλης, ο οποίος μπήκε σε μια σύντομη θεραπευτική διαδικασία για να αντιμετωπίσει τα συναισθήματα του σε σχέση με την απώλεια του πατέρα του, αναγνωρίζει πως αν είχε παραμείνει περισσότερο στην ψυχοθεραπεία, ίσως είχε καταφέρει να αντιμετωπίσει καλύτερα τα οδυνηρά συναισθήματα του.

Α – Άλλαξε κάτι άλλο, στον τρόπο που έτσι αντιμετώπιζες τον πόνο ή τη θλίψη, μετά τη θεραπεία; Εξαιτίας της θεραπείας;

Μ – Όχι. Ενδεχομένως αν είχα κάτσει περισσότερο ή αν είχα κάνει περισσότερο θεραπεία να γινόταν αυτό. Δεν ξέρω, όχι, δεν αισθάνομαι ότι άλλαξε.

Ορια. Παρόλο που οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως βιώνουν τη θεραπευτική σχέση ως μια σχέση πολύ βαθιά και προσωπική, ταυτόχρονα αναγνωρίζουν πως είναι μια σχέση που έχει όρια. Τα όρια αυτά, ωστόσο, δεν τα εκλαμβάνουν ως κάτι αρνητικό. Σε πολλές περιπτώσεις έχουν επίγνωση των ορίων, χωρίς να αισθάνονται ότι αποτελούν εμπόδιο. Για τη Βασιλική, τα όρια είναι σαφή αλλά δεν εμποδίζουν σε καμία περίπτωση το συναίσθημα ότι η θεραπεύτριά της είναι σημαντική και είναι εκεί γι' αυτήν:

Λοιπόν, είχε, λοιπόν η [όνομα θεραπεύτριας] ήταν για μένα, όπως σου είπα έγινε πολύ γρήγορα ένας σημαντικός άνθρωπος στη ζωή μου. Γιατί; Γιατί ήταν, ένιωθα ότι ήταν εκεί, παρόλο που ήταν σαφές ότι, δηλαδή το πλαίσιο της σχέσης ήταν σαφέστατο, έτσι; Δεν υπήρχε καμιά παρανόηση σ' αυτό θέλω να πω.

Ακόμη περισσότερο, υπάρχουν συμμετέχοντες που αισθάνονται ότι έχουν ανάγκη να υπάρχουν τα όρια αυτά. Για παράδειγμα, η Ζωή εκφράζει την ανάγκη της

να είναι σαφείς οι ρόλοι ανάμεσα σε εκείνη και τον θεραπευτή της, χωρίς αυτό να έρχεται σε αντίθεση με την αγάπη και την αποδοχή που εισπράττει από εκείνον:

Νομίζω η αποδοχή μου απ' τον άλλον, ναι, κι ένα θετικό συναίσθημα, ότι μ' αγαπάνε, ξέρεις. Παρόλο που πάντα ήθελα αποστάσεις, δηλαδή θυμάμαι ότι ο [όνομα θεραπευτή], τώρα που γνωριζόμαστε πια πολλά χρόνια, ξέρεις, κάτι είπε για το facebook και λέω «εγώ δε θα κάνω καθόλου φίλο τον [όνομα θεραπευτή] μέχρι όταν τελειώσουμε τη θεραπεία» γιατί μου αρέσει να έχω, μ' αρέσει να υπάρχουνε ρόλοι, δηλαδή να έχω κι ένα μυστήριο γι' αυτούς και να τους θαυμάζω και περισσότερο, δε θέλω να είμαι...

Ανθεκτικότητα της θεραπευτικής σχέσης. Ένα ακόμη βοηθητικό χαρακτηριστικό της θεραπευτικής σχέσης που αναγνωρίστηκε από τους συμμετέχοντες, αποτελεί η ανθεκτικότητα της στις δυσκολίες, τις παρανοήσεις ή τις συγκρούσεις που μπορεί να προκύψουν. Για παράδειγμα, η Βασιλική αναφέρει πως θύμωνε πολλές φορές με αυτά που της έλεγε η θεραπεύτριά της, στη συνέχεια όμως επεξεργάζονταν εκείνο που είχε διαμειφθεί μεταξύ τους και έβρισκαν ξανά τη συναισθηματική τους επαφή:

Τώρα αν εκείνη την ώρα με τσίτωνε, εντάξει, ήξερα ότι θα πάω μετά και θα δούμε τι θα κάνουμε. Αλλά υπήρχαν και φορές που με τσίτωνε, δηλαδή εκείνη τη φορά που μου 'πε «Εγώ δεν πρόκειται να σ' αφήσω να το κάνεις αυτό», α, λέω, δεν είμαστε καλά τώρα! Θα μου πει και τι θα κάνω! Ωραία! Άντε, της λέω, τώρα! Μου λέει «Αυτό που σου λέω!» Μου 'χε αγριέψει, αλλά ωραία. Είχα νευριάσει. Ε, μετά ξαναβρήκε, το επεξε..., θέλω να πω, είχε όλα, είχε τα πάντα...

Επιπλέον, η Ιωάννα αναφέρει πως τα συναισθήματα της εμπιστοσύνης και της ασφάλειας ήταν σταθερά στη σχέση, όχι μόνο τις φορές που η θεραπεύτριά της συντονιζόταν μαζί της και την ακολουθούσε στο βίωμα της, αλλά και όταν απουσίαζε αυτός ο συντονισμός. Η σχέση δηλαδή δεν κλονιζόταν σε εκείνες τις στιγμές, όπως αναφέρει χαρακτηριστικά:

Ναι, θέλω να πω ότι δεν ήταν πάντα, την ένιωθα ότι βλέπουμε το ίδιο πράγμα και «Α, ωραία, εντάξει». Υπήρχαν και φάσεις, όπως αυτή, που δε μπορούσαμε να δούμε το ίδιο πράγμα, αλλά παρόλα αυτά, δε μείωσε αυτό την επαφή ή την ασφάλεια που ένιωθα μαζί της ή την αίσθηση ότι είναι δίπλα μου. Όχι, απλώς ήταν ότι δε βλέπουμε το ίδιο πράγμα. Ε, και έλεγα «Καλά δεν πειράζει, άσχημα να βλέπει αυτή αυτό, δεν υπάρχει αυτό αλλά τέλος πάντων, άσχημα να το

βλέπει!» Κάπως έτσι. Γιατί θέλω να πω δεν ήταν πάντα, δεν ήταν πάντα ότι βλέπουμε τα ίδια και... Όχι, δεν είναι αυτό.

Μια άλλη πτυχή της ανθεκτικότητας της θεραπευτικής σχέσης σχετίζεται με την αίσθηση πολλών συμμετεχόντων ότι αποτελεί μια σχέση που αντέχει στο χρόνο, ακόμη και μετά το τέλος της θεραπείας. Για παράδειγμα, τόσο η Αγάπη όσο και η Βασιλική αναφέρουν ότι πολλές φορές νιώθουν την ανάγκη να μιλήσουν στους θεραπευτές τους όταν κάτι τις απασχολεί, παρόλο που έχει περάσει μεγάλο χρονικό διάστημα από την ολοκλήρωση της θεραπευτικής διαδικασίας. Ο Διονύσης εκφράζει με σαφήνεια τη διάσταση της αντοχής της θεραπευτικής σχέσης στο χρόνο και αναφέρει την πεποίθησή του ότι μια σχέση όπως η θεραπευτική μπορεί να αλλάζει μορφή αλλά δεν τελειώνει ποτέ:

Δε θα μπορούσα να της πω, [όνομα θεραπεύτριας] μου ξέρεις, εντάξει, τα είδα αυτά σ' ευχαριστώ, τελειώσαμε. Δεν τελειώνουν έτσι οι σχέσεις. Πρώτα απ' όλα οι σχέσεις δεν τελειώνουν, δηλαδή τέτοιες σχέσεις θεωρώ ότι δεν τελειώνουν ποτέ. Υπάρχουνε. Μπορεί να τελειώνουν μ' έναν άλλο τρόπο και να αλλάζουν, και να αποκτούν ένα άλλο νόημα, μια άλλη μορφή.

Σύνοψη. Οι συμμετέχοντες ανέδειξαν τη θεραπευτική σχέση ως σημαντικό βοηθητικό παράγοντα που συνέβαλλε στη θεραπευτική διαδικασία και τη θετική αλλαγή. Οι βοηθητικές παράμετροι της θεραπευτικής σχέσης ομαδοποιήθηκαν σε δύο υποκατηγορίες: (α) τη βίωση της θεραπευτικής σχέσης και, (β) τα βασικά χαρακτηριστικά της. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως βιώνουν τη θεραπευτική σχέση ως μια πολύτιμη και σημαντική σχέση μέσα στην οποία αισθάνονται εμπιστοσύνη και ασφάλεια να επικοινωνήσουν ανοιχτά και να επεξεργαστούν τις εμπειρίες και τα συναισθήματά τους. Αισθάνονται, επίσης, πως υπάρχει συμβατότητα και χημεία ανάμεσα σε εκείνους και τον θεραπευτή τους, ενώ θεωρούν ότι ο τρόπος με τον οποίο δουλεύει ο θεραπευτής τους, τους ταιριάζει. Επιπλέον, σημαντική πτυχή του τρόπου με τον οποίο βιώνουν οι συμμετέχοντες τη θεραπευτική σχέση αποτελεί και η αίσθηση ότι πρόκειται για μια πολύ αληθινή και προσωπική σχέση. Τα βοηθητικά χαρακτηριστικά της θεραπευτικής σχέσης που αναδείχθηκαν από τις αφηγήσεις, αφορούν κυρίως στη σταθερότητα και στη μεγάλη χρονική διάρκεια, στην ύπαρξη σαφών ορίων και ρόλων, και τέλος στην ανθεκτικότητα της σχέσης απέναντι στις δυσκολίες και τις συγκρούσεις, αλλά και απέναντι στον χρόνο που περνά μετά από την ολοκλήρωση της θεραπευτικής διαδικασίας.

Η συμβολή του πελάτη. Εκτός από τη σημασία που αποδίδουν στον θεραπευτή και τη θεραπευτική σχέση, οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν επίσης ότι και οι ίδιοι παίζουν σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική αλλαγή και την ανάκαμψή τους από τις αντιξοότητες. Μέσα από την ανάλυση των αφηγήσεων τους διαφάνηκε πως οι ίδιοι οι πελάτες συμβάλλουν στη θεραπευτική αλλαγή με δύο τρόπους. Ο πρώτος τρόπος σχετίζεται με τη γενικότερη κινητοποίηση τους να ενταχθούν και να παραμείνουν στη θεραπευτική διαδικασία, ενώ ο δεύτερος αναφέρεται στις ενεργητικές προσπάθειες που καταβάλλουν οι ίδιοι, εντός και εκτός της θεραπευτικής ώρας.

Κινητοποίηση και ετοιμότητα. Το ισχυρό κίνητρο του πελάτη να αναζητήσει, καταρχάς, αλλά κυρίως να παραμείνει σε μια θεραπευτική διαδικασία, αναδείχθηκε ως μια σημαντική παράμετρος της συμβολής του πελάτη. Σύμφωνα με τη Θεοδοσία, μέσα στη θεραπεία έρχεται κανείς σε επαφή με δύσκολα συναισθήματα, ενώ συνειδητοποιεί πολλά πράγματα σχετικά με τον εαυτό του και με το τι δεν πηγαίνει καλά. Εάν δεν υπάρχει ισχυρό κίνητρο, τότε ο πελάτης μπορεί να σταματήσει πρόωρα τη θεραπεία:

Αν πας, αν δεν υπάρχει κίνητρο, δυστυχώς θα στρίψεις. Δυστυχώς, καλώς ή κακώς, κι εγώ έτσι και από αυτό που βλέπω από τον εαυτό μου, και από αυτό που βλέπω από τους άλλους ανθρώπους, ότι είναι το μεγάλο, όχι το μεγάλο μειονέκτημα, δεν είναι τόσο της θεραπείας είναι ότι...δυστυχώς άμα δεν έχεις πρόβλημα δε θα την αναζητήσεις. Και άμα δεν την αναζητήσεις δε θα πάρεις αυτά που έχει να σου δώσει. Η θεραπεία θέλει δυστυχώς ένα κίνητρο. Θέλει ένα λόγο να πας να το κάνεις. Και συνήθως θα έχεις φάει το κεφάλι σου για να πας να κάνεις θεραπεία. Άμα δεν υπάρχει κίνητρο, δηλαδή δε θα πας θεραπεία για να πεις καφέ. Πρέπει να υπάρχει κάποιο κίνητρο. Κάτι θα έχεις δει, κάτι θα έχεις αντιμετωπίσει, κάπου έχεις δυσκολία, κάπου βλέπεις ότι δε μπορείς; Και πρέπει λιγάκι να παραδεχτείς στον εαυτό σου ότι, πρέπει να φτάσεις στο σημείο να το παραδεχτείς όμως, «δε μπορώ μόνος μου»...

Το κίνητρο για την παραμονή στη θεραπεία μπορεί να λάβει πολλές φορές τη μορφή της ικανοποίησης από τη θεραπευτική διαδικασία. Όπως είδαμε, η στάση του θεραπευτή και η καλή θεραπευτική σχέση προκαλούν θετικά συναισθήματα στον πελάτη, διευκολύνοντας την παραμονή του στη σχέση. Μια άλλη πτυχή της ικανοποίησης από τη θεραπευτική διαδικασία σχετίζεται με την ευχαρίστηση που αντλεί ο πελάτης από τις νέες ανακαλύψεις που κάνει για τον εαυτό του, όσο

δύσκολες ή οδυνηρές κι αν είναι αυτές. Αυτό ισχύει, για παράδειγμα, για τον Ιάσονα ο οποίος γοητευόταν τόσο από τη διαδικασία που ήθελε να την οδηγήσει σε όσο μεγαλύτερο βάθος μπορούσε, ακόμη κι όταν εκείνα που συνειδητοποιούσε για τον εαυτό του ήταν ιδιαίτερα οδυνηρά. Αναφέρει πως αυτή του η τάση τον βοήθησε να αξιοποιήσει στο έπακρο μια ομαδική παρέμβαση που ήταν εστιασμένη στην εξάρτηση και την αντιμετώπισή της για να επεξεργαστεί προσωπικά του θέματα σε βαθύτερο επίπεδο.

Κάτι που ανακάλυπτα για μένα, παρόλο που πονούσε με οδηγούσε όλο και πιο βαθιά αυτό το πράγμα, και μάλιστα πολλοί μου έχουν πει, όχι, το πιστεύω κι εγώ για τον εαυτό μου ότι, παρόλο που αυτές οι ομάδες δεν είναι ομάδες που ουσιαστικά δουλεύεις θέματά σου, αλλά ουσιαστικά προσπαθούν να σου δείξουν κάποια πράγματα που αφορούν τη χρήση και πως να χειριστείς μια κατάσταση στην οποία βρίσκεσαι μέσα. Εγώ δούλεψα αρκετά πιο βαθιά, γιατί ακριβώς μου άρεσε τόσο πολύ η όλη διαδικασία, που βουτούσα. Βουτούσα πολύ μέσα σ' αυτό.

Σημαντική είναι επίσης η ετοιμότητα του πελάτη να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει συναισθήματα και καταστάσεις. Για τη Ζωή, η ετοιμότητα αυτή σημαίνει ωριμότητα κατανόησης. Συγκεκριμένα αναφέρει «Νομίζω ότι το πιο, νομίζω ότι αυτό που έχει ενδιαφέρον είναι ότι όταν δεν είσαι ώριμος να κατανοήσεις κάτι, ότι και να σου λένε οι άλλοι, δεν είναι, δεν περνάει». Ο Διονύσης αναφέρει πως άργησε να μιλήσει στη θεραπεία για τη σχέση του με τη σύντροφό του επειδή δεν ήταν έτοιμος να την επεξεργαστεί. Στο απόσπασμα επεξηγεί τι σημαίνει αυτή η ετοιμότητα:

Η ετοιμότητα τι σημαίνει; Σημαίνει ότι στο εδώ και τώρα να μπορώ να φέρω αυτά τα οποία αισθάνομαι ή σκέφτομαι, να τα κάνω λέξεις και να στα κοινωνήσω και να τα δούμε μαζί. Το να 'μαι έτοιμος το να τα διαχειριστώ.

Δηλαδή μέχρι τότε δεν ήμουν έτοιμος να τα διαχειριστώ, δεν ήμουν έτοιμος να αντιμετωπίσω το θηρίο που ονομάζεται σχέση.

Ο πελάτης δεν είναι πάντα από την αρχή έτοιμος να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει συναισθήματα και καταστάσεις. Η ίδια η θεραπευτική διαδικασία όμως, και η επεξεργασία των ζητημάτων που συντελείται μέσα σε αυτήν, διευκολύνει και ενισχύει διαρκώς την ετοιμότητα. Πολλές φορές η επεξεργασία και η τακτοποίηση ορισμένων ζητημάτων, επιτρέπουν να δημιουργηθεί ο χώρος αλλά και η ετοιμότητα για την επεξεργασία άλλων ζητημάτων. Για τον Διονύση, για παράδειγμα, η

ετοιμότητα να αναφέρει και να επεξεργαστεί το θέμα της σχέσης του δημιουργήθηκε αφού είχε δουλέψει θεραπευτικά την απώλεια των δικών του και στη συνέχεια τα προβλήματα που είχαν προκύψει από την απώλεια αυτή.

Ενεργητικός ρόλος. Ο δεύτερος τρόπος με τον οποίο συμβάλλει ο πελάτης στη θεραπευτική αλλαγή σχετίζεται με τον ενεργητικό του ρόλο σε διάφορα στάδια της θεραπευτικής διαδικασίας.

Καταρχάς, οι πελάτες αναζητούν πολύ ενεργά έναν θεραπευτή που τους αρέσει, τους ταιριάζει και τους κάνει να νιώθουν καλά. Αξιολογούν τον θεραπευτή και τα συναισθήματα που τους προκαλεί και αποφασίζουν αν θα παραμείνουν στη θεραπεία ή αν θα διακόψουν. Αρκετοί είναι οι συμμετέχοντες που αναφέρθηκαν σε προηγούμενες απόπειρες τους να ξεκινήσουν θεραπεία, οι οποίες δεν ευοδώθηκαν επειδή δεν αισθάνονταν καλά με τον θεραπευτή. Η Βασιλική αναφέρει, με ιδιαίτερα έντονο τρόπο, δύο προηγούμενες προσπάθειες που έκανε να αναζητήσει βοήθεια και περιγράφει πόσο αρνητικές ήταν αυτές, με αποτέλεσμα να τις διακόψει:

Και τότε ναι, μέσα σ' όλα αναζήτησα και βοήθεια. Μου σύστησαν έναν ψυχίατρο, ο οποίος απλά ήτανε, τώρα πια ιδίως, τότε απλά ένιωσα ότι δε θέλω να ξαναπάω. Τώρα, με τη γνώση που έχω, ξέρω και γιατί, ήτανε επιεικώς απαράδεκτος, δηλαδή ευχαρίστως να του 'ριχνα ένα χέρι ξύλο τώρα, ευχαρίστως. Δηλαδή θα πήγαινα επίσκεψη για να τον βρίσω και να τον μπουφλίσω. Συνέχισα να αναζητώ βέβαια γιατί αυτό, μου σύστησαν μια ψυχολόγο. Πήγα σ' αυτήν κάποιες φορές όπως σου είπα, τώρα πάρα πολύ καλά ξέρω ότι επίσης τι δεν κόλλησε, το θυμάμαι σαν τώρα. Ήτανε θαυμάσια, ήτανε σα να φορούσε μάσκα πάντα, ανέκφραστη ήταν, ότι και να μου έλεγε ήταν ανέκφραστη και βεβαίως ήταν και σαφώς αξιολογητική κι επικριτική, έτσι;

Η εμπιστοσύνη του πελάτη στον θεραπευτή και τη θεραπευτική διαδικασία αποτελεί μια άλλη παράμετρο του ενεργητικού του ρόλου. Είδαμε στην προηγούμενη ενότητα ότι η εμπιστοσύνη και η ασφάλεια είναι δύο ιδιαίτερα βοηθητικά συναισθήματα που εμπνέει ο θεραπευτής και η θεραπευτική σχέση. Σε αυτή την υποκατηγορία αναδεικνύεται πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του ίδιου του πελάτη, τόσο στο να βιώσει, όσο και στο να αξιοποιήσει έμπρακτα την εμπιστοσύνη αυτή. Ακόμη κι αν δημιουργείται από την αρχή μια βασική εμπιστοσύνη, ορισμένες φορές ο πελάτης δυσκολεύεται να αναφέρει και να επεξεργαστεί θέματα που φοβάται ότι υπάρχει η πιθανότητα να δημιουργήσουν αρνητική εικόνα του θεραπευτή για τον ίδιο.

Η απόφαση να τα συζητήσει, ακόμη και αν η θεραπεία έχει προχωρήσει αρκετά, αποδεικνύεται σημαντική τόσο για το θεραπευτικό αποτέλεσμα όσο και για την ίδια τη θεραπευτική σχέση, και ενισχύει την εμπιστοσύνη του πελάτη. Η Ιωάννα περιγράφει παρακάτω τη δυσκολία της να αποκαλύψει στη θεραπεύτρια της την εξωσυζυγική της σχέση, και πόσο πολύ χρειαζόταν να βαθύνει η εμπιστοσύνη ώστε να μιλήσει για αυτήν:

Ε, μετά, όταν της είπα για τον [όνομα ερωτικού συντρόφου]. Ήταν επίσης ένα κομβικό σημείο για μένα, γιατί εκεί ήταν πια η απόλυτη εμπιστοσύνη. Όλα τα άλλα ήταν του παρελθόντος, ήταν πράγματα που, εντάξει, δεν, δεν είχα ευθύνη, εγώ γι' αυτά! Δεν εξαρτιόντουσαν απ' το τι κάνω εγώ και ποια είμαι και πως είμαι. Ενώ η σχέση μου αυτή ήταν επιλογή μου σ' ένα μεγάλο βαθμό, ήτανε του παρόντος, με έδειχνε μ' ένα τρόπο που εγώ θεωρούσα κάπως ας πούμε αδύνατο να τον πω σ' έναν άνθρωπο που δε με ξέρει και δεν, όχι που δε με ξέρει, δεν ξέρω, δεν το 'λεγα και σε κανέναν, εκτός από τη [όνομα φίλης] ας πούμε δεν το ήξερε και κανείς. Οπότε, αυτό ήτανε η στιγμή που..., το μεγάλο άνοιγμα ας πούμε. Παρότι ήταν μόνο σε εκείνη, το να μπορέσω να το πω, και να μιλήσω γι' αυτό και για όλα τα συναισθήματα που υπάρχουνε και τις δυσκολίες και, και όλη αυτή τη σύγκρουση που έχω μέσα μου και..., όλα όσα έγιναν τέλος πάντων, ήταν πολύ μεγάλο πράγμα για μένα. Μου πήρε πάρα πολύ καιρό για να το κάνω, και όχι μόνο πάρα πολύ καιρό, πάρα πολλή ενέργεια, σκέψη. Γιατί, γιατί τότε είχα πει στον εαυτό μου ότι «Κοίταξε, η [όνομα θεραπεύτριας] σ' έχει εμπιστευτεί, πολύ, σ' αγαπάει, σε νιώθει, πως θα της πει κάτι που σε ρίχνει απ' αυτό το βάθος ας πούμε; Και που σε κάνει να φαίνεσαι ψεύτικη;» Ή τουλάχιστον έτσι το 'βλεπα το πράγμα. Οπότε το ότι μπόρεσα να το πω αυτό ήτανε μέγα θαύμα! Κι ότι μπορώ ακόμα να μιλάω γι' αυτό, με όλα όσα μεσολάβησαν... Ναι.

Τόσο από τα λόγια της Ιωάννας, όσο και από τα λόγια της Γεωργίας που παρατίθενται στη συνέχεια, διαφαίνεται ότι δεν είναι μόνο η εμπιστοσύνη στον θεραπευτή που βοηθάει τον πελάτη να αποκαλύψει τα ζητήματα που τον απασχολούν, αλλά ότι είναι απαραίτητα και το θάρρος και η αποφασιστικότητα να ξεπεράσει τους φόβους του και να τολμήσει να ανοιχτεί. Η Γεωργία αναφέρεται πιο συγκεκριμένα στο θάρρος της να εκτεθεί:

Θεωρώ ότι κι εγώ είχα συμβολή σ' αυτό, δηλαδή το 'χω παρατηρήσει ότι στους θεραπευτές γενικά αφήνομαι, δείχνω εμπιστοσύνη... Θεωρώ ότι έχω

μια καλή σχέση με την έκθεση, που μ' έχει βοηθήσει σ' αυτά τα κομμάτια. Να μπαίνω ας πούμε γρήγορα στο... Νομίζω ότι μ' εξιτάρει και λίγο σ' ένα βαθμό. [...] Οπότε, ναι και το δικό μου κομμάτι το ότι ας πούμε μ' αρέσει η έκθεση, είχα το θάρρος να εκτεθώ, ήθελα, είχα πραγματικά λαχτάρα να το δουλέψω, να κάνω κάτι, όχι απλώς να πηγαίνω. Και ανάγκη επικοινωνίας.

Η προσπάθεια που ο ίδιος ο πελάτης καταβάλλει για να αλλάξει αποτελεί άλλη μια παράμετρο του ενεργητικού του ρόλου και αναφέρεται στις διαθέσεις και τις συμπεριφορές του μέσα στο θεραπευτικό πλαίσιο. Οι πελάτες αναγνωρίζουν ότι η θεραπευτική διαδικασία είναι πολλές φορές δύσκολη και επίπονη, και απαιτεί κόπο από αυτούς. Σε αυτές τις περιπτώσεις η δέσμευση τους στη θεραπευτική διαδικασία, η προθυμία τους να δουλέψουν με τον εαυτό τους, και η ενεργητική δουλειά που καταβάλλουν διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο. Η Αγάπη αναφέρεται στις πτυχές της δικής της ενεργητικής συμβολής στη θεραπεία της.

Ξεκινώντας όμως, ήθελα να συνεχίσω να κάνω θεραπεία, γι' αυτό και ήμουν τυπική, γι' αυτό και πήγαινα σ' όλα τα ραντεβού μου, γι' αυτό και δούλευα, γιατί αποφάσισα να δουλέψω. Αυτό. Κατά συνέπεια, ένας άνθρωπος που είναι αποφασισμένος να βοηθήσει τον εαυτό του, ε, να προχωρήσει για να αλλάξει τα πράγματα για τον εαυτό του, να τα πάει προς το καλύτερο, οφείλει να δουλέψει. Κι είναι θέμα δουλειάς. Κι εντάξει. Δε θέλει φόβο αυτό το πράγμα. Απλά θέλει να 'χεις τη θέληση να δουλέψεις. Με σένα. Να αποδεχτείς τον εαυτό σου, τέτοια πράγματα, να τον αγαπήσεις, να τον προωθήσεις, να τον προχωρήσεις, να... Για σένα όλα.

Μια διάσταση της προσπάθειας που καταβάλλει ο ίδιος ο πελάτης ώστε να αλλάξει και να προχωρήσει, είναι η δεκτικότητα του στις παρεμβάσεις του θεραπευτή και η επεξεργασία τους. Παράδειγμα αποτελεί ο Νικηφόρος, ο οποίος αναφέρει πόσο δεκτικός ήταν και πόσο άμεσα αξιοποιούσε εκείνα που του έλεγε η θεραπεύτρια του.

Όχι, εγώ νομίζω ότι άκουγα πολύ, νομίζω ότι αυτά που μου έλεγε τα αφομοίωνα γρήγορα, αυτό μόνο. Ότι τα 'πιανα, δε χρειαζότανε να μου πει εκατό φορές το ίδιο πράγμα... Πήγαινα παρακάτω πολύ γρήγορα. Το καταλάβαινα. Το ενσωμάτωνα πολύ γρήγορα στη διαδικασία. Αυτό.

Η επεξεργασία του υλικού που αναδύεται στη θεραπευτική συνεδρία δε λαμβάνει χώρα μόνο μέσα στη θεραπευτική ώρα, αλλά και ενδιάμεσα στις συνεδρίες. Αυτή είναι άλλη μια πτυχή του ενεργητικού ρόλου του πελάτη. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως ανάμεσα στις συνεδρίες συλλογίζονταν εκείνα που είχαν συζητήσει με

τον θεραπευτή τους, τα επεξεργάζονταν ακόμη περισσότερο και τα εξέλισσαν. Ο Στέλιος αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα και αναφέρει επιπλέον πως δεν επεξεργαζόταν μόνο εκείνα που είχαν διαδραματιστεί μέσα στη θεραπευτική συνεδρία, αλλά έψαχνε και σχετικό βιβλιογραφικό υλικό ώστε να το προχωρήσει ακόμη περισσότερο.

Το αποδίδω στην ικανότητά της να με μάθει να δουλεύω με τον εαυτό μου, να ψάχνω τον εαυτό μου, ίσως, και σε κομμάτι δικό μου που δούλευα με τον εαυτό μου. Δηλαδή δεν έβγαινα έξω, δεν τελείωνα κι έλεγα «ουφ, το τελείωσα κι αυτό, την άλλη Τετάρτη» ας πούμε. Όλη την εβδομάδα, ιδίως ότι έλεγε εκείνη, αλλά ότι έλεγα κι εγώ το δούλευα. Το επεξεργαζόμουν. Δεν πέρναγε έτσι. Δεν έβγαινα και τελείωνε. Δεν το ‘βλεπα ας πούμε σαν ένα μάθημα που δεν το θέλω, και το πετάω, το αφήνω. Το δούλευα μέσα μου όλη τη βδομάδα, έτσι; Και αυτά που θιγόντουσαν κι αυτά, έψαχνα να βρω βιβλιογραφία κλπ, να ανοίξω τον Φρόιντ, να βρω το κατάλληλο κεφάλαιο, κλπ, να το ψάξω, να το δω...

Σύνοψη. Οι συμμετέχοντες απέδωσαν σημαντικό βοηθητικό ρόλο για τη θετική θεραπευτική έκβαση, όχι μόνο στον θεραπευτή και τη θεραπευτική σχέση, αλλά και στον ίδιο τους τον εαυτό. Η συμβολή του πελάτη φάνηκε πως διακρίνεται περαιτέρω σε δύο παραμέτρους. Η πρώτη, αφορά στην ύπαρξη ενός ισχυρού κινήτρου που βοηθά τον πελάτη να παραμείνει σε μια δύσκολη και επίπονη θεραπευτική διαδικασία καθώς και στην ετοιμότητα του να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει συναισθήματα και καταστάσεις. Η δεύτερη παράμετρος της συμβολής του πελάτη αναφέρεται στην ενεργητική προσπάθεια που καταβάλλει σε διάφορα σημεία της θεραπευτικής διαδικασίας. Η προσπάθεια αυτή μπορεί να λάβει διάφορες μορφές, όπως είναι για παράδειγμα η αναζήτηση και επιλογή του κατάλληλου θεραπευτή, η εμπιστοσύνη και το θάρρος να εκθέσει ευάλωτα συναισθήματα και εμπειρίες, η τυπικότητα και η δέσμευση στη θεραπευτική διαδικασία, αλλά και η επεξεργασία των ζητημάτων που προκύπτουν και των παρατηρήσεων του θεραπευτή, τόσο εντός της θεραπευτικής ώρας, όσο και ενδιάμεσα στις συνεδρίες.

Αναζητώντας το Προσωπικό Νόημα

Η δεύτερη υπερκείμενη κατηγορία που αναδείχθηκε από την ανάλυση των συνεντεύξεων σχετίζεται με τις βασικές διεργασίες ανακατασκευής του νοήματος. Οι διεργασίες αυτές περιλαμβάνουν την απόσταση που λαμβάνει ο πελάτης από τα οδυνηρά συναισθήματα και εμπειρίες και την παρατήρησή τους, τη γνωστική και

συναισθηματική επεξεργασία των εμπειριών και των συναισθημάτων αυτών, καθώς και τη σαφέστερη αντίληψη των σκέψεων, των συναισθημάτων, των αντιδράσεων, της συμπεριφοράς, και του τρόπου που σχετίζεται. Οι διεργασίες αυτές, αφενός διευκολύνονται από τη συναισθηματική ανακούφιση που βιώνει ο πελάτης μέσα στην ασφαλή θεραπευτική σχέση ενώ, αφετέρου, οδηγούν στην περαιτέρω μείωση της συναισθηματικής έντασης. Στη συνέχεια παρουσιάζονται αναλυτικά οι διεργασίες αυτές.

Αποστασιοποίηση και επικέντρωση. Μια βασική διεργασία στην οποία εμπλέκεται ο πελάτης κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας είναι η επικέντρωση στον εαυτό του και τα βιώματα του και η παρατήρηση τους από μια ασφαλή απόσταση. Η επικέντρωση αυτή βοηθάει τον πελάτη να εξετάζει και να επεξεργάζεται τα ζητήματα που τον απασχολούν. Η Ηλέκτρα περιγράφει αυτή τη διαδικασία:

Σα να τα βλέπεις κάτω από το φακό κάποια πραγματάκια, που έχεις αυτά τα 45 λεπτά, την πολυτέλεια να το κάνεις και μετά να το πάρεις μαζί και να το σκεφτείς, και μέσα στη μέρα και μέσα στη βδομάδα μέχρι να έρθει η επόμενη συνεδρία...

Η Βασιλική, επιχειρώντας να κατανοήσει τι είναι αυτό που διαφοροποιεί τη θεραπευτική διαδικασία από μια συζήτηση με φίλους, καταλήγει στο συμπέρασμα πως ενώ με τους φίλους συζητά κανείς πολλά πράγματα και δεν εστιάζει σε κάτι συγκεκριμένο, η θεραπεία είναι μια διαδικασία στην οποία επικεντρώνεται κανείς μόνο σε αυτό που τον απασχολεί:

Σα να 'ναι... σα να μπαίνω εκεί σε μια, σε μια μοναδική διαδικασία, που έχει και μια συνέχεια ας πούμε. Σα να κάνω και μ' ένα τρόπο, πως να σου πω, σα να επικεντρώνω, σε κάτι που μ' απασχολεί. [...] Ενώ εκεί θα πάω εστιασμένα, τουλάχιστον κάπως έτσι, δεν ξέρω αν σκεφτώ και κάτι άλλο. Αυτό έτσι σε πρώτη αυτή, νομίζω αυτό κάνει τη διαφορά, ότι θα πάω εστιασμένα. Θα πάω, «Έλα να δούμε ρε παιδί μου αυτό που μ' απασχολεί. Αυτό που με δυσκολεύει. Έλα να το δούμε μαζί». Ξέρεις, κάπως έτσι, πάμε να το, έλα να το δουλέψουμε μαζί.

Οι διεργασίες της επικέντρωσης και της παρατήρησης διευκολύνονται κατά κύριο λόγο από την ασφάλεια και την εμπιστοσύνη που δημιουργείται μέσα στο θεραπευτικό πλαίσιο. Η καλή θεραπευτική σχέση και η θετική στάση του θεραπευτή απέναντι στον πελάτη δημιουργούν ένα θετικό κλίμα απαλλαγμένο από οποιαδήποτε αίσθηση απειλής ή κριτικής, μέσα στο οποίο τα έντονα συναισθήματα κατευνάζονται.

Με αυτό τον τρόπο δίνεται στον πελάτη η δυνατότητα να παρατηρήσει ψύχραιμα τα συναισθήματα και τα βιώματα του, και να μπορέσει να τα κατανοήσει.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Ζωή, η οποία περιγράφει πως η θεραπευτική σχέση αποτελεί για αυτήν ένα καταφύγιο που της παρέχει τη δυνατότητα να κάνει μια στάση, να πάρει απόσταση από τη ροή της ζωής και να παρατηρεί τι κάνει:

Z – Δηλαδή παρόλο που ξέρω να διαχειρίζομαι μόνη μου τα πράγματα, αυτή η σχέση με βοηθάει να μη νιώθω μόνη μου. Ήταν πάντα μια άμυνα. Δηλαδή όταν συνέβαινε κάτι, ότι δεν πειράζει, θα το πω και θα το, ακόμα κι αν ήτανε ένα δικό μου λάθος, έτσι; Όχι πάντα πλήγωμα απ' τους άλλους. Ότι θα το πω κι αυτό θα το μετριάσει και θα το...

A – Μια ανακούφιση δηλαδή... που βρίσκεις στη σχέση.

Z – Μπράβο, ανακούφιση. Τη βρίσκω, ναι. Ναι, ναι, οπότε αυτό εννοούσα στάσεις, έτσι ένα ξαπόσταμα, και που σου επιτρέπει και να παρατηρείς...

Στην ψυχοθεραπεία οι πελάτες δεν επικεντρώνονται μόνο στα ζητήματα που τους απασχολούν και τις εμπειρίες που έχουν βιώσει, αλλά έχουν την ευκαιρία να εστιάσουν στον ίδιο τους τον εαυτό. Για τον Ιάσονα, αυτό είναι κάτι που έγινε για πρώτη φορά στη ζωή του, καθώς πάντα θεωρούσε ότι το πρόβλημα το είχαν οι άλλοι και όχι ο ίδιος. Στην παρέμβαση όμως έμαθε να βάζει στο επίκεντρο τον εαυτό του και να συνειδητοποιεί τα δικά του κίνητρα και ανάγκες:

Δεν ασχολείσαι ουσιαστικά με τον εαυτό σου γιατί λες «καλά είμαι εγώ, δεν έχω εγώ το πρόβλημα, άλλος έχει το πρόβλημα» και πάντα αφήνεις τον εαυτό σου απέξω. Άρα για πρώτη φορά έβαλα τον εαυτό μου στο επίκεντρο. Και λέω στο επίκεντρο του εαυτού μου, δεν εννοώ, γιατί πάντα ήμουν το αφεντικό του σπιτιού και ως πατέρας και ο ρόλος. Αλλά ακριβώς με έβαλα ας πούμε σ' αυτό το κομμάτι στο μικροσκόπιο. Όπως μας έλεγαν στην παρέμβαση «τι κερδίζεις εσύ από αυτό το πράγμα», εγώ το έχω διορθώσει τώρα με την προσωποκεντρική, «τι ανάγκη καλύπτεις», λέω για είναι λίγο πιο...

Γνωστική και συναισθηματική επεξεργασία. Σημαντική πτυχή της θεραπευτικής διαδικασίας αποτελεί η αναζήτηση του νοήματος που έχουν οι αντίξοες ή τραυματικές εμπειρίες για τον ίδιο τον πελάτη, όπως επίσης και η αναγνώριση και επεξεργασία των συναισθημάτων που απορρέουν από αυτές. Από την ανάλυση των συνεντεύξεων διαφάνηκε πως η αναζήτηση του προσωπικού νοήματος αποτελεί μια διαδικασία που συντελείται ταυτόχρονα σε γνωστικό και σε συναισθηματικό επίπεδο. Με άλλα λόγια, στην ψυχοθεραπεία οι πελάτες έχουν την ευκαιρία να αφηγηθούν τις

εμπειρίες τους, να κατανοήσουν τι σημαίνουν αυτές οι εμπειρίες για τους ίδιους και να μπορέσουν να επαναβιώσουν τα συναισθήματα που τους προκάλεσαν, μέσα σε ένα ασφαλές πλαίσιο.

Αρκετοί συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε δύσκολες εμπειρίες ή καταστάσεις του παρελθόντος που δεν είχαν αναγνωρίσει πόσο οδυνηρές ήταν για τους ίδιους. Η δυνατότητα που παρέχει η ψυχοθεραπεία να εστιάσει κανείς στον εαυτό του, διευκολύνει την αναγνώριση του νοήματος των εμπειριών αυτών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο Στέλιος, ο οποίος ενώ είχε αναγνωρίσει τη διαφορετική μεταχείριση που είχε από τη μητέρα του σε σχέση με τον αδελφό του, δεν είχε συνειδητοποιήσει πόσο τραυματική ήταν για τον ίδιο:

...Το ατομικό με βοήθησε στο να αρχίσω να δουλεύω με τον εαυτό μου και να δω τον εαυτό μου. Να μπω στον εαυτό μου. Δηλαδή όλα αυτά τα πράγματα που λέμε τώρα, δεν τα ήξερα, έτσι; Μπορεί να με τραυμάτιζε η συμπεριφορά της μητέρας μου ας πούμε, αλλά δεν το γνώριζα, έλεγα, μα κοίτα να δεις ας πούμε, κάνει μια μπριζόλα στον αδερφό μου κι εγώ τρώω πατάτες ξέρω 'γω. Κάτι τέτοιο. Μέχρι εκεί, αλλά δεν ήξερα, δεν είχα ψάξει ποτέ το βάθος κλπ, να δω τι διαδικασία...

Με παρόμοιο τρόπο, πριν οδηγηθούν στην ψυχοθεραπεία, οι συμμετέχοντες είτε δεν είχαν αναγνωρίσει συνειδητά πολλά από τα συναισθήματα που τους είχαν προκαλέσει οι τραυματικές εμπειρίες, ή απέφευγαν να τα βιώσουν. Μέσα στην ψυχοθεραπεία όμως, τα συναισθήματα αυτά αναγνωρίζονται και βιώνονται έτσι ώστε να μπορέσει ο πελάτης να τα επεξεργαστεί και να προχωρήσει. Για παράδειγμα, η Ιωάννα στην ψυχοθεραπεία ήρθε σε επαφή και επεξεργάστηκε τα συναισθήματα του θυμού και της οργής που είχε απέναντι στην αυτοκτονία της μητέρας της, συναισθήματα που πριν τη θεραπεία δεν είχε καν συνειδητοποιήσει επειδή δεν τα θεωρούσε επιτρεπτά:

Το άλλο να, σου λέω ας πούμε ότι τα διαφορετικά συναισθήματα απέναντι στο θάνατο της μητέρας μου, ήταν επίσης μια αποκάλυψη για μένα. Δηλαδή, ενώ βαθιά μέσα μου ήξερα την οργή μου και το θυμό μου, δε μπορούσα να το..., να το εκφράσω, ούτε να το αποδεχτώ ότι είχα δικαίωμα, κυρίως αυτό, ότι είχα δικαίωμα να νιώθω έτσι κι ότι αυτό ήτανε και το αναμενόμενο σ' αυτή την περίπτωση.

Στην ίδια διαδικασία αναφέρεται και η Θεοδοσία, η οποία στο παρελθόν απέφευγε να βιώσει το πένθος και τον πόνο για τον θάνατο της αδελφής της. Η θεραπεία ήταν γι'

αυτή δύσκολη καθώς σε αυτήν «σκαλίζεις κάποια πράγματα που πονάνε».

Συνειδητοποίησε, όμως, πως μέσα από αυτή τη βίωση των οδυνηρών συναισθημάτων και την επεξεργασία τους, ήρθε σε επαφή με τον ίδιο τον εαυτό της και ένιωσε πιο ζωντανή και δυνατή:

Πως γίνεται αυτό; Δεν ξέρω, έτσι έρχεσαι σε επαφή με αυτό που είσαι. Κλεις, πονάς, γελάς, έχεις άλλες δυνάμεις. Όταν τα θάβεις τα πράγματα... Εμένα μου ήταν έτσι, πέρασα μια φάση που το έκανα αυτό, είχα χάσει τελείως τον εαυτό μου, δηλαδή δε μπορούσα ούτε να κλάψω, και μετά δε μπορούσα ούτε να γελάσω, είχα παγώσει, ήμουν έτσι ένα πράγμα παγωμένο. Πρέπει έτσι να έρθεις σ' επαφή με αυτά που έχεις μέσα σου. Να τα κλάψεις, να τα κλάψεις, να τα κλάψεις, να τα ξανακλάψεις. Και μετά θα γελάσεις. Αλλά αυτό είναι, δηλαδή, αυτό είναι η ζωή, μια κλεις, μια γελάς. Τα συναισθήματά σου σε κάνουν δυνατό. Αυτό είσαι. Τα συναισθήματά σου είσαι. Όσο τα αποφεύγεις σκοτώνεσαι. Πρέπει να πας κοντά τους, να τα αγκαλιάσεις, να πεις είναι δικά μου, αυτό είμαι και μ' αυτά θα πάω παρακάτω.

Ένα βασικό χαρακτηριστικό της γνωστικής και συναισθηματικής επεξεργασίας των εμπειριών, είναι ότι πολλές φορές χρειάζεται να συντελεστεί ξανά και ξανά, μέχρι να μπορέσει να ολοκληρωθεί. Ο Ιάσοντας παρομοιάζει τη θεραπευτική διαδικασία με την επίλυση ενός πάζλ, όπου χρειάζεται να κοιτάξεις πολλές φορές τα κομμάτια του, έως ότου τα τοποθετήσεις όλα στη θέση τους.

Εγώ θεωρώ τη θεραπευτική διαδικασία ως, πως το λένε, ως ένα πάζλ, το λένε πάρα πολύ συχνά, αλλά επειδή λύνω και πάζλ δηλαδή, εννοώ τέτοιο, παίρνεις ένα κομμάτι και το κοιτάς τρεις φορές και νομίζεις ότι δεν κάνει ότι... Και το αφήνεις στην άκρη γιατί ποτέ τελικά δε μπορείς να βρεις που στο διάολο πάει αυτό το κομμάτι. Και παίρνεις και κομμάτια άλλα κι αυτά, και τι γίνεται, μετά κάποια στιγμή αυτό που λες νομίζεις ένα κλικ γίνεται, λες «αυτό μπαίνει εκεί». Κι αυτό είναι γιατί το έχεις δει χίλιες φορές όμως, το 'χεις κοιτάξει, το 'χεις αφήσει, το 'χεις κοιτάξει, το 'χεις αφήσει, το 'χεις κοιτάξει, το 'χεις αφήσει και το μυαλό καταγράφει την παραμικρή λεπτομέρεια, την παραμικρή αμυχή που δεν τις έχεις πάρει με την πρώτη ματιά, με τη δεύτερη ματιά, με την τρίτη ματιά και κάπως έτσι νομίζω ότι γίνεται και στη θεραπεία.

Τουλάχιστον στη δικιά μου, έτσι όπως το αντιλαμβάνομαι εγώ.

Αποκτώντας επίγνωση. Οι συμμετέχοντες αναζήτησαν ψυχοθεραπευτική βοήθεια εξαιτίας των τραυματικών εμπειριών ή αντιξοοτήτων που είχαν βιώσει.

Ήθελαν να μιλήσουν για τις εμπειρίες τους αυτές, να τις κατανοήσουν και να ανακουφιστούν από τα οδυνηρά συναισθήματα. Στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία όμως, οι πελάτες δεν επεξεργάστηκαν μόνο τις εμπειρίες αυτές αλλά ήρθαν σε επαφή και άρχισαν να γνωρίζουν τον ίδιο τους τον εαυτό, τα συναισθήματα, τις αντιλήψεις, τις συμπεριφορές και τις αντιδράσεις τους. Η Ηλέκτρα περιγράφει αυτή τη διαδικασία ως «μετωπική σύγκρουση με τον εαυτό» και ως «ξύπνημα». Ο Νικηφόρος αισθάνθηκε ότι μέσα από την ψυχοθεραπεία γνώρισε τον εαυτό του και κατάλαβε «τι είναι ακριβώς αυτό που θέλω, που μου λείπει, κλπ κλπ και γιατί είχα κολλήσει και αισθανόμουν ένα αδιέξοδο, ουσιαστικά αυτό». Ο Διονύσης αφηγείται στη συνέχεια πως η θεραπεία τον βοήθησε να αναγνωρίσει πλευρές του εαυτού του που δεν ήξερε καν ότι υπάρχουν, και πως, από τη στιγμή που τις αναγνώρισε μπόρεσε να τις διαχειριστεί και να προχωρήσει:

Δηλαδή όλα αυτά για τα θηρία, για τα, πάνθηρες, γι' αυτά που σου λέω, δεν ήξερα ότι υπήρχανε εκεί πέρα μέσα. Δεν ήξερα ότι υπήρχε έντονη σεξουαλικότητα. Υπήρχε, αλλά δεν ήξερα ότι υπήρχε. Δεν το είχα συνειδητοποιήσει ότι υπάρχει. Υπήρχε αλλά ήτανε ανεξερεύνητη, να το πω έτσι απλά. Αισθάνομαι ότι μέσα από τις συνεδρίες εξερεύνησα πολλά κομμάτια του εαυτού μου, που άλλα τα ήξερα, άλλα δεν τα ήξερα, κι όλα αυτά, είτε τακτοποιήθηκαν, είτε εξελίχτηκαν, είτε προχώρησαν, δηλαδή αυτό είναι το συμπέρασμά μου τελικά από τη σχέση μου με τη [όνομα θεραπεύτριας]. Ότι είδα πολλά που δε φανταζόμουν καν ότι υπάρχουνε κι ότι αυτά μπόρεσα ή να τα διαχειριστώ ή να τα αποδεχτώ κι ότι αυτό έχει μια εξέλιξη κι ότι υπάρχουν κι άλλα πράγματα να δω.

Μια άλλη πτυχή της αυτεπίγνωσης που διευκολύνεται μέσα από την ψυχοθεραπεία σχετίζεται με την αναγνώριση της εξελικτικής πορείας του πελάτη. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως η θεραπευτική διαδικασία τους βοήθησε να αποκτήσουν σαφή αντίληψη των εμπειριών που τους είχαν διαμορφώσει, των σχέσεων που τους είχαν επηρεάσει, και του τρόπου με τον οποίο όλα αυτά είχαν καθορίσει τις επιλογές, τις αντιδράσεις και τις συμπεριφορές τους. Στο παρακάτω απόσπασμα η Βασιλική περιγράφει αναλυτικά αυτή τη διαδικασία:

...όταν λέω ότι βρέθηκα αντιμέτωπη με μένα, βρέθηκα με το πως είμαι εγώ, τον τρόπο που λειτουργώ και άρχισα να ανακαλύπτω και να φωτίζονται έτσι ας πούμε τα πράγματα, να συνειδητοποιώ και την πορεία μου, έτσι, κι απ' την παιδική μου ηλικία, τους γονείς, την οικογένεια, τις σχέσεις μου μαζί τους, με

την αδερφή μου. Δηλαδή όλα άρχισαν να φωτίζονται και να παίρνουν ένα νόημα, να δίνω εγώ ένα νόημα. Μέχρι τότε ήταν, μπορεί να υπήρχαν κάποια θολά πράγματα, αλλά τώρα πια αναγνώριζα πράγματα και έδινα νόημα. Και ήτανε μέσα από αυτή τη διαδικασία για μένα, τη στιγμή που φωτιζόντουσαν όλα αυτά, ήτανε, πως να σου πω, με βοηθούσε να καταλάβω κιόλας. Δηλαδή έγινε σαφής η πορεία μου, το πως έφτασα στο ότι έφτασα, στις επιλογές που έκανα στη ζωή μου, με ότι είχε να κάνει αυτό, στον τρόπο που συμπεριφερόμουν, στο πως αντιδρούσα, στον τρόπο που σχετιζόμουν.

Υπήρχαν πάρα πολλά, είναι πολλά γι' αυτό δεν αναφέρομαι.

Η αναγνώριση της εξελικτικής πορείας και των εμπειριών που τους έχουν διαμορφώσει, περιλαμβάνει επίσης την αναγνώριση της επίδρασης και άλλων οδυνηρών ή τραυματικών εμπειριών. Η Ιωάννα, για παράδειγμα, πριν από τη θεραπεία σύγκρινε τις δικές της εμπειρίες με άλλες, δυσκολότερες εμπειρίες, με αποτέλεσμα να υποβαθμίζει την επίδρασή τους πάνω της. Μέσα από την ψυχοθεραπευτική διαδικασία όμως, αναγνώρισε τα δικά της συναισθήματα και την κακοποίηση που η ίδια βίωσε στην εφηβεία της:

Ι – Ναι, ακριβώς. Και επιπλέον, από κει, από κει και μετά, είδα κι άλλα κομμάτια του εαυτού μου. Κομμάτια που...

Α – Δηλαδή;

Ι – Που δεν..., που τα είχα παραβλέψει, ή που έμπαιναν ας πούμε στο πίσω μέρος... Ας πούμε το κομμάτι της έφηβης που πέρασε πολύ δύσκολα πράγματα, που επίσης έλεγα ότι «Ε, καλά, δεν είναι και τόσο τρομερά αυτά που μου συνέβησαν. Οι άλλοι τρώνε ξύλο, οι άλλοι κακοποιούνται σεξουαλικά, δεν ξέρω 'γω τι». Και δε μπορούσα να αναγνωρίσω εκεί ότι σ' αυτό το στάδιο της ζωής μου εγώ βίωσα κακοποίηση, μ' αυτόν τον τρόπο που την έζησα.

Μια άλλη παράμετρος της αυτεπίγνωσης σχετίζεται με τη σαφέστερη αντίληψη του τρόπου με τον οποίο αντιδρούν και συμπεριφέρονται οι συμμετέχοντες και του τρόπου που σχετίζονται με τους άλλους. Η αντίληψη αυτή αφορά, στις περισσότερες περιπτώσεις, σε αρνητικούς τρόπους λειτουργίας ή συμπεριφορές που δεν είναι βοηθητικές για τον εαυτό. Για παράδειγμα, η Γεωργία συνειδητοποίησε ότι έκρυβε πάντα τις πιο ευάλωτες πλευρές της κάτω από μια εικόνα χαράς ή ικανότητας, και ο Διονύσης πως δεν είχε βάλει όρια στη σχέση του και καταπίεζε τα θέλω του για να κάνει αυτά που ήθελε η σύντροφος του. Η Θεοδοσία αποκαλύπτει πόσο οδυνηρές

είναι αυτές οι συνειδητοποιήσεις, επειδή στη θεραπεία τελικά συνειδητοποιείς τι δε δουλεύει:

Δηλαδή η θεραπεία, επειδή έχει στην αρχή κάποιες δυσκολίες, έχει κλάματα, έχει κάποιο πόνο, σε φέρνει έτσι αντιμέτωπο με τα συναισθήματά σου, με το ποιος είσαι, πως είσαι μέσα στις σχέσεις σου, τελικά τι δε δουλεύει σ' αυτό που είσαι, γιατί δε δουλεύουν πράγματα σ' αυτό που είσαι. Σίγουρο θα είναι αυτό.

Η αυτεπίγνωση που αναπτύσσεται μέσα στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία, όπως και οι νέες συνειδητοποιήσεις, αλλάζουν ριζικά την εικόνα που είχε ο πελάτης για τον εαυτό του και τον κόσμο και μεταμορφώνουν την υποκειμενική του αντίληψη. Για τον Ιάσωνα, η ψυχοθεραπεία είχε σαν αποτέλεσμα την αμφισβήτηση όσων ήξερε για τον εαυτό του και τη ζωή του, και αυτή ήταν μια συγκλονιστική εμπειρία:

[...] όλο αυτό το πράγμα, το οποίο, πίστευα ότι είχα μια ζωή η οποία αυτή ήταν η ζωή η οποία ξέρω τι είναι και τι δεν είναι και τι μου γίνεται και τι δε μου γίνεται, κι όταν άρχισα να διαπιστώνω ότι δεν ξέρω τίποτα από όλα αυτά κι ότι δεν ξέρω τίποτα το τι μου γίνεται και πόσα θέματα μου βγήκαν στην επιφάνεια, εκεί συγκλονίστηκα.

Επιπλέον, η νέα επίγνωση που αποκτούν οι συμμετέχοντες έχει σαν αποτέλεσμα να αντιλαμβάνονται με σαφήνεια τις λύσεις στα προβλήματα τους. Αυτό βιώνει, για παράδειγμα, η Αγάπη, η οποία μέσα από τη θεραπεία συνειδητοποίησε πόσο δύσκολα έκανε τα πράγματα η ίδια, αναγνώρισε τα εμπόδια που έβαζε στον εαυτό της, αλλά και την έλλειψη κινητοποίησης να λύσει τα προβλήματα που αντιμετώπιζε.

Ταυτόχρονα, όμως, έβλεπε ξεκάθαρα και τις λύσεις σε αυτά τα προβλήματα:

Την ώρα που μιλούσα κι έλεγα ένα θέμα, ένα θέμα, ένα πρόβλημα, που αντιμετώπιζα τότε, ή παλιότερα ή κάπως, που μ' απασχολούσε. Έβλεπα και τη λύση απέναντί μου σαν... Είχα μια οθόνη κι έβλεπα τη λύση. Και το έλεγα. Έλεγα ότι βλέπω ότι αυτό που πρέπει να κάνω είναι αυτό. Και το ξέρω. Απλά με δυσκολεύει λίγο να το κάνω, γιατί βαριέμαι, γιατί δε θέλω να ασχοληθώ τόσο πολύ μ' αυτό, γιατί θέλει δύναμη για να το κάνεις αυτό, θέλει ξέρω 'γω να αφήσεις στην άκρη κάποια πράγματα, να δουλέψεις με κάποια άλλα πράγματα ή το ένα ή το άλλο. Δηλαδή θέλει έναν κόπο, κι εγώ δεν ήμουν σίγουρη ότι θέλω να μπω σ' αυτόν τον κόπο. Αλλά ήξερα τι πρέπει να κάνω.

Τέλος, μια ακόμη πτυχή της επίγνωσης που αποκτούν οι συμμετέχοντες στην ψυχοθεραπεία σχετίζεται με τη σαφέστερη αντίληψη των άλλων. Εκτός από τα δικά τους συναισθήματα, τους τρόπους λειτουργίας και συμπεριφοράς, και τις εμπειρίες που τους έχουν διαμορφώσει, οι συμμετέχοντες άρχισαν να αντιλαμβάνονται με μεγαλύτερη διαύγεια τις συμπεριφορές και τους τρόπους λειτουργίας των άλλων ανθρώπων γύρω τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι αυτό του Διονύση, ο οποίος περιγράφει πως συνειδητοποίησε τον τρόπο που λειτουργούσαν οι θείοι του που τον μεγάλωσαν μετά από τον θάνατο των γονιών του.

Δηλαδή, παράδειγμα τώρα... Μέσα στις συνεδρίες συνειδητοποίησα, έντονα, για τους θείους μου που δε σου έχω μιλήσει, ότι, αποδέχτηκα αν θες μέσα στις συνεδρίες, ότι η αγάπη τους ήτανε ως ένα σημείο. Ότι έχει όριο. Ότι μ' αγαπάνε ως ανιψιό τους, δε μπορούν να με δούνε κάτι παραπάνω. Εγώ ήθελα κάτι παραπάνω. Έχω ανάγκη για κάτι παραπάνω, και το 'χω ανάγκη. Αυτό πάντα θα 'ναι ένα παράπονο, έτσι; Μέσα στη συνεδρία, σε συγκεκριμένη δηλαδή συνεδρία, μου 'ρθε έτσι, όχι έτσι, ήταν η δουλειά, αλλά είναι αυτό που πολλές φορές κουβεντιάζαμε με τη [όνομα θεραπεύτριας], ο τρόπος που γίνεται μοιάζει κάπως μαγικός, γίνεται μ' ένα μαγικό τρόπο. Βγήκε λοιπόν μέσα στη συνεδρία, για να μη χάσω τον ειρμό αυτό, ότι ξέρεις; Μάλλον μήπως μ' αποδέχονται, μάλλον μ' αποδέχονται ως ανιψιό, γι' αυτό δε μπορεί να πάει παραπέρα η αγάπη τους, να κάνουν περισσότερα πράγματα για μένα.

Βιώνοντας ανακούφιση. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως πριν ξεκινήσουν ψυχοθεραπεία βίωναν έντονα δυσάρεστα συναισθήματα που σχετίζονταν με τις αντίξοες εμπειρίες που είχαν ζήσει, αλλά και με τις γενικότερες συνθήκες της ζωής τους. Ο πόνος, ο θυμός, οι ενοχές ήταν μερικά από τα συχνότερα συναισθήματα που αναφέρθηκαν. Η αφήγηση και επεξεργασία των τραυματικών εμπειριών και των δύσκολων συνθηκών της ζωής τους, μέσα στο ασφαλές κλίμα της θεραπευτικής σχέσης, είχε σαν αποτέλεσμα την αποφόρτιση των συναισθημάτων και τη μείωση της συναισθηματικής έντασης. Πολλές φορές, και μόνο η αναγνώριση των συναισθημάτων και η συνειδητοποίηση καταστάσεων ενδέχεται να συμβάλλουν στη συναισθηματική ανακούφιση. Αυτό συνέβη στην Ιωάννα, η οποία, όταν κατάφερε να συνειδητοποιήσει τα συναισθήματά της για τον θάνατο της μητέρας της, δε χρειαζόταν πλέον να καταβάλλει προσπάθεια για να τα συγκρατεί και αυτό είχε ως αποτέλεσμα να χαλαρώσει και να γίνει πιο ήπια με τον εαυτό της:

Που όταν όμως γίνεται συνειδητή, γίνονται αυτά τα συναισθήματα συνειδητά, σα να μαλακώνει ρε παιδί μου το πράγμα με τον εαυτό σου. Πιο σκληρή ήμουν πριν ας πούμε με τον εαυτό μου, πιο... Προκειμένου να διατηρηθεί αυτή η κατάσταση, δεν επέτρεπα τίποτα, ούτε σκέψη ούτε τίποτα. Και όταν μπόρεσα να δεχτώ ότι «δεν πειράζει ρε παιδί μου, έχω δικαίωμα να έχω θυμό γι' αυτό το πράγμα», κάπως καταλάγιασε αυτή η αίσθηση. Κι αυτό ήταν ανακουφιστικό. Έπαψα να πρέπει να προσπαθώ συνεχώς για κάτι...

Πολλές φορές, οι ίδιες οι συνειδητοποιήσεις που γίνονται μέσα στην ψυχοθεραπεία προκαλούν στον πελάτη έντονα αρνητικά συναισθήματα και στρες. Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία είναι μια διαδικασία δύσκολη και επίπονη, μέσα στην οποία οι πελάτες έρχονται σε επαφή και συνειδητοποιούν οδυνηρά συναισθήματα και καταστάσεις. Τα συναισθήματα αυτά όμως κατευνάζονται στη συνέχεια, όταν οι συνειδητοποιήσεις αρχίσουν να παίρνουν σαφέστερη μορφή. Αυτό συνέβη στην περίπτωση του Ιάσονα, ο οποίος βίωνε συχνά στρες με κάθε νέα συνειδητοποίηση. Όσο σαφέστερη γινόταν όμως η συνειδητοποίηση, τόσο το στρες αυτό μειωνόταν:

[...] όταν άρχισα να καταλαβαίνω το τι γίνεται μέσα στην οικογένεια, μέσα σε όλο αυτό, πως είμαι κι εγώ, εκεί υπήρχε αρκετά έντονο στρες, το οποίο δε θυμάμαι να το διαχειρίστηκα με κάποιο τρόπο, απλώς θυμάμαι ότι όσο πιο πολύ ξεκαθάριζαν, τόσο αυτό μ' έναν τρόπο μειωνότανε αντί να αυξάνεται. Ενώ στην αρχή ήταν το πρώτο σοκ ότι τι ήταν αυτό τώρα και τι κάνω εγώ, πως το παθαίνω εγώ αυτό το πράγμα, εννοώ το ότι κερδίζω εξουσία, το ότι έχω αυτό το ρόλο, το ότι «είσαι ο άντρας της μητέρας σου» που μου είχανε πει, μετά όσο έβλεπα και ξεκαθάριζε η εικόνα, αυτό το στρες μειωνότανε. Απ' τη διαδικασία, χωρίς να κάνω εγώ κάτι.

Η ανακούφιση των αρνητικών συναισθημάτων δεν προκαλείται μόνο μέσα από την αναγνώριση και την επεξεργασία τους, αλλά και μέσα από την αναγνώριση των θετικών στοιχείων και των επιτευγμάτων των πελατών. Αυτό τους βοηθάει να αισθάνονται καλύτερα με τον εαυτό τους, και μετριάξει δυσάρεστα συναισθήματα όπως οι ενοχές ή το στρες. Η Ζωή, για παράδειγμα, αφενός μέσα από τη συνειδητοποίηση της υπερβολικής της αντίδρασης σε κάποιες καταστάσεις, και αφετέρου, μέσα από την αναγνώριση των επιτευγμάτων της, κατάφερε να μειώσει το γενικότερο στρες που αισθανόταν.

Z – Νομίζω έμμεσα, γιατί έμμεσα; Με βοήθησε με το ότι τελικά, καταφέρνω πράγματα, ή ολοκληρώνω πράγματα, άρα δε χρειάζεται τόσο πολύ στρες.

Ακριβώς εκεί πέρα έχω πιο καθαρή την εικόνα, ότι, ορίστε, κάνω πράγματα, και ολοκληρώνω πράγματα και...

A – Μια μεγαλύτερη εμπιστοσύνη σε σένα δηλαδή;

Z – Ναι. Ναι. Ναι, αυτό. Και επειδή και το στρες είναι ένας αυτοβασανισμός γιατί δεν τα καταφέρνεις περισσότερο, αυτό, οπότε στο γενικότερο πλαίσιο του μετριασμού του αυτοβασανισμού, έτσι, με βοήθησε να μην έχω και στρες. Δηλαδή να βλέπω πιο καθαρά την επιπλέον προσπάθεια ή μάλλον όχι, την υπερβολική συμπεριφορά που μπορεί να έχω σε μερικά πράγματα που δε βοηθάει σε τίποτα. Όχι ότι πήρα ειδικές συμβουλές για το στρες, αλλά στο γενικότερο πλαίσιο να μην υπερβάλλω και να έχω αυτό που είπες, πιο πολλή εμπιστοσύνη σ' αυτά που κάνω και σε μένα.

Η συναισθηματική αποφόρτιση που λαμβάνει χώρα στην ψυχοθεραπεία έχει σημαντικά θετικά αποτελέσματα για τους πελάτες. Η μεγάλη και διαρκής ένταση που βίωναν εξαιτίας των τραυματικών εμπειριών ή των δυσχερειών που είχαν ζήσει τους εμπόδιζε να χαίρονται το παρόν ή να προχωρούν στη ζωή τους. Η συναισθηματική ηρεμία που προκαλείται από την αναγνώριση και επεξεργασία των δύσκολων καταστάσεων και των συναισθημάτων μέσα στη θεραπεία, τους επιτρέπει να ασχοληθούν με το παρόν τους και να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα τα ζητήματα που τους απασχολούν. Ο Διονύσης περιγράφει εύγλωττα πως η ηρεμία που δημιουργήθηκε μετά από την ανάλυση των τραυματικών εμπειριών του επέτρεψε να μπορεί να εστιάσει στα ζητήματα του παρόντος:

Το σημαντικό της θεραπείας είναι ότι όλες αυτές οι τραυματικές εμπειρίες, το ότι δε μπορούσα να το κουβεντιάσω, το ότι αισθανόμουν περίεργος στο σχολείο, δηλαδή όλα μου αυτά τα κομμάτια, βλέποντας τα, αναλύοντας τα στη [όνομα θεραπεύτριας], μέσα στις συνεδρίες, ξεθύμαναν κατά κάποιο τρόπο. Τακτοποιήθηκαν, δηλαδή δεν είχαν, έπαψαν να έχουνε την ένταση που είχανε. Εφόσον λοιπόν έχασε την ένταση, μπήκε, αρχειοθετήθηκε, μπήκε εκεί, υπάρχει, ξέρω ότι οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να το αγγίξω, αλλά δεν έχει την ένταση. Εφόσον δεν υπάρχει ένταση, δημιουργεί ηρεμία. Εφόσον δημιουργεί ηρεμία, μπορώ να εστιάσω στο τι μου συμβαίνει στο εδώ και τώρα.

Όπως φάνηκε από το απόσπασμα της συνέντευξης του Διονύση, η μείωση της συναισθηματικής έντασης βοηθά τους πελάτες να βάλουν σε τάξη τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μπορούν να αντιμετωπίσουν καλύτερα τις προκλήσεις και να αισθάνονται δυνατότεροι. Η Αγάπη περιγράφει, για

παράδειγμα, πως η μείωση της συναισθηματικής έντασης μέσα από την αφήγηση των δύσκολων εμπειριών και των συναισθημάτων της γι' αυτές, της επέτρεψε να μπορεί να μιλάει για αυτές, χωρίς να φοβάται την έκθεση:

ΑΓ – [...] Οπότε έτσι αφού μίλησα για ένα πάρα πολύ μεγάλο διάστημα με τον [όνομα θεραπευτή], για άλλα πράγματα και μετά γι' αυτά [...] κατάφερα, ενώ βρίσκομαι σε μια ομάδα να μιλάω τόσο...

Α – Ανοιχτά;

ΑΓ – Ανοιχτά. Για μένα, γιατί ήξερα ότι κάνοντας αυτό, πρώτα απ' όλα δεν ένιωθα πια έτσι. Είχα κατασταλάξει στις απόψεις μου και στο τι νιώθω πλέον για όλο αυτό. Όμως, ήμουν έτοιμη να μιλήσω γι' αυτό πλήρως και...θα μπορούσα να μιλήσω σ' ένα ακροατήριο γι' αυτό. Ξεκάθαρα, ας πούμε. Θα μπορούσα να γράψω ένα βιβλίο, γι' αυτό. Κατά συνέπεια δεν είχα πρόβλημα πλέον να εκτεθώ.

Σύνοψη. Μέσα στο ασφαλές θεραπευτικό πλαίσιο που συνδιαμορφώνεται από τον θεραπευτή, τον πελάτη και τη μεταξύ τους σχέση, οι συμμετέχοντες εμπλέκονται σε μια διαδικασία αυτοπαρατήρησης και εξερεύνησης των εμπειριών, των σκέψεων και των συναισθημάτων τους. Επεξεργάζονται τις τραυματικές ή αντίξοες εμπειρίες που έχουν βιώσει και αναζητούν το νόημα και την επίδραση που είχαν αυτές πάνω τους. Η παρατήρηση και η επεξεργασία, ωστόσο, δεν αφορά μόνο στις δύσκολες εμπειρίες, αλλά και στον ίδιο τους τον εαυτό, τα συναισθήματα, τις ανάγκες, τις συμπεριφορές, και τους τρόπους που λειτουργούν. Οι διαδικασίες αυτές, οι οποίες συντελούνται τόσο σε ένα γνωστικό όσο και σε ένα συναισθηματικό επίπεδο, έχουν σαν αποτέλεσμα την απόκτηση μεγαλύτερης επίγνωσης σε σχέση με τον εαυτό, τις εμπειρίες αλλά και τους άλλους. Η επεξεργασία των συναισθημάτων και εμπειριών διευκολύνεται, αλλά και οδηγεί σε μια μείωση της έντασης των οδυνηρών συναισθημάτων που φέρουν οι πελάτες στην ψυχοθεραπεία. Δηλαδή, οι συνθήκες ασφάλειας, αποδοχής και κατανόησης που κυριαρχούν μέσα στη θεραπευτική σχέση διευκολύνουν τη συναισθηματική ανακούφιση, η οποία με τη σειρά της βοηθά τον πελάτη να πάρει απόσταση, να παρατηρήσει και να επεξεργαστεί τις εμπειρίες και τα συναισθήματα του. Από την άλλη πλευρά, η επεξεργασία και η επαναβίωση των αρνητικών συναισθημάτων οδηγεί στην αποφόρτιση τους και διευκολύνει περαιτέρω την παρατήρηση και επεξεργασία.

Ανθεκτική Ανασυγκρότηση

Οι προηγούμενες υπερκείμενες κατηγορίες του θεωρητικού μοντέλου της ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας, αφορούσαν στους παράγοντες και τις διαδικασίες που ήταν απαραίτητες για τη διαδικασία ανακατασκευής του νοήματος. Η τελευταία υπερκείμενη κατηγορία αναφέρεται στο αποτέλεσμα των διαδικασιών αυτών, δηλαδή στο ανακατασκευασμένο νόημα και τις παραμέτρους του. Όπως είδαμε, στην ψυχοθεραπεία δημιουργήθηκε ένα ασφαλές πλαίσιο μέσα στο οποίο οι συμμετέχοντες ήρθαν σε επαφή με τον εαυτό τους, αναγνώρισαν εμπειρίες και συναισθήματα που τους ήταν άγνωστα μέχρι τότε, επεξεργάστηκαν γνωστικά και συναισθηματικά τις εμπειρίες τους, και αποφορτίστηκαν συναισθηματικά. Οι διεργασίες αυτές είχαν σαν αποτέλεσμα την ανασυγκρότηση του νοήματος, τη μεταβολή δηλαδή των πεποιθήσεων, των στόχων και των συναισθημάτων τους σχετικά με τον εαυτό τους, τις εμπειρίες τους και τη ζωή και την εκ νέου οργάνωση τους σε ένα λειτουργικότερο και ανθεκτικότερο σύστημα. Σύμφωνα με τον Richardson (2002), η ανθεκτική ανασυγκρότηση «αναφέρεται στη διαδικασία ανασύνθεσης ή αντιμετώπισης που έχει σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη, τη γνώση, την αυτοκατανόηση, και την αυξημένη ισχύ των ανθεκτικών ιδιοτήτων» (σ. 310). Η ανθεκτική ανασυγκρότηση προκύπτει μέσα από μια διαδικασία ενδοσκοπήσης κατά την οποία το άτομο εντοπίζει, αποκτά πρόσβαση και ενδυναμώνει τους προστατευτικούς παράγοντες που διαθέτει, μετά από την έκθεση του σε ένα τραυματικό γεγονός ή μια αντίξοχη κατάσταση (Richardson, 2002).

Η ανασυγκρότηση του νοήματος συντελείται, σύμφωνα με τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων, σε τρία επίπεδα: (α) στην αντίληψη του εαυτού τους και στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης τους, (β) στον τρόπο που νοηματοδοτούν την ικανότητα τους να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και στην ψυχική τους ενδυνάμωση, και (γ) στον τρόπο που αντιλαμβάνονται τις εμπειρίες τους. Οι αλλαγές αυτές στη νοηματοδότηση έχουν σημαντικές επιπτώσεις: (α) στη συναισθηματική βίωση, (β) στη συμπεριφορά, και (γ) στις σχέσεις με τους άλλους. Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν αναλυτικά οι παράμετροι της ανασυγκρότησης του νοήματος, και οι επιπτώσεις τους.

Αυθεντική αυτοεκτίμηση. Το πρώτο επίπεδο ανασυγκρότησης του νοήματος σχετίζεται με τις αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο οι πελάτες αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν τον ίδιο τους τον εαυτό. Οι Mikulincer και Shaver (2008) χρησιμοποίησαν την έννοια της αυθεντικής αυτοεκτίμησης για να δηλώσουν την

«αυθεντική, βάσιμη εμπιστοσύνη στην αξία, επάρκεια και ικανότητα» (σ. 516) που έχει κάποιος για τον εαυτό του. Ο τίτλος της συγκεκριμένης κατηγορίας επιλέχθηκε ακριβώς επειδή οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η στάση τους απέναντι στον εαυτό τους άλλαξε με έναν θετικό τρόπο και ότι αυτή η αλλαγή προέκυψε μέσα από την επαφή και γνωριμία με τον εσωτερικό τους κόσμο και τον πραγματικό τους εαυτό και όχι μέσα από τεχνητούς τρόπους ενίσχυσης της αυτοπεποίθησης. Η ανάλυση των αφηγήσεων ανέδειξε τρεις διαστάσεις της αυθεντικής αυτοεκτίμησης: τη γνωριμία με τον εαυτό, τα συναισθήματα αγάπης και εκτίμησης για τον εαυτό και την πραγμάτωση του εαυτού και των δυνατοτήτων του.

Γνωρίζοντας τον εαυτό. Όπως είδαμε στην κατηγορία της αναζήτησης του προσωπικού νοήματος, οι συμμετέχοντες ήρθαν σε επαφή με τον εαυτό τους, με τα συναισθήματα και τις ανάγκες τους, με τις συμπεριφορές και τις αντιδράσεις τους. Αυτή η διαδικασία είχε σαν αποτέλεσμα να γνωρίσουν σε βάθος τον εαυτό τους. Μετά από την ψυχοθεραπεία έχουν αποκτήσει την ικανότητα να αντιλαμβάνονται ευκολότερα, μεταξύ άλλων, τις υποκειμενικές τους εμπειρίες, τα χαρακτηριστικά του εαυτού τους, τις καταστάσεις που τους δυσκολεύουν ή τους διευκολύνουν, και τις αντιδράσεις τους. Πρόκειται για μια διαδικασία στην οποία οι πελάτες εκπαιδεύονται κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας και την οποία εξακολουθούν να εφαρμόζουν ακόμη και μετά από την ολοκλήρωση της θεραπείας. Με άλλα λόγια, οι συμμετέχοντες βιώνουν τη θεραπευτική διαδικασία ως μια διαδικασία μάθησης κατά την οποία ο θεραπευτής, με τη στάση, τις παρεμβάσεις και τις ερωτήσεις του, τους εκπαιδεύει να εστιάζουν στον εαυτό τους και στον υποκειμενικό τρόπο αντίληψης των καταστάσεων που βιώνουν, με αποτέλεσμα να μπορούν στη συνέχεια να εμπλακούν και μόνοι τους σε αυτή τη διαδικασία. Αυτό αποτυπώνεται με χαρακτηριστικό τρόπο στο απόσπασμα από τη συνέντευξη του Διονύση:

Δηλαδή, είναι ο άλλος άνθρωπος, ο συνοδοιπόρος μου, ο οποίος πορευόμαστε κι ο οποίος κατά κάποιο τρόπο με βοηθάει να εστιάσω σε λεπτομέρειες στη ζωή μου που πιθανώς, στις αρχές ειδικά, δε θα το 'χα κάνει. Δηλαδή τώρα έχω εκπαιδευτεί και μπορώ να δώ και πράγματα μόνος μου. Είναι προφανές, δηλαδή είναι πολύ προφανές ότι μπορώ να καταλάβω πράγματα για τον εαυτό μου, αλλά, να άλλο ένα κομμάτι σημαντικό της συνεδρίας, με βοήθησε στο να, δηλαδή ήτανε όλο μια διαδικασία ωρίμανσης. Δηλαδή στο να μπορέσω όλο αυτό, η εμπειρία που παίρνω από κει να μου χρησιμεύσει στο εδώ και το

τώρα το δικό μου, να μπορώ να πορευτώ μόνος μου, δηλαδή να το κάνω αυτό το πράγμα, έτσι; Να μη χρειάζομαι...

Η ικανότητα ευκολότερης επαφής με τον εαυτό αντανακλά μια εντελώς διαφορετική στάση απέναντι στον εαυτό, η οποία συμπεριλαμβάνει καταρχάς έναν διαφορετικό τρόπο να αφουγκράζεται κανείς τον εαυτό του και τις υποκειμενικές του εμπειρίες. Αυτό αφορά, για παράδειγμα, στον διαφορετικό τρόπο με τον οποίο αναγνωρίζει και αντιμετωπίζει κανείς τα συναισθήματα του. Τα λόγια της Βασιλικής εκφράζουν ιδιαίτερα εύγλωττα τη νέα της στάση απέναντι στα αρνητικά συναισθήματα, και δείχνουν με σαφήνεια ότι η επεξεργασία που έχει λάβει χώρα στην ψυχοθεραπεία την έχει βοηθήσει να αισθάνεται ότι τα συναισθήματα αυτά δεν την καθορίζουν. Αυτό, με τη σειρά του, διευκολύνει τις διαδικασίες αναγνώρισης και αποδοχής των αρνητικών συναισθημάτων και κατά συνέπεια του εαυτού:

Αλλά, όχι, βγαίνουν, υπάρχει κι ο φόβος, υπάρχουν και αμφιβολίες, υπάρχουν όλα μέσα, υπάρχουν διάφορα πράγματα, αλλά έχει αλλάξει αυτό που σου είπα, ότι δε με καθορίζουν πια κι ότι με, όταν βγαίνει αυτό, κάθομαι να το ακούσω, το τι είναι, ότι με ταραάζει, ότι με αγχώνει, με στενοχωρεί, ότι με φοβίζει, κάθομαι με μένα, εγώ να τα' ακούσω και... κι εκεί που παλιότερα κάτι θα το 'κανα, εννοείται, τώρα του δίνω το χώρο, του δίνω το χώρο και το χρόνο, και λέω «Εντάξει, αυτό είναι τώρα, εντάξει, καλώς είναι, έχει το λόγο του που είναι» και προσπαθώ να μ' αγκαλιάσω σ' αυτό, δηλαδή με υποστηρίζω σ' αυτό πολύ, και με ακούω πολύ και με υποστηρίζω και μου έχω εμπιστοσύνη πιο πολύ.

Συμπληρωματικά, η Γεωργία αναφέρει πως, μετά τη θεραπεία, της είναι ευκολότερο να αντιλαμβάνεται και να αναγνωρίζει τα συναισθήματα της επειδή δεν έχει πλέον την ανάγκη να τα καλύπτει:

Θλίψη πριν νομίζω ότι σε επιφανειακό επίπεδο δεν υπήρχε. Υπήρχε πάρα πολλή αλλά ήταν πολύ καλά κρυμμένη μέσα. Υπήρχε πολύς θυμός με φόβο από πίσω. Τώρα αυτά υπάρχουν αλλά νιώθω ότι είναι πιο εύκολα αναγνωρίσιμα κι ότι δεν τα σκεπάζω ας πούμε με κάτι.

Εκτός από τα συναισθήματα, οι πελάτες μαθαίνουν να αναγνωρίζουν ευκολότερα και τους τρόπους λειτουργίας και αντίδρασης, τόσο τους θετικούς, όσο και τους αρνητικούς και μη λειτουργικούς. Η Ζωή, για παράδειγμα, ανέφερε πως η θεραπεία τη βοήθησε να αναγνωρίζει τις επιτυχίες και την αποτελεσματικότητα της. Άλλοι συμμετέχοντες αναφέρουν πως αναγνωρίζουν τους αρνητικούς τρόπους

λειτουργίας και συμπεριφοράς, τις υπερβολικές αντιδράσεις ή τα εμπόδια που τοποθετούν ώστε να μην πετύχουν τους στόχους τους ή τις δικαιολογίες που χρησιμοποιούν για να αποφεύγουν καταστάσεις. Αυτό το αναφέρει, για παράδειγμα, ο Ιάσοντας, ο οποίος έχει μάθει να αντιλαμβάνεται πολύ εύκολα τότε εμπλέκεται σε πολλές δραστηριότητες ώστε να αποφεύγει καταστάσεις:

Δεν έχω πάψει να είμαι δραστήριος, αλλά, δηλαδή, μονίμως κάνω χίλια πράγματα, δεν έχω σταματήσει ποτέ να κάνω χίλια πράγματα. Η διαφορά είναι, κι αυτό το καταλαβαίνω, κάποτε έκανα χίλια πράγματα για να αποφεύγω την πραγματικότητά μου, τώρα δεν τα κάνω τα χίλια πράγματα για να αποφεύγω την πραγματικότητά μου. Κάνω γιατί γουστάρω να τα κάνω. Και πλέον αυτή η διαφορά είναι πολύ ξεκάθαρη μέσα μου, κι είναι και πολύ ξεκάθαρη κιόλας όταν το κάνω για να αποφύγω καταστάσεις, ότι αυτό δε θέλω να το δω ρε παιδί μου, δε θέλω να το αγγίξω και θα παίξω ποδόσφαιρο ξέρω γω...

Μια συναφής διάσταση σχετίζεται με την αναγνώριση του αντίκτυπου των τραυματικών εμπειριών στις νέες εμπειρίες που βιώνουν οι συμμετέχοντες. Η ψυχοθεραπεία έχει βοηθήσει τους πελάτες να αναγνωρίζουν τον τρόπο με τον οποίο οι τραυματικές εμπειρίες που έχουν βιώσει ενδέχεται να επηρεάζουν τον τρόπο που βιώνουν νέες δύσκολες εμπειρίες, με αποτέλεσμα να μπορούν να αντιλαμβάνονται καλύτερα και τις αντιδράσεις τους σε αυτές. Η Θεοδοσία, για παράδειγμα, αναφέρει πως η ψυχοεκπαίδευση που είχε λάβει από τη θεραπεύτριά της σχετικά με τον θάνατο της αδελφής της και με τον τρόπο που το πένθος της μπορεί να την επηρεάζει στο μέλλον, όταν αντιμετωπίζει άλλες κρίσεις, τη βοήθησε να αναγνωρίζει τις τωρινές της συναισθηματικές αντιδράσεις:

Από τη μια φαίνεται αυτό τρομαχτικό να σου πει κάποιος, «ξέρεις αυτό το πένθος που έχεις, δε θα σου περάσει ποτέ». Αλλά από την άλλη είναι πολύ σημαντικό να ξέρω γιατί ας πούμε περνάει μια σχέση μου κρίση, ή αυτή την περίοδο τώρα η γιαγιά μου είναι άρρωστη και εγώ είμαι πολύ ταραγμένη. Να ξέρω ότι είναι και από αυτό. Είναι πολύ σημαντικό να το ξέρω αυτό.

Αγαπώντας τον εαυτό. Μια από τις σημαντικότερες αλλαγές που πραγματοποιούνται στην ψυχοθεραπεία είναι η αλλαγή της στάσης και των συναισθημάτων των πελατών απέναντι στον εαυτό τους. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως, μετά από την ψυχοθεραπεία, αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους με θετικότερο τρόπο, βιώνουν λιγότερα αρνητικά και περισσότερα θετικά συναισθήματα προς

αυτόν, ενώ τον αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη τρυφερότητα, κατανόηση και αγάπη. Σε ένα πρώτο επίπεδο, λοιπόν, η αρνητική στάση που είχαν απέναντι στον εαυτό τους, ακόμη και αν δεν εξαφανιστεί εντελώς, μειώνεται σημαντικά. Δεν είναι πλέον τόσο επικριτικοί και αυστηροί απέναντι στον εαυτό τους, αλλά ακόμη και αν είναι, το αντιλαμβάνονται ευκολότερα και αυτό τους βοηθάει να το αλλάξουν. Αυτό ακριβώς περιγράφει η Γεωργία:

Γενικά νομίζω δεν είμαι τόσο αυστηρή και τόσο επικριτική. Να το πω λίγο πιο σφαιρικά... Οπότε κατ' επέκταση και με τους άλλους. Ή τουλάχιστον αν θες το πιάνω πιο εύκολα όταν συμβαίνει. Γιατί δε λέω προφανώς ότι έχει σταματήσει να συμβαίνει, αλλά...

Η μείωση της αρνητικής στάσης απέναντι στον εαυτό αφορά επίσης και σε μια γενικότερη απενοχοποίηση του πελάτη. Πολλοί πελάτες φέρουν ενοχές και αίσθημα ευθύνης απέναντι σε καταστάσεις του παρελθόντος, τα οποία γίνονται ηπιότερα ή εξαλείφονται με τη θεραπεία. Αυτό είναι χαρακτηριστικό στην περίπτωση της Ιωάννας, η οποία αισθανόταν μεγάλη ευθύνη για την αυτοκτονία της μητέρας της. Η ψυχοθεραπεία τη βοήθησε να συνειδητοποιήσει πως είχε κάνει ότι περνούσε από το χέρι της και να καταφέρει να συγχωρήσει τον εαυτό της και να επιτρέψει να βιώσει χαρά:

Και, κυρίως άλλαξε, άλλαξε το πράγμα απέναντι σε μένα, όχι απέναντι στο γεγονός το ίδιο, σ' αυτό που λες, στη νοηματοδότηση, εξακολουθείς να είσαι ένα πολύ σκληρό πράγμα για μένα, που έγινε και με πονάει, αλλά δε νιώθω εγώ πια τόσο υπεύθυνη γι' αυτό ή τόσο ότι ήταν δική μου αποτυχία το ότι συνέβη αυτό γιατί πριν είχα συνεχώς την αίσθηση ότι εγώ δεν έκανα αυτά που έπρεπε για να το προλάβω και δε μπορούσα να συγχωρήσω τον εαυτό μου γι' αυτό, και ένιωθα ότι έπρεπε να..., να τιμωρούμαι μ' ένα τρόπο. Και άρα δε δικαιούμαι να, να έχω χαρά στη ζωή μου ή να έχω ξέρω 'γω, να βιώνω ως πούμε την επιτυχία ως κάτι που είναι ευχάριστο κλπ, ήταν περισσότερα πράγματα που γίνονταν μεν αλλά δε μου έφερναν αυτό που θα περίμενε κανείς τέλος πάντων. Και φαίνεται ότι μετά από τη θεραπεία κυρίως άλλαξε το πράγμα απέναντι σε μένα, απέναντι στον εαυτό μου.

Σε ένα δεύτερο επίπεδο, οι πελάτες βιώνουν μια θετικότερη στάση απέναντι στον εαυτό τους. Η διαδικασία της βαθύτερης γνωριμίας με τον εαυτό, όπως και η θετική στάση του θεραπευτή απέναντι τους, έχουν συμβάλει στη βίωση μεγαλύτερης αποδοχής για τον εαυτό τους. Πολλές φορές πρόκειται για ένα συνολικό συναίσθημα

αποδοχής ολόκληρου του εαυτού και των πλευρών του, όπως αναφέρει, για παράδειγμα, η Βασιλική: «...μέσα από αυτή τη διαδικασία, της θεραπείας, ότι, αυτά που είπαμε πριν, άρχισα να βλέπω εμένα πιο καθαρά, να με αποδέχομαι, ν' αποδέχομαι όλα μου τα κομμάτια, έτσι;». Ο Διονύσης, από την άλλη, αναφέρεται στην αποδοχή συγκεκριμένων πλευρών του εαυτού του που τον δυσκόλευαν. Όπως δείχνει με σαφήνεια το απόσπασμα από τη συνέντευξη του, η αποδοχή του εαυτού, των αναγκών και των ορίων του οδηγεί και σε έναν διαφορετικό, πιο ουσιαστικό τρόπο ανταπόκρισης σε αυτές τις ανάγκες:

Η αποδοχή του εαυτού ήταν το τρίτο... Το να αποδεχτώ τη σεξουαλικότητά μου, το να αποδεχτώ ότι εγώ μπορεί να θέλω άλλα πράγματα, να θέλω, ξέρω 'γω, είμαι μοναχικός τύπος. Αλλά μια ζωή προσπαθούσα να είμαι κοινωνικός, ενώ δεν ήμουν ουσιαστικά κοινωνικός. Αντί λοιπόν να 'μαι καθρέπτης, δηλαδή ξέρεις, εσείς κοιτάτε το είδωλό σας και δε βλέπετε τι υπάρχει πέρα απ' αυτό, στις σχέσεις μου, κάποια στιγμή αποφάσισα να 'μαι τόσο κοινωνικός όσο μπορώ, αυτό έγινε μέσα στη συνεδρία η αλλαγή, αποδέχτηκα δηλαδή ότι μπορώ να είμαι ως ένα σημείο. Αποδέχτηκα τα όρια μου. Αυτό ήταν ένα σημαντικό σημείο. Άρχισα να βλέπω τα όριά μου. Αποδέχτηκα λοιπόν ότι μπορώ να είμαι τόσο όσο κοινωνικός, και άρχισα να διαχειρίζομαι διαφορετικά τις ανάγκες για μοναξιά και να την κάνω κάτι. Να μην είναι δηλαδή απλά ότι ξέρεις, μη με βλέπετε, να 'ναι κάτι πιο ουσιαστικό. Να 'χω ανάγκη να 'μαι μόνος μου κάποιες ώρες, να κάνω πράγματα μόνος μου. Να μπορώ αν θέλω να πάω στο [όνομα πάρκου] και για δύο ώρες να κάνω τσι κουνγκ και να είναι ας πούμε μια έκφραση της μοναχικότητάς μου αυτό, να μη σκέφτομαι τίποτα, ν' αδειάσει το μυαλό μου εντελώς. Δηλαδή να βρίσκω τρόπους να εκφράζω αυτή μου τη μοναχικότητα.

Η θετική αλλαγή της στάσης απέναντι στον εαυτό εκφράζεται και μέσα από ένα αίσθημα αυξημένης εκτίμησης και περηφάνιας για αυτόν. Η διάσταση αυτή διακρίνεται χαρακτηριστικά στο απόσπασμα από τη συνέντευξη της Βασιλικής, η οποία άρχισε στη θεραπεία να νιώθει ότι της αρέσει ο εαυτός της και ότι είναι περήφανη γι' αυτά που κατάφερε:

Άλλαξε πάρα πολύ γιατί άρχισα να μου αρέσω. Αλλάζοντας αυτά, κι όσο πιο πολύ αποδεχόμουν αυτά, τις πλευρές μου και τα αυτά, άρχισα να μ' αρέσω. Άρχισα να μ' αρέσω [...] Άρχισα να μ' αρέσω και να, να με εκτιμάω, και να είμαι και περήφανη γι' αυτά που κατάφερα. Ιδίως μετά την εκπαίδευση, έτσι

ένιωθα πάρα πολύ περήφανη για μένα, για όλα αυτά που κατάφερα, και για τις αλλαγές μου, πάρα πολύ, και μετά όσο χαιρόμουνα πράγματα έλεγα, μου άρεσα, χαιρόμουνα για μένα, και ένιωθα για πρώτη φορά το πόσο αξίζω πράγματα. Αυτό για πρώτη φορά, σίγουρα.

Όπως φαίνεται από τα λόγια της Βασιλικής, η αποδοχή, η εκτίμηση και η περηφάνεια για τον εαυτό συνοδεύονται και από μια αίσθηση ότι ο εαυτός είναι σημαντικός και ότι έχει αξία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Αγάπη, η οποία αναγνώρισε ότι τόσο οι δύσκολες εμπειρίες της, όσο και η ψυχοθεραπεία, τη βοήθησαν να αντιληφθεί τη μοναδικότητα της ζωής και τη σημαντικότητα του εαυτού της:

Εεε, απλά, ας πούμε, συνειδητοποίησα κάποια πράγματα. Συνειδητοποίησα δηλαδή ότι πολύ απλά, ότι μέσα από το πέρασμα από όλα αυτά, και από την ψυχοθεραπεία, και από τα βάσανα, να τα πεις, αυτούς τους πόνους, και από την ψυχοθεραπεία, διαπίστωσα τέλος πάντων, και αποφάσισα, ότι η ζωή είναι μία, ότι οφείλω πολλά σε μένα κυρίως, κι ότι εγώ πρέπει να ζήσω με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και να δώσω τις καλύτερες δυνατές ευκαιρίες στον εαυτό μου σ' αυτό το πέρασμα που έχω μέσα από αυτή τη ζωή.

Μια άλλη πτυχή της θετικότερης στάσης απέναντι στον εαυτό αφορά στην αυξημένη εμπιστοσύνη στον εαυτό και στη μεγαλύτερη πίστη των πελατών στις δυνατότητες τους. Αυτό αποτυπώνεται με σαφήνεια στο απόσπασμα από τη συνέντευξη της Θεοδοσίας, η οποία περιγράφει πως η επεξεργασία του πένθους μαζί με τη στάση και την υποστήριξη της θεραπεύτριας της, τη βοήθησε να πιστέψει περισσότερο στον εαυτό της, με αποτέλεσμα να κάνει σημαντικές αλλαγές στη ζωή της:

Οπότε η θεραπεία ας πούμε, καθώς άρχιζα να βιώνω το πένθος κλπ και να παίρνω και κάποια υποστήριξη, άρχισα να πιστεύω περισσότερο στον εαυτό μου και στις δυνάμεις μου. Οπότε λέω, τελείωσε αυτή η σχέση, και τελείωσε κι αυτό το σπίτι. Θα πιάσω μια δουλειά και θα φύγω. Και μετά λέω, α, δεν πάω κι απ' το πανεπιστήμιο να πάρω το πτυχίο μου; Ε μετά το πήρα. Ε, μετά λες, δεν κάνω και κάτι άλλο; Δηλαδή δεν κάνουμε κάτι ακόμα;

Η γενικότερη θετική στάση προς τον εαυτό, η μεγαλύτερη αποδοχή του και η αναγνώριση της αξίας του, οδηγούν και σε διαφορετική συμπεριφορά προς τον εαυτό. Οι πελάτες αναφέρουν πως όσο σημαντικότερο νιώθουν τον εαυτό τους, τόσο περισσότερο τους δημιουργείται η ανάγκη να δώσουν προτεραιότητα στις δικές τους

ανάγκες. Μαθαίνουν να φροντίζουν τον εαυτό τους και να ασχολούνται με δραστηριότητες που τους προκαλούν ευχαρίστηση. Ενώ στο παρελθόν μπορεί να καταπίεζαν τον εαυτό τους και τις ανάγκες τους, μέσα στην ψυχοθεραπεία έμαθαν αρχικά να τις αναγνωρίζουν και στη συνέχεια να τις σέβονται και να τις φροντίζουν. Η Βασιλική στο παρακάτω απόσπασμα αναφέρει πως στο παρελθόν έβαζε σε δεύτερη μοίρα τις δικές της ανάγκες για να κάνει αυτό που έπρεπε, και πως αυτό άλλαξε. Τα λόγια της αποκαλύπτουν πως δεν πρόκειται για μια απερίσκεπτη ή εγωκεντρική διαδικασία, αλλά πως εξακολουθεί να υπολογίζει και τις ανάγκες του άλλου και να έχει επίγνωση του ρίσκου που αυτό συνεπάγεται για τις σχέσεις της:

Κοίταξε να δεις, μεγαλύτερη ισορροπία στο ότι πριν ας πούμε δούλευε πολύ το πρέπει, δηλαδή «Πρέπει να δω μια φίλη γιατί πρέπει να είμαι έτσι τώρα γιατί έχει αυτό». Αν για οποιοδήποτε λόγο νιώσω ότι δε μπορώ εκείνη τη στιγμή, είτε γιατί εγώ είμαι διαλυμένη από κούραση, είτε γιατί το 'χω κάψει και μου είναι αδύνατον, το έχω νιώσει πάρα πολλές φορές αυτό. Μου δημιουργεί μια στενοχώρια, λέω κοίτα δεν είναι σωστό, δηλαδή δε νιώθω καλά να μη μπορώ να σταθώ, αλλά δε μπορώ αυτή τη στιγμή. Δε μπορώ. Το σέβομαι. Και ρισκάρω βέβαια, έτσι. Ρισκάρω, ενδεχομένως και την απόρριψη, θέλω να πω, ρισκάρω ενδεχομένως το να μην... το να ακούσω οτιδήποτε.

Πραγματώνοντας τον εαυτό. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως μέσα από τη διαδικασία της θεραπείας εξελίχθηκαν ως άνθρωποι και άρχισαν να αισθάνονται περισσότερο ολοκληρωμένοι, επειδή γνώρισαν όλο και περισσότερες πλευρές του εαυτού τους, τις αποδέχτηκαν και τις ένταξαν στην αυτοεικόνα τους. Αισθάνονται, επίσης, ότι η θεραπεία ενίσχυσε τα θετικά τους στοιχεία και τους βοήθησε να τα ενισχύσουν. Η Ηλέκτρα, για παράδειγμα, αναφέρει πως η ψυχοθεραπεία ήταν το σημαντικότερο πράγμα που έκανε για τον εαυτό της επειδή τη βοήθησε να ολοκληρωθεί και να γίνει το καλύτερο που μπορούσε.

Ότι γίνομαι πιο ολοκληρωμένος άνθρωπος, ότι...περισσότερο από τις σπουδές, δεν ξέρω, το σχολείο, τη μόρφωση αυτή, ένιωθα ότι αυτό είναι το πιο σημαντικό βήμα, η ψυχοθεραπεία. Ότι σε κάνει κάτι άλλο, κάτι αν..., κάτι καλύτερο, το καλύτερο που μπορείς να γίνεις, ή να το πλησιάσεις...

Ιδιαίτερα χαρακτηριστικό είναι το απόσπασμα από τη συνέντευξη της Θεοδοσίας, η οποία περιγράφει ότι στην αρχή της ψυχοθεραπείας πίστευε ότι θα μεταμορφωνόταν σε κάτι διαφορετικό. Εκείνο που αισθάνθηκε ότι έγινε στην πραγματικότητα, ωστόσο, ήταν ότι η θεραπεία «σου ανοίγει τους δρόμους να φτάσεις εκεί που, σ' αυτό που

κρύβεις μέσα σου, δηλαδή σε καθοδηγεί να φτάσεις στις απόλυτες δυνατότητές σου. Δε σου στερεί αυτό που πραγματικά είσαι». Αναγνώρισε ότι για να πραγματοποιηθεί αυτό ήταν πολύ σημαντικό να ενσωματώσει τις τραυματικές εμπειρίες που είχε βιώσει, να προσεγγίσει τον πραγματικό της εαυτό και να εκμεταλλευτεί τις δυνατότητες του:

Δηλαδή δε μπορεί κανείς να περιμένει ότι η θεραπεία ή, γιατί το έχω περάσει κι αυτό το στάδιο. Περίμενα ότι η θεραπεία ή η ομαδική θεραπεία ή η ατομική θεραπεία θα ήταν ένα ραβδάκι που θα μ' ακουμπούσε και θα μεταμορφωνόμουν σε κάτι άλλο, που δεν έζησε δύσκολα, δεν πέρασε δύσκολα, είναι ένας άλλος άνθρωπος. Δεν είναι αυτό. Αλλά σε κάνει να εκμεταλλευτείς το μάζιμουμ του υλικού σου, αυτό που είσαι μέσα σου.

Σύνοψη. Η αυθεντική αυτοεκτίμηση σχετίζεται με την αλλαγή του τρόπου με τον οποίο οι πελάτες αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους και αποτελείται από τρεις παραμέτρους. Η πρώτη παράμετρος αφορά στην αυτογνωσία που αποκτούν οι πελάτες μέσα από την ψυχοθεραπεία, όπως επίσης και στον διαφορετικό τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τα συναισθήματά τους, τα χαρακτηριστικά τους, τους τρόπους που αντιδρούν και τον αντίκτυπο που έχουν πάνω τους οι καταστάσεις που βιώνουν. Η δεύτερη παράμετρος της αυθεντικής αυτοεκτίμησης σχετίζεται με τη θετικότερη στάση των πελατών απέναντι στον εαυτό τους. Συγκεκριμένα, οι πελάτες μετά από την ψυχοθεραπεία αντιλαμβάνονται με θετικότερο τρόπο τον εαυτό τους, τον αποδέχονται και τον εκτιμούν, νιώθουν ότι αξίζουν και ότι είναι σημαντικοί, ενώ ταυτόχρονα αποκτούν πίστη και εμπιστοσύνη στις δυνατότητες τους. Η νέα αυτή θετική στάση απέναντι στον εαυτό αντανακλάται και σε περισσότερες συμπεριφορές φροντίδας του εαυτού και κάλυψης των αναγκών τους. Η τρίτη παράμετρος αναφέρεται στο αίσθημα των συμμετεχόντων ότι η ψυχοθεραπεία τους βοήθησε να αισθάνονται ότι εξελίσσονται και ολοκληρώνονται ως άτομα.

Ψυχική ενδυνάμωση. Ενώ η έννοια της αυθεντικής αυτοεκτίμησης αναφέρεται στις αντιλήψεις των συμμετεχόντων ως προς την αξία του εαυτού τους και τη θετικότερη στάση προς αυτόν, η έννοια της ψυχικής ενδυνάμωσης αφορά στις αντιλήψεις των συμμετεχόντων σχετικά με την ικανότητα τους να αντεπεξέρχονται στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και να αντιμετωπίζουν τα αρνητικά τους συναισθήματα. Η ψυχική ενδυνάμωση περιλαμβάνει τρεις επιμέρους διαστάσεις:

(α) την απόδοση των ευθυνών εκεί όπου ανήκουν κάθε φορά, (β) το αίσθημα δύναμης και ελέγχου, και (γ) το εσωτερικό κριτήριο αξιολόγησης.

Αποδίδοντας τις ευθύνες εκεί που ανήκουν. Όταν ο πελάτης αρχίζει να γνωρίζει καλύτερα τον εαυτό του και να αντιλαμβάνεται με μεγαλύτερη σαφήνεια τις αντιδράσεις του και τις καταστάσεις, αρχίζει ταυτόχρονα να αναγνωρίζει και να αντιλαμβάνεται σαφώς και τη δική του συμμετοχή και ευθύνη στις καταστάσεις. Συγχρόνως, όμως, συνειδητοποιεί και αναγνωρίζει ποια είναι και η ευθύνη των άλλων, όπως και το πότε έχει αναλάβει ευθύνες που δεν του ανήκουν. Με άλλα λόγια, η ψυχοθεραπευτική διαδικασία ενισχύει τους συμμετέχοντες, σύμφωνα με τις αφηγήσεις τους, να αποδίδουν τις ευθύνες εκεί όπου ανήκουν κάθε φορά, και να αναλαμβάνουν μόνο τις ευθύνες που τους αναλογούν και όχι εκείνες των άλλων.

Οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν τη δική τους ευθύνη και συμμετοχή τόσο στα αντίξοα γεγονότα που έχουν βιώσει στο παρελθόν, όσο και στα γεγονότα και τις καταστάσεις που βιώνουν στο παρόν. Αντιλαμβάνονται με σαφήνεια πως οι ίδιοι έχουν συμβάλει σε αυτά, ποιες είναι οι δικές τους ενέργειες που επηρέασαν τις καταστάσεις. Η Βασιλική, για παράδειγμα, αναφέρει πως μέσα από τη θεραπεία αναγνώρισε τη δική της ευθύνη στην αποτυχία του γάμου της:

[...] άλλο είναι να νιώθεις ότι όλες οι συμφορές του κόσμου μ' έχουνε βρει, τι άτυχη που είμαι, που έλεγα όταν ήμουν παντρεμένη, «πω πω τι άτυχη που είμαι», κι άλλο τώρα έτσι όπως βλέπω ας πούμε, βλέπω πάρα πολύ καθαρά και τη δική μου ευθύνη σ' αυτή τη διαδικασία και την πορεία του γάμου[...]
Εντάξει, είχα κι εγώ τη δική, τα δικά μου κομμάτια, δεν ήταν μόνο τα δικά του κομμάτια, και τα δικά μου. Κι αυτό το 'χω υπόψη μου πάντα, κι είναι μια, είναι το, πως να σου πω, ένα από τα στοιχεία που ας πούμε βγήκανε από αυτή τη διαδικασία και είναι πολύ σημαντικά. Κάνουν διαφορά δηλαδή τελικά, στη ζωή. Οποσδήποτε.

Όπως γίνεται σαφές από τα λόγια της Βασιλικής, όταν το άτομο δεν έχει αναλάβει τη δική του ευθύνη απέναντι στις καταστάσεις, είναι πιθανό να νιώθει άτυχος ή θύμα. Η ανάληψη της ευθύνης που συντελείται μέσα στην ψυχοθεραπεία δε σχετίζεται με το φταίξιμο και την αυτοκατηγορία που οδηγούν τον πελάτη να βιώνει ενοχές και αποδυνάμωση. Αντίθετα, πρόκειται για μια διαδικασία που ενδυναμώνει το άτομο και το βοηθά να αντιληφθεί τη δύναμη και τον έλεγχο που έχει στη ζωή του και στις καταστάσεις που βιώνει. Επιπλέον, η αναγνώριση της ευθύνης δε σχετίζεται μόνο με την αναγνώριση της ενεργητικής συμμετοχής και των συμπεριφορών του

ατόμου που επηρεάζουν τις καταστάσεις, αλλά αφορά και στον τρόπο με τον οποίο προσλαμβάνει και αντιλαμβάνεται τις καταστάσεις. Χαρακτηριστικό σε αυτή την περίπτωση είναι το απόσπασμα από τη συνέντευξη της Αγάπης, η οποία μέσα από την ψυχοθεραπεία άρχισε να αναλαμβάνει την ευθύνη του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβανόταν τις καταστάσεις, και να αναγνωρίζει ότι αυτός ο τρόπος την αποδυνάμωνε. Η θεραπεία τη βοήθησε να αλλάξει αυτόν τον τρόπο και να μην επιτρέπει πλέον στις καταστάσεις να την επηρεάζουν σε βαθμό που να της δυσκολεύουν τη ζωή:

ΑΓ – [...] Ήταν πιο απλά τα πράγματα. Αυτό. Κι απλά, εντάξει, όλοι οι άνθρωποι υιοθετούν κάποιους τρόπους ας πούμε να βλέπουν τα πράγματα ή να επηρεάζονται από αυτά, ή να τους ρίχνουν τα πράγματα, καταλαβαίνεις τι λέω, όπου, όπου ήτανε ηλίου φαεινότερο ότι δεν έπρεπε να το κάνω πια.

Α – Τι ήταν αυτό στη θεραπεία που σε βοηθούσε να τα απλοποιήσεις τα πράγματα;

ΑΓ – Βασικά καταλήγουμε πάλι στο ίδιο, ήταν ότι μέσα από την ψυχοθεραπεία εγώ έμαθα ότι δεν πρέπει να αφήνω να με αγγίζουν τα πράγματα τόσο πολύ. Ή να μ' επηρεάζουν, ή να μου χαλάνε τη ζωή μου ξέρω 'γω.

Το απόσπασμα από τη συνέντευξη της Αγάπης δείχνει επιπλέον πως ο τρόπος που αντιλαμβάνεται τις καταστάσεις, σχετίζεται άμεσα και με τα συναισθήματα που βιώνει. Η αναγνώριση της ευθύνης που έχει ο πελάτης για τα συναισθήματα που βιώνει και για τον τρόπο που αντιδρά στις καταστάσεις, αποτελεί άλλη μια πτυχή της διαδικασίας ανάληψης ευθύνης που πραγματοποιείται στην ψυχοθεραπεία. Ο Ιάσοντας, για παράδειγμα, περιγράφει πως η θεραπεία τον βοήθησε να αναγνωρίσει την ευθύνη για τα συναισθήματα που του ανακινούν οι άλλοι και πως αυτή η αναγνώριση τον οδηγεί να αναλάβει και την ευθύνη για τη δράση που θα ακολουθήσει στη συνέχεια:

Αυτό το έχω μάθει καλά. Δηλαδή ότι κι αν είναι ο άλλος, ότι κι αν κάνει, τι δικό μου κομμάτι αγγίζει, γιατί μου ανακινεί αυτά τα συναισθήματα που μου ανακινεί, και εν πάση περιπτώσει τι μπορώ να κάνω εγώ γι' αυτό το πράγμα κι όχι το τι μπορεί να κάνει ο άλλος.

Τόσο στο απόσπασμα του Ιάσωνα, όσο και σε εκείνο της Αγάπης πιο πάνω, διαφαίνεται άλλη μια πτυχή της ανάληψης ευθύνης που οδηγεί στην ενδυνάμωση του πελάτη, η οποία σχετίζεται με την αναγνώριση της ευθύνης που έχει ο ίδιος ώστε να

μην επιτρέπει στις καταστάσεις να τον επηρεάζουν ή να διαχειρίζεται τα συναισθήματα που έχουν προκύψει. Τα λόγια του Στέλιου αποτυπώνουν την αναγνώριση της ευθύνης να λύσει ο ίδιος το πρόβλημα, και το πως η αναγνώριση αυτή τον βοήθησε να αναλάβει ο ίδιος δράση και να μην περιμένει παθητικά από τους άλλους να τον βοηθήσουν:

ΣΤ – [...] Ναι, και περίμενα κάτι να συμβεί, κάποιος να με βοηθήσει, από τους συγγενείς συμπαράσταση, από τους φίλους...

Α – Περίμενες από τους άλλους, και τώρα στέκεσαι πιο πολύ στα πόδια σου...

ΣΤ – Τώρα λέω εγώ τι πρέπει να κάνω, που πρέπει να αποτανθώ ας πούμε; Τι ενέργεια πρέπει να κάνω εγώ για να το λύσω αυτό, έτσι;

Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι πελάτες στην ψυχοθεραπεία δεν αναγνωρίζουν μόνο τη δική τους ευθύνη και συμμετοχή στις καταστάσεις, αλλά αρχίζουν να αντιλαμβάνονται με μεγαλύτερη σαφήνεια και την ευθύνη των άλλων. Πρόκειται, όπως φαίνεται, για μια διαδικασία ρεαλιστικής και κατάλληλης απόδοσης ευθυνών, η οποία σχετίζεται με μια γενικότερη ρεαλιστική αντίληψη του εαυτού και των καταστάσεων. Η Βασιλική στο παρακάτω απόσπασμα αναφέρεται ακριβώς σε αυτή τη σαφή και κατάλληλη απόδοση ευθυνών:

[...] ξέρω ότι, ποια είναι η ευθύνη η δική μου σε κάθε κατάσταση, ποια είναι η συμμετοχή μου λοιπόν στο τι συμβαίνει, και δε συμβαίνει, και να βλέπω και την ευθύνη του άλλου. Ούτε όλο δικό μου, αλλά οπωσδήποτε, βλέπω το δικό μου κομμάτι, βλέπω και του άλλου και από εκεί και πέρα προσπαθώ πια να το τοποθετώ ξέρεις, όσο γίνεται εκεί που βρίσκεται και όχι άρες μάρες κουκουνάρες όπως ήταν πριν.

Πριν από την ψυχοθεραπεία, οι συμμετέχοντες πολλές φορές είχαν αναλάβει ευθύνες που δεν ήταν δικές τους, ακόμη και σε καταστάσεις στις οποίες δεν είχαν κανέναν έλεγχο και δύναμη, με αποτέλεσμα να βιώνουν αποδυνάμωση και ενοχές. Σε αυτή την περίπτωση, όταν αναγνώρισαν στη θεραπεία ποιες ευθύνες είναι δικές τους και ποιες όχι, κατάφεραν να απενοχοποιηθούν και να πάνε να αναλαμβάνουν ευθύνες που δεν τους αναλογούν. Η Ηλέκτρα στο παρακάτω απόσπασμα αφηγείται πως συνειδητοποίησε μέσα από μια εικόνα ότι δεν ήταν δική της ευθύνη να διαχειρίζεται τη συναισθηματική κατάσταση της μητέρας της, και πως η εικόνα αυτή τη βοήθησε να απαλλαγεί από τις ενοχές:

Με απενοχοποίησε, γιατί οτιδήποτε συνέβαινε εγώ ένιωθα ότι πρέπει να το τακτοποιήσω, ότι πρέπει να το λύσω, είμαι ένα παιδί, πρέπει να βοηθήσω και

τον ένα και τον άλλο, εντάξει το μπαμπά πολύ λιγότερο, τη μητέρα μου, εκεί εστιάζω, και μετά απενοχοποιήθηκα ότι δεν είναι δική μου δουλειά να το κάνω. Κι ότι είναι λάθος να βλέπεις μια μαμά ας πούμε να παίρνει ένα μωρό αγκαλιά και να κλαίει και να του λέει «είμαι δυστυχημένη, δεν είμαι καλά». Μου είχε μεταφέρει κι αυτή την εικόνα και μου 'χε μείνει αυτό. Ότι πως μπορείς στο παιδί σου να φέρεις κάτι τέτοιο, ένα πρόβλημα που σ' απασχολεί, είναι δικό σου θέμα τι θα το κάνεις. Κι εκεί είπα, όχι, όπως εγώ μπορώ να διαχειριστώ τα δικά μου ζητήματα και δε φορτώνω σε κανέναν τέτοιο βάρος, το ίδιο μπορούν και οι άλλοι. Αφού έχουν φτάσει ως εδώ. Όσο επώδυνα και να 'ναι. Και βγήκα απ' αυτό, γιατί ήμουν βαθιά χωμένη.

Αίσθημα δύναμης και ελέγχου. Η επεξεργασία των τραυματικών εμπειριών και των συνακόλουθων συναισθημάτων, μέσα στο ασφαλές περιβάλλον της θεραπευτικής σχέσης, βοηθά τους πελάτες να αρχίσουν να αναγνωρίζουν τη δύναμη που υπάρχει μέσα τους και που τους οδήγησε να αντιμετωπίσουν και να υπερνικήσουν αυτές τις εμπειρίες και τα συναισθήματα. Συνειδητοποιούν ότι η ανάκαμψη από τις καταστάσεις που βίωσαν τους έχει εφοδιάσει με τις ικανότητες και τη δύναμη που απαιτούνται ώστε να αντιμετωπίσουν μελλοντικές αντιξοότητες. Αισθάνονται μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό τους. Η Ηλέκτρα περιγράφει στη συνέχεια πως της έδινε δύναμη η αναγνώριση της δυσκολίας που είχε αντιμετωπίσει από τη θεραπεύτρια της:

Ας πούμε το να ακούω να μου λέει ότι «βέβαια αυτό το οποίο μου περιγράφεις είναι πάρα πολύ σκληρό». Εγώ εκείνη τη στιγμή ένιωθα ανακούφιση. Ότι κάποιος μου είπε ότι αυτό το οποίο έφερα ήταν σκληρό και δύσκολο. Και αυτόματα έπαιρνα δύναμη γιατί το είχα αντιμετωπίσει εγώ. Όταν είχα πάει στη θεραπεία είχε προηγηθεί. Είχε αντιμετωπιστεί, με όποιον τρόπο. Είχα πάει εκεί σε καλή κατάσταση, άρα το ότι μου το αναγνώριζε ήταν σημαντικό.

Οι πελάτες μέσα στην ψυχοθεραπεία αποκτούν έναν διαφορετικό τρόπο να βιώνουν και να διαχειρίζονται τα συναισθήματα τους. Η επεξεργασία των συναισθημάτων, και κυρίως η επαφή με τα συναισθήματα που πριν από τη θεραπεία δεν άντεχαν να βιώσουν, τους μαθαίνει ότι «δεν πεθαίνεις από τα συναισθήματά σου [...] είναι εντάξει, γίνεσαι πιο δυνατός σιγά-σιγά. Όχι μόνο δεν πεθαίνεις, γίνεσαι πιο δυνατός...» (Θεοδοσία). Μετά τη θεραπεία, οι πελάτες αισθάνονται ότι δεν είναι τα συναισθήματα που τους ελέγχουν, αλλά ότι τα ελέγχουν εκείνοι. Βασικό ρόλο σε αυτή την αίσθηση ελέγχου παίζει η πεποίθηση που αναδύεται, και αναφέρεται από

αρκετούς συμμετέχοντες όταν αντιμετωπίζουν νέες δυσκολίες, ότι «Δεν ήρθε και το τέλος του κόσμου». Η Αγάπη, για παράδειγμα, αναγνωρίζει πως το γεγονός ότι έζησε δύσκολες καταστάσεις, σε συνδυασμό με την αναζήτηση βοήθειας για να ξεπεράσει αυτές τις καταστάσεις, τη βοήθησαν να νιώθει ότι μπορεί να ελέγχει τα συναισθήματά της.

Δε νιώθω να άγομαι και να φέρομαι τόσο πολύ από αυτά. Νιώθω δηλαδή ότι μπορώ κάποια στιγμή, ότι είναι στο χέρι μου να τα κοντρολάρω. Με την έννοια ότι συμβαίνει κάτι ας πούμε. Και λέω «Εντάξει, δεν ήρθε και το τέλος του κόσμου».

Αυτό το αίσθημα δύναμης, μαζί με την αλλαγή στον τρόπο που αντιλαμβάνονται τη ζωή και τις καταστάσεις, βοηθά τους πελάτες να είναι δεκτικότεροι απέναντι στις δύσκολες εμπειρίες και τα επώδυνα συναισθήματα του παρόντος. Η Βασιλική, στο παρακάτω απόσπασμα, περιγράφει ακριβώς αυτή τη διαδικασία και το πως αντέχει να βιώνει τα δύσκολα συναισθήματα χωρίς να καταβάλλεται από αυτά.

Είμαι πιο ανοιχτή στα πράγματα. Πιο ανοιχτή στις εμπειρίες μου. Ακόμα κι αυτές που με δυσκολεύουνε και με πονάνε και με ζορίζουνε, έτσι; Ακόμα κι αυτή τη στιγμή. Είμαι πιο ανοιχτή σ' αυτό που βιώνω. Στο να το αποδέχομαι. Στο να δω τι το κάνω. Στο να μη με φρενάρει όμως, όπως πριν που απ, με μπλόκαρε. Τώρα και φόβο νιώθω, και φόβο νιώθω πάλι, κι αν ξαναπληγωθώ θα τ' αντέξω; Κι αυτά. Όλα αυτά παίζουνε. Υπάρχουν μέσα μου όλα αυτά. Αλλά δε με μπλοκάρει πια. Δηλαδή είμαι πιο ναι. Το νιώθω. Το παίρνω μαζί μου και προχωράω.

Εκτός από τον έλεγχο των συναισθημάτων, οι πελάτες αναφέρουν πως η θεραπεία τους βοήθησε να αισθάνονται ότι έχουν γενικότερα τον έλεγχο του εαυτού τους, των σκέψεων και της συμπεριφοράς τους. Αυτό για την Ηλέκτρα, για παράδειγμα, σημαίνει ότι δε λειτουργεί πλέον παρορμητικά αλλά αξιολογεί τις καταστάσεις και συμπεριφέρεται αναλόγως. Η Ιωάννα περιγράφει πως αισθάνεται πλέον ότι έχει η ίδια τον έλεγχο των σκέψεων και των αρνητικών σεναρίων που κατασκεύαζε πριν από τη θεραπεία:

Ελέγχω περισσότερο αυτό που γινότανε στο μυαλό μου, που μονίμως είχε δυσάρεστες σκέψεις, όλο στενάχωρα, όλο, τέλος πάντων σενάρια που κατέληγαν σε, πάντα σε πολύ πόνο και.... Σενάρια όμως που τα ζούσα έντονα, τώρα γίνεται λιγότερο. Και όταν γίνεται μπορώ να το παρατηρήσω, αυτό. Και

μπορώ να το σταματήσω. Ενώ πριν είχα την αίσθηση ότι, ότι είναι ανεξέλεγκτο αυτό το πράγμα, ότι δεν είχα καμία δυνατότητα πάνω σ' αυτό και ότι δεν υπάρχει τρόπος να το κάνεις κάτι αυτό.

Το νέο αίσθημα δύναμης και η ικανότητα ελέγχου των συναισθημάτων, των σκέψεων και της συμπεριφοράς που βιώνουν οι πελάτες, έχει επίσης σαν αποτέλεσμα να βιώνουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση γενικότερα, να αισθάνονται ότι στέκονται καλύτερα στα πόδια τους, και ότι αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη ευκολία τους άλλους. Στο παρακάτω απόσπασμα η Ηλέκτρα περιγράφει πως η δουλειά που έχει κάνει στην ψυχοθεραπεία με τον εαυτό της και τα συναισθήματα της, τη βοήθησε να νιώθει πιο άνετα στο κοινωνικό και επαγγελματικό της περιβάλλον:

Ότι ήμουν πιο άνετη σε σχέση με το κοινωνικό κομμάτι, με τους γύρω, με τη συναναστροφή. Έλεγα καλύτερα το περιβάλλον μου, οπότε αυτό μείωνε και το άγχος μου. Γιατί κάποιες φορές αισθανόμουν άγχος, πως θα κάνω αυτό, πως θα σταθώ απέναντι σ' αυτή την οικογένεια. Και ίσως και η απειρία εκεί, αλλά βέβαια όλη αυτή η δουλειά, εν τω βάθος και με τον εαυτό, με το συναίσθημα, η επαφή που γίνεται στη θεραπεία, και το εδώ και τώρα πως νιώθεις. Ωραία, νιώθεις έτσι, και τι θα το κάνεις; Όλα αυτά σε φέρνανε σε ένα επίπεδο επαφής με πράγματα τα οποία ήταν σκονισμένα ή αδόλευτα. Σε εγρήγορση είσαι. Πιο ενεργοποιημένος, πιο..., πως να το πω, πιο παρών, πιο εκεί στα πράγματα, πιο, δηλαδή, ξέρω που είναι η θέση μου, που θα με έβαζα σε κάθε περίπτωση.

Ένα άλλο αποτέλεσμα του αισθήματος δύναμης και ελέγχου, είναι πως οι πελάτες αισθάνονται ικανότεροι να αντιμετωπίσουν τις αντίξοες ή δυσχερείς καταστάσεις που ενδέχεται να συναντήσουν στο μέλλον. Αυτό δε σημαίνει ότι δεν αναγνωρίζουν πως θα βιώσουν ξανά οδυνηρά συναισθήματα, αλλά ότι πιστεύουν πως θα μπορέσουν να τα αντέξουν και να τα διαχειριστούν καλύτερα. Οι τραυματικές εμπειρίες του παρελθόντος, σε συνδυασμό με την επεξεργασία τους στην ψυχοθεραπεία, τους βοήθησαν να αλλάξουν τον τρόπο που αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν τις νέες δυσκολίες, και κυρίως να νιώσουν ότι έχουν τη δύναμη και την ικανότητα να τις διαχειριστούν και να τις υπερβούν. Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά η Αγάπη:

Πάντα θα θυμάμαι ότι έχω τη δύναμη μέσα μου να συνεχίσω, θα τη βρω και θα συνεχίσω. Παρότι ίσως παροδικά νιώσω ένα χάσιμο της δύναμής μου, εγώ θα τη βρω και θα συνεχίσω. Γιατί ξέρω ότι είναι αστείρευτη αυτή η δύναμη.

Και η Ιωάννα περιγράφει ότι έχει αποκτήσει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στην ικανότητα της να αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις, αλλά κυρίως, αποκαλύπτει τους δύο τρόπους με τους οποίους τη βοήθησε η θεραπεία σε αυτό. Όπως αναφέρει και η ίδια στο παρακάτω απόσπασμα, ο πρώτος τρόπος σχετίζεται με την αλλαγή της νοηματοδότησης των δύσκολων καταστάσεων, ενώ ο δεύτερος αναφέρεται στα εφόδια που αισθάνεται ότι απέκτησε ώστε να τις αντιμετωπίσει:

Κι ότι κι αυτά ακόμα που εξακολουθώ ακόμα να παλεύω και να με δυσκολεύουν και να, δεν ξέρω ‘γω τι, μπορούν να βρουν τη λύση τους μ’ ένα τρόπο, τον οποίο, πριν τον είχα και πολύ οριοθετημένο εγώ ας πούμε κι έλεγα ότι «Έτσι πρέπει να γίνουν τα πράγματα, να το εξαφανίσουμε αυτό, να μην το ξανανιώσω ποτέ, δεν ξέρω ‘γω τι, τέτοια πράγματα». Τώρα λέω ότι εντάξει, θα ξανανιώσω τέτοια πράγματα, ανάλογα εν πάση περιπτώσει, αλλά θα, θα μπορώ να τα αντιμετωπίσω αλλιώς. Κι έτσι είναι σα να έχω πάρει, σα να μου έδωσε όπλα. Για τη μάχη. Όπλα για τη μάχη. Πολεμοφόδια τέλος πάντων, να βγει πέρα, το πράγμα. Και η μάχη δεν είναι πια τόσο τρομακτική όσο ήταν πριν ας πούμε.

Εσωτερικό κριτήριο αξιολόγησης. Πολλές φορές οι πελάτες αναγνωρίζουν στην ψυχοθεραπεία πως έχουν υιοθετήσει αξίες άλλων προσώπων που είναι σημαντικά στη ζωή τους, όπως, για παράδειγμα, των γονιών τους. Συνειδητοποιούν, επίσης, πως σε πολλές περιπτώσεις η συμπεριφορά και οι επιλογές τους δεν καθορίζονται από τις δικές τους ανάγκες, αλλά από την ανάγκη να ικανοποιήσουν αυτά τα σημαντικά πρόσωπα. Οι συνειδητοποιήσεις αυτές, μαζί με τη γενικότερη ενδυνάμωση που λαμβάνουν από τον θεραπευτή, ενισχύουν τους πελάτες να αρχίσουν να ακούν τη δική τους εσωτερική φωνή και να αξιολογούν τι είναι σημαντικό για τους ίδιους και τι όχι. Αυτό έχει άμεση επίδραση και στα συναισθήματά τους, καθώς, ό, τι δεν είναι σημαντικό για τους ίδιους, δεν τους αγγίζει συναισθηματικά. Ο Διονύσης, ο οποίος στη συνέντευξη του περιέγραψε και ανέλυσε λεπτομερώς αυτή την έννοια, αναφέρει χαρακτηριστικά πως στη θεραπεία το κριτήριο αξιολόγησης του εαυτού του από εξωτερικό έγινε εσωτερικό:

Η ουσιαστική αλλαγή, και του παρελθόντος, γι’ αυτό θέλω να στο πω, είναι πολύ σημαντικό άρχισε να αλλάζει, κάτσε, όταν, πως το έλεγα, θέλω να στο πω όπως ήτανε. Όταν άρχισα, όταν το κριτήριο αξιολόγησης του εαυτού μου άρχισε να γίνεται εσωτερικό κι έπαψε να είναι τόσο πολύ εξωτερικό. Μέχρι πριν ήτανε, δηλαδή μέχρι πριν αν θες, αυτό έγινε απ’ τον πρώτο καιρό, των

συνεδριών αυτό. Άρχισε σιγά-σιγά δηλαδή μέσα από τις συνεδρίες, το κριτήριο αξιολόγησης μου να παύει να είναι εξωτερικό και να γίνεται εσωτερικό. Γι' αυτό άρχισα να βάζω όρια, γι' αυτό άρχισα να βελτιώνω κάπως ή να αλλάζω τη σχέση μου με τους άλλους και πήγε μετά η πορεία. Αυτό ήταν πολύ σημαντικό, ήταν πολύ σημαντικό...

Η αναγνώριση του τι είναι σημαντικό για τον ίδιο τον πελάτη και τι όχι, τον διευκολύνει να κάνει επιλογές στη ζωή του, οι οποίες μπορεί να είναι εκ διαμέτρου αντίθετες από εκείνες που περιμένουν και επιθυμούν οι σημαντικοί άλλοι από αυτόν. Αυτό συνέβη στην περίπτωση του Ιάσονα, ο οποίος αναγνώρισε τον σημαντικό ρόλο της θεραπείας στο να αναγνωρίσει και να ακούσει την εσωτερική του φωνή. Η φωνή αυτή τον οδήγησε να αλλάξει επάγγελμα αφήνοντας μια επικερδή και επιτυχημένη καριέρα, η οποία όμως δεν του προσέφερε πλέον καμία ικανοποίηση:

Εντάξει ξέρω ότι είναι πλέον αστείο γιατί όποτε το λέω αυτό που μπορώ να φτάσω, κάθε φορά εκπλήσσομαι την επόμενη φορά που πας πιο βαθιά και πιο βαθιά, αλλά νομίζω ότι έχουν γίνει όλες αυτές οι αλλαγές το οποίο, προφανώς με κάνουνε, ακόμα και η απόφαση που πήρα να φύγω από τη δουλειά, δεν υπήρχε περίπτωση υπό τέτοιες συνθήκες, με τέτοια κοινωνική πίεση εξωτερική, από σημαντικούς ανθρώπους δικούς σου, και να είναι τόσο ξεκάθαρη η φωνή μέσα μου, και να την ακούω αυτή, ε μόνο στη θεραπεία, δε γίνεται αυτό, δεν πιστεύω ότι γίνεται...

Σύνοψη. Η έννοια της ψυχικής ενδυνάμωσης αναφέρεται στις αντιλήψεις των συμμετεχόντων ως προς την ικανότητα τους να αντιμετωπίζουν τα αρνητικά τους συναισθήματα και να υπερνικούν τις δυσκολίες. Η πρώτη παράμετρος της ψυχικής ενδυνάμωσης σχετίζεται με την απόδοση των ευθυνών εκεί όπου πραγματικά ανήκουν. Οι πελάτες αναγνωρίζουν τη δική τους ευθύνη και συμμετοχή στις καταστάσεις που έχουν βιώσει, καθώς και την ευθύνη τους για τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τις καταστάσεις αυτές και για τα συναισθήματα που βιώνουν. Συγχρόνως αναγνωρίζουν και πότε έχουν αναλάβει ευθύνες που δεν τους ανήκουν. Η δεύτερη διάσταση της ψυχικής ενδυνάμωσης σχετίζεται με το αίσθημα δύναμης και ελέγχου που αποκτούν οι συμμετέχοντες μέσα από τη θεραπεία. Συγκεκριμένα, αποκτούν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, αισθάνονται ότι έχουν τη δύναμη να ελέγξουν τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις συμπεριφορές τους, και αισθάνονται ικανότεροι να αντιμετωπίσουν τις νέες δυσκολίες που ενδέχεται να συναντήσουν. Η τελευταία παράμετρος της ψυχικής ενδυνάμωσης

αναφέρεται στην ικανότητα που αποκτούν οι πελάτες μέσα από την ψυχοθεραπεία να αξιολογούν τι είναι σημαντικό για τους ίδιους και τι όχι, να δίνουν προσοχή στην εσωτερική τους φωνή και να κάνουν επιλογές που υπαγορεύονται από αυτή την εσωτερική φωνή και όχι από άλλα άτομα του περιβάλλοντος τους.

Αλλάζοντας το νόημα. Στην κατηγορία αυτή εντάσσεται η αλλαγή του τρόπου με τον οποίο οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν τη ζωή και τις εμπειρίες τους, και αποτελείται από δύο υποκατηγορίες. Η πρώτη υποκατηγορία αναφέρεται στη θετικότερη οπτική γωνία που υιοθετούν απέναντι στη ζωή και τις εμπειρίες τους, καθώς και στην ικανότητα που αποκτούν να αναγνωρίζουν τα θετικά στοιχεία και τα οφέλη που έχουν προκύψει από τις τραυματικές εμπειρίες. Η δεύτερη υποκατηγορία αφορά στη μεγαλύτερη αποδοχή που βιώνουν οι συμμετέχοντες για τον εαυτό τους, τις εμπειρίες τους και τη ζωή τους.

Αποκτώντας διαφορετική οπτική γωνία. Μια σημαντική αλλαγή που λαμβάνει χώρα στη θεραπεία είναι ότι οι πελάτες αρχίζουν να αντιλαμβάνονται τις καταστάσεις με έναν πολύ διαφορετικό τρόπο. Οι νέες συνειδητοποιήσεις τους βοηθούν να αποκτήσουν μια διαφορετική οπτική γωνία τόσο ως προς τις αντίξοες και τραυματικές εμπειρίες που είχαν βιώσει όσο και συνολικά ως προς τη ζωή. Χρησιμοποιώντας μια γνωστή ρήση των στωικών φιλοσόφων, η Αγάπη αποτυπώνει αυτή την αλλαγή στον τρόπο που προσλαμβάνει τις καταστάσεις ως αποτέλεσμα της θεραπείας και κυρίως ως αποτέλεσμα της σχέσης που έχτισε με τον θεραπευτή και της αποδοχής που έλαβε από εκείνον:

Ναι, πιστεύω εγώ ότι αυτό, είναι πολύ απλά, θα το περιγράψω με κάτι που λέγανε οι αρχαίοι. Έλεγαν λοιπόν οι αρχαίοι φιλόσοφοι, οι στωικοί, ότι δεν είναι τα πράγματα που ταραξουν την ψυχή, είναι το πως εμ..., το πως η ψυχή βλέπει τα πράγματα. Άρα η ψυχή πρέπει να αρχίσει να βλέπει με άλλο τρόπο τα πράγματα. Και νομίζω ότι εγώ εκεί βοηθήθηκα από την ψυχοθεραπεία. Στο ότι η ψυχή, τα μάτια της ψυχής άρχισαν να βλέπουν και να σκέφτονται με έναν άλλο τρόπο.

Η αλλαγή της οπτικής γωνίας που πραγματοποιείται στην ψυχοθεραπεία αντανακλάται σε μια θετικότερη ματιά του πελάτη όχι μόνο απέναντι στον εαυτό του, όπως είδαμε και σε προηγούμενη ενότητα, αλλά και συνολικά απέναντι στη ζωή και στις καταστάσεις που έχει αντιμετωπίσει. Η Βασιλική περιγράφει αυτή την αλλαγή στη ματιά της που την έκανε να νιώθει καλά, παρόλο που τίποτα στη ζωή της δεν είχε αλλάξει προς το καλύτερο:

Κι ήταν μια μεγάλη, θυμάμαι ότι έλεγα, και στην ομάδα και στη θεραπεία «Είμαι καλά, είμαι, νιώθω καλά, αυτά, αλλά δεν έχει αλλάξει τίποτα γύρω». Δηλαδή μου έκανε κι εμένα εντύπωση, δηλαδή και το 'λεγα θυμάμαι και στη [όνομα θεραπεύτριας] «Δεν έχω να σου πω κάτι, δεν έχει αλλάξει τίποτα, είναι όλα όπως τα ξέρεις, αλλά εγώ είμαι μια χαρά, είμαι καλά, νιώθω καλά». Δε μπορούσα να καταλάβω. Άλλαξε η ματιά μου.

Στη συνέχεια η Βασιλική αφηγείται πως αυτή η αλλαγή στη ματιά της σχετίζεται με μια θετικότερη και ανοικτότερη στάση απέναντι στη ζωή και τις εμπειρίες που βιώνει:

Άλλαξε τελείως. Άλλαξε τελείως. Όπως άλλαξε η ματιά μου όσον αφορά εμένα, και τις πλευρές μου κι όλα αυτά, τις διαφορετικές, άλλαξε τελείως η ματιά μου στη ζωή. Οπότε και το νόημα. Όλα απέκτησαν ένα άλλο νόημα για μένα. Όλα σα ν' απέκτησαν ένα τελείως άλλο νόημα. Η ματιά μου άλλαξε. Έγινε πιο ανοιχτή και προς τη ζωή. Ήταν μια συνολική αλλαγή. Και όταν λέω η ματιά μου προς τη ζωή έγινε πιο θετική. Είμαι πιο ανοιχτή στα πράγματα. Πιο ανοιχτή στις εμπειρίες μου.

Ο νέος τρόπος αντίληψης των εμπειριών και της ζωής σχετίζεται επίσης με μια μεγαλύτερη ευελιξία. Οι συμμετέχοντες δεν εστιάζουν πλέον μόνο στις αρνητικές πλευρές των εμπειριών τους, ούτε καταβάλλονται από τα αρνητικά συναισθήματα. Αξιολογούν τις καταστάσεις με περισσότερο ψύχραιμο και ευέλικτο τρόπο και καταφέρνουν να επιβληθούν στον εαυτό τους και τα συναισθήματα τους. Για παράδειγμα, καταστάσεις που πριν τη θεραπεία τους προκαλούσαν άγχος, μετά τη θεραπεία αξιολογούνται και βιώνονται διαφορετικά, περισσότερο ψύχραιμα και με λιγότερο ή καθόλου άγχος. Η φράση «Δε χάθηκε κι ο κόσμος» αποτελεί μια χαρακτηριστική έκφραση που αναφέρεται από αρκετούς συμμετέχοντες, και αντανακλά αυτή την αλλαγή. Παράδειγμα αποτελούν τα λόγια της Αγάπης:

Κοίτα, πάντα στενοχωριόμαστε για τις καταστάσεις που δε μας πάνε καλά, που δε μας βγαίνουν καλά, που... όλα αυτά, αλλά απλά δεν έχεις παρά να σκεφτείς ότι τελικά αξίζει τον κόπο να... Θα κάνεις κάτι άλλο. Ας πούμε έκανες μια κίνηση, δε σου προέκυψε καλή, θα κάνεις άλλη κίνηση, μπορεί να το πετύχεις αύριο, μεθαύριο. Τέλος πάντων, δε χάθηκε κι ο κόσμος.

Μια σημαντική πτυχή της αλλαγής στον τρόπο αντίληψης, είναι ότι οι συμμετέχοντες αρχίζουν να αναγνωρίζουν και τα θετικά στοιχεία των εμπειριών που έχουν βιώσει. Ενώ πριν από τη θεραπεία τα αρνητικά συναισθήματα που ήταν

συνδεδεμένα με τις εμπειρίες τους, τους κρατούσαν καθηλωμένους σε μια αρνητική αφήγηση, μετά τη θεραπεία, μπορούν να αντιληφθούν και τις υπάρχουσες θετικές διαστάσεις. Για παράδειγμα, ο Διονύσης πριν από τη θεραπεία δεν είχε αναγνωρίσει τη θέληση και την προσπάθεια που είχε καταβάλλει η μητέρα του να επιβιώσει για εκείνον, και ο Στέλιος, ενώ πριν από τη θεραπεία εστίαζε στις αρνητικές και τραυματικές εμπειρίες που είχε από τη μητέρα του, μετά τη θεραπεία κατάφερε να αναγνωρίσει και τις θετικές της πλευρές. Αυτό τον βοήθησε να αλλάξει γενικά τη στάση του απέναντι στο γυναικείο φύλο, όπως αναφέρει παρακάτω ο ίδιος:

Και έβλεπα, εστιαζόμουν μόνο στα κακά, αυτά που με πειράζανε. Γιατί αναμφίβολα μια μητέρα έχει και τα καλά της, έτσι. Αυτά τα καλά τα προσπερνούσα, δεν τα υπολόγιζα. Η θεραπεία λοιπόν με βοήθησε να ψάξω και τις διαδικασίες αυτές της μητέρας και τα..., πως είχαν περάσει μέσα μου. Και να αφομοιώσω αυτές τις καταστάσεις, να τις αποδεχτώ θα έλεγα, να τις δουλέψω με μένα, και κατ' επέκταση με το θηλυκό κόσμο. Έτσι;

Η θετική αλλαγή στον τρόπο που οι πελάτες αντιλαμβάνονται τις τραυματικές ή αντίξοες εμπειρίες που έχουν βιώσει, σχετίζεται και με την αναγνώριση ότι οι εμπειρίες αυτές δεν ήταν συνολικά αρνητικές αλλά τους παρείχαν και ορισμένα οφέλη. Αναγνωρίζουν πως οι δύσκολες εμπειρίες που έχουν ζήσει ήταν χρήσιμες επειδή τους έχουν διαμορφώσει όπως είναι τώρα ή επειδή τους οδήγησαν σε μια καλύτερη εκδοχή του εαυτού τους. Αρκετοί συμμετέχοντες αναφέρουν επίσης πως δε βιώνουν πλέον αρνητικά συναισθήματα για τις εμπειρίες αυτές, αλλά ότι, αντίθετα, βιώνουν θετικά συναισθήματα όπως η ευγνωμοσύνη και η ικανοποίηση. Το παρακάτω απόσπασμα από τη συνέντευξη της Αγάπης είναι χαρακτηριστικό:

ΑΓ – Μη σου πω ότι ευγνωμονώ τα γεγονότα που μ' έφεραν στη θεραπεία. Η ότι γίνεται κάτι για να γίνει κάτι άλλο. Προς το καλό. Δηλαδή γίνονται πολλά κακά για να φτάσεις σ' ένα καλό.

Α – Σα να είναι τόσο σημαντικό αυτό που έχεις κερδίσει τελικά τώρα σήμερα, που λες...

ΑΓ – Ναι, λέω ότι άξιζε τον κόπο μάλλον να περάσω όλα αυτά που πέρασα για να φτάσω εδώ, ναι.

Βιώνοντας αποδοχή. Η δεύτερη παράμετρος της αλλαγής του νοήματος που λαμβάνει χώρα στην ψυχοθεραπεία αναφέρεται στην ικανότητα του πελάτη να βιώνει μεγαλύτερη αποδοχή για τον εαυτό του, τις εμπειρίες του και τη ζωή του. Ορισμένοι συμμετέχοντες μάλιστα θεωρούν πως η αποδοχή που βιώνουν αποτελεί το

σημαντικότερο κέρδος από την ψυχοθεραπεία. Για παράδειγμα, στο παρακάτω απόσπασμα ο Διονύσης περιγράφει πόσο κεντρική αισθάνεται την αποδοχή του εαυτού του και του δύσκολου παρελθόντος που έχει βιώσει:

Ε, κοίταξε, ουσιαστικά η αλλαγή σ' αυτό ήτανε η αποδοχή του παρελθόντος. Η αποδοχή. Δηλαδή το σημαντικό της συνεδρίας ήτανε η αποδοχή του παρελθόντος. Και παράλληλα με την αποδοχή του εαυτού. Αυτά είναι τα δύο βασικά κομμάτια. Είναι πυρηνικά. Δε μπορώ να πάω σε κάτι άλλο παραπέρα, νομίζω ότι αυτά είναι τα πιο βασικά.

Σε τι αναφέρεται όμως αυτή η αποδοχή του παρελθόντος; Σε ένα πρώτο επίπεδο, αναφέρεται στις ίδιες τις αντίξοες ή τραυματικές εμπειρίες. Οι συμμετέχοντες, μέσα από τη συναισθηματική και γνωστική επεξεργασία και τη συνακόλουθη μείωση της συναισθηματικής έντασης, καταλήγουν να αποδεχτούν τις εμπειρίες αυτές και τον αντίκτυπο τους. Μια άλλη πτυχή της αποδοχής του παρελθόντος αφορά στις πλευρές της ζωής τους που δεν είναι όπως θα ήθελαν. Για πολλούς αυτό αφορά σε δύσκολες σχέσεις με την οικογένεια. Μέσα από την ψυχοθεραπεία συμφιλιώνονται με τις δυσκολίες σε αυτές τις σχέσεις και αποδέχονται ότι μπορεί να μην αλλάξουν ποτέ και να μη γίνουν ιδανικές όπως τις είχαν φανταστεί. Αποδέχονται επίσης τις επιλογές που κάνουν οι άνθρωποι του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, επιλογές με τις οποίες οι ίδιοι δε συμφωνούν. Η αποδοχή όλων αυτών των καταστάσεων οδηγεί σε μια αίσθηση δύναμης, όπως φαίνεται και από το απόσπασμα από τη συνέντευξη της Ηλέκτρας:

Πατούσα μετά πιο γερά στα πόδια μου, έβαζα, τα 'βαλα λίγο σε μια σειρά, πιο ξεκάθαρα μέσα μου ότι με την οικογένεια είναι αυτό. Άμα έχεις ένα λεμόνι δε μπορείς να κάνεις φρουτοσαλάτα, θα κάνεις χυμό λεμόνι, οπότε αποδέξου το αυτό. Και αν είναι έτσι η μαμά ή ο μπαμπάς, τι να κάνουμε, δεν αλλάζει, προχώρα με αυτό που έχεις. Στη δουλειά το ίδιο. Είναι αυτοί οι άνθρωποι, γνωρίζεις πως κινούνται κι αυτοί κάτι θέλουν να πετύχουν σ' αυτό που κάνουν, δουλεύουν μ' αυτό τον τρόπο διότι έτσι θεωρούν ότι είναι το σωστό. Θα προσαρμοστείς μέχρι εκεί που μπορείς έλεγα στον εαυτό μου, από κει και πέρα, κάποια πράγματα με τα οποία διαφωνείς δε θα τα ενσωματώνεις.

Μετά τη θεραπεία, η αποδοχή διαμορφώνεται πλέον σε μια νέα στάση απέναντι στη ζωή. Οι πελάτες αρχίζουν να αποδέχονται όλες τις εμπειρίες της ζωής, και μαζί με αυτές και τις νέες δυσκολίες που προκύπτουν στο παρόν. Ο Στέλιος περιγράφει αυτή τη νέα στάση απέναντι στις καταστάσεις ως φιλοσοφία ζωής:

Και κάτι νομίζω σημαντικό. Μετά τη θεραπεία πάλι γυρίζω. Έπαψα να λέω η μοίρα κι αυτό, το γιατί οπωσδήποτε σ' εμένα κι όλα αυτά. Πια λέω ότι συμβαίνει, γιατί συνέβησαν κι άλλα πράγματα στο εντωμεταξύ, και χολή της συζύγου και αφαίρεση και τέτοια πράγματα, λέω ότι είμαστε άνθρωποι και εφόσον αυτά είναι ανθρώπινα, ήρθε σε μένα, ήρθε σε σένα, στον άλφα, ήρθε σε μένα, πρέπει να το αντιμετωπίσω τώρα που ήρθε σε μένα, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Αυτή είναι η φιλοσοφία μου...

Οι πελάτες διαχωρίζουν την έννοια της αποδοχής από το συναίσθημα της ικανοποίησης. Δε θεωρούν πως το γεγονός ότι έχουν αποδεχτεί μια κατάσταση σημαίνει ότι τους αρέσει κιόλας. Επιπλέον, δε βιώνουν την αποδοχή ως μια παθητική ανοχή των καταστάσεων και των γεγονότων, ούτε παραιτούνται από την προσπάθεια να αλλάξουν εκείνα που δεν τους αρέσουν ή να εντοπίσουν λύση στις δυσκολίες. Απλά δέχονται τις καταστάσεις έτσι όπως είναι, και προσπαθούν να κάνουν ό, τι καλύτερο μπορούν για να τις αλλάξουν ή να τις αντιμετωπίσουν. Αυτό αποτυπώνεται στα λόγια του Διονύση, ο οποίος περιγράφει πως η αποδοχή τον βοήθησε να μη στενοχωριέται και να μην καταβάλλεται από καταστάσεις που δεν του αρέσουν:

Το αποδέχομαι, όχι, μ' ενοχλεί. Δε μ' αρέσει. Αλλά μπορώ να καταλάβω ότι μέχρι εκεί φτάνουνε. Δεν πα να πει ότι το 'χω, έχω παραιτηθεί, ότι έχω, δηλαδή συνεχίζω και τους το χτυπάω αν θες, εφόσον εκ των πραγμάτων ακόμα ζούμε μαζί, συνεχίζω και τους το λέω, ότι αυτό μ' ενοχλεί. Κατάλαβες; Αλλά αποδέχτηκα, ένα κομμάτι μου αν θες δεν τους κρατάει κακία. Δεν το, δεν είναι σημαντικό γι' αυτό. Δηλαδή συνεχίζω και διεκδικώ τη σχέση μου μαζί τους, συνεχίζω να θέλω να κάνουν πράγματα για μένα, που δυστυχώς δεν τα κάνουν, αλλά ένα κομμάτι μου δε στενοχωριέται γιατί δεν τα κάνουνε. Εκεί είναι η διαφοροποίηση.

Η αποδοχή των τραυματικών ή αντίξοων εμπειριών στην ψυχοθεραπεία, έχει ένα ιδιαίτερα σημαντικό αποτέλεσμα: την αναγνώριση λύσεων και εναλλακτικών που οι πελάτες δεν είχαν αντιληφθεί προηγουμένως. Αυτό το περιγράφει με σαφήνεια η Αγάπη, η οποία, αφού αποδέχτηκε πρώτα ότι δε μπορούσε να τεκνοποιήσει εξαιτίας της ασθένειας, στη συνέχεια σκέφτηκε νέους τρόπους ώστε να μπορέσει να γίνει μητέρα:

Και σιγά-σιγά, τίποτα, ήρθε η αποδοχή του ότι εγώ δε μπορώ να γίνω μητέρα, ήρθε η αποδοχή ότι εγώ ίσως να, όχι ίσως, ότι δε σημαίνει τίποτα αυτό, μπορώ

πάλι να γίνω μητέρα, δεν έχασα τίποτα. Ήρθανε άλλα πράγματα. Άλλες ...σκέψεις που καταστάλαξαν μέσα μου.

Σύνοψη. Η ψυχοθεραπεία βοηθά τους πελάτες να αλλάξουν τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τις εμπειρίες και τις καταστάσεις που βιώνουν. Η ματιά τους απέναντι στις εμπειρίες τους και τη ζωή τους γίνεται θετικότερη, ενώ αποκτούν μεγαλύτερη ευελιξία στον τρόπο θεώρησης των νέων αρνητικών εμπειριών, μια ευελιξία που τους επιτρέπει να λένε πολλές φορές ότι «Δε χάθηκε κι ο κόσμος» όταν αντιμετωπίζουν μια δυσκολία. Ο νέος τρόπος αντίληψης αναφέρεται επίσης και στην ικανότητα αναγνώρισης των θετικών στοιχείων ή των οφελών που συνυπάρχουν στις αρνητικές εμπειρίες που βίωσαν. Μια σημαντική διάσταση της αλλαγής στη νοηματοδότηση αποτελεί η αποδοχή που βιώνουν οι συμμετέχοντες μετά από την ψυχοθεραπεία, τόσο για τις αντίξοες εμπειρίες του παρελθόντος όσο και για τις νέες καταστάσεις και δυσκολίες που προκύπτουν στο παρόν. Οι αφηγήσεις των συμμετεχόντων δείχνουν επίσης πως η αποδοχή αυτή είναι απαραίτητη ώστε να μπορέσει ο πελάτης να αντιληφθεί νέες εναλλακτικές και λύσεις, και να προχωρήσει στη ζωή του.

Αλλαγή στη συναισθηματική βίωση. Σημαντικό αποτέλεσμα της αλλαγής στη νοηματοδότηση που συντελείται στην ψυχοθεραπεία αποτελεί η αλλαγή στη συναισθηματική βίωση. Η αλλαγή αυτή αναφέρεται τόσο στο είδος και στην ένταση των συναισθημάτων που βιώνουν οι πελάτες, όσο και στον τρόπο με τον οποίο τα βιώνουν. Σε ένα πρώτο επίπεδο, υπερβολικά και χρόνια αρνητικά συναισθήματα όπως το άγχος, ο φόβος, οι ενοχές, ο θυμός, ή η θλίψη μειώνονται σε σημαντικό βαθμό. Ο Ιάσονας, για παράδειγμα, αναφέρει πως μειώθηκε σε σημαντικό βαθμό ο θυμός που ένιωθε για τις καταστάσεις που είχε βιώσει εξαιτίας του εθισμού του αδελφού του:

Δεν έχει εξαγνιστεί τελείως ο θυμός αυτός. Αλλά σίγουρα, αν η ένταση ήτανε στο 100, τώρα έχει φτάσει στο 20 και μπορεί να πιάνει ένα κατοστάρι σε πολύ συγκεκριμένα θέματα ή κάτι που να γίνεται. Αλλά έχει ναι, μειωθεί πολύ η ένταση...

Ένας από τους τρόπους με τον οποίο οι πελάτες καταφέρνουν να μειώνουν την ένταση των αρνητικών συναισθημάτων είναι η αποστασιοποίηση από αυτά και η παρατήρηση τους. Όπως είδαμε σε προηγούμενη ενότητα, μέσα στη θεραπεία οι πελάτες αρχίζουν να παίρνουν απόσταση και να παρατηρούν τις εμπειρίες και τα συναισθήματα τους. Ωστόσο, η διαδικασία αυτή δε σταματάει στην ψυχοθεραπεία.

Αντίθετα, οι πελάτες εξακολουθούν να την εφαρμόζουν ακόμη και μετά το τέλος της θεραπείας, ώστε να μην κατακλύζονται από τα έντονα συναισθήματα και να μπορούν να τα διαχειρίζονται καλύτερα. Η Ζωή περιγράφει χαρακτηριστικά πως η ικανότητα να αποστασιοποιείται από αυτό που διαδραματίζεται εκείνη τη στιγμή και να το παρατηρεί, μετριάζει την ένταση των υπερβολικών συναισθημάτων που μπορεί να νιώθει:

Ναι, η έντασή τους εκείνη τη στιγμή. Γιατί αλλιώς, ας πούμε μια άλλη λέξη που είναι πολύ κοντινή είναι «κόλαση». Δηλαδή αυτή τη στιγμή δε μπορώ να βγω απ' αυτό, είναι κόλαση και χάλια. Όχι. Τα τελευταία χρόνια άρχισα να βλέπω ότι οκ, να μπορείς να βγεις και λίγο έξω από, από αυτό εκείνη τη στιγμή. Να το παρατηρείς. Ναι, νομίζω ότι κι αυτό είναι ένα σημαντικό, η παρατήρηση. Το να βγεις λίγο έξω και να το παρατηρείς, τι γίνεται τώρα, τι κάνουμε τώρα. Ναι, ναι, κι αυτό είναι σημαντικό.

Η επεξεργασία που πραγματοποιείται στη θεραπεία, μέσα στο ασφαλές πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης, επιφέρει, μαζί με τη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων, μεγαλύτερη ηρεμία και γαλήνη. Οι συμμετέχοντες νιώθουν ότι μπορούν να χαλαρώνουν περισσότερο, όπως για παράδειγμα η Ζωή που αναφέρει πως «[...] αλλά νομίζω ναι, νομίζω ότι μετά την ψυχοθεραπεία απέκτησα ασφαλιστικές δικλίδες, δηλαδή μπορώ να χαλαρώνω έστω και για λίγο πιο συνειδητά στο τώρα». Οι συμμετέχοντες αναφέρουν επίσης πως μετά τη θεραπεία έχουν καλύτερη διάθεση και μπορούν να βιώνουν περισσότερα θετικά συναισθήματα όπως η χαρά, η ικανοποίηση, ή η ελπίδα για το μέλλον. Η Ιωάννα στο παρακάτω απόσπασμα περιγράφει πως το γεγονός ότι μπορεί να αντιλαμβάνεται και να αντιμετωπίζει διαφορετικά τις καταστάσεις, μαζί με την αίσθηση ότι έχει μεγαλύτερο έλεγχο πάνω στις σκέψεις και τα συναισθήματά της, της δημιουργεί το συναίσθημα της ελπίδας:

Τέλος πάντων θέλω να πω ότι έχει χειροπιαστά αποτελέσματα. Δεν είναι μόνο ένα αίσθημα ας πούμε. Έχει στην καθημερινότητα. Και αυτό είναι, είναι αυτό που δεν πίστευα ότι θα γίνει. Και αυτό μου δίνει, σου είπα πάλι, την ελπίδα ότι και όλα μπορούν να γίνουν ας πούμε.

Εκτός από το είδος και την ένταση των συναισθημάτων που βιώνουν οι συμμετέχοντες, αλλάζει και ο τρόπος βίωσης τους, τόσο των αρνητικών όσο και των θετικών. Μέσα από τη θεραπεία οι συμμετέχοντες αποκτούν την ικανότητα να αντέχουν να βιώνουν τα αρνητικά τους συναισθήματα, χωρίς να προσπαθούν να τα

αποφύγουν. Η Γεωργία στο παρακάτω απόσπασμα, αναγνωρίζει επιπλέον πως η μεγαλύτερη αντοχή και ικανότητα να βιώνει τα αρνητικά συναισθήματα είναι αυτό που της επιτρέπει να βιώνει και περισσότερα θετικά συναισθήματα:

Και πράγματα που βλέπω και τώρα, δηλαδή πως αντιμετωπίζω τα προβλήματα, τις δυσκολίες... Υπάρχει μια μεγαλύτερη ευκολία να το αποδέχομαι όταν δε νιώθω καλά, που παλιά ήτανε πολύ τζιζ, δηλαδή δυσκολευόμουν πάρα πολύ και να βιώσω αρνητικά συναισθήματα, και να... πως να το πω, να με αφήσω να τα βιώσω χωρίς να προσπαθώ από την πρώτη στιγμή να κάνω κάτι για να τα ξεπεράσω. Δηλαδή νιώθω άσχημα τώρα, οκ, νιώθω άσχημα τώρα, όχι τι να κάνω γι' αυτό για να μην. Γιατί νομίζω ότι αυτός ήταν κι ένας λόγος που δε μπορούσα να βιώσω και θετικά πολύ. Γιατί αν δε βιώσεις τα αρνητικά, πως θα βιώσεις τα θετικά, κάπως έτσι.

Μετά από τη θεραπεία, οι συμμετέχοντες αποκτούν επίσης μεγαλύτερη ικανότητα βίωσης των θετικών συναισθημάτων, και κυρίως του συναισθήματος της χαράς. Πολλές φορές η αλλαγή αυτή σχετίζεται με την αλλαγή του τρόπου που αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και κυρίως με τη μείωση του συναισθήματος ενοχής. Η Ιωάννα στη συνέχεια περιγράφει την απόφασή της να επιτρέψει στον εαυτό της να είναι χαρούμενη. Μπόρεσε να λάβει αυτή την απόφαση αφού πρώτα επεξεργάστηκε τις ενοχές της για την αυτοκτονία της μητέρας της, ενοχές που δεν της επέτρεπαν να νιώθει ότι έχει το δικαίωμα να είναι καλά και να βιώνει χαρά:

Ναι. Ναι, και ήταν και πολύ χαρακτηριστική η στιγμή εκείνη που είπα ότι «Τέλος. Θέλω να είμαι χαρούμενη». Σα να το μούχτισα πια και να είπα «Ε, φτάνει τόσο, δε μπορώ άλλο!» Αλλά αυτό για μένα ήτανε, πως να σου πω, μεγάλο άλμα, μεγάλο..., το να επιτρέψω στον εαυτό μου να πει «Φτάνει πια!» Γιατί..., αυτή ήταν η διαφορά, να μπορώ να το επιτρέψω.

Η μεγαλύτερη ικανότητα βίωσης θετικών συναισθημάτων σχετίζεται και με μια μεγαλύτερη δεκτικότητα του πελάτη στα θετικά σχόλια των άλλων. Η Ζωή στο παρακάτω απόσπασμα αναφέρει πως η θεραπεία τη βοήθησε να μπορεί να ακούει και να δέχεται τα κομπλιμέντα που της έκαναν:

Να χαίρομαι ίσως λίγο παραπάνω, κοίταξε, να ακούω περισσότερο τα θετικά γιατί δεν τα άκουγα. Δηλαδή εσύ αν μου έκανες ένα κομπλιμέντο, το ξέχναγα. Δηλαδή υπήρχε ένας αυτοματισμός εκείνη την ώρα να φεύγει, ή ακόμα κι αν ήθελες να πας τη συζήτηση στο να περιγράψεις ένα χαρακτηριστικό μου θετικό, θα πήγαινα αλλού την κουβέντα γιατί ας τα αφήσουμε αυτά, δεν.

Οπότε εκεί πέρα να δίνω περισσότερο χρόνο και χώρο και στη θετική ανταπόκριση που μπορεί να προκαλώ στους άλλους. Σ' αυτό με βοήθησε.

Σύνοψη. Η αλλαγή του είδους και της έντασης των συναισθημάτων που βιώνουν οι πελάτες, μαζί με την αλλαγή του τρόπου με τον οποίο τα βιώνουν αποτελούν σημαντικά αποτελέσματα της αλλαγής στη νοηματοδότηση που πραγματοποιείται στην ψυχοθεραπεία. Η ανάλυση των αφηγήσεων των συμμετεχόντων έδειξε πως μέσα από τη θεραπεία, μειώνονται τα αρνητικά συναισθήματα και η ένταση τους, ενώ οι πελάτες αρχίζουν να βιώνουν μεγαλύτερη ηρεμία και περισσότερα θετικά συναισθήματα όπως η χαρά, η ικανοποίηση και η ελπίδα. Επιπλέον, οι πελάτες αποκτούν την ικανότητα να αντέχουν τα αρνητικά τους συναισθήματα αλλά και να επιτρέπουν να βιώσουν και τα θετικά. Επιπλέον, οι αλλαγές αυτές έχουν σαν αποτέλεσμα να μπορούν να είναι και δεκτικότεροι στα θετικά σχόλια των άλλων.

Αλλαγή του τρόπου δράσης. Το δεύτερο αποτέλεσμα της αλλαγής στη νοηματοδότηση αφορά στην αλλαγή του τρόπου με τον οποίο οι συμμετέχοντες δρουν και συμπεριφέρονται. Η αλλαγή αυτή συντελείται σε τρία επίπεδα: (α) στην οριοθέτηση και αυτοπροστασία, (β) στις ευέλικτες στρατηγικές διαχείρισης των δυσκολιών, και (γ) στην καλύτερη διαχείριση της καθημερινότητας.

Οριοθέτηση και αυτοπροστασία. Πολλοί συμμετέχοντες ανέφεραν πως πριν ξεκινήσουν ψυχοθεραπεία δεν υπολόγιζαν και δεν εκτιμούσαν τον εαυτό τους, με αποτέλεσμα να μην τοποθετούν όρια στους άλλους και στις καταστάσεις που τους ενοχλούσαν. Μέσα από τις γενικότερες αλλαγές που επιτυγχάνουν στην ψυχοθεραπεία οι πελάτες, και ιδιαίτερα μέσα από τη μεγαλύτερη αξία που δίνουν στον εαυτό τους αλλά και το αίσθημα δύναμης που βιώνουν, αρχίζουν να προστατεύουν τον εαυτό τους και να τοποθετούν όρια στις σχέσεις τους με τους άλλους. Η Αγάπη, για παράδειγμα, αφηγείται πως κατάφερε μέσα από την ψυχοθεραπεία να αναγνωρίζει τότε η βοήθεια που παρέχει σε κάποιον παραβιάζει τις δικές της ανάγκες, με αποτέλεσμα να μπορεί να κάνει πίσω:

ΑΓ. – [...]Έχω παρατηρήσει και τώρα να χάνω τον εαυτό μου με κάποιες καταστάσεις που περνάω, αλλά ξέρω πολύ καλά ότι ο εαυτός μου είναι εκεί και ότι οφείλω να μην προχωρήσω περισσότερο με κάποιον άλλο.

Α – Τι εννοείς;

ΑΓ. – Παραδείγματος χάριν, περνάει μια κρίση ο αδερφός μου αυτή τη στιγμή. Έτσι, Εγώ όμως έχω συναισθήματα γι' αυτό τον άνθρωπο, πολύ

δυνατά. Και του απλώνω το χέρι και τον βοηθάω. Όταν δω ότι αυτό όμως εμένα θα μου κάνει κακό, φτάνουμε στο σημείο δηλαδή να αρχίσω να χάνω πολύ από μένα, τότε σ' αυτό το σημείο το σταματάω πλήρως και κοιτάω το κομμάτι μου. Κοιτάω και ανασυντάσσομαι, δε μπορώ, να δίνομαι έτσι. Όπως δινόμενα κάποτε ίσως. Πρέπει πρώτα να...

Μια άλλη διάσταση των ορίων σχετίζεται με την έκφραση των συναισθημάτων και της ενόχλησης που βιώνει κανείς. Όπως αναφέρει ο Διονύσης, η έκφραση αυτή τον βοηθάει να προστατεύσει τη διάθεση του, επειδή δεν επιτρέπει να συσσωρευτούν μέσα του δυσaréσκειες:

Δ – Οπότε η πρώτη και σημαντική αλλαγή σ' αυτό το κομμάτι, ήταν όταν άρχισα να εκφράζω τα συναισθήματα μου, άρχισα να προστατεύω αν θες τον εαυτό μου, ουσιαστικά όμως, δηλαδή να προστατεύω τη διάθεσή μου...

Α – Τη διάθεσή σου...;

Δ – Τη διάθεσή μου. Δηλαδή με ποια έννοια, να μην την αφήνω στο να είναι ένας θυμός ανεξέλεγκτος. Ξεκαθάριζα στον άνθρωπο που μ' ενοχλούσε κάτι ότι αυτό μ' ενοχλεί και προσπαθούσαμε εκείνη τη στιγμή να βρούμε κατά κάποιο τρόπο τη λύση. Δηλαδή αν θες έβαζα τα όρια, δεν άφηνα το περιθώριο να, να πάει μακριά η βαλίτσα, να το ανακυκλώνω μέσα μου και να λέω τώρα αυτό με ενοχλεί, τι να κάνω, τι να κάνω, κι είχε κι ενδιαφέροντα αποτελέσματα αυτό γενικότερα στη ζωή μου.

Μια ακόμη διάσταση που μπορεί να λάβει η τοποθέτηση ορίων σχετίζεται με την άρνηση ανάληψης ευθυνών που ανήκουν σε άλλους. Χαρακτηριστικό σε αυτή την περίπτωση είναι το παράδειγμα της Ηλέκτρας, η οποία πριν από τη θεραπεία είχε αναλάβει να υποστηρίξει συναισθηματικά τη μητέρα της μετά το διαζύγιο της με τον πατέρα της. Μετά τη θεραπεία αντιλήφθηκε πως αυτό δεν ήταν δική της δουλειά και πως η μητέρα της χρειαζόταν να αναλάβει μόνη της την ευθύνη της:

Α – Δεν εμπλέκεσαι δηλαδή τόσο πολύ σε πράγματα...

Η – Ναι, στο να παίρνω όλα τα βάρη που μου φορτώναν, τα οποία δεν ήταν δικά μου φορτία, αφορούσαν εκείνους. Και κάποια στιγμή το είχα πει κιόλας αυτό, μη μου το μεταφέρεις αυτό, διότι δεν είναι δικό μου φορτίο, είναι δικό σου, δεξ εσύ τι θα το κάνεις, εγώ τα δικά μου τα κουβαλάω, δε σας τα φορτώνω. Αυτό με είχε βοηθήσει πάρα πολύ σαν..., έτσι, και σαν εικόνα, ότι μου πετάνε κάτι κι εγώ το 'παιρνα. Και είχα πει όχι, μέχρι εδώ, όπως βάζαμε όρια στα παιδιά, στη δουλειά μου, το ίδιο έγινε κι εκεί.

Η οριοθέτηση δεν αφορά μόνο στις σχέσεις με τους άλλους, αλλά μπορεί να αναφέρεται και σε οποιαδήποτε κατάσταση επηρεάζει αρνητικά τους πελάτες, ακόμη και αν σχετίζεται με δικές τους ενέργειες. Ένα παράδειγμα είναι εκείνο της ισορροπίας ανάμεσα στην προσωπική και την επαγγελματική ζωή. Αυτό το εκφράζει ιδιαίτερα ο Νικηφόρος, ο οποίος αναφέρει πως η θεραπεία τον βοήθησε να βάζει όρια ανάμεσα στη δουλειά του και την προσωπική του ζωή:

Θεωρώ ότι έχω οριοθετήσει καλύτερα το που ξεκινάει και που τελειώνει η επαγγελματική ζωή μου σε σχέση με την προσωπική ζωή μου. Και έχω μάθει να μην τα μπλέκω αυτά τα δύο πράγματα. Δηλαδή να μην πηγαίνω διακοπές και να βλέπω ραντεβού με τους πελάτες ταυτόχρονα. Ή πηγαίνω με τους πελάτες διακοπές και θεωρώ ότι αυτό είναι διακοπές ουσιαστικά κάνοντας δουλειά και χωρίς να υπάρχει όριο. Αυτό το έχω μάθει.

Ευέλικτες στρατηγικές διαχείρισης. Η υποκατηγορία αυτή περιλαμβάνει τους διαφορετικούς τρόπους και στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες για να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες που συναντούν. Μια αλλαγή που λαμβάνει χώρα είναι ότι οι πελάτες υιοθετούν μια πιο ενεργητική αντιμετώπιση των αντιξοοτήτων που προκύπτουν και αναλαμβάνουν δράση για να τις διαχειριστούν. Ο Στέλιος, για παράδειγμα, περιγράφει πως η αποδοχή των δυσκολιών τον βοήθησε να μην εστιάζει στην αναζήτηση των αιτίων τους, αλλά να τις αντιμετωπίζει αναλαμβάνοντας άμεσα δράση:

Η φιλοσοφία είναι αυτό που σου είπα προηγουμένως, ότι ό, τι έρχεται, το θεωρώ ανθρώπινο εφόσον συμβαίνει σε μένα, έτσι, και δε συμβαίνει το, η κανάτα να πέσει να σπάσει, ότι συμβαίνει σε μένα, στη γυναίκα μου, στο παιδί μου κλπ, είναι ανθρώπινο, είναι πράγματα που συμβαίνουν στη ζωή, δεν ψάχνω γιατί σε μένα πια, ας πούμε, το θεωρώ ανθρώπινο και ψάχνω να βρω από κει και πέρα τι πρέπει να γίνει για να, αν είναι πρόβλημα να ξεπεραστεί, αν δεν ξεπερνιέται να περάσει στο δρόμο, τον καλύτερο δυνατό τρόπο από μένα, χρησιμοποιώντας μέσα σε εισαγωγικά, τον περίγυρο, τους φίλους, τους ειδικούς, τους επαγγελματίες κλπ. Δράση.

Μια άλλη στρατηγική αντιμετώπισης που αναφέρουν οι συμμετέχοντες ότι χρησιμοποιούν περισσότερο μετά τη θεραπεία είναι ότι στρέφονται περισσότερο στην αναζήτηση στήριξης από φίλους. Η Θεοδοσία, για παράδειγμα, αναφέρει πως αυτή είναι η σημαντικότερη αλλαγή στον τρόπο που αντιμετωπίζει πλέον τις δυσκολίες:

Θ – Κοίταξε, τα πρώτα πράγματα που μου βγαίνουν είναι τα ίδια. Είμαι λίγο αγχώδης, έχω πολύ στρες, μπορώ να σου πω ότι δυσκολεύομαι πολύ και με το στρες που έχω. Ο τρόπος αντιμετώπισης δεν είναι, καμία σχέση. Καμία σχέση με όπως ήμουν παλιά. Δηλαδή παλιά κλεινόμουν στο σπίτι, τίποτα, δε μίλαγα σε κανέναν, ήμουν έτσι πολύ κλειστή... Όχι, τώρα δε μένω σ' αυτό που νιώθω, κατευθείαν βοηθάω τον εαυτό μου, κατευθείαν.

A – Με ποιους τρόπους;

Θ – Κοίταξε, συνήθως για να πάρω βοήθεια αναζητώ άλλους ανθρώπους, δε γίνεται κάπως διαφορετικά. Ή απ' τα χόμπι μου... Εντάξει, αλλά πάλι και τα χόμπι μου, συνήθως ο καλύτερος τρόπος όταν είναι κανείς δύσκολα είναι να βρει τους ανθρώπους. Δηλαδή θα πάω να κάνω μια ομάδα, θα πάω να βρω τους φίλους μου, θα πάω να μιλήσω, θα πάρω ένα τηλέφωνο, θα το συζητήσω... Και θ' αλλάξει.

Μετά από τη θεραπεία οι πελάτες δεν αποκτούν μόνο νέους τρόπους διαχείρισης των δυσκολιών αλλά και μεγαλύτερο εύρος στρατηγικών, τις οποίες χρησιμοποιούν ευέλικτα, ανάλογα με τις περιστάσεις. Στη θεραπευτική διαδικασία οι πελάτες έχουν εκπαιδευτεί σε μια σειρά από διαφορετικούς τρόπους διαχείρισης, τους οποίους χρησιμοποιούν και μόνοι τους, μετά από τη θεραπεία. Η Γεωργία περιγράφει αυτή τη διαδικασία:

Με βοήθησε να... να βρω και άλλους τρόπους να τις διαχειρίζομαι. Δηλαδή για παράδειγμα να εστιάζω περισσότερο στην αποδοχή, στο να δίνω χρόνο και να μη φοβάμαι να βιώσω το συναίσθημά μου, να ζητάω βοήθειες... Βασικά αυτό που, είναι και ο στόχος που λέγαμε με τη [όνομα θεραπεύτριας] με βοήθησε να δω, με βοήθησε να μη τη χρειάζομαι. Δηλαδή με βοήθησε η θεραπεία να μη χρειάζομαι τη θεραπεία.

Καλύτερη διαχείριση της καθημερινότητας. Η αλλαγή στον τρόπο δράσης δε σχετίζεται μόνο με την αυτοπροστασία ή την αντιμετώπιση των δυσκολιών, αλλά αφορά συνολικότερα στη διαχείριση της καθημερινότητας. Σαν αποτέλεσμα όλων των αλλαγών που έχουν συντελεστεί στη διαδικασία της θεραπείας, και κυρίως σαν αποτέλεσμα του τρόπου που αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες, οι συμμετέχοντες αισθάνονται ότι μπορούν να διαχειριστούν με μεγαλύτερη ευχέρεια την καθημερινότητα τους. Αποκτούν μεγαλύτερη ικανότητα προσαρμογής στις καταστάσεις και η καθημερινότητα τους γίνεται πολύ ευκολότερη και απλούστερη. Ένα παράδειγμα μας παρέχει η Βασιλική,

η οποία αποτυπώνει την αλλαγή του τρόπου που αντιμετωπίζει πλέον τις συνθήκες στη δουλειά της και τις θετικές επιπτώσεις που έχει αυτή η αλλαγή:

Και στη δουλειά μου, και στη δουλειά μου υπήρξε μεγάλη διαφορά, γιατί άρχισα κι εκεί να λειτουργώ διαφορετικά, δεν άλλαξε τίποτα, οι γύρω ήταν οι ίδιοι, τα πράγματα ήταν τα ίδια, αυτό που σου' πα στην αρχή, αλλά όπως μαλάκωσα κι άνοιξα εγώ ήμουν πολύ πιο, προσαρμόστηκα πολύ καλύτερα σ' αυτά, στις συνθήκες που είχαν, τις συνθήκες που είχαν να κάνουν γύρω μου, και κάποιες φορές μπορούσα και να το γλεντάω, δηλαδή άρχισα να διασκεδάζω κιόλας με κάποια πράγματα, δηλαδή άρχισα να τα αντιμετωπίζω όλα τελειώς διαφορετικά. Οπότε και η καθημερινότητα έγινε πολύ πιο εύκολη.

Οι πελάτες αναφέρουν επίσης πως μετά από τη θεραπεία αντιμετωπίζουν την καθημερινότητα με ενεργητικότερο και πιο δραστήριο τρόπο. Η Θεοδοσία περιγράφει, για παράδειγμα, πως δεν αφήνει πλέον τις καταστάσεις να την παρασύρουν αλλά λειτουργεί στοχευμένα προγραμματίζοντας την ημέρα της:

Θ – Κοίταξε, αυτό που έχει αλλάξει, αλλά... Είμαι λίγο πιο προγραμματισμένη. Στην καθημερινότητα. Δηλαδή βάζω, βάζω πρόγραμμα στον εαυτό μου, δεν αφήνω, δε μ' αφήνω έτσι να κάθομαι ας πούμε, να... Δεν αφήνω έτσι χρόνο στον εαυτό μου πολύ μεγάλο. Δεν ξέρω τώρα πως να στο εξηγήσω...

Α – Δε σ' αφήνεις να βουλιάζεις;

Θ – Όχι, όχι, με τίποτα. Δεν έχω περιθώρια γι' αυτό. Δηλαδή ξυπνάω ας πούμε το πρωί και λέω «σήμερα τι κάνουμε; Ένα-δύο-τρία-τέσσερα-πέντε». Πρόγραμμα, ξέρω 'γω. Όταν δουλεύω πηγαίνω δουλειά, μετά να διαβάσω ξέρω 'γω, μετά θέλω να κάνω το χόμπι μου θέλω να πάω μια ομάδα, ή θα βγω μια βόλτα, πρέπει να κάνω το σπίτι, πρέπει να κάνω τις δουλειές, να είναι τακτοποιημένα τα πράγματα, να κάνω μια επίσκεψη στη μάνα μου και στη γιαγιά μου, τα 'χω τακτοποιημένα, δε θα ξυπνήσω και θα πω «ω, εντάξει, ας κάτσουμε στον καναπέ», ας πούμε.

Τα χόμπι ή οι ευχάριστες δραστηριότητες είναι ένας ακόμη τρόπος που βοηθά τους πελάτες να αντιμετωπίσουν την καθημερινότητα και τις δυσκολίες που μπορεί να προκύψουν, και που αλλάζει με την ψυχοθεραπεία. Η Βασιλική αναφέρει στη συνέχεια πως η διαφορετική σχέση που έχει αποκτήσει με τον εαυτό της, την ωθεί να

τον φροντίσει και να ασχοληθεί με δραστηριότητες που της δίνουν χαρά και ικανοποίηση:

Ναι, κοίταξε να δεις για μένα οι φίλοι ήταν πάντα. Έτσι; Ήτανε μετά, εφόσον είχε αρχίσει μια αλλαγή σε μένα συνολικά, υπήρχε πια, είχε αρχίσει και υπήρχε και μια κοινωνική ζωή, οπότε έκανα και πράγματα που ήταν ευχάριστα για μένα, άρχισα να πηγαίνω κολυμβητήριο, που έτσι μου αρέσει πολύ το κολύμπι, δηλαδή έβαλα κομμάτια...

Μια επιπλέον αλλαγή που προκύπτει από την ψυχοθεραπεία αφορά στη συνολική αλλαγή του τρόπου δράσης, ο οποίος γίνεται περισσότερο ευέλικτος, συνειδητός και ψύχραιμος. Οι πελάτες αποκτούν την ικανότητα να αξιολογούν τις καταστάσεις και το περιβάλλον τους ψύχραιμα και να αποφασίζουν με έναν συνειδητό τρόπο πως θέλουν να τα αντιμετωπίσουν. Αισθάνονται πως έχουν οι ίδιοι τον έλεγχο και τη δυνατότητα επιλογής και δεν εμπλέκονται σε διαδικασίες που γνωρίζουν ότι θα τους οδηγήσουν σε καταστάσεις που δεν επιθυμούν. Επιπλέον, δε λειτουργούν παρορμητικά αλλά έχουν μάθει να συνυπολογίζουν πολλούς παράγοντες πριν δράσουν, να εξετάζουν τις επιλογές τους και να επιλέγουν την καλύτερη εναλλακτική. Για παράδειγμα, η Ηλέκτρα έχει μάθει πως να αντιμετωπίζει τη μητέρα της και τις κρίσεις της, ώστε να μην καταλήγει να ακούει διαρκώς τα παράπονα της και να τη στηρίζει:

Η μητέρα μου, μπορεί να θυμήθηκε κάτι ή να είχε μια τηλεφωνική επικοινωνία με τον πατέρα μου και να μου μετέφερε κάτι και η μία κουβέντα να έφερνε την άλλη και να θυμόταν πάλι κάτι που είχε συμβεί στο παρελθόν. Οπότε εκεί εγώ απλώς αποσυρόμουν, δεν έμπαινα σε διαδικασία διαλόγου και αυτό μετά απόσβενε μόνο του.

Ουσιαστικά εκείνο που επιτρέπει στους πελάτες να χρησιμοποιούν αυτόν τον ευέλικτο και συνειδητό τρόπο δράσης, είναι οι διαδικασίες της αποστασιοποίησης και της αυτοπαρατήρησης, στις οποίες έχουν εκπαιδευτεί μέσα από τη θεραπευτική διαδικασία. Οι διαδικασίες αυτές τους βοηθούν να μην κατακλύζονται από τα συναισθήματα που τους προκαλούν οι καταστάσεις που ζουν και έτσι έχουν τη δυνατότητα να αναγνωρίσουν τι είναι αυτό που χρειάζεται να κάνουν σε κάθε περίπτωση. Αυτό φαίνεται χαρακτηριστικά από τα λόγια της Θεοδοσίας:

Βέβαια, το βλέπεις, ότι, τσεκάρεις συνέχεια τον εαυτό σου, λες ας πούμε εδώ τώρα τι κάνω, γιατί είμαι έτσι, τι μπορώ να κάνω για να νιώσω καλύτερα; Αυτό που μου συμβαίνει τώρα μήπως εγώ το παρατραβάω; Μήπως μπορώ να

κάνω κάτι για να βοηθήσω τον εαυτό μου; Πως μπορώ να βοηθήσω τον εαυτό μου; Θα με βόηθαγε να φύγω, να κάνω κάτι άλλο, να δω ανθρώπους, να συζητήσω; Όταν δεν κάνεις θεραπεία λες «αυτό είναι, τελείωσε, τώρα...» Δεν έχεις καν αυτές τις σκέψεις, το ζεις απλά. Το ζεις.

Σύνοψη. Η αλλαγή του τρόπου με τον οποίο οι συμμετέχοντες δρουν και συμπεριφέρονται είναι ένα ακόμη αποτέλεσμα της αλλαγής στη νοηματοδότηση. Μια πρώτη αλλαγή του τρόπου δράσης είναι η μεγαλύτερη οριοθέτηση των πελατών στις σχέσεις τους και η προστασία του εαυτού τους από καταστάσεις που τους επιβαρύνουν ή τους ενοχλούν. Μια δεύτερη αλλαγή αφορά στους διαφορετικούς τρόπους και στρατηγικές αντιμετώπισης των δυσκολιών που χρησιμοποιούν οι πελάτες. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως μετά τη θεραπεία υιοθετούν περισσότερο ενεργητικούς τρόπους για να διαχειρίζονται τις αντιξοότητες, στρέφονται περισσότερο στην αναζήτηση στήριξης από φίλους και χρησιμοποιούν ευέλικτα ένα μεγαλύτερο εύρος στρατηγικών αντιμετώπισης. Η τρίτη αλλαγή του τρόπου δράσης σχετίζεται με την καλύτερη διαχείριση της καθημερινότητας. Η αλλαγή αυτή περιλαμβάνει μια ενεργητικότερη και πιο δραστήρια στάση απέναντι στην καθημερινότητα, την ανάληψη δραστηριοτήτων που ευχαριστούν τους πελάτες, αλλά και έναν περισσότερο ευέλικτο, συνειδητό και ψύχραιμο τρόπο δράσης.

Αλλάζοντας τον τρόπο του σχετίζεσθαι. Μια σημαντική αλλαγή που πραγματοποιείται στην ψυχοθεραπεία και αναφέρεται από όλους τους συμμετέχοντες, είναι η διαφοροποίηση του τρόπου με τον οποίο σχετίζονται με τους άλλους. Η διαφοροποίηση αυτή προκαλείται ως αποτέλεσμα της συνολικότερης αλλαγής του εαυτού τους και του τρόπου με τον οποίο προσλαμβάνουν και νοηματοδοτούν τις καταστάσεις και τη ζωή τους. Η αλλαγή του τρόπου με τον οποίο σχετίζονται οι πελάτες έχει σαν αποτέλεσμα και τη μετατροπή της φύσης και της ποιότητας των σχέσεων τους, είτε με θετικό ή με αρνητικό τρόπο, όπως θα δούμε αναλυτικά στη συνέχεια.

Μια σημαντική διαφορά που αναγνωρίζουν οι συμμετέχοντες στον τρόπο που σχετίζονται είναι το μεγαλύτερο άνοιγμα, η αυθεντικότητα και η ειλικρίνεια προς τους άλλους. Αρκετοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι πριν τη θεραπεία δεν εξέφραζαν τις πραγματικές τους σκέψεις και συναισθήματα, αλλά ότι ήταν κρυμμένοι πίσω από τοίχους που είχαν δημιουργήσει για να μη φανεί το αληθινό τους πρόσωπο. Όπως αναφέρει παρακάτω η Βασιλική, πίσω από αυτούς τους τοίχους έκρυβε την ευαισθησία και την αδυναμία της. Η θεραπεία τη βοήθησε να γκρεμίσει αυτούς τους

τοίχους και να αρχίσει να σχετίζεται διαφορετικά αρχικά με τον εαυτό της και στη συνέχεια με τους άλλους ανθρώπους γύρω της:

Ένιωθα εμπιστοσύνη. Εμπιστοσύνη στη ζωή, σε μένα, και πραγματικά αναρωτιέμαι αν το ένιωθα και πριν ή αν ήταν η πρώτη φορά που το ένιωθα, οπότε εκεί μπόρεσα πια να αφήσω να φανούν διάφορες πλευρές μου, και το, και η ευαισθησία, και η αδυναμία, και αυτά τα ευάλωτα κομμάτια που πριν είχαν τόσο φόβο ότι «Αμάν, αν φανεί αυτό την έκατσα γιατί θα με ξεσκίσει κάποιος σίγουρα». Οπότε απ' τη στιγμή που άρχισαν να μαλακώνουν τα πράγματα, μαλάκωσαν πολύ, μαλάκωσαν όλα, άνοιξα. Το διευρύνθηκα που λέμε, άνοιξα όμως. Αυτό ήταν φανερό. Τουβλάκι-τουβλάκι πρώτα έφυγε το απέξω και μετά ήταν λες και άνοιξα. Άνοιξα, εγώ, προς όλες μου τις πλευρές, ή τις περισσότερες και άνοιξα και προς τους έξω. Και αυτό ήταν υπέροχο γιατί ήτανε πια, είχε ξεκινήσει μια τελείως διαφορετική διαδικασία, είχα μπει σε μια τελείως άλλη φάση, κι αυτό είναι κάτι που έδινε αλλιώς και έπαιρνε αλλιώς. Και άρχισα να σχετίζομαι διαφορετικά και άρχισαν όλα ν' αλλάζουν.

Μια συγκεκριμένη διάσταση του ανοίγματος προς τους άλλους και της μεγαλύτερης αυθεντικότητας είναι ότι οι πελάτες άρχισαν να εκφράζουν τις σκέψεις, τις απόψεις και τα συναισθήματά τους με μεγαλύτερη ειλικρίνεια, και έγιναν ευθύτεροι και εκδηλωτικότεροι. Αυτό περιλαμβάνει και την έκφραση αρνητικών σκέψεων ή συναισθημάτων, όπως, για παράδειγμα, παραπόνων που είχαν συσσωρευτεί ή της δυσaráεσκείας που ένιωθαν. Επιπλέον, οι πελάτες αποκτούν την ικανότητα όχι μόνο να αναφέρονται στα συναισθήματά τους, αλλά και να τα δείχνουν στους άλλους χωρίς να αισθάνονται ότι αυτό είναι υποτιμητικό, όπως συνέβη στην περίπτωση της Θεοδοσίας:

Ε, κοίταξε, δεν είχα πολλή επαφή με τους ανθρώπους, δηλαδή δε θα έπαιρνα κάποιον τηλέφωνο να του πω τα προβλήματά μου και ξαφνικά ξέρω γω, να πατήσω και τα κλάματα. Νόμιζα ότι αυτό είναι υποτιμητικό ας πούμε να το κάνεις. Και, τώρα θα πάω, θα πατήσω και τα κλάματα, θα πάω και στην ομάδα, θα πατήσω κι εκεί τα κλάματα, και βλέπω ας πούμε ότι οι άνθρωποι θέλουν αυτό που είσαι πραγματικά, δε θέλουν μια εικόνα. Δε θέλουνε κάτι που δεν είσαι. Θέλουν αυτό που είσαι, αυτό αγαπάνε. Αυτό είναι μεγάλη γνώση.

Η αλλαγή του τρόπου που σχετίζονται οι συμμετέχοντες δεν αφορά μόνο στη διαφοροποίηση του τρόπου που επικοινωνούν οι ίδιοι αλλά και στον διαφορετικό

τρόπο αντίληψης των άλλων. Έτσι, μετά τη θεραπεία, οι πελάτες αρχίζουν να αναγνωρίζουν και να υπολογίζουν περισσότερο τους ανθρώπους με τους οποίους σχετίζονται. Για παράδειγμα, αρχίζουν να αντιλαμβάνονται και τη θέση των άλλων, ή την επίδραση της συμπεριφοράς τους πάνω στους άλλους. Αυτή η αλλαγή σχετίζεται με τη γενικότερη ικανότητα που αποκτούν στη θεραπεία να αντιλαμβάνονται με μεγαλύτερη σαφήνεια τις αντιδράσεις και τη συμπεριφορά τους, όπως και την επίδραση που έχουν στους άλλους. Η Ζωή περιγράφει αυτή τη νέα αναγνώριση στο παρακάτω απόσπασμα:

Δηλαδή εγώ, κι αυτό κι ο [όνομα θεραπευτή] μου τόνιζε, ότι όταν πληγώνομαι, πετάω καρφάκια ή κλείνομαι κι ο άλλος μπορεί να το θεωρήσει εκείνη την ώρα ότι τον απαξιώνει, ενώ εγώ απλώς κλείνομαι. Δηλαδή να καταλάβω τι αντίκτυπο μπορεί να έχει κι η δική μου συμπεριφορά στους άλλους γιατί εγώ, επειδή είμαι ανασφαλής ξέρω ‘γω ή... νομίζω ότι εγώ, λοιπόν αυτό το έχω, νομίζω ότι έχω περισσότερα προβλήματα από τους άλλους, δηλαδή ότι εγώ, δηλαδή ότι σε μια σχέση οι άλλοι θα τα διαχειριστούν πιο εύκολα τα πράγματα από ότι εγώ, ενώ δεν είναι έτσι! Δηλαδή νομίζω ότι οι άλλοι θα ξεπεράσουν τα μπλοκαρίσματά τους ή... πιο εύκολα από μένα, ενώ δεν είναι έτσι, κι αυτό με έκανε να το δω περισσότερο η ψυχοθεραπεία.

Σε συνάφεια, και πολλές φορές ως αποτέλεσμα της αλλαγής που αναφέρθηκε προηγουμένως, οι συμμετέχοντες αποκτούν την ικανότητα να κατανοούν περισσότερο τους άλλους, να τους αποδέχονται, να δικαιολογούν τις συμπεριφορές τους και να μην είναι τόσο αυστηροί και επικριτικοί μαζί τους. Παράδειγμα αποτελεί ο Στέλιος, ο οποίος αναφέρει πως μετά τη θεραπεία προσπαθεί πάντα να κατανοεί τον άλλο, άσχετα από τα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να του προκαλέσει η συμπεριφορά του: «Να καταλάβω και να δικαιολογήσω την πλευρά του άλλου, ναι. Αυτό νομίζω ήταν καθοριστικό. Και από τότε πάντα το προσπαθώ αυτό, τουλάχιστον, έτσι; Εντάξει, θα θυμώσω, θα στεναχωρηθώ κλπ, έρχονται, αλλά θα το δουλέψω στο μυαλό μου».

Τόσο η μείωση της επικριτικότητας και της αυστηρότητας απέναντι στους άλλους, όσο και η μεγαλύτερη ευχέρεια στην επικοινωνία και την έκφραση επιτρέπει στους πελάτες να αφήνουν περιθώρια στις σχέσεις και να μην τις διακόπτουν όταν οι άλλοι κάνουν λάθη. Για παράδειγμα, ο Διονύσης αναφέρει πως πριν τη θεραπεία διέκοπτε τις σχέσεις όταν οι άλλοι ξεπερνούσαν τα όρια ή τον ενοχλούσαν: «Κι όταν

ξεπερνούν κάποιους τα όρια ή κάτι μ' ενοχλούσε σηκώνονταν οι τοίχοι, έκοβα σχέσεις. Με το μαχαίρι, δεν υπήρχε δηλαδή. Ήμουν πολύ σκληρός σ' αυτά τα πράγματα». Αυτό όμως άλλαξε όταν έμαθε στη θεραπεία να επικοινωνεί με τους άλλους, να εκφράζει αυτά που τον ενοχλούν και να θέτει όρια. Η Θεοδοσία αναφέρεται σε μια συνολικότερη αλλαγή στάσης απέναντι στους άλλους, η οποία συνεπάγεται μεγαλύτερη αποδοχή και περισσότερο χώρο για λάθη, απογοητεύσεις, ή εντάσεις, ώστε να μην απειλούνται διαρκώς οι σχέσεις με διάλυση:

Επίσης είναι μεγάλη γνώση το να αφήνεις στον άλλο περιθώριο να είναι ο εαυτός του, να κάνει κάποιο λάθος, να σου ζητήσει συγνώμη, να τσακωθείτε και λίγο... Να μη γυρίσεις και να φύγεις ας πούμε επειδή ο άλλος έκανε κάτι το οποίο σε απογοήτευσε. Αυτά τα πράγματα συμβαίνουν. Μια ο ένας σε απογοητεύει, μια σε κάνει να χαίρεσαι, μια τον απογοητεύεις κι εσύ. Έτσι είναι οι σχέσεις δηλαδή, περνάνε φάσεις. Εγώ έπαιρνα μια απογοήτευση κι έλεγα «τελείωσες, γεια σου, πάμε άλλον». Δεν είναι έτσι.

Σε γενικές γραμμές, θα μπορούσε να πει κανείς ότι μέσα από τη θεραπεία οι πελάτες μαθαίνουν να δημιουργούν σχέσεις, ή να δημιουργούν διαφορετικές σχέσεις από ότι πριν. Για παράδειγμα, η Γεωργία αναφέρει ότι μετά τη θεραπεία είτε δημιουργεί άλλου είδους σχέσεις με τις γυναίκες, ή διαλέγει άλλες γυναίκες για φίλες, με τις οποίες ταιριάζει περισσότερο. Η Θεοδοσία, από την άλλη, θεωρούσε ότι πριν από τη θεραπεία δε μπορούσε καν να δημιουργήσει σχέσεις. Στη συνέχεια αναφέρει πως η ψυχοθεραπεία τη βοήθησε να δημιουργεί σχέσεις με τους άλλους και περιγράφει αυτή τη διαδικασία:

Στην αρχή θα κάνεις λάθος σχέσεις, δεν υπάρχει περίπτωση. Θα κάνεις λάθος σχέσεις αλλά σιγά-σιγά θα κάνεις τις σωστές. Κι εκεί πέρα θα δεις τι σου κάνει, τι δε σου κάνει. Γιατί τον ξαναφτιάχνεις κάπως τον εαυτό σου, δηλαδή... Απ' το ένα άκρο, πως να στο πω, απ' το ένα άκρο πήγα στο άλλο άκρο για να ξαναπάω στη μέση. Δηλαδή από εκεί που δεν άντεχα κανέναν άρχισα να τους δοκιμάζω όλους, μέχρι να βγάλω αυτούς που δε μου κάνουνε και να κρατήσω αυτούς που θέλω.

Όλες αυτές οι διαφοροποιήσεις στον τρόπο με τον οποίο σχετίζονται οι πελάτες έχει σημαντικές επιπτώσεις και στις σχέσεις τους, οι οποίες, κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας περνούν από μεγάλες διακυμάνσεις και αλλαγές. Σε ένα πρώτο επίπεδο, ως αποτέλεσμα των αλλαγών που αναφέρθηκαν ως τώρα, οι συμμετέχοντες αισθάνονται ότι μετά τη θεραπεία έχουν καλύτερες σχέσεις με τους άλλους, είτε

αυτές αφορούν στη σχέση με τον/την σύντροφό τους, με τους γονείς και την οικογένεια ή με τους φίλους. Αισθάνονται, για παράδειγμα, ότι οι σχέσεις τους είναι περισσότερο φυσιολογικές και λειτουργικές. Άλλοι συμμετέχοντες αναφέρονται σε βαθύτερες, στενότερες και ουσιαστικότερες σχέσεις, ενώ υπάρχουν και κάποιοι που περιγράφουν ότι μετά τη θεραπεία οι σχέσεις τους με τους άλλους έγιναν πιο ισότιμες. Οι αλλαγές αυτές αναφέρονται τόσο στις παλιές σχέσεις που διατηρούν οι συμμετέχοντες, όσο και στις νέες που δημιουργούν. Ο Ιάσοντας, για παράδειγμα, στο παρακάτω απόσπασμα από τη συνέντευξή του περιγράφει την αλλαγή στη σχέση του με τα αδέρφια του:

Ήρθαμε πολύ, καταρχήν αυτό, ισότιμα. Ότι ήμασταν, εγώ τουλάχιστον τους κοίταζα ισότιμα. Και όταν τους κοιτούσα ισότιμα κι αυτοί μου ανοιγόντουσαν περισσότερο, και κυρίως αυτό, ότι μπορώ και επικοινωνώ τα συναισθήματά μου απέναντι σ' αυτούς κι αυτό είναι πραγματικά πολύ σημαντικό...

Η ψυχοθεραπεία δεν έχει σαν αποτέλεσμα μόνο τη βελτίωση ορισμένων σχέσεων, αλλά και τη διασάλευση και επιδείνωση κάποιων άλλων. Ένας λόγος για τον οποίο γίνεται αυτό σχετίζεται με την αυξημένη ικανότητα των πελατών να αντιλαμβάνονται σαφέστερα τους άλλους και τις συμπεριφορές τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αντιλαμβάνονται σαφέστερα και τις συμπεριφορές που δεν τους αρέσουν, και έτσι να απομακρύνονται από ορισμένες σχέσεις. Ένας άλλος λόγος σχετίζεται με τις αλλαγές και την εξέλιξη που συντελούνται στην ψυχοθεραπεία, οι οποίες ενδέχεται να οδηγήσουν σε κενά και διαφορές με τους άλλους που είναι δύσκολο να γεφυρωθούν. Ένας ακόμη λόγος είναι ότι οι άλλοι κάποιες φορές διαφωνούν με αυτές τις αλλαγές και δυσκολεύονται να τις κατανοήσουν. Η Αγάπη, για παράδειγμα, περιγράφει πως κάποιοι φίλοι ή συγγενείς δε μπόρεσαν να δεχτούν την αλλαγή της, με αποτέλεσμα να κλονιστούν οι σχέσεις μαζί τους:

ΑΓ – Ναι. Έχω μια πολύ καλύτερη σχέση με αυτόν το σύντροφό μου. Όμως, κάποιες προηγούμενες σχέσεις μου, με την οικογένειά μου ή με κάποιους φίλους έχουνε διαταραχτεί.

Α – Έχουνε διαταραχτεί τώρα εξαιτίας της θεραπείας;

ΑΓ – Εξαιτίας, ναι. Το ότι εγώ έχω κατά κάποιο τρόπο αλλάξει. Έχουν διαταραχτεί. Δηλαδή δε μπορούν να το δεχτούν οι άλλοι ότι μπορείς να αλλάξεις. Επειδή εκείνοι δεν αλλάζουνε, δεν ξέρω τι. Τους φαίνεσαι...

Ένας ακόμη λόγος για την επιδείνωση ορισμένων σχέσεων σχετίζεται με την ίδια τη θεραπευτική διαδικασία. Το κλίμα ασφάλειας και εμπιστοσύνης που

δημιουργείται μέσα στη θεραπευτική σχέση, η αποδοχή και η ενσυναίσθηση του θεραπευτή και οι κοινοί κώδικες επικοινωνίας, αποτελούν πρωτόγνωρες και ιδιαίτερα δυνατές εμπειρίες για τους πελάτες, εμπειρίες που δεν έχουν ξαναβιώσει. Αυτό μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα να αποκτήσουν προσδοκίες από τις υπόλοιπες σχέσεις ή να νιώθουν ότι οι φίλοι και οι συγγενείς δεν τους καταλαβαίνουν με τον τρόπο που τους καταλαβαίνει ο θεραπευτής ή η θεραπευτική τους ομάδα. Ο Ιάσοντας, για παράδειγμα, περιγράφει πως η εμπειρία του από τη θεραπεία δημιούργησε απόσταση στις σχέσεις του:

Κάπου άρχισα να απομακρύνομαι γιατί νόμιζα ότι δε με καταλαβαίνουν. Εγώ τους έλεγα, ξεχνώντας ότι εγώ ήθελα δύο χρόνια ή ένα χρόνο στη σιωπή για να φτάσω στο επίπεδο που τέτοιο, εγώ τους τα πετούσα στα μούτρα ως γνώστης πλέον για να σε βοηθήσω, ότι μ' αυτό που κάνεις δε βλέπεις ότι...; Παπαγάλιζα της παρέμβασης. Με αποτέλεσμα, πρώτον αυτοί να νιώθουν προφανώς άβολα, εγώ να νιώθω ότι δε με καταλαβαίνουν και να νιώθω μόνος μου γιατί κανείς δε μπορούσε να με καταλάβει, παρά μόνο δυο-τρεις άνθρωποι από την παρέμβαση που είχαμε τον ίδιο κώδικα επικοινωνίας. Κι εκεί ένιωθα ότι απομακρύνομαι από σχέσεις, από ανθρώπους, ότι τελικά μου κάνει καλό όλο αυτό ή μου κάνει κακό; Μπήκα σ' αυτό το ερωτηματικό.

Όταν οι πελάτες διαπιστώνουν ότι οι σχέσεις τους με τους άλλους δεν είναι καλές, ότι δεν υπάρχει κατανόηση και ότι δημιουργούνται κενά, χρησιμοποιούν συνήθως τρεις τρόπους για να τις διαχειριστούν. Ο πρώτος τρόπος σχετίζεται με τη διακοπή σχέσεων που δεν τους εκφράζουν και δεν αισθάνονται ότι τους κάνουν καλό. Παράδειγμα αποτελεί η Γεωργία: «Σίγουρα άλλαξαν μετά οι σχέσεις και με τους φίλους, δηλαδή κάποιοι φύγανε, που δε μου κάνανε πια, κάποιοι που μείνανε, παιδικοί παλιοί, η σχέση έγινε πιο ουσιαστική...» Ο δεύτερος τρόπος είναι να μη διακόπτουν μεν τις σχέσεις αυτές, αλλά να παίρνουν αποστάσεις. Αυτό είναι κάτι που περιγράφει η Αγάπη για τη σχέση της με τον αδελφό της και την οικογένεια του, μια σχέση που νιώθει ότι την καταπιέζει και δεν της κάνει καλό: «Εκείνοι έχουνε, αυτή η οικογένεια δηλαδή, του αδερφού μου, έχουνε ένα δικό τους τρόπο ζωής, είμαστε όλη μέρα στη δουλειά, είναι κουραστικό αυτό το πράγμα, κι εγώ έχω απομακρυνθεί. Δηλαδή θεωρώ, μακριά κι αγαπημένοι, τέτοιο πράγμα». Ο τρίτος τρόπος που επιλέγουν, όταν η σχέση είναι σημαντική και θέλουν να τη διατηρήσουν, είναι να αποδέχονται τις διαφορές, να προσπαθούν να κατανοήσουν τους άλλους και να αποφεύγουν τα σημεία τριβής. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο Ιάσοντας, ο

οποίος αναφέρεται στη σχέση του με μια φίλη που δεν της άρεσαν οι αλλαγές του από τη θεραπεία και περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο κατάφερε να διατηρήσει αυτή τη σχέση:

Κοίτα, κάποιες άλλαξαν, κάποιες δεν άλλαξαν, απλώς αποδέχτηκα το γεγονός ότι αυτές οι σχέσεις, δηλαδή, υπάρχει... Έχω μια φίλη μου, όταν έκανα αυτές τις αλλαγές, εμένα γίνονταν με τόσο κόπο και μου λέει «ο καινούριος [όνομα ίδιου] δε μ' αρέσει καθόλου! Πολύ φλώρος». Το οποίο, εντάξει, με καταρράκωσε. Εγώ κάνω μια υπερπροσπάθεια να εκφράσω... Βέβαια αυτή είναι ένας άνθρωπος ο οποίος είναι σημαντικός για τη ζωή μου αλλά έχει πλήρη άρνηση για τις θεραπείες κι αυτά. Τα θεωρεί πολύ κοροϊδία και ότι δε σε βοηθάνε, ότι σ' αλλάζουνε προς το κακό εν πάση περιπτώσει. Και αποδέχτηκα ότι μ' αυτή τη συγκεκριμένη απλώς δε θα μιλάς τέτοια θέματα, θα μιλάς για άλλα θέματα που μπορεί να είναι πιο..., χωρίς απαραίτητα να χάσω τη φίλη μου.

Σύνοψη. Η αλλαγή του τρόπου με τον οποίο σχετίζονται οι συμμετέχοντες αποτελεί σημαντικό αποτέλεσμα της αλλαγής στη νοσηματοδότηση που συντελείται στην ψυχοθεραπεία. Μετά τη θεραπεία οι πελάτες γίνονται πιο ανοιχτοί, αυθεντικοί και ειλικρινείς απέναντι στους άλλους, και μπορούν να εκφράζουν με μεγαλύτερη ευχέρεια τις σκέψεις, τις απόψεις και τα συναισθήματά τους. Ταυτόχρονα, αρχίζουν να υπολογίζουν περισσότερο τους άλλους και να αντιλαμβάνονται τις επιπτώσεις που έχει η δική τους συμπεριφορά πάνω τους, ενώ αποκτούν και την ικανότητα να κατανοούν, να αποδέχονται και να είναι λιγότερο επικριτικοί και αυστηροί μαζί τους. Εκτός από την αλλαγή στον τρόπο που σχετίζονται με τους άλλους, αλλαγή υφίσταται και η συνολική ικανότητα των πελατών να δημιουργούν ή να διακόπτουν σχέσεις. Έτσι, μετά τη θεραπεία μπορούν να δημιουργούν ευκολότερα σχέσεις, να δημιουργούν καλύτερες σχέσεις ή να μη διακόπτουν άμεσα τις σχέσεις όταν ο άλλος κάνει κάποιο λάθος. Σαν αποτέλεσμα όλων αυτών, αλλάζει η ποιότητα τόσο των παλιών όσο και των νέων σχέσεων που δημιουργούν οι πελάτες. Κάποιες σχέσεις βελτιώνονται, γίνονται πιο βαθιές, ουσιαστικές ή ισότιμες ενώ κάποιες άλλες επιδεινώνονται. Η επιδείνωση των σχέσεων οφείλεται κυρίως στη μεγαλύτερη ικανότητα των συμμετεχόντων να αντιλαμβάνονται τα κακώς κείμενα, στα κενά που δημιουργούνται με τους άλλους λόγω της εξέλιξης των πελατών στη θεραπεία, στη δυσκολία των άλλων να αποδεχτούν την αλλαγή των πελατών και, τέλος, στις μεγαλύτερες προσδοκίες και απαιτήσεις που έχουν οι πελάτες από τους άλλους για

ενσυναίσθηση και κατανόηση. Οι συμμετέχοντες ενδέχεται να αντιδράσουν στις αρνητικές σχέσεις είτε διακόπτοντας τις, είτε παίρνοντας μια ασφαλή απόσταση από αυτές, ή, τέλος, προσπαθώντας να αποδεχτούν τις δυσκολίες και να αποφύγουν τα σημεία τριβής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα αποτέλεσε μια συστηματική διερεύνηση του ρόλου της ψυχοθεραπείας ως παράγοντα ανάπτυξης και ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας του πελάτη. Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι μια έννοια που έχει ερευνηθεί περιορισμένα στο πεδίο της έρευνας στην ψυχοθεραπεία, ενώ οι υπάρχουσες έρευνες αφορούν κυρίως στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων ως προς την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργείται κενό ως προς τον προσδιορισμό των συγκεκριμένων παραγόντων που εμπλέκονται στην καλλιέργεια της ψυχικής ανθεκτικότητας καθώς και ως προς τον εντοπισμό του ιδιαίτερου ρόλου της ψυχοθεραπείας σε αυτό το έργο. Επομένως, κρίθηκε απαραίτητη μια διερευνητική μελέτη για τον εντοπισμό των συγκεκριμένων προστατευτικών παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη και ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας, από την οπτική του πελάτη. Για τον σκοπό αυτό αναζητήθηκε η υποκειμενική εμπειρία ατόμων που είχαν βιώσει κάποια αντιξοότητα ή τραυματική εμπειρία αναφορικά με τον τρόπο που η ψυχοθεραπεία συνέβαλλε στην ενίσχυση της ψυχικής τους ανθεκτικότητας. Εξετάστηκαν δύο ειδικότερα ερευνητικά ερωτήματα: (1) Ποιοι είναι οι συγκεκριμένοι παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας που αναπτύχθηκαν ή ενισχύθηκαν μέσω της ψυχοθεραπείας; και (2) Με ποιους τρόπους και μέσα από ποιες διαδικασίες αναπτύχθηκαν αυτοί οι παράγοντες; Για να απαντηθούν τα ερωτήματα αυτά, χρησιμοποιήθηκε η ποιοτική μεθοδολογία της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας.

Στο παρόν κεφάλαιο συζητούνται τα ευρήματα της παρούσας έρευνας και παρουσιάζεται η συνεισφορά της στην ψυχοθεραπευτική θεωρία, έρευνα και κλινική πρακτική. Επίσης, περιγράφονται οι περιορισμοί της έρευνας και παρέχονται προτάσεις για μελλοντικές ερευνητικές κατευθύνσεις.

Οι Παράγοντες της Ψυχικής Ανθεκτικότητας που Αναπτύχθηκαν Μέσω της Ψυχοθεραπείας

Τα ευρήματα της έρευνας κατέληξαν σε ένα θεωρητικό μοντέλο το οποίο περιγράφει την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, ο βασικός τρόπος με τον οποίο ενισχύεται η ψυχική ανθεκτικότητα είναι η ανακατασκευή του προσωπικού νοήματος, δηλαδή η αλλαγή του τρόπου με τον οποίο οι πελάτες νοηματοδοτούν τον εαυτό, τις εμπειρίες και τη

ζωή τους. Η αλλαγή στη νοηματοδότηση συντελείται σε τρία επίπεδα: (α) στην αντίληψη του εαυτού τους και στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης τους, (β) στον τρόπο που νοηματοδοτούν την ικανότητα τους να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και στην ψυχική τους ενδυνάμωση, και (γ) στον τρόπο που αντιλαμβάνονται τις εμπειρίες τους. Οι αλλαγές αυτές στη νοηματοδότηση έχουν σημαντικές επιπτώσεις: (α) στη συναισθηματική βίωση, (β) στη συμπεριφορά, και (γ) στις σχέσεις με τους άλλους.

Σε ένα πρώτο επίπεδο, τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν τα ευρήματα των ψυχοθεραπευτικών ερευνών που εξετάζουν την οπτική του πελάτη και τα επεκτείνουν στο πλαίσιο της ψυχικής ανθεκτικότητας. Η μεγαλύτερη κατανόηση του εαυτού και η ενόραση, η θετική αλλαγή στην αυτοεικόνα, το αίσθημα δύναμης και ελέγχου, η θετική συναισθηματική αλλαγή, οι αλλαγές στον τρόπο σκέψης και δράσης και οι αλλαγές στις σχέσεις με τους άλλους, είναι αλλαγές που αναφέρουν συχνά οι πελάτες (Binder et al., 2010. Carey et al., 2007. Clarke et al., 2004. Connolly & Strupp, 1996. Edwards & Loeb, 2011. Elliott & James, 1989. Fava et al., 2000. Jinks, 1999. Klein & Elliott, 2006. Liliengren & Werbart, 2005. Murray, 2002. Olivera et al., 2013. Palmstierna & Werbart, 2013. Von Below et al., 2010). Επιπλέον, οι αλλαγές αυτές αναφέρονται και από πελάτες που έχουν βιώσει ποικίλες τραυματικές εμπειρίες όπως η απώλεια αγαπημένων προσώπων και ο καρκίνος (Gallagher et al., 2005. Hill et al., 2000. Kallivayalil et al., 2013. Omylinska-Thurston & Cooper, 2014. Phillips & Daniluk, 2004. Price et al., 2014. Tummala-Narra et al., 2012. Vega et al., 2012). Τα ευρήματα αυτά καθιστούν σαφές πως οι πελάτες αναφέρουν συστηματικά μια σειρά από παρόμοιες αλλαγές, και αυτό ισχύει και για πελάτες που έχουν υποστεί τραυματικές εμπειρίες ή αντιξοότητες. Το ζήτημα που θα εξεταστεί στη συνέχεια είναι κατά πόσο οι αλλαγές αυτές αποτελούν μεταβλητές που σχετίζονται με την ψυχική ανθεκτικότητα και λειτουργούν προστατευτικά απέναντι στην αντιξοότητα και το τραύμα.

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση της έννοιας της ψυχικής ανθεκτικότητας διαπιστώνουμε ότι στους παράγοντες της αλλαγής που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες μπορούμε να αναγνωρίσουμε τους βασικότερους προστατευτικούς παράγοντες που έχουν αναδειχθεί και από την έρευνα της ψυχικής ανθεκτικότητας. Οι προστατευτικοί παράγοντες που εντοπίστηκαν στην παρούσα έρευνα σχετίζονται με τη μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και τη θετική αυτοαντίληψη, με την εσωτερική εστία ελέγχου και την υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα, με το νόημα και τη διαδικασία κατασκευής νοήματος, με τη βελτιωμένη ικανότητα συναισθηματικής ρύθμισης, με

τις ενεργητικές και ευέλικτες στρατηγικές αντιμετώπισης και, τέλος, με τις θετικές σχέσεις με τους άλλους.

Το κεντρικό εύρημα της παρούσας έρευνας υπογραμμίζει τον σημαντικό ρόλο της ανακατασκευής του νοήματος στη διαδικασία της επούλωσης των συνεπειών που έχουν οι τραυματικές εμπειρίες στον ψυχισμό των ατόμων που τα βιώνουν. Το εύρημα αυτό παρέχει ερευνητική υποστήριξη στην υπόθεση του μοντέλου της Park και των συνεργατών της (Park, 2010. Park & Ai, 2016. Park & Folkman, 1997) ότι η επιτυχημένη διαδικασία κατασκευής νοήματος οδηγεί σε καλύτερη προσαρμογή. Οι συμμετέχοντες, πριν καταφύγουν στην ψυχοθεραπεία, είχαν επιχειρήσει μόνοι τους να αντιμετωπίσουν τις επιπτώσεις των τραυματικών εμπειριών, χωρίς επιτυχία. Πριν από τη θεραπεία βίωναν έντονα οδυνηρά συναισθήματα, ενώ δεν είχαν καταφέρει να αποδώσουν νόημα στις εμπειρίες τους, ούτε να βιώσουν ικανοποίηση από τη ζωή τους. Προηγούμενα ευρήματα έχουν δείξει ότι η προσπάθεια κατασκευής νοήματος, όταν δεν είναι επιτυχημένη και δεν οδηγεί σε κατασκευασμένο νόημα, ή η αδυναμία εύρεσης νοήματος, συνδέονται με χειρότερη προσαρμογή, με αύξηση αρνητικών συναισθημάτων, και με εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους ή μετατραυματικής διαταραχής άγχους (Bonanno, Wortman & Nesse, 2004. Davis et al., 2010. Park, 2010. Updegraff et al., 2008. Wu et al., 2008). Αντίθετα, η ανακατασκευή του νοήματος στην ψυχοθεραπεία συντέλεσε σε μια σειρά από θετικές αλλαγές στη συναισθηματική βίωση, τη συμπεριφορά, τη σχέση με τον εαυτό και τους άλλους, αλλά και τη γενικότερη στάση απέναντι στη ζωή, οι οποίες υποδηλώνουν σημαντικά καλύτερη προσαρμογή στις αντιξοότητες.

Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ενεπλάκησαν στην ψυχοθεραπεία σε μια διαδικασία ανακατασκευής, όχι μόνο του νοήματος που είχε η τραυματική εμπειρία γι' αυτούς, αλλά και των πεποιθήσεων τους για τον εαυτό τους και τον κόσμο, δηλαδή του καθολικού νοήματος σύμφωνα με το μοντέλο της Park και των συνεργατών της (Park, 2010. Park & Ai, 2016. Park & Folkman, 1997). Όπως είδαμε, η κατασκευή του νοήματος συντελείται μέσα από δύο διαδικασίες: τη διαδικασία της αφομοίωσης του τραυματικού γεγονότος στις προϋπάρχουσες πεποιθήσεις και στόχους του ατόμου, και τη διαδικασία της συμμόρφωσης, δηλαδή της αναδιοργάνωσης ή επέκτασης των πεποιθήσεων ώστε να μπορέσει να ενταχθεί σε αυτές το νόημα της τραυματικής εμπειρίας (Joseph & Linley, 2005. Park & Folkman, 1997. Thompson & Janigian, 1988). Τα ευρήματα της έρευνας υποστηρίζουν ότι η διαδικασία κατασκευής νοήματος που συντελείται στην ψυχοθεραπεία αποτελεί

περισσότερο μια διαδικασία συμμόρφωσης, παρά μια διαδικασία αφομοίωσης. Πρόκειται δηλαδή για μια βαθύτερη και ουσιαστικότερη αλλαγή στις βασικές δομές πεποιθήσεων του ατόμου και όχι για μια αλλαγή που αφορά μόνο στο νόημα της συγκεκριμένης κατάστασης που αντιμετωπίζει. Οι συμμετέχοντες, μέσα από την αλλαγή του τρόπου που έβλεπαν τον εαυτό τους και την ικανότητα τους να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και τις αντιξοότητες, δε βίωσαν μόνο μείωση της συναισθηματικής δυσφορίας που είχαν προκαλέσει οι τραυματικές εμπειρίες, αλλά και μια σειρά από αλλαγές που φανερώνουν ότι αναπτύχθηκαν μέσα από τις εμπειρίες αυτές. Το εύρημα αυτό συνάδει και υποστηρίζει την πρόταση των Joseph και Linley ότι είναι η διαδικασία της συμμόρφωσης, και όχι η διαδικασία της αφομοίωσης, αυτή που οδηγεί το άτομο σε μετατραυματική ανάπτυξη (2005).

Η πρώτη κατηγορία ανακατασκευασμένου νοήματος στο οποίο κατέληξαν οι συμμετέχοντες αφορά στην αλλαγή της αντίληψης του εαυτού τους. Η αλλαγή αυτή αντανakλάται στην έννοια της αυθεντικής αυτοεκτίμησης, μιας αυτοεκτίμησης δηλαδή που βασίζεται στην επαφή με τον αληθινό, εσωτερικό εαυτό. Μια βασική διάσταση αυτής της αλλαγής είναι η μεγαλύτερη αυτογνωσία και η ικανότητα που απέκτησαν να αναγνωρίζουν συναισθήματα, τρόπους συμπεριφοράς και αντίδρασης. Μια δεύτερη διάσταση σχετίζεται με τη μεγαλύτερη εκτίμηση που αποκτούν για τον εαυτό τους, με την αίσθηση ότι αξίζουν και ότι είναι σημαντικοί, μαζί με μια αυξημένη πίστη στον εαυτό τους και τις δυνατότητες τους. Μια ακόμη διάσταση της αλλαγής της στάσης προς τον εαυτό είναι η αίσθηση ότι μέσα από την ψυχοθεραπεία κατάφεραν να ενισχύσουν τις θετικές τους ποιότητες και να εξελιχθούν, νιώθοντας ότι τείνουν προς την αυτοπραγμάτωση τους.

Τόσο η αυτογνωσία, όσο και η αυτοεκτίμηση, αποτελούν έννοιες που έχουν συσχετιστεί με την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας, ως παράγοντες που προστατεύουν τα άτομα από τις συνέπειες των τραυματικών εμπειριών που βιώνουν (Beardslee, 1989. Beardslee & Podorefsky, 1988. Cicchetti & Rogosch, 1997. Cowen et al., 1997. Kidd & Shahar, 2008. Bogar & Hulse-Killacky, 2006). Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας τονίζουν ακόμη περισσότερο τη σημαντικότητα των παραγόντων αυτών και την επεκτείνουν σε διαφορετικού είδους τραυματικές εμπειρίες, όπως είναι η απώλεια αγαπημένων προσώπων ή ο χωρισμός. Επιπλέον, τα ευρήματα υπογραμμίζουν τον βασικό ρόλο που παίζει η ψυχοθεραπεία και η σχέση με έναν στοργικό θεραπευτή στην ενίσχυση της αυτογνωσίας και της αυτοεκτίμησης.

Μια σημαντική διαπίστωση που προκύπτει από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας είναι ότι ενώ η ψυχική ανθεκτικότητα έχει συσχετιστεί και με μια απατηλά θετική πεποίθηση των ατόμων για τον εαυτό τους και με αυτοενισχυτικές προκαταλήψεις (Bonanno, 2004. Mancini & Bonanno, 2009, 2010. Taylor, 1983), η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να οδηγηθούν προς μια αυτοεκτίμηση που βασίζεται στην αυθεντική γνωριμία με τον εαυτό τους, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές τους και όχι σε λανθασμένες, εξωπραγματικές πεποιθήσεις. Τα ευρήματα των προγενέστερων ερευνών σχετικά με τον ρόλο της αυτοεκτίμησης και των αυτοενισχυτικών προκαταλήψεων πιθανά υποδεικνύουν ότι η θετική εικόνα για τον εαυτό λειτουργεί ως βασικός προστατευτικός μηχανισμός για τα άτομα, ακόμη κι αν χρειαστεί να είναι πλασματική. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, ωστόσο, αναδεικνύουν τον σημαντικό ρόλο της ψυχοθεραπείας στην ανάπτυξη μιας αυθεντικής αυτοεκτίμησης σε σύγκριση με την πλασματική που συχνά ανασύρουν τα άτομα για να προστατευτούν από τις συναισθηματικές επιπτώσεις της αντιξοότητας (Taylor, 1983. Taylor & Brown, 1988).

Η έννοια της αυτοπραγμάτωσης και της ανάπτυξης των δυνατοτήτων του ατόμου είναι μια έννοια που δεν έχει σχετιστεί ερευνητικά με την ψυχική ανθεκτικότητα. Η έννοια αυτή θα μπορούσε να σχετίζεται με, και να αντανakλά, τις αυτοδιορθωτικές τάσεις που διαθέτουν όλοι οι άνθρωποι από τη φύση τους σύμφωνα με τους Cicchetti και Garmezy (1993), οι οποίες τους οδηγούν να προσαρμοστούν με λειτουργικό τρόπο απέναντι στις αντιξοότητες που αντιμετωπίζουν. Πιθανά, λοιπόν, η ψυχοθεραπευτική διαδικασία, μέσα από τη δυνατότητα που παρέχει στα άτομα να έρθουν σε επαφή με τον αληθινό εαυτό τους και να αναπτυχθούν προς την κατεύθυνση των εγγενών δυνατοτήτων τους, τους παρέχει επίσης τη δυνατότητα να μεγιστοποιήσουν τις εγγενείς αυτοδιορθωτικές τους τάσεις και να αναπτύξουν προστατευτικούς παράγοντες, απαραίτητους για τη θετική προσαρμογή τους.

Η δεύτερη κατηγορία ανακατασκευασμένου νοήματος στο οποίο κατέληξαν οι συμμετέχοντες αναφέρεται στην ψυχική τους ενδυνάμωση. Η πρώτη διάσταση της ψυχικής ενδυνάμωσης αφορά στη ρεαλιστική και κατάλληλη απόδοση των ευθυνών. Οι πελάτες αρχίζουν στην ψυχοθεραπεία να αναγνωρίζουν τη δική τους ευθύνη και συμμετοχή στις καταστάσεις που έχουν βιώσει, ενώ ταυτόχρονα αναγνωρίζουν και τις ευθύνες των άλλων. Επιπλέον, αναλαμβάνουν την ευθύνη για τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τις καταστάσεις, για τα συναισθήματα που βιώνουν και για τη συμπεριφορά τους. Η διάσταση αυτή της ψυχικής ενδυνάμωσης θα μπορούσε να

συσχετίζεται με την έννοια της εσωτερικής εστίας ελέγχου, ως βασική προϋπόθεση για την ανάπτυξη της. Δηλαδή, όταν κανείς αναγνωρίζει τη δική του ευθύνη στις καταστάσεις, αναγνωρίζει ταυτόχρονα και την ικανότητα του να τα ελέγξει ο ίδιος. Οι συμμετέχοντες, μετά την ψυχοθεραπεία, δεν αισθάνονται πλέον ότι τα γεγονότα προκλήθηκαν από τους άλλους, αλλά αναγνωρίζουν τη δική τους συμμετοχή, και αυτή η αναγνώριση τους ενδυναμώνει. Ταυτόχρονα, η διάσταση αυτή διαφέρει από την έννοια της εσωτερικής εστίας ελέγχου στο ότι η απόδοση ευθυνών εκεί όπου ανήκουν πραγματικά δεν αντανακλά μια γενικευμένη εσωτερική εστία ελέγχου αλλά μια *ρεαλιστική* εστία ελέγχου, μια ικανότητα δηλαδή να αντιλαμβάνεται κανείς που ανήκει πραγματικά η ευθύνη και ο έλεγχος. Η διάκριση αυτή πιθανά εξηγεί τα αντιφατικά ευρήματα αναφορικά με την εσωτερική εστία ελέγχου, τα οποία άλλοτε δείχνουν ότι η εσωτερική εστία ελέγχου ασκεί προστατευτικό ρόλο, ενώ σε άλλες περιπτώσεις δε δείχνουν καμία επίδραση της στην ψυχική ανθεκτικότητα (Kilpatrick & Williams, 1998. Stewart & Yuen, 2011). Πιθανά αυτό γίνεται επειδή η πεποίθηση για το κατά πόσο το άτομο ελέγχει τις καταστάσεις δεν ανταποκρίνεται πάντοτε στον πραγματικό έλεγχο που διαθέτει (Condy, 2006). Επομένως, στις περιπτώσεις που το άτομο δεν έχει πραγματικό έλεγχο σε μια κατάσταση, η εκτίμησή του για το αντίθετο μπορεί να το οδηγήσει σε άστοχες ενέργειες και απογοήτευση. Αντίθετα, μια ρεαλιστική εκτίμηση για την εστία της ευθύνης, άρα και του ελέγχου, μπορεί να λειτουργήσει περισσότερο προστατευτικά για το άτομο, καθώς μπορεί να το κατευθύνει στις απαραίτητες δράσεις. Το εύρημα αυτό επομένως αναδεικνύει για άλλη μια φορά τον σημαντικό ρόλο της ψυχοθεραπείας στην ανάπτυξη μιας ρεαλιστικής αντίληψης του εαυτού και των δυνατοτήτων του ατόμου.

Η ψυχική ενδυνάμωση που απέκτησαν οι συμμετέχοντες στην ψυχοθεραπεία, περιλαμβάνει και μια δεύτερη διάσταση, η οποία αναφέρεται στο αυξημένο αίσθημα δύναμης και ικανότητας ελέγχου του εαυτού. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως αισθάνονται περισσότερο ικανοί να ελέγξουν τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά τους, αλλά και να αντιμετωπίσουν μελλοντικές προκλήσεις. Και αυτή η διάσταση μπορεί να συσχετιστεί τόσο με την έννοια μιας εσωτερικής εστίας ελέγχου, όσο και με την έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας. Η αυτοαποτελεσματικότητα αναφέρεται στις πεποιθήσεις των ατόμων ως προς την ικανότητα τους να δράσουν, να πετύχουν ένα επιθυμητό αποτέλεσμα και να αντιμετωπίσουν απαιτητικές συνθήκες (Bandura, 1997). Ιδιαίτερα τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι πελάτες ανέπτυξαν την αποκαλούμενη αυτοαποτελεσματικότητα

αντιμετώπισης, δηλαδή ενισχύθηκαν σημαντικά οι πεποιθήσεις τους ως προς την ικανότητα τους να διαχειρίζονται τραυματικά ή αντίξοα γεγονότα (Benight & Cieslak, 2011). Η ανάπτυξη της αυτοαποτελεσματικότητας στην ψυχοθεραπεία αποτελεί εξαιρετικά σημαντικό επίτευγμα, καθώς η πεποίθηση αυτή αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προστατευτικούς παράγοντες που έχουν εντοπιστεί στη βιβλιογραφία της ψυχικής ανθεκτικότητας απέναντι σε ένα μεγάλο εύρος τραυματικών εμπειριών (Benight & Cieslak, 2011. Benight et al., 1999. Kilic et al., 2013. Lin et al., 2004. Soet et al., 2003. Tsalousides et al., 2009. Walter et al., 2010. Werner & Smith, 2001). Επιπλέον, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας υποστηρίζουν ευρήματα προηγούμενων ερευνών που έχουν συσχετίσει την ανάπτυξη της αυτοαποτελεσματικότητας με μεγαλύτερη αισιοδοξία, καλύτερη αυτορρύθμιση, μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση, και ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης (Luszczynska, Gutiérrez-Doña, & Schwarzer, 2005. Luszczynska, Sholz, & Schwarzer, 2005).

Η τελευταία διάσταση της ψυχικής ενδυνάμωσης σχετίζεται με τη χρήση εσωτερικών κριτηρίων αξιολόγησης. Τα ευρήματα έδειξαν πως, μέσα από τη διαδικασία της ψυχοθεραπείας, τα άτομα ενισχύουν την εσωτερική εστία αξιολόγησης, ακούγοντας την εσωτερική τους φωνή για το τι είναι σημαντικό και κάνοντας επιλογές που συμβαδίζουν με αυτή την εσωτερική φωνή. Στη βιβλιογραφία της ψυχικής ανθεκτικότητας η έννοια που εκφράζει την ικανότητα να δρα κανείς σε συμφωνία με τον αληθινό εαυτό του είναι εκείνη της αυθεντικότητας, η οποία έχει σχετιστεί με την ψυχική ανθεκτικότητα απέναντι στο στρες, με το ευ ζην αλλά και με άλλους παράγοντες ψυχικής ανθεκτικότητας όπως η μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και η ελπίδα για το μέλλον (Harter, 2002. Ryan et al., 2005).

Η τρίτη κατηγορία ανακατασκευασμένου νοήματος σχετίζεται με την αλλαγή του τρόπου αντίληψης της πραγματικότητας. Συγκεκριμένα, η αλλαγή αυτή αφορά σε μια θετικότερη θεώρηση της ζωής και των εμπειριών, στην αναγνώριση των θετικών στοιχείων των τραυματικών εμπειριών καθώς και στην εύρεση οφελών σε αυτές. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν ότι η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αλλάξουν γενικότερα τον τρόπο που αντιλαμβάνονται την πραγματικότητα και τη ζωή, υποδεικνύοντας την ευρύτερη αλλαγή στη νοηματοδότηση που επιτυγχάνεται. Επιπλέον, τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη δυνατότητα της ψυχοθεραπείας να βοηθήσει τα άτομα να δουν με έναν θετικότερο τρόπο τις δυσμενείς και τραυματικές εμπειρίες, να εντοπίσουν σε αυτές οφέλη, και με αυτό τον τρόπο να αναπτυχθούν. Η

εύρεση οφέλους και η αναγνώριση των θετικών που μπορεί να συνεπάγονται οι τραυματικές εμπειρίες, αποτελεί μια μορφή κατασκευασμένου νοήματος που έχει βρεθεί ότι λαμβάνει χώρα τόσο στο πλαίσιο της απώλειας και του πένθους (Davis et al., 1998. Lichenthal et al., 2010), όσο και σε σχέση με πολλές άλλες αντιξοότητες και τραυματικές εμπειρίες (Affleck & Tennen, 1996. Tennen & Affleck, 2002) και σχετίζεται με καλύτερη προσαρμογή και μεγαλύτερο συναισθηματικό ευ ζην.

Εκτός από τις αλλαγές στη γενικότερη θετική θεώρηση της ζωής και των εμπειριών, οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως μέσα από την ψυχοθεραπεία κατάφεραν να αποδεχτούν τον εαυτό τους, το παρελθόν τους αλλά και τις καταστάσεις που έχουν βιώσει. Αποδέχτηκαν επίσης τις δυσμενείς εμπειρίες, τόσο εκείνες του παρελθόντος όσο και του παρόντος, και τα αρνητικά τους συναισθήματα. Η αποδοχή αποτελεί άλλη μια μορφή κατασκευασμένου νοήματος που έχει σχετιστεί με μεγαλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα και καλύτερη προσαρμογή μετά από τραυματικές εμπειρίες (Edward et al., 2009. Thompson & Arnkoff, 2011). Επιπλέον, τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η αποδοχή βοηθάει τους ανθρώπους να δουν νέες εναλλακτικές για δράση που δεν έβλεπαν πριν αποδεχτούν τις καταστάσεις και τον εαυτό τους, να αποκτήσουν δηλαδή ένα είδος ευελιξίας (Kashdan & Rottenberg, 2010). Το εύρημα αυτό συνάδει με εκείνο των Sturgeon και Zautra (2010), οι οποίοι βρήκαν ότι η αποδοχή βοηθούσε τα άτομα που βίωναν χρόνιο πόνο να μην εστιάζουν σε αυτόν αλλά σε άλλες πλευρές της ζωής που μπορούσαν να αλλάξουν.

Όπως είδαμε παραπάνω, οι αλλαγές στη νοηματοδότηση οδήγησαν σε μια σειρά από αλλαγές στη βίωση συναισθημάτων, στη συμπεριφορά και στις σχέσεις με τους άλλους. Σε σχέση με τα συναισθήματα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως άλλαξε τόσο το είδος των συναισθημάτων που βιώνουν όσο και ο τρόπος με τον οποίο τα αντιμετωπίζουν. Συγκεκριμένα, δήλωσαν πως μετά τη θεραπεία βιώνουν λιγότερα αρνητικά και περισσότερα θετικά συναισθήματα. Επιτρέπουν στον εαυτό τους να βιώνει περισσότερα θετικά συναισθήματα και είναι δεκτικότεροι στα θετικά σχόλια των άλλων, ενώ ταυτόχρονα θεωρούν ότι αντέχουν περισσότερο τη βίωση αρνητικών συναισθημάτων. Εκείνο που διευκολύνει αυτή την αλλαγή στη συναισθηματική βίωση είναι η μεγαλύτερη ικανότητα που αποκτούν στο να αποστασιοποιούνται τόσο από διάφορα εξωτερικά γεγονότα όσο και από τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους. Αυτή η απόσταση τους βοηθά να μπορούν να τα παρατηρούν, να τα αξιολογούν και να τα αντιμετωπίζουν με περισσότερο ψύχραιμο και σφαιρικό τρόπο.

Τα παραπάνω ευρήματα υπογραμμίζουν τον σημαντικό ρόλο της ψυχοθεραπείας στην ενίσχυση της ικανότητας συναισθηματικής ρύθμισης, μιας ικανότητας που έχει σχετιστεί στενά με την ψυχική υγεία γενικά και με την ψυχική ανθεκτικότητα ειδικότερα (Berking et al., 2008. Bonanno & Kaltman, 1999. Curtis & Cicchetti, 2003. Troy & Mauss, 2011). Οι δεξιότητες καλής συναισθηματικής ρύθμισης που αναδείχθηκαν από την παρούσα έρευνα και υποστηρίζονται από την προγενέστερη βιβλιογραφία είναι η αναγνώριση, η αποδοχή και η ικανότητα τροποποίησης των συναισθημάτων (Berking, 2007, όπως αναφέρεται στους Berking et al., 2008), η αποδοχή και η ανοχή των δυσάρεστων συναισθημάτων (Berking et al., 2008) και η βίωση περισσότερων θετικών συναισθημάτων στην καθημερινότητα (Tugade & Fredrickson, 2007).

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, η ψυχοθεραπεία βοηθάει τα άτομα να αποκτήσουν τις δεξιότητες συναισθηματικής ρύθμισης που αναφέρθηκαν, μέσα από την αλλαγή στη νοηματοδότηση του εαυτού, των εμπειριών και της ζωής. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν τον ισχυρισμό του Gross (2002), ότι η γνωστική επανεκτίμηση, δηλαδή η αλλαγή του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνεται κανείς μια κατάσταση, είναι μια αποτελεσματική στρατηγική συναισθηματικής ρύθμισης, η οποία μειώνει τον αρνητικό συναισθηματικό αντίκτυπο των δυσχερών εμπειριών. Επιπλέον, η αλλαγή στη νοηματοδότηση συνδέθηκε με περισσότερα θετικά και λιγότερα αρνητικά συναισθήματα, με μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και με θετικότερη στάση ζωής, ευρήματα που συνάδουν με εκείνα που έχουν δείξει ότι η γνωστική επανεκτίμηση σχετίζεται με βίωση και έκφραση περισσότερων θετικών και λιγότερων αρνητικών συναισθημάτων, με λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και ικανοποίηση από τη ζωή (Gross & John, 2003).

Το δεύτερο αποτέλεσμα της αλλαγής στη νοηματοδότηση που αναδείχθηκε από την παρούσα έρευνα είναι η διαφορά στον τρόπο δράσης. Η αλλαγή αυτή αντανακλάται (1) στην οριοθέτηση και την αυτοπροστασία, (2) στην απόκτηση περισσότερο ευέλικτων στρατηγικών διαχείρισης των δυσκολιών και του στρες και, τέλος, (3) στην καλύτερη διαχείριση της καθημερινότητας. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η ψυχοθεραπεία βοηθά τα άτομα να αποκτήσουν την ικανότητα να προστατεύουν τον εαυτό τους τοποθετώντας όρια στους άλλους, και εκφράζοντας και συζητώντας αυτά που τους ενοχλούν. Επιπλέον, τα άτομα μαθαίνουν να λειτουργούν πιο ψύχραιμα και ευέλικτα απέναντι στις δυσκολίες και να τις αντιμετωπίζοντας περισσότερο ενεργητικά, ενώ αποκτούν και νέους τρόπους να τις διαχειρίζονται, όπως για

παράδειγμα με την αναζήτηση κοινωνικής στήριξης. Τέλος, μετά τη θεραπεία καταφέρνουν να διαχειρίζονται ενεργητικότερα την καθημερινότητα τους και να αναζητούν ευχάριστες δραστηριότητες. Οι αλλαγές αυτές αντανακλούν περισσότερο ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης, οι οποίες έχουν σχετιστεί θετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα (Southwick et al., 2005). Οι αλλαγές συνδέονται επίσης με την έννοια της ευελιξίας της αντιμετώπισης, που επίσης έχει συσχετιστεί με καλύτερη προσαρμογή μετά από διάφορες αντιξοότητες και τραυματικές εμπειρίες (Bonanno et al., 2011. Galatzer-Levy et al., 2012. Leontopoulou, 2006). Επιπλέον, οι αλλαγές αυτές υποδεικνύουν τη βελτιωμένη λειτουργικότητα και τη θετική προσαρμογή των ατόμων μετά την ψυχοθεραπεία, εφόσον αποκτούν την ικανότητα να διαχειρίζονται ευκολότερα τα προβλήματα της καθημερινότητας και να απολαμβάνουν περισσότερο τη ζωή.

Η τελευταία αλλαγή που αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες αφορά στις αλλαγές τόσο του τρόπου με τον οποίο σχετίζονται με τους άλλους, όσο και των ιδίων των διαπροσωπικών τους σχέσεων. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι έμαθαν να δημιουργούν καλύτερες σχέσεις με τους άλλους, να είναι πιο αυθεντικοί και ειλικρινείς, να εκφράζουν τα συναισθήματά τους, αλλά και να έχουν μεγαλύτερη κατανόηση και αποδοχή. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τον ρόλο της ψυχοθεραπείας στην ενίσχυση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων, οι οποίες είναι ιδιαίτερα σημαντικές στο πλαίσιο της αντιξοότητας καθώς οδηγούν τα άτομα τόσο στη δημιουργία όσο και στη διατήρηση διαπροσωπικών τους σχέσεων και συμβάλλουν στη λήψη κοινωνικής υποστήριξης. Η σχετική βιβλιογραφία της ψυχικής ανθεκτικότητας έχει αναδείξει ότι τόσο οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις όσο και η κοινωνική υποστήριξη αποτελούν βασικούς προστατευτικούς παράγοντες απέναντι στις αντιξοότητες και τις τραυματικές εμπειρίες (Luthar & Zigler, 1991. Masten & Coatsworth, 1998. Quale & Schanke, 2010. Denz-Penhey & Murdoch, 2008. Afifi & MacMillan, 2011. Singer & Ryff, 1999. Hogan & Schmidt, 2002. Lin et al., 2004).

Όπως είδαμε από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, υπάρχουν τέσσερα γενικά φαινόμενα που έχουν συνδεθεί με τη θετική προσαρμογή απέναντι στις αντιξοότητες και τις τραυματικές εμπειρίες τα οποία αντανακλούν τέσσερις διαφορετικές μορφές που λαμβάνει η ψυχική ανθεκτικότητα: την αντίσταση, την ανάκαμψη, την ομαλοποίηση και τη θετική μεταμόρφωση (Masten & Wright, 2010). Αναμφίβολα, τα ευρήματά μας υποστηρίζουν ότι οι θετικές αλλαγές που βίωσαν οι συμμετέχοντες μέσα από την ψυχοθεραπευτική διαδικασία αντανακλούν κάτι περισσότερο από μια

επιστροφή στο προγενέστερο επίπεδο λειτουργίας τους, όπως υποδηλώνει η έννοια της ανάκαμψης, και αναφέρονται σε μια θετική μεταμόρφωση, ανάπτυξη ή άνθηση (Linley & Joseph, 2004). Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς αποτελεί ένδειξη της δυνατότητας που παρέχει η ψυχοθεραπεία στο άτομο να φτάσει σε καλύτερα επίπεδα λειτουργικότητας και να αναπτύξει βελτιωμένες ικανότητες και όχι απλώς να εξαλείψει τα συμπτώματα του. Η ανάπτυξη που προκλήθηκε από την ψυχοθεραπευτική διαδικασία εκδηλώθηκε με τις έξι διαστάσεις που αναφέρθηκαν ήδη: τη μεγαλύτερη αυτογνωσία και εκτίμηση του εαυτού, την ψυχική ενδυνάμωση, τη θετική αλλαγή της οπτικής, τη συναισθηματική αλλαγή, τις θετικές αλλαγές στις σχέσεις με τους άλλους και τη βελτίωση στον τρόπο δράσης. Οι διαστάσεις αυτές παρουσιάζουν σημαντική ομοιότητα με τους πέντε τομείς μετατραυματικής ανάπτυξης των Tedeschi και Calhoun (1996, 2004). Όπως είδαμε στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, η μετατραυματική ανάπτυξη μπορεί να εκδηλωθεί με μεγαλύτερη εκτίμηση για τη ζωή και με αλλαγή προτεραιοτήτων, με πιο ουσιαστικές και ζεστές διαπροσωπικές σχέσεις, με αυξημένο αίσθημα προσωπικής δύναμης, με την αναγνώριση νέων δυνατοτήτων για τη ζωή, όπως και με την πνευματική ανάπτυξη (Tedeschi & Calhoun, 1996). Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, ωστόσο, προσθέτουν δύο νέους παράγοντες στη έννοια της μετατραυματικής ανάπτυξης, και συγκεκριμένα τη θετική αλλαγή της αυτοεικόνας και τη βελτίωση του τρόπου δράσης.

Οι Τρόποι και οι Διαδικασίες Ανάπτυξης των Παραγόντων Ψυχικής Ανθεκτικότητας Μέσω της Ψυχοθεραπείας

Έχοντας εντοπίσει τους παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας που αναπτύσσονται στην ψυχοθεραπεία, το επόμενο ερώτημα αφορά στον τρόπο με τον οποίο συντελείται η ανάπτυξη τους. Τα ευρήματα της έρευνας ανέδειξαν τρεις απαραίτητους παράγοντες και τέσσερις βασικές διαδικασίες που διευκόλυναν και συνέβαλλαν στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας των πελατών. Οι τρεις παράγοντες που αναδείχθηκαν είναι ο θεραπευτής, ο ίδιος ο πελάτης και η μεταξύ τους σχέση. Επιπλέον, οι τέσσερις διαδικασίες μέσα από τις οποίες επιτεύχθηκε η αλλαγή στη νοηματοδότηση αφορούν στη λήψη απόστασης, στη γνωστική και συναισθηματική επεξεργασία, στην απόκτηση επίγνωσης και, τέλος, στη συναισθηματική ανακούφιση.

Όταν οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν τι ήταν αυτό που συνέβαλλε στις αλλαγές, η συντριπτική πλειονότητα αναφέρθηκε στον θεραπευτή και στη σχέση που

δημιούργησε μαζί του. Οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν κυρίως στη στάση του θεραπευτή απέναντι τους, αλλά και σε ορισμένα χαρακτηριστικά του όπως η ευφυΐα, η εντιμότητα, η ζεστασιά, η σιγουριά και η επαγγελματική του ικανότητα. Βασικά βοηθητικά χαρακτηριστικά της στάσης του θεραπευτή που αναδείχθηκαν ήταν η αποδοχή και ο σεβασμός, η ενσυναίσθηση, η κατανόηση, η πίστη στις ικανότητες και η υποστήριξη του πελάτη, αλλά και η αυθεντικότητα και η ειλικρίνεια του στη σχέση. Ένα ακόμη στοιχείο της στάσης του θεραπευτή που διαφάνηκε ήταν η σημαντικότητα της μη κατευθυντικότητας του, τόσο ως προς το περιεχόμενο της συνεδρίας, όσο και ως προς τις ενέργειες των πελατών. Τα ευρήματα έδειξαν περαιτέρω ότι τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή και οι ποιότητες της στάσης του ενδέχεται να έχουν ποικίλες επιπτώσεις στους πελάτες. Αρχικά τους βοηθούν να εμπιστευτούν τον θεραπευτή και τη μεταξύ τους σχέση και να παραμείνουν στη θεραπεία. Σημαντικό εύρημα, επίσης, αποτελεί η διαπίστωση ότι η στάση του θεραπευτή δεν αποτελεί μόνο έναν διευκολυντικό παράγοντα ή μια προϋπόθεση ώστε να παραμείνει ο πελάτης στη θεραπευτική διαδικασία, αλλά ότι λειτουργεί και ως ενεργός παράγοντας αλλαγής που βοηθά τον πελάτη να κάνει νέες συνειδητοποιήσεις και να αλλάξει τον τρόπο που αντιλαμβάνεται και αντιμετωπίζει τον εαυτό του.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συνάδουν με τη σχετική υπάρχουσα βιβλιογραφία. Οι πελάτες αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα και αναφέρονται συχνά στα προσωπικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή και στη στάση του. Για παράδειγμα, αρκετές έρευνες αναφέρουν τη σημαντικότητα του επαγγελματισμού του θεραπευτή (Gallegos, 2005. Göstas et al., 2012), καθώς και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του όπως η σοφία, η ζεστασιά και η ικανότητα του (Binder et al., 2009). Επιπλέον σε πολλές άλλες έρευνες αναδεικνύονται χαρακτηριστικά της στάσης του όπως είναι η αποδοχή, ο σεβασμός και η υποστήριξη (Liliengren & Werbart, 2005), η ενσυναίσθηση (Göstas et al., 2012), και η ειλικρίνεια και η γνησιότητα (Levitt et al., 2006). Τα ευρήματα συνάδουν επίσης με αντίστοιχα ευρήματα ερευνών που έχουν γίνει στο πλαίσιο του τραύματος και της αντιξοότητας, υπογραμμίζοντας τον σημαντικό ρόλο που παίζει η στάση και η προσωπικότητα του θεραπευτή, ιδιαίτερα για άτομα που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες. Μάλιστα, η μη κατευθυντικότητα του συμβούλου αποτελεί μια διάσταση που αναδείχθηκε στο πλαίσιο της συμβουλευτικής πένθους (Simonsen & Cooper, 2015).

Η άλλη διάσταση του ρόλου του θεραπευτή που αναδείχθηκε ως ιδιαίτερα βοηθητική, σχετίζεται με τις θεραπευτικές του παρεμβάσεις. Οι συμμετέχοντες

ανέφεραν μια σειρά από παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν τις ερωτήσεις, την αντανάκλαση και το καθρέφτισμα των συναισθημάτων τους, την επισήμανση των αντιφάσεων στα λεγόμενα τους, τις ερμηνείες, την ψυχοεκπαίδευση, την αποδραματοποίηση καταστάσεων, τη διεύρυνση της οπτικής τους και την επισήμανση των θετικών τους χαρακτηριστικών. Οι παρεμβάσεις αυτές φάνηκε ότι βοήθησαν τους συμμετέχοντες: (α) να αντιληφθούν καθαρότερα τον εαυτό τους, (β) να αποκτήσουν μια διαφορετική οπτική και (γ) να ενθαρρυνθούν ώστε να αναλάβουν δράση. Επιπλέον, τα ευρήματα ανέδειξαν πως, με τον καιρό, οι συμμετέχοντες έμαθαν να εφαρμόζουν τις παρεμβάσεις αυτές εκτός θεραπείας, υποδηλώνοντας πιθανά πως η ψυχοθεραπεία λειτουργεί σε ένα βαθμό και ως εκπαίδευση.

Τα ευρήματα αυτά δεν αποτελούν έκπληξη, καθώς έχουν αναδειχθεί επανειλημμένα από την προγενέστερη βιβλιογραφία. Για παράδειγμα, προηγούμενες έρευνες έχουν εντοπίσει τον βοηθητικό ρόλο παρεμβάσεων όπως οι ερωτήσεις, οι παραφράσεις, ο εντοπισμός μοτίβων, η παροχή νέας οπτικής (Levitt et al., 2006) και οι εξηγήσεις ή ερμηνείες (Manthei, 2007). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαπίστωση σχετικά με τον εκπαιδευτικό ρόλο της ψυχοθεραπείας, η οποία συμφωνεί με τα συμπεράσματα του Murray (2002). Συγκεκριμένα, ο Murray (2002) βρήκε στην έρευνα του ότι ο θεραπευτής μαθαίνει στον πελάτη να επικεντρώνεται και να εξετάζει τον εαυτό του και τα συναισθήματα του, μια διαδικασία που αποκάλεσε «εκπαίδευση στην ενδοσκόπηση». Τέλος, η ψυχοεκπαίδευση είναι μια παρέμβαση που αναδείχθηκε από την έρευνα των Simonsen και Cooper (2015), ως σημαντική στην ομαλοποίηση της διαδικασίας του πένθους.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας υποστηρίζουν και ενισχύουν περαιτέρω τον ρόλο του θεραπευτή ως βασικού κοινού θεραπευτικού παράγοντα αλλαγής (Grencavage & Norcross, 1990. Lambert, 2013. Lambert & Ogles, 2004. Wampold, 2001). Όπως είδαμε από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, ο Rosenzweig ήδη από το 1936 είχε αναφερθεί στην προσωπικότητα του θεραπευτή ως έναν από τους κοινούς θεραπευτικούς παράγοντες. Μεταγενέστερη βιβλιογραφία πάνω στους κοινούς θεραπευτικούς παράγοντες έχει επιβεβαιώσει αυτόν τον ρόλο και έχει αναδείξει ποιότητες του θεραπευτή αντίστοιχες με εκείνες που αναδείχθηκαν στην παρούσα έρευνα, όπως είναι για παράδειγμα η ζεστασιά, η ενσυναίσθηση, η αποδοχή (Grencavage & Norcross, 1990), ο σεβασμός και η γνησιότητα (Lambert, 2013. Lambert & Ogles, 2004).

Ο ρόλος του θεραπευτή ήταν σημαντικός για πολλούς λόγους, ένας από τους κυριότερους όμως ήταν επειδή συνέβαλλε στη δημιουργία εμπιστοσύνης και στην οικοδόμηση της θεραπευτικής σχέσης. Η θεραπευτική σχέση αποτέλεσε κεντρικό στοιχείο της εμπειρίας των συμμετεχόντων από τη θεραπεία και σχεδόν όλοι ανέφεραν πόσο καλή ήταν και πόσο πολύ συνέβαλλε στις θετικές αλλαγές που επιτεύχθηκαν. Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν αυτή τη σχέση ως πολύ καλή και εξαιρετικά σημαντική, ενώ ανέφεραν ότι βίωναν εμπιστοσύνη, ασφάλεια, ζεστασιά και τρυφερότητα μέσα σε αυτήν. Ένιωθαν ότι υπήρχε «χημεία» ανάμεσα σε εκείνους και τον θεραπευτή τους, και ότι υπήρχε συμβατότητα ανάμεσα στις ανάγκες και τις προτιμήσεις τους και τον τρόπο δουλειάς του. Επιπλέον, ένιωθαν ότι η σχέση αυτή, χωρίς να χάνει την επαγγελματική της διάσταση, την υπερέβαινε, και αποτελούσε μια αυθεντική σχέση με ένα πραγματικό πρόσωπο. Τα σημαντικά βοηθητικά χαρακτηριστικά της θεραπευτικής σχέσης ήταν η σταθερότητα και η διάρκεια της στο χρόνο, η ύπαρξη ορίων και η ανθεκτικότητα της στις δυσκολίες και τις συγκρούσεις που προέκυπταν ανάμεσα στον θεραπευτή και τον πελάτη.

Η θεραπευτική σχέση έχει αναδειχθεί επανειλημμένα από τις έρευνες στην ψυχοθεραπεία ως ένας από τους σημαντικότερους βοηθητικούς παράγοντες (Binder et al., 2009. Carey et al., 2007. Edwards & Loeb, 2011. Elliott & James, 1989. Jinks, 1999. Levitt et al., 2006. Liliengren & Werbart, 2005. Murray, 2002. Palmstierna & Werbart, 2013. Rayner et al., 2011. Timulak, 2007), αλλά και ως ο βασικότερος κοινός θεραπευτικός παράγοντας, ο οποίος έχει λάβει τη μεγαλύτερη ερευνητική προσοχή και επιβεβαίωση (Grencavage & Norcross, 1990. Hubble et al., 2010. Imel & Wampold, 2008. Lambert, 2013. Lambert & Ogles, 2004. Wampold, 2001). Τα βοηθητικά στοιχεία της θεραπευτικής σχέσης που έχουν αναδειχθεί από τις έρευνες αυτές είναι παρόμοια με τα στοιχεία που προέκυψαν και στην παρούσα έρευνα. Έτσι, και στις προηγούμενες έρευνες οι συμμετέχοντες έχουν αναφέρει ότι η σχέση με τον θεραπευτή αποτελούσε βασικό κομμάτι της θεραπείας τους (Levitt et al., 2006), ότι βασικά χαρακτηριστικά της ήταν η εμπιστοσύνη και η ασφάλεια που ένιωθαν (Levitt et al., 2006. Rayner et al., 2011. Palmstierna & Werbart, 2013), αλλά και η συμβατότητα ανάμεσα σε αυτούς και τον θεραπευτή τους (Palmstierna & Werbart, 2013). Οι πελάτες έχουν αναδείξει επίσης τη σημαντικότητα της σταθερότητας, της συνέχειας και της διάρκειας του θεραπευτικού πλαισίου (Binder et al., 2009. Palmstierna & Werbart, 2013), όπως και τη σημασία του αισθήματος προσωπικής

επαφής ανάμεσα στον θεραπευτή και τον πελάτη, και όχι μιας ψυχρής και απόμακρης επαγγελματικής σχέσης (Timulak, 2007).

Η σημαντικότητα της θεραπευτικής σχέσης έχει αναδειχθεί επίσης στο πλαίσιο του τραύματος και της αντιξοότητας (Cutcliffe, 2004. Diamond et al., 2012. Draucker & Petrovic, 1997. MacCormack et al., 2001. McLeod, 2012. Omylinska-Thurston & Cooper, 2014). Και στις έρευνες αυτές, οι συμμετέχοντες αποδίδουν στη θεραπευτική σχέση κεντρικό ρόλο και τη θεωρούν σημαντικό βοηθητικό παράγοντα της αλλαγής. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, επομένως, ενισχύουν τον κεντρικό ρόλο που φαίνεται να παίζει η θεραπευτική σχέση στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία και υπογραμμίζουν ακόμη περισσότερο τα βασικά χαρακτηριστικά της που είναι απαραίτητα, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου τα άτομα έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες ή σημαντικές δυσχέρειες. Σε αυτές τις περιπτώσεις, τα συναισθήματα ασφάλειας και εμπιστοσύνης είναι ιδιαίτερα σημαντικά προκειμένου να μπορέσει ο πελάτης να επεξεργαστεί τις τραυματικές του εμπειρίες. Η σταθερότητα, η συνέχεια και η διάρκεια της σχέσης αυτής είναι εξαιρετικά σημαντική ιδιαίτερα σε περιπτώσεις απωλειών αγαπημένων προσώπων, όπου το άτομο έχει χάσει την εμπιστοσύνη στη ζωή και πιθανά και στους άλλους ανθρώπους. Επιπλέον, αναδεικνύεται και η σημασία της αυθεντικής επαφής, όπου ο θεραπευτής αντιμετωπίζει τον πελάτη με σεβασμό, κατανόηση και αποδοχή και όχι ως ένας απόμακρος ειδήμων.

Το εύρημα αναφορικά με τη σημαντικότητα της θεραπευτικής σχέσης υποστηρίζει και διευρύνει τα ευρήματα της βιβλιογραφίας της ψυχικής ανθεκτικότητας σχετικά με τον ρόλο των διαπροσωπικών σχέσεων (Afifi & MacMillan, 2011. Bonanno et al., 2007. Denz-Penhey & Murdoch, 2008. Gonzales et al., 2012. Hogan & Schmidt, 2002. Lin et al., 2004. Luthar, 2006. Luthar & Zigler, 1991. Singer & Ryff, 1999. Woodgate, 1999). Συγκεκριμένα, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας παρέχουν περαιτέρω ερευνητική υποστήριξη στην υπόθεση ότι οι σχέσεις μπορούν όχι μόνο να λειτουργήσουν προστατευτικά κατά τη διάρκεια της τραυματικής ή αντίξοης κατάστασης αλλά και να λειτουργήσουν θεραπευτικά, ως ένα πλαίσιο ανάπτυξης της ακόμη και αρκετά χρόνια μετά από τη λήξη της αντιξοότητας.

Οι Wills και Shinar (2000), στο πλαίσιο της έννοιας της κοινωνικής στήριξης, περιέγραψαν πέντε διαφορετικές μορφές υποστηρικτικών λειτουργιών που παρέχουν οι σχέσεις: τη συναισθηματική υποστήριξη, τη συντελεστική ή πρακτική υποστήριξη, την πληροφοριακή στήριξη, τη συντροφική στήριξη, και την ανατροφοδότηση/

επικύρωση. Η θεραπευτική σχέση, όπως φάνηκε από την παρούσα έρευνα, επιτελεί τις τρεις από αυτές τις πέντε λειτουργίες. Οι κύριες λειτουργίες που παρέχει η θεραπευτική σχέση είναι η συναισθηματική υποστήριξη και η ανατροφοδότηση/επικύρωση, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις ο θεραπευτής μπορεί να παρέχει και πληροφοριακή στήριξη. Η συναισθηματική υποστήριξη που έλαβαν οι συμμετέχοντες μέσα τη θεραπευτική σχέση, αφορούσε στην έκφραση και συζήτηση των συναισθημάτων τους, στην παροχή συναισθηματικής φροντίδας και αποδοχής από τον θεραπευτή, αλλά και στην αναγνώριση της αξίας τους από εκείνον (Cohen & Wills, 1985). Ορισμένοι συμμετέχοντες ανέφεραν επίσης την πληροφοριακή στήριξη που έλαβαν από τον θεραπευτή τους με τη μορφή της ψυχοεκπαίδευσης. Τέλος, ιδιαίτερα σημαντική ήταν η ανατροφοδότηση και επικύρωση που έλαβαν οι πελάτες μέσα από την αναγνώριση και επικύρωση των συναισθημάτων τους και την ομαλοποίηση της κατάστασης τους.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας αναφορικά με τη θεραπευτική σχέση παρέχουν επίσης περαιτέρω ερευνητική υποστήριξη στην υπόθεση ότι η λαμβανόμενη υποστήριξη, αντίθετα με αυτό που προκύπτει από πολλές έρευνες, δεν έχει μόνο αρνητικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία και το ευ ζην, αλλά και θετικές. Συγκεκριμένα, υποστηρίζεται η υπόθεση των Uchino et al. (2011) ότι για να είναι αποτελεσματική η παρεχόμενη υποστήριξη χρειάζεται να είναι κατάλληλη για το είδος του στρεσογόνου παράγοντα, να υπάρχει καλή ποιότητα σχέσης και ο δέκτης να επιθυμεί να λάβει την υποστήριξη. Στην παρούσα έρευνα, πληρούνταν πολλές από αυτές τις προϋποθέσεις. Έτσι, στη σχέση αυτή, οι πελάτες επιθυμούσαν και αναζητήσαν ενεργά την υποστήριξη από τον θεραπευτή, ενώ αποκάλυψαν ότι η στάση του θεραπευτή και η ποιότητα της σχέσης τους μαζί του ήταν βασικά στοιχεία για να παραμείνουν στη θεραπεία και να δουλέψουν. Ανέφεραν επίσης ότι υπήρχε συμβατότητα τόσο μεταξύ τους, ως άτομα, όσο και ανάμεσα στις ανάγκες και τις προτιμήσεις τους από τη μια πλευρά, και τον τρόπο δουλειάς του θεραπευτή από την άλλη.

Η παρούσα έρευνα συμφωνεί με τα ευρήματα και υποστηρίζει τις υποθέσεις ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις βοηθούν τα άτομα να αναπτυχθούν μέσα από τις τραυματικές εμπειρίες (Cadell et al., 2003. Helgeson & Lopez, 2010. Hogan & Schmidt, 2002. Prati & Pietrantonio, 2009. Tedeschi & Calhoun, 2004). Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι συμμετέχοντες ανέφεραν αλλαγές που υποδηλώνουν ανάπτυξη μέσα από την ψυχοθεραπεία και όχι ανάκαμψη. Μέσα από τη σχέση τους με τον

θεραπευτή, οι συμμετέχοντες ανέπτυξαν, μεταξύ άλλων, αυτοεκτίμηση και αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας και απέκτησαν σημαντικές διαπροσωπικές δεξιότητες. Τα ευρήματα αυτά παρέχουν επιπλέον ερευνητική υποστήριξη στους ισχυρισμούς της Hartling (2008) ότι χαρακτηριστικά όπως η αυτοεκτίμηση, η εσωτερική εστία ελέγχου, το αίσθημα της ικανότητας και η δυνατότητα για σύνδεση με τους άλλους είναι χαρακτηριστικά που αναπτύσσονται μέσα από τις σχέσεις του ατόμου.

Στη βιβλιογραφία της ψυχικής ανθεκτικότητας και της κοινωνικής στήριξης έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα που επιχειρούν να προσδιορίσουν τους συγκεκριμένους μηχανισμούς μέσα από τους οποίους οι κοινωνικές σχέσεις ενισχύουν την ψυχική ανθεκτικότητα. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας διευκρινίζουν, διευρύνουν, και παρέχουν ερευνητική υποστήριξη για το προστατευτικό μοντέλο των Cohen και Wills (1985), οι οποίοι διατείνονται ότι οι σχέσεις λειτουργούν προστατευτικά για τα άτομα σε συνθήκες στρες και αντιξοότητας μεταβάλλοντας τόσο την εκτίμηση του στρεσογόνου παράγοντα από το άτομο όσο και την αντίδραση του απέναντι σε αυτόν. Όπως είδαμε, η θεραπευτική σχέση βοήθησε τους συμμετέχοντες να αλλάξουν την αντίληψη τους για τον εαυτό τους και για την ικανότητα τους να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες, αλλά και την αντίληψη τους για τις ίδιες τις δυσχερείς εμπειρίες. Η σχέση λειτούργησε επίσης ανακουφιστικά παρέχοντας συναισθηματική αποφόρτιση και αλλαγή στη γενικότερη συναισθηματική βίωση, υποστηρίζοντας επιπλέον την υπόθεση των Wills και Bantum (2012) ότι οι σχέσεις ενισχύουν τον αυτοέλεγχο και την ικανότητα συναισθηματικής ρύθμισης. Επίσης, σύμφωνα με το μοντέλο κοινωνικής-γνωστικής επεξεργασίας του Lepore και των συνεργατών του (Lepore, 2001. Lepore & Helgeson, 1998. Lepore et al., 1996), η σχέση με τον θεραπευτή φάνηκε ότι λειτούργησε υποστηρικτικά και διευκόλυνε την έκφραση των συναισθημάτων και των σκέψεων των συμμετεχόντων αναφορικά με τις τραυματικές εμπειρίες που βίωσαν, διευκολύνοντας έτσι την απαραίτητη γνωστική και συναισθηματική επεξεργασία. Σε συμφωνία με το μοντέλο αυτό, οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα ενίσχυσαν την αυτοεκτίμηση τους, αποδέχτηκαν τις εμπειρίες τους και τις είδαν κάτω από ένα θετικότερο φως, ενώ βοηθήθηκαν στη μείωση της συναισθηματικής τους διέγερσης και την ενίσχυση του αισθήματος ότι έχουν την ικανότητα να ελέγξουν τα αρνητικά τους συναισθήματα.

Εκτός από τον ρόλο του θεραπευτή και τη θεραπευτική σχέση, τα ευρήματα ανέδειξαν επίσης τον σημαντικό ρόλο που παίζουν οι ίδιοι οι πελάτες στην αλλαγή και την υπέρβαση των τραυματικών εμπειριών. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες

ανέφεραν πως τα έντονα συναισθήματα, ο προβληματισμός ή το γεγονός ότι τους άρεσε η θεραπευτική διαδικασία λειτουργούσαν ως σημαντικά κίνητρα για να αναζητήσουν και να παραμείνουν στη θεραπεία. Επίσης, αναδείχθηκε η σημαντικότητα της ετοιμότητας τους να αναγνωρίσουν ή να αντιμετωπίσουν συναισθήματα ή καταστάσεις στην ψυχοθεραπεία. Τέλος, οι πελάτες αναφέρθηκαν στον ενεργητικό ρόλο που έπαιξαν οι ίδιοι στην αλλαγή τους, αναζητώντας, για παράδειγμα, ενεργά κάποιον θεραπευτή που να τους ταιριάζει, δείχνοντας εμπιστοσύνη στον θεραπευτή και τη διαδικασία, έχοντας θάρρος να μιλήσουν και να ανοιχτούν και δουλεύοντας ανάμεσα στις συνεδρίες.

Ο ρόλος του ίδιου του πελάτη στην αλλαγή έχει αρχίσει να αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια, ενώ η προσέγγιση των κοινών παραγόντων τον έχει αναδείξει ως έναν από τους σημαντικότερους κοινούς παράγοντες (Hubble et al., 2010. Lambert, 1992). Ο Lambert (1992) απέδωσε στον πελάτη και σε μεταβλητές εκτός της θεραπείας το 40% της θεραπευτικής βελτίωσης και αλλαγής, ενώ νεότερες προσπάθειες τοποθέτησαν τη συμβολή του πελάτη και του περιβάλλοντος του στη βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στο 33,3% (Cuijpers et al., 2012). Μάλιστα, υπάρχουν ερευνητές και κλινικοί, που υποστηρίζουν ότι ο πελάτης είναι ο σημαντικότερος κοινός θεραπευτικός παράγοντας που παίζει ενεργό ρόλο στη διαδικασία της αλλαγής (Bohart, 2000. Bohart & Tallman, 1999. Tallman & Bohart, 1999). Τα συχνότερα χαρακτηριστικά των πελατών που αναφέρονται στη βιβλιογραφία των κοινών θεραπευτικών παραγόντων, είναι αντίστοιχα με εκείνα που αναδείχθηκαν στην παρούσα έρευνα και περιλαμβάνουν τις θετικές προσδοκίες και την ελπίδα για βελτίωση, το επίπεδο δυσφορίας και την ενεργητική αναζήτηση βοήθειας (Grencavage & Norcross, 1990), αλλά και την ενεργητική συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία (Lambert, 2013. Lambert & Ogles, 2004).

Ο ρόλος του πελάτη ως βασικού παράγοντα αλλαγής έχει αναδειχθεί και από τις έρευνες που γίνονται από την οπτική του πελάτη (Carey et al., 2007. Edwards & Loeb, 2011. Göstas et al., 2012. Levitt et al., 2006. Manthei, 2007. Timulak, 2007), αν και σε μικρότερο βαθμό από ότι ο ρόλος του θεραπευτή και της θεραπευτικής σχέσης. Σε συμφωνία με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, οι πελάτες αναγνωρίζουν δύο βασικές διαστάσεις στον ρόλο τους. Η πρώτη βασική διάσταση αποτελεί την προϋπόθεση ή τη βάση, και περιλαμβάνει τις έννοιες του κινήτρου και της ετοιμότητας για θεραπεία. Για παράδειγμα, στις προγενέστερες έρευνες οι πελάτες αναφέρουν κίνητρα όπως τα αρνητικά συναισθήματα ή η συνειδητοποίηση ότι η

αποφυγή των προβλημάτων δε θα τους βοηθήσει να τα λύσουν (Carey et al., 2007). Η δεύτερη διάσταση του ρόλου του πελάτη είναι η ενεργή προσπάθεια που χρειάζεται να καταβάλλει ο ίδιος ώστε να επιτευχθεί η αλλαγή (Edwards & Loeb, 2011. Göstas et al., 2012. Levitt et al., 2006. Manthei, 2007). Συγκεκριμένα, οι πελάτες αναφέρουν παράγοντες όπως η συνέχιση της επεξεργασίας των ζητημάτων μεταξύ των συνεδριών, η διατήρηση της στάσης ενδοσκόπησης ή η μελέτη σχετικών βιβλίων, οι οποίοι αναφέρθηκαν και από τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα.

Τα παραπάνω ευρήματα ως προς τον ρόλο του πελάτη υποστηρίζουν τα ήδη υπάρχοντα ευρήματα και δεν προσθέτουν νέα στοιχεία στη βιβλιογραφία της έρευνας στην ψυχοθεραπεία. Το πλαίσιο, ωστόσο, στο οποίο η παρούσα έρευνα παρέχει νέα στοιχεία, είναι εκείνο της αντιξοότητας και των τραυματικών εμπειριών. Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί ως τώρα στο πλαίσιο αυτό, στις οποίες αναδεικνύεται η σημαντικότητα της συμμετοχής του πελάτη, είναι σπάνιες. Εξαίρεση αποτελεί η έρευνα των Omylinska-Thurston και Cooper (2014), στην οποία οι συμμετέχοντες εντόπισαν τη δική τους κινητοποίηση και ενεργητική συμμετοχή ως σημαντικό παράγοντα αλλαγής. Επομένως, η παρούσα έρευνα βοηθά να αναδειχθεί ακόμη περισσότερο ο ρόλος του ίδιου του πελάτη στην ανάκαμψη από τις τραυματικές εμπειρίες και την ανάπτυξη του μέσα από την ψυχοθεραπεία. Το εύρημα αυτό προσθέτει επιπλέον και στη βιβλιογραφία της ψυχικής ανθεκτικότητας, αποδίδοντας έναν ενεργητικό ρόλο στο ίδιο το άτομο που βιώνει την αντιξοότητα ή την τραυματική εμπειρία και τονίζοντας τη σημαντικότητα της δικής του δράσης στην αντιμετώπιση της.

Ο θεραπευτής, ο πελάτης και η μεταξύ τους σχέση είναι, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, οι βασικοί παράγοντες που συντελούν στη θετική θεραπευτική έκβαση και στην αλλαγή της νοηματοδότησης που επιτυγχάνεται μέσω της ψυχοθεραπείας. Οι παράγοντες αυτοί, όπως ήδη αναφέρθηκε, δημιουργούν τις προϋποθέσεις για να λάβουν χώρα τέσσερις διαδικασίες αναζήτησης και επεξεργασίας του νοήματος. Η πρώτη αφορά στη λήψη απόστασης και στην παρατήρηση της υποκειμενικής εμπειρίας. Μέσα στο ασφαλές πλαίσιο που δημιουργείται στην ψυχοθεραπεία, οι πελάτες επικεντρώνονται και παρατηρούν ψύχραιμα τον εαυτό τους, τα συναισθήματα, τις σκέψεις, τις συμπεριφορές αλλά και τις εμπειρίες τους. Η δεύτερη διαδικασία αναφέρεται στην επεξεργασία των τραυματικών εμπειριών και των επιπτώσεων τους, μέσω της αφήγησης τους. Βασικά χαρακτηριστικά της διαδικασίας αυτής είναι ότι η αφήγηση και η επεξεργασία μπορεί

να επαναληφθεί ξανά και ξανά και να επιτελεστεί τόσο σε γνωστικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο μέχρι οι συμμετέχοντες να αισθανθούν ότι ολοκληρώνεται. Η τρίτη διαδικασία αφορά στην ενόραση. Οι πελάτες αρχίζουν να αντιλαμβάνονται με μεγαλύτερη διαύγεια τον εαυτό τους και τους άλλους, αναγνωρίζουν την πορεία τους και τις εμπειρίες που τους έχουν διαμορφώσει και αλλάζουν την εικόνα που είχαν για τον εαυτό τους και τον κόσμο. Τέλος, η συναισθηματική ανακούφιση είναι μια διαδικασία που λαμβάνει χώρα παράλληλα με τις υπόλοιπες, καθώς την ώρα που οι πελάτες αφηγούνται και επεξεργάζονται τα βιώματα τους εκφορτίζονται συναισθηματικά και μειώνεται η συναισθηματική τους ένταση. Η συναισθηματική ανακούφιση βοηθάει με τη σειρά της τους πελάτες να αντιμετωπίζουν ψύχραιμα τα βιώματα, τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους, και έτσι υποβοηθείται η διαδικασία της γνωστικής και συναισθηματικής επεξεργασίας.

Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με τα ευρήματα άλλων σχετικών ερευνών σε σχέση με τις διαδικασίες που συντελούν στη θετική ψυχοθεραπευτική αλλαγή. Η έκφραση και συζήτηση των προβλημάτων, των σκέψεων και των συναισθημάτων είναι μια διαδικασία που οι πελάτες αναφέρουν συχνά ως βοηθητική (Carey et al., 2007. Liliengren & Werbart, 2005. Olivera et al., 2013. Paulson et al., 1999. Von Below et al., 2010), ακόμη και στο πλαίσιο αντιξοοτήτων όπως ο καρκίνος και το πένθος (Cutcliffe, 2004. Diamond et al., 2012. Omylinska-Thurston & Cooper, 2014). Η διαδικασία αυτή είναι βασική για τη συναισθηματική ανακούφιση και για την ενόραση που αποκτούν οι πελάτες μέσα από την ψυχοθεραπεία (Carey et al., 2007. Liliengren & Werbart, 2005). Επιπλέον, η επαναβίωση των συναισθημάτων μέσα στο ασφαλές ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο λειτουργεί καθαρκικά, και οδηγεί σε μεγαλύτερη κατανόηση και συναισθηματική ανακούφιση (Murray, 2002. Paulson et al., 1999. Rayner et al. 2011. Timulak, 2007).

Η ενόραση, η επίγνωση του εαυτού και η κατανόηση είναι διαδικασίες που έχουν επίσης αναγνωριστεί από τους πελάτες σε προγενέστερες έρευνες (Carey et al., 2007. Castonguay et al., 2010. Clarke, et al. 2004. Gallegos, 2005. Nilsson et al., 2007. Paulson et al., 1999. Rayner et al., 2011. Timulak, 2007. Von Below et al., 2010). Όπως και στην παρούσα έρευνα, η ενόραση αφορά τόσο στον εαυτό και στις υποκειμενικές εμπειρίες όπως τα συναισθήματα και οι σκέψεις, όσο και στα προβλήματα που αντιμετωπίζει κανείς και στη σαφέστερη επίγνωση των λύσεων τους (Castonguay et al., 2010). Επιπλέον, η αναγνώριση της ιστορίας του πελάτη και της επίδρασης της στη λειτουργικότητα του, μαζί με την κατανόηση γενικότερων

συνδέσεων και μοτίβων στη ζωή του, αποτελούν επίσης βοηθητικές διαδικασίες, τόσο στην παρούσα έρευνα όσο και σε προγενέστερες (Gallegos, 2005. Nilsson et al., 2007).

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας παρέχουν περαιτέρω ερευνητική υποστήριξη και υπογραμμίζουν τη σημαντικότητα τόσο της συναισθηματικής, όσο και της γνωστικής επεξεργασίας των δυσχερών ή τραυματικών εμπειριών για τη θετική προσαρμογή σε αυτές (Foa & Kozak, 1986. Greenberg, 1995. Greenberg & Pascual Leone, 2006. Hunt, 1998. Park, 2010. Rachman, 1980, 2001). Προς επιβεβαίωση της υπόθεσης του Rachman (1980, 2001) ότι η χαλάρωση και η απουσία κινδύνου είναι συνθήκες που διευκολύνουν τη συναισθηματική επεξεργασία, η παρούσα έρευνα τονίζει τον ρόλο του ασφαλούς θεραπευτικού πλαισίου στην επαναβίωση και επεξεργασία των δύσκολων συναισθημάτων, έτσι ώστε να μπορέσει το άτομο να απαλλαγεί από αυτά. Επιπλέον, ο Rachman (1980, 2001) υποστήριξε ότι το αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας, η συναισθηματική σταθερότητα, το αισιόδοξο γνωστικό στυλ, οι ευνοϊκές εκτιμήσεις και η μη αποφυγή των αρνητικών ερεθισμάτων διευκολύνουν τη συναισθηματική επεξεργασία. Όπως φάνηκε από την παρούσα έρευνα οι μεταβλητές αυτές αποτελούν παράγοντες που αναπτύσσονται και ενισχύονται στην ψυχοθεραπεία και επομένως, πιθανά λειτουργούν ως προστατευτικοί παράγοντες που διευκολύνουν την ικανότητα συναισθηματικής επεξεργασίας των νέων αντιξοοτήτων. Το εύρημα αυτό συνάδει και με το εύρημα των Pos et al. (2009), ότι η ικανότητα για συναισθηματική επεξεργασία βελτιώνεται με την ψυχοθεραπεία και ότι προβλέπει βελτιωμένη αυτοεκτίμηση και μείωση των οδυνηρών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Τόσο οι Foa και Kozak (1986), όσο και η Hunt (1998), υποστήριξαν ότι για να λάβει χώρα η συναισθηματική επεξεργασία χρειάζεται να ενεργοποιηθεί αφενός η βίωση του αρνητικού συναισθήματος και αφετέρου να υπάρξουν νέες πληροφορίες σχετικά με αυτό. Κατά συνέπεια, για να πραγματοποιηθεί επιτυχώς η συναισθηματική επεξεργασία, δεν αρκεί μόνο το ασφαλές πλαίσιο, αλλά είναι απαραίτητη και η συμβολή του θεραπευτή με παρεμβάσεις που βοηθούν το άτομο να δει τα πράγματα κάτω από ένα νέο φως, ώστε να μπορέσει να απαλλαγεί επιτυχώς από τα οδυνηρά συναισθήματα. Στην παρούσα έρευνα αναδείχθηκε πράγματι ο σημαντικός ρόλος των παρεμβάσεων του θεραπευτή στην αλλαγή της οπτικής, παρέχοντας υποστήριξη στις παραπάνω υποθέσεις. Τα ευρήματα της έρευνας συνάδουν επίσης με τα ευρήματα άλλων ερευνών που δείχνουν ότι η συναισθηματική επεξεργασία συνδέεται με θετική

προσαρμογή, σε αντίθεση με την απόσπαση της προσοχής ή την καθαρά νοητική γνωστική αναδόμηση, υπογραμμίζοντας τον ρόλο που παίζουν τα συναισθήματα και η επεξεργασία τους για την αλλαγή (Hunt, 1998). Οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα ανέφεραν ότι η επαναβίωση των οδυνηρών συναισθημάτων και η αφήγηση των τραυματικών ή δυσχερών εμπειριών ήταν διαδικασίες που λάμβαναν χώρα επανειλημμένα μέσα στη θεραπεία, υποστηρίζοντας πιθανά την υπόθεση της Hunt (1998), ότι τα οφέλη της συναισθηματικής επεξεργασίας προκύπτουν από την εξοικείωση που προκαλείται από την ενεργοποίηση της συναισθηματικής δομής που προκαλεί τη δυσφορία.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας υποστηρίζουν επίσης τη θετική επίδραση του στοχαστικού συλλογισμού, ο οποίος σχετίζεται με τη στροφή των ατόμων εσωτερικά και την προσπάθεια τους να κατανοήσουν και να επιλύσουν την τραυματική εμπειρία (Calhoun et al., 2000. Treynor et al., 2003). Πράγματι, η έρευνα έδειξε ότι τα άτομα μέσα στην ψυχοθεραπεία εμπλέκονται σε μια αντίστοιχη διαδικασία αναζήτησης του νοήματος των τραυματικών εμπειριών και ότι τελικά η διαδικασία αυτή οδηγεί σε καλύτερη προσαρμογή και μετατραυματική ανάπτυξη ενισχύοντας αντίστοιχα προγενέστερα ευρήματα (Calhoun et al., 2000. Greenberg, 1995. Linley & Joseph, 2004. Stockton et al., 2011).

Περισσότερο από όλα όμως, η παρούσα έρευνα υπογραμμίζει ότι η διαδικασία που έχει θετικά αποτελέσματα στην προσαρμογή και συνδέεται με την ανάπτυξη μετά από την αντιξοότητα δεν είναι αμιγώς συναισθηματική ή γνωστική αλλά ένας συνδυασμός των δύο αυτών διαδικασιών όπως έχει ήδη προταθεί από αρκετούς άλλους ερευνητές (Bower et al., 1998. Creswell et al., 2007. Greenberg, 2002, 2008. Hunt et al., 2007. Pennebaker, 1997. Samoilov & Goldfried, 2000). Φαίνεται πως στην ψυχοθεραπεία οι άνθρωποι εμπλέκονται σε μια ενσυνείδητη βίωση, που διαφέρει τόσο από την πλήρη ταύτιση με το συναίσθημα όσο και από την απρόσωπη σκέψη, και αφορά σε μια συνολική γνωστική και συναισθηματική εσωτερική εξερεύνηση, ακριβώς όπως υποστήριξε ο Teasdale (1999).

Συνεισφορά της Παρούσας Έρευνας στην Επιστημονική Γνώση και την Ψυχοθεραπευτική Πρακτική

Η παρούσα διατριβή διερεύνησε τον ρόλο της ψυχοθεραπείας στην ανάπτυξη και ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας ατόμων που είχαν υποστεί κάποια τραυματική εμπειρία ή αντιξοότητα. Στόχος της ήταν ο εντοπισμός των προστατευτικών παραγόντων που αναπτύσσονται στην ψυχοθεραπεία καθώς και του

τρόπου με τον οποίο αναπτύσσονται. Τα ευρήματα οδήγησαν σε ένα θεωρητικό μοντέλο ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας, κεντρικό στοιχείο του οποίου αποτελεί η ανακατασκευή του προσωπικού νοήματος σε σχέση με τον εαυτό, τις εμπειρίες και τη ζωή. Επιπλέον, εντοπίστηκαν οι διαδικασίες που συμβάλλουν σε αυτή την ανακατασκευή του νοήματος όπως επίσης και ο ρόλος του θεραπευτή, του πελάτη και της μεταξύ τους σχέσης.

Στη συνέχεια εξετάζεται η συνεισφορά των ευρημάτων της παρούσας έρευνας στην ψυχοθεραπευτική θεωρία, έρευνα, κλινική πρακτική και εκπαίδευση.

Θεωρητική συμβολή. Η παρούσα διατριβή πραγματοποιήθηκε με το σκοπό να καλύψει το κενό που υπάρχει στη βιβλιογραφία της ψυχοθεραπείας ως προς την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας. Ο προσδιορισμός τόσο των παραγόντων ψυχικής ανθεκτικότητας που αναπτύσσονται μέσω της ψυχοθεραπείας, όσο και του τρόπου με τον οποίο συντελείται η ανάπτυξη των παραγόντων αυτών, είναι ερωτήματα που δεν έχουν τεθεί σαφώς μέχρι τώρα στην ψυχοθεραπευτική έρευνα. Επομένως, ένα θεωρητικό μοντέλο για την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας εμπλουτίζει και διευρύνει την ψυχοθεραπευτική θεωρία.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας υποστηρίζουν ότι η ψυχοθεραπεία ενισχύει τους βασικούς προστατευτικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχική ανθεκτικότητα και με αυτό τον τρόπο συμβάλλει καθοριστικά στην καλύτερη ικανότητα προσαρμογής και λειτουργίας των ατόμων όταν αντιμετωπίζουν δυσχερείς συνθήκες ή τραυματικές εμπειρίες. Αυτή είναι μια σημαντική διαπίστωση που μπορεί να δώσει ώθηση στο πεδίο της ψυχοθεραπείας και να εδραιώσει ακόμη περισσότερο την αξία της, ιδιαίτερα σε συνθήκες τραυματικών εμπειριών και αντιξοοτήτων.

Επιπλέον, τα ευρήματα υπογραμμίζουν ότι η διαδικασία ανάπτυξης των προστατευτικών παραγόντων, και μέσω αυτών της ψυχικής ανθεκτικότητας, είναι κατεξοχήν μια διαδικασία ανακατασκευής του νοήματος που αποδίδουν τα άτομα στον εαυτό τους, τη ζωή και τις εμπειρίες τους. Η ανακατασκευή του νοήματος λειτουργεί η ίδια ως προστατευτικός παράγοντας, ταυτόχρονα όμως οδηγεί και στην ανάπτυξη άλλων προστατευτικών παραγόντων όπως είναι η συναισθηματική ρύθμιση, οι αποτελεσματικότερες συμπεριφορές και στρατηγικές διαχείρισης του στρες και των αντιξοοτήτων και η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων. Ταυτόχρονα, η παρούσα μελέτη παρέχει ερευνητική υποστήριξη ότι η διαδικασία ανακατασκευής του νοήματος δεν αποτελεί μόνο μια διαδικασία γνωστικής επανεκτίμησης, αλλά μια σφαιρική διαδικασία που περιλαμβάνει τόσο γνωστική, όσο

και συναισθηματική επεξεργασία. Κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας οι πελάτες εμπλέκονται στην επεξεργασία των τραυματικών εμπειριών που έχουν βιώσει και στην αναζήτηση του νοήματος τους, αλλά κυρίως επεξεργάζονται τα συναισθήματα που έχουν προκύψει από αυτές, επαναβιώνοντας τα μέσα στο ασφαλές θεραπευτικό πλαίσιο. Οι διαδικασίες αυτές έχουν σαν αποτέλεσμα να μετριάζονται ή και να εξαλείφονται τα έντονα οδυνηρά συναισθήματα και να ανακάμπτει το άτομο επιτυχώς από την τραυματική εμπειρία. Συμπερασματικά, οι διαπιστώσεις ότι η ψυχική ανθεκτικότητα οικοδομείται μέσα από την ανακατασκευή του νοήματος και ότι αυτή η διαδικασία είναι τόσο γνωστική όσο και συναισθηματική, συμβάλλουν στην περαιτέρω διευκρίνιση του ρόλου της ψυχοθεραπείας στο πλαίσιο της αντιξοότητας και του τραύματος.

Το θεωρητικό μοντέλο που προτείνεται από τα ευρήματα υποστηρίζει επιπλέον ότι τόσο η διαδικασία ανακατασκευής του νοήματος, όσο και οι υπόλοιποι προστατευτικοί παράγοντες που αναπτύσσονται ως αποτέλεσμα της ανακατασκευής του νοήματος, αποτελούν συστατικά στοιχεία μιας ανάπτυξης και θετικής μεταμόρφωσης που λαμβάνει χώρα μέσα από την ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Σημαντική συμβολή του μοντέλου αποτελεί η διαπίστωση ότι η ανάπτυξη δε συντελείται μέσα από την προγραμματισμένη και στοχευμένη ενίσχυση συγκεκριμένων παραγόντων όπως προτείνεται από τα προγράμματα, ψυχοθεραπευτικά και μη, ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας. Αντίθετα, πρόκειται για μια ανάπτυξη που συντελείται οργανισμικά, μέσα στο γόνιμο έδαφος που δημιουργείται στην ψυχοθεραπεία από τον ίδιο τον πελάτη, τον θεραπευτή και την ποιότητα της σχέσης τους. Αυτό το έδαφος παρέχει το ασφαλές πλαίσιο μέσα στο οποίο το άτομο επεξεργάζεται ολιστικά την εμπειρία του και αναπτύσσεται προς την κατεύθυνση που το οδηγούν οι εγγενείς του δυνατότητες.

Μια επιπλέον θεωρητική συνεισφορά της παρούσας μελέτης αφορά στην αναγνώριση της σημαντικότητας του ρόλου του ίδιου του πελάτη στην ψυχοθεραπευτική αλλαγή και στην καλλιέργεια της ψυχικής του ανθεκτικότητας. Ο ρόλος του πελάτη έχει λάβει μεγάλη θεωρητική και ερευνητική προσοχή και υποστήριξη στην ψυχοθεραπευτική έρευνα γενικά. Ωστόσο, στις ψυχοθεραπευτικές έρευνες που έχουν γίνει στο πλαίσιο της αντιξοότητας και του τραύματος, το εύρημα αυτό συνήθως δεν επιβεβαιώνεται. Οι πελάτες που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες ή αντιξοότητες αναφέρονται περισσότερο σε διαστάσεις του θεραπευτή και της θεραπευτικής σχέσης και όχι στον δικό τους ρόλο στην αλλαγή. Η παρούσα

έρευνα αποτελεί εξαίρεση και αναδεικνύει τη σημαντικότητα της κινητοποίησης του πελάτη να εμπλακεί σε μια ψυχοθεραπευτική διαδικασία και να παραμείνει παρά τις δυσκολίες, της ετοιμότητας του να αντιμετωπίσει και να επεξεργαστεί καταστάσεις, εμπειρίες και συναισθήματα, αλλά και της ενεργής συμμετοχής του τόσο μέσα στην ψυχοθεραπευτική συνεδρία, όσο και μεταξύ συνεδριών.

Συμβολή στην έρευνα. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η έρευνα στην ψυχοθεραπεία έχει ασχοληθεί ελάχιστα με την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας. Οι υπάρχουσες έρευνες είναι ποσοτικές και αξιολογούν κυρίως την επίδραση διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας. Οι έρευνες αυτές, αν και χρησιμοποιούν διαφορετικούς τρόπους αξιολόγησης της ψυχικής ανθεκτικότητας, σε γενικές γραμμές δείχνουν ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας μετά την παρέμβαση. Ωστόσο, δεν παρέχουν καμία πληροφορία για τους συγκεκριμένους παράγοντες ψυχικής ανθεκτικότητας που αναπτύσσονται μέσω της ψυχοθεραπείας, ούτε για τους τρόπους ανάπτυξης τους. Επιπλέον, οι ποιοτικές έρευνες που έχουν γίνει από την οπτική ατόμων που έχουν βιώσει απώλειες, ασθένειες και άλλου είδους σοβαρές αντιξοότητες ως προς τα αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας και τους παράγοντες που τους βοήθησαν να ανακάμψουν από αυτές, δεν έχουν πραγματοποιηθεί με το σαφές πλαίσιο της ψυχικής ανθεκτικότητας. Επομένως, το πεδίο διερεύνησης της συμβολής της ψυχοθεραπείας στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας παραμένει ανεξερεύνητο.

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια από τις πρώτες προσπάθειες σύνδεσης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας με το φαινόμενο της ψυχικής ανθεκτικότητας. Η σύνδεση αυτή φέρνει κοντά δύο ερευνητικές περιοχές που μέχρι τώρα ήταν διαχωρισμένες, δίνοντας τη δυνατότητα να εμπλουτιστούν και οι δύο μέσα από την ανταλλαγή γνώσεων, θεωριών και ερευνητικών πρωτοβουλιών. Η έρευνα θέτει επομένως τα θεμέλια της διερεύνησης του φαινομένου της ανάπτυξης της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσα στην ψυχοθεραπεία. Η έρευνα επιχειρεί να εντοπίσει τους βασικούς προστατευτικούς παράγοντες που καλλιεργούνται στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία και κυρίως, τους τρόπους και τις διαδικασίες μέσα από τους οποίους επιτυγχάνεται αυτό. Εφόσον έχουν τεθεί τα θεμέλια αυτά, παρέχεται η δυνατότητα έναρξης μια σειράς διαφορετικών ερευνών, οι οποίες θα εξετάζουν συγκεκριμένα ερευνητικά ερωτήματα.

Τέλος, η παρούσα έρευνα, ως μια ποιοτική διερευνητική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από την οπτική ατόμων που είχαν βιώσει τραυματικές εμπειρίες

και σοβαρές δυσχέρειες, δίνει έμφαση στο λόγο του πελάτη, κάτι που αποτελεί καινοτομία στον χώρο αυτό. Όπως αναφέρθηκε, οι υπάρχουσες έρευνες που αξιολογούν την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας, είναι ποσοτικές και δεν αναφέρονται ρητώς στην οπτική του πελάτη.

Συμβολή στην ψυχοθεραπευτική πρακτική και εκπαίδευση. Η έρευνα αυτή είχε σαν στόχο να δώσει φωνή σε άτομα που είχαν βιώσει ποικίλες δυσχέρειες και τραυματικές εμπειρίες, έτσι ώστε να μάθουμε πως η ψυχοθεραπεία μπορεί να τροποποιηθεί ή να εμπλουτιστεί ώστε να καλύψει με καλύτερο τρόπο τις ανάγκες τους. Το θεωρητικό μοντέλο που προέκυψε για την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας συνεισφέρει με πολλούς τρόπους τόσο στην ψυχοθεραπευτική πρακτική, όσο και στην εκπαίδευση νέων ψυχοθεραπευτών. Ένα βασικό πλεονέκτημα του μοντέλου αυτού είναι ότι οι μεταβλητές του είναι πανθεωρητικές και επομένως τα βασικά στοιχεία του μπορούν να εφαρμοστούν και να αξιοποιηθούν από ποικίλες ψυχοθεραπευτικές σχολές.

Το βασικό εύρημα ότι η ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας προκύπτει μέσα από την ανακατασκευή του νοήματος μπορεί να κατευθύνει τους ψυχοθεραπευτές περισσότερο σε διαδικασίες διευκόλυνσης της γνωστικής και κυρίως της συναισθηματικής επεξεργασίας και όχι τόσο στη διδασκαλία δεξιοτήτων. Είδαμε προηγουμένως ότι τα προγράμματα ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας έχουν εστιάσει κυρίως στη στοχευμένη ανάπτυξη επιλεγμένων προστατευτικών παραγόντων μέσω συγκεκριμένων τεχνικών, ψυχοεκπαίδευσης ή διδασκαλίας δεξιοτήτων. Η παρούσα έρευνα ανέδειξε ότι ίσως εκείνο που είναι σημαντικότερο είναι η δημιουργία των συνθηκών που είναι απαραίτητες ώστε να διευκολυνθεί το άτομο να ανανοηματοδοτήσει τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τις εμπειρίες του. Η ίδια η ανακατασκευή του νοήματος είναι αυτή που το βοηθά να ανακάμψει από την αντιξοότητα και να αναπτυχθεί, ενώ ταυτόχρονα οδηγεί και στην ανάπτυξη άλλων προστατευτικών παραγόντων. Επιπλέον, μέσα από την έρευνα αναδείχθηκε ότι αυτή η διαδικασία ανανοηματοδότησης δεν προκύπτει μόνο μέσα από μια γνωστική αναδόμηση αλλά μέσα από μια ολιστική διεργασία, βασικό χαρακτηριστικό της οποίας αποτελεί η επαναβίωση και επεξεργασία των οδυνηρών συναισθημάτων που προέκυψαν από τις τραυματικές εμπειρίες.

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε τις βασικές διαστάσεις του ρόλου του ψυχοθεραπευτή που είναι απαραίτητες για τη διευκόλυνση της ανακατασκευής του νοήματος και την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας. Καταρχάς, η έρευνα

υποδεικνύει πως ο θεραπευτής με την προσωπικότητα, τη στάση και τις παρεμβάσεις του επιτελεί τρεις κεντρικές λειτουργίες. Σε ένα πρώτο επίπεδο ο θεραπευτής συμβάλλει στη δημιουργία μιας ασφαλούς θεραπευτικής σχέσης που θα αποτελέσει το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα μπορέσει να λάβει χώρα η επεξεργασία των βιωμάτων, σκέψεων και συναισθημάτων. Επιπλέον, ο θεραπευτής λειτουργεί ως πρότυπο που δείχνει στον πελάτη μέσα από τη δική του στάση πως να υιοθετεί μια θετικότερη στάση απέναντι στον εαυτό του. Τέλος, οι παρεμβάσεις του ψυχοθεραπευτή διευκολύνουν ενεργά τις διαδικασίες αναανοηματοδότησης και βοηθούν το άτομο να δει τα πράγματα κάτω από ένα νέο φως, ώστε να μπορέσει να διαχειριστεί τα οδυνηρά συναισθήματα. Παρεμβάσεις του θεραπευτή όπως οι ερωτήσεις, το καθρέφτισμα των συναισθημάτων, οι ερμηνείες, η ψυχοεκπαίδευση, η αποδραματοποίηση, η διεύρυνση της οπτικής και η επισήμανση των θετικών του πελάτη μπορούν να βοηθήσουν τον πελάτη να αντιληφθεί με μεγαλύτερη διαύγεια τον εαυτό του, να αποκτήσει μια διαφορετική οπτική και να αναλάβει δράση. Η έρευνα, επίσης, επιβεβαίωσε τη σημαντικότητα ποιοτήτων όπως η αποδοχή, ο σεβασμός, η κατανόηση, η αυθεντικότητα, η πίστη και η υποστήριξη του πελάτη, στην επιτέλεση των παραπάνω λειτουργιών. Επιπλέον, η έρευνα ανέδειξε τη σημαντικότητα τους ειδικά για άτομα που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες ή αντιξοότητες.

Ένα σημαντικό στοιχείο που αναδείχθηκε από την παρούσα έρευνα είναι η σημαντικότητα της ποιότητας της θεραπευτικής σχέσης και της συμβατότητας ανάμεσα στον πελάτη και τον θεραπευτή. Η αναγνώριση αυτή έχει σημαντικές προεκτάσεις για την ψυχοθεραπευτική πρακτική, καθώς η διερεύνηση της ποιότητας της θεραπευτικής σχέσης και της συμβατότητας στα αρχικά στάδια της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας θα μπορούσε να είναι ιδιαίτερα βοηθητική.

Το θεωρητικό μοντέλο που προέκυψε από την παρούσα μελέτη αναδεικνύει επίσης τη σημαντικότητα του ρόλου του ίδιου του πελάτη στην ενίσχυση της ψυχικής του ανθεκτικότητας. Βασικά στοιχεία του ρόλου του πελάτη που αναδείχθηκαν είναι η κινητοποίηση και η ετοιμότητα του για θεραπεία, καθώς και η ενεργητική δουλειά που καταβάλλει εντός και εκτός συνεδρίας. Το συμπέρασμα αυτό είναι σημαντικό για την ψυχοθεραπευτική πρακτική, καθώς η απουσία κινήτρου, ετοιμότητας ή διάθεσης για εργασία από την πλευρά του πελάτη μπορεί να δυσχεραίνει ή ακόμη και να αποκλείει τη θεραπευτική πρόοδο.

Πάνω από όλα όμως, η παρούσα έρευνα υπογραμμίζει τη δυνατότητα των ατόμων να αναπτυχθούν μέσα από την ψυχοθεραπεία και όχι απλά να επανέλθουν σε ένα προγενέστερο, λειτουργικό επίπεδο. Η διαπίστωση αυτή μπορεί να εμπνεύσει τους θεραπευτές και να ενισχύσει την πίστη τους στις δυνατότητες που διαθέτουν τα άτομα να αντεπεξέρχονται στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και να βγαίνουν από αυτές δυνατότεροι, σοφότεροι και πιο ικανοποιημένοι με τον εαυτό τους και τη ζωή.

Περιορισμοί της Παρούσας Έρευνας και Προτάσεις για Μελλοντικές Έρευνες

Η επιλογή μιας συγκεκριμένης ερευνητικής προσέγγισης συνοδεύεται από ποικίλα πλεονεκτήματα, αναπόφευκτα όμως συνοδεύεται και από περιορισμούς ως προς την έκταση στην οποία τα ευρήματα μπορούν να γενικευθούν πέρα από τις συνθήκες της έρευνας. Επιπλέον, καμία μεμονωμένη έρευνα δε μπορεί να θεωρηθεί ότι αποτυπώνει πλήρως ένα φαινόμενο σε όλες του τις διαστάσεις. Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζονται περισσότερες έρευνες, τόσο ποιοτικές όσο και ποσοτικές, οι οποίες θα προσεγγίσουν το φαινόμενο από διαφορετικές οπτικές γωνίες, έτσι ώστε να μπορέσουμε να έχουμε μια πληρέστερη εικόνα. Στην παρούσα ενότητα θα συζητηθούν οι περιορισμοί της μεθόδου έρευνας και της εφαρμογής της στη συγκεκριμένη μελέτη, ενώ θα γίνουν και προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.

Σε ένα πρώτο επίπεδο, η ποιοτική προσέγγιση η οποία υιοθετήθηκε δεν έχει τη δυνατότητα να απαντήσει σε ερωτήματα αιτιότητας ως προς τη δυνατότητα της ψυχοθεραπείας να ενισχύσει την ψυχική ανθεκτικότητα των ατόμων. Κάτι τέτοιο θα απαιτούσε μια διαφορετική ερευνητική μεθοδολογία, όπως θα ήταν, για παράδειγμα, μια πειραματική έρευνα στην οποία θα γινόταν χειρισμός των υπό εξέταση μεταβλητών και αυστηρός έλεγχος των διαδικασιών. Ωστόσο, ο ευρύτερος σκοπός της μελέτης δεν ήταν η απόδοση αιτιότητας, αλλά η ανάδειξη των διαστάσεων του φαινομένου της ψυχικής ανθεκτικότητας που αναπτύσσονται στην ψυχοθεραπεία και η κατασκευή ενός εμπειρικά θεμελιωμένου θεωρητικού μοντέλου που να εξηγεί την ανάπτυξη αυτή.

Επιπλέον, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας δεν είναι δυνατό να γενικευτούν στον γενικό πληθυσμό, καθώς δε βασίζονται σε ένα μεγάλο δείγμα που έχει επιλεγεί με βάση την τυχαία δειγματοληψία. Ωστόσο, το δείγμα της παρούσας έρευνας κρίνεται κατάλληλο για τη μεθοδολογία που υιοθετήθηκε, ενώ η τάση ορισμένων ερευνητών που διεξάγουν ποιοτική έρευνα να χαρακτηρίζουν το δείγμα τους μικρό και να αποδίδουν στο μέγεθος του δείγματος την αδυναμία γενίκευσης, είναι λανθασμένη, καθώς αυτό αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό της ποιοτικής

έρευνας. Συγκεκριμένα, ο σκοπός της ποιοτικής έρευνας γενικά, και της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας ειδικότερα, δεν είναι η γενίκευση των ευρημάτων αλλά η παραγωγή μιας όσο το δυνατόν πληρέστερης θεωρίας. Η επιλογή της συγκεκριμένης προσέγγισης έγινε προκειμένου να κατανοηθεί καλύτερα και σε βάθος το φαινόμενο της ανάπτυξης της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας. Εφόσον, λοιπόν, η γενικευσιμότητα δεν ήταν ένα στοιχείο στο οποίο στόχευε η έρευνα, θυσιάστηκε προκειμένου να επιτευχθεί η πληρέστερη κατανόηση του φαινομένου.

Ένας ακόμη περιορισμός που προκύπτει από την υιοθέτηση μιας ποιοτικής προσέγγισης σχετίζεται με την αναπόφευκτη υποκειμενικότητα που συνεπάγεται. Μια έρευνα που γίνεται σε αυτό το πλαίσιο βασίζεται στις αφηγήσεις που κατασκευάζονται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης μεταξύ ερευνητή και συμμετεχόντων, ενώ η εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία που προκύπτει αντανακλά τις ιδέες, τις ενοράσεις, τη συγκεκριμένη οπτική και τις ερμηνείες του ερευνητή. Ένα διαφορετικό άτομο πιθανά θα κατέληγε σε ένα διαφορετικό θεωρητικό μοντέλο. Ωστόσο, σύμφωνα με την κονστρουκτιβιστική φιλοσοφική βάση στην οποία στηρίζεται η παρούσα μελέτη, όλες οι υποκειμενικές πραγματικότητες θεωρούνται εξίσου έγκυρες και συνεισφέρουν σε εμπλουτισμό και συνολικότερη θεώρηση του φαινομένου. Επιπλέον, η αναγνώριση αυτής της υποκειμενικότητας από τον ερευνητή, μαζί με τη χρήση κριτηρίων για τη διασφάλιση της ποιότητας της ερευνητικής διαδικασίας, όπως έγινε στην παρούσα έρευνα, μπορεί να αντιμετωπίσει ικανοποιητικά το ζήτημα αυτό.

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της ανάπτυξης της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ψυχοθεραπεία από την οπτική γωνία των ίδιων των ατόμων που είχαν βιώσει τραυματικές εμπειρίες ή αντιξοότητες. Παρόλα αυτά αναγνωρίζω ότι υιοθετώντας μια μόνο οπτική, και συγκεκριμένα αυτή του πελάτη, περιορίζεται το εύρος της θεωρίας που αναπτύσσεται. Η προσθήκη της οπτικής του θεραπευτή ή η χρήση ερωτηματολογίων για την εκτίμηση ορισμένων μεταβλητών της έρευνας, όπως, για παράδειγμα, η αξιολόγηση της προσαρμογής κατά το τέλος της ψυχοθεραπείας με μια σειρά από κατάλληλες κλίμακες, θα είχε ενδεχομένως οδηγήσει σε μια περισσότερο ολοκληρωμένη εικόνα. Ωστόσο, η απόφαση αυτή βασίστηκε στην όλο και μεγαλύτερη αναγνώριση της σημαντικότητας που έχει η φωνή των πελατών, προκειμένου να σχεδιάσουμε καλύτερες παρεμβάσεις και να καλύψουμε με καλύτερους τρόπους τις ανάγκες τους.

Ένας επιπλέον περιορισμός προκύπτει από το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είχε υποστεί εμπειρίες απώλειας, είτε μέσω χωρισμού, ή μέσω θανάτου, ενώ οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν ακολουθήσει προσωποκεντρική ψυχοθεραπεία. Πιθανά λοιπόν, τα ευρήματα της έρευνας να αντανakλούν κυρίως διαστάσεις τόσο της εμπειρίας της απώλειας, όσο και της προσωποκεντρικής προσέγγισης και να μην έχουν ένα μεγαλύτερο εύρος και έκταση. Ίσως οι αφηγήσεις ατόμων που έχουν βιώσει διαφορετικού είδους τραυματικές εμπειρίες ή αντιξοότητες, ή ατόμων που έχουν ακολουθήσει ψυχοθεραπεία άλλων προσεγγίσεων να αναδεικνύουν διαφορετικούς παράγοντες. Ωστόσο, στην πράξη, τα άτομα που είχαν βιώσει απώλειες δεν αναφέρονταν σε πολύ διαφορετικές διαστάσεις από εκείνα που είχαν βιώσει άλλου είδους αντιξοότητες. Επιπλέον, τα άτομα που είχαν κάνει ψυχοθεραπεία άλλων προσεγγίσεων, φάνηκε πως αναδεικνύουν ως σημαντικούς τους ίδιους θεραπευτικούς παράγοντες. Πιθανά αυτό οφείλεται στο ότι οι βασικές αρχές της προσωποκεντρικής προσέγγισης αποτελούν τη βάση για τις περισσότερες άλλες προσεγγίσεις.

Ωστόσο, είναι σημαντικό να διεξαχθούν περισσότερες ποιοτικές έρευνες, τόσο στα πλαίσια συγκεκριμένων τραυματικών εμπειριών ή αντιξοοτήτων, όσο και έρευνες που περιλαμβάνουν ποικίλες εμπειρίες. Για παράδειγμα, θα μπορούσε να διερευνηθεί συγκεκριμένα η εμπειρία της απώλειας των γονιών σε μικρή ηλικία, η εμπειρία μιας χρόνιας ασθένειας ή η ταυτόχρονη βίωση πολλαπλών τραυματικών εμπειριών. Επιπλέον, θεωρώ σημαντικό να διεξαχθούν έρευνες στις οποίες να αντιπροσωπεύεται τόσο μία μεμονωμένη, όσο και περισσότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Οι έρευνες αυτές θα επιτρέψουν να εντοπιστούν όσο το δυνατόν περισσότερες διαστάσεις του φαινομένου, τόσο από την άποψη των προστατευτικών παραγόντων που αναπτύσσονται στην ψυχοθεραπεία, όσο και από την άποψη των πλευρών της ψυχοθεραπείας που είναι βοηθητικές. Οι έρευνες αυτές θα συμβάλλουν επίσης στον εντοπισμό σημαντικών διαφορών ανάμεσα στους παράγοντες που είναι καθοριστικοί για διαφορετικές τραυματικές εμπειρίες.

Τέλος, ένας ακόμη πιθανός περιορισμός μπορεί να σχετίζεται με την επιλογή ατόμων που είχαν επιτυχημένη ψυχοθεραπεία και είχαν οδηγηθεί σε θετική προσαρμογή μετά από αυτήν. Αυτό μπορεί να περιορίζει τα ευρήματα καθώς αν είχαν επιλεγεί να συμμετάσχουν άτομα που δεν είχαν αποκομίσει θετικά αποτελέσματα από την ψυχοθεραπεία τους, ίσως να αναδεικνύονταν διαστάσεις που δεν αναφέρθηκαν από τις επιτυχημένες περιπτώσεις που εξετάστηκαν, και να οδηγούσαν έτσι σε ένα

πληρέστερο εμπειρικά θεμελιωμένο θεωρητικό μοντέλο. Επομένως, προτείνεται η διεξαγωγή ποιοτικών ερευνών στις οποίες να συμμετέχουν άτομα που δεν είχαν επιτυχημένη θεραπευτική έκβαση, ώστε να διευκρινιστούν ακόμη περισσότερο τόσο οι βοηθητικοί, όσο και οι μη βοηθητικοί παράγοντες.

Όπως ήδη ανέφερα, η παρούσα έρευνα αποτελεί μια πρώτη συστηματική προσπάθεια να διερευνηθεί το φαινόμενο της ψυχικής ανθεκτικότητας και η ανάπτυξη του στην ψυχοθεραπεία. Πρόκειται για ένα πολύπλοκο φαινόμενο που έχει ερευνηθεί ελάχιστα στο πεδίο της ψυχοθεραπευτικής έρευνας, επομένως είναι απαραίτητες περισσότερες έρευνες ώστε να χαρτογραφηθεί με λεπτομερέστερο και πληρέστερο τρόπο. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας και το θεωρητικό μοντέλο που προέκυψε θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως ερευνητικές υποθέσεις προς επιβεβαίωση από μελλοντικές έρευνες, οι οποίες θα χρησιμοποιήσουν τις κατάλληλες στατιστικές μεθόδους και το κατάλληλο μέγεθος δείγματος. Οι έρευνες αυτές θα μπορούσαν να εντοπίσουν τους παράγοντες του μοντέλου που φαίνεται να είναι καθολικότεροι καθώς και τους παράγοντες που ενδέχεται να είναι σημαντικότεροι σε συγκεκριμένα πλαίσια ή μορφές αντιξοοτήτων.

Η χρήση διαφορετικών ερευνητικών μεθόδων ή διαφορετικών διαδικασιών συλλογής δεδομένων μπορεί επίσης να παρέχει πληροφορίες για περισσότερες πλευρές του φαινομένου. Για παράδειγμα, η χρήση μιας πειραματικής ερευνητικής διαδικασίας θα μπορούσε να απαντήσει στο κατά πόσο ενισχύεται η ψυχική ανθεκτικότητα μέσα από την ψυχοθεραπεία ή ποιες είναι οι μεταβλητές του φαινομένου. Σε μια τέτοια έρευνα, τόσο η επίδραση της τραυματικής εμπειρίας ή αντιξοότητας, όσο και η θετική προσαρμογή μετά την ψυχοθεραπεία θα μπορούσαν να αξιολογηθούν με ποικίλες κλίμακες, ενώ ταυτόχρονα θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν οι διαστάσεις που αναδείχθηκαν από την παρούσα μελέτη. Τα τελευταία χρόνια έχουν δημιουργηθεί επίσης νέες, μικτές μέθοδοι έρευνας για την πληρέστερη αξιολόγηση της επίδρασης της ψυχοθεραπείας. Ένα παράδειγμα αποτελεί το ερμηνευτικό σχέδιο αποτελεσματικότητας μοναδικής περίπτωσης (hermeneutic single-case efficacy design – HSCED) του Elliott (2002), το οποίο χρησιμοποιεί τόσο ποσοτικές, όσο και ποιοτικές μεθόδους για την αποτύπωση της επίδρασης της ψυχοθεραπείας. Το σχέδιο αυτό παρέχει τη δυνατότητα να αποδοθούν αιτιώδεις σχέσεις ανάμεσα στις θεραπευτικές παρεμβάσεις και τα αποτελέσματα τους και θα μπορούσε να αποτελέσει, μεταξύ άλλων, μια χρήσιμη μεθοδολογία για τη διερεύνηση της επίδρασης της ψυχοθεραπείας στην ψυχική ανθεκτικότητα.

Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα επιχείρησε να διερευνήσει τον ρόλο της ψυχοθεραπείας ως παράγοντα ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας. Το εμπειρικά θεμελιωμένο θεωρητικό μοντέλο που κατασκευάστηκε από την ανάλυση των συνεντεύξεων των συμμετεχόντων ανέδειξε την ανακατασκευή του προσωπικού νοήματος ως κεντρική διαδικασία μέσω της οποίας αναπτύσσονται οι παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ψυχοθεραπεία. Η ίδια η αλλαγή του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνεται το άτομο τον εαυτό του και την ικανότητα του να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τις αντιξοότητες και τη ζωή, αποτελεί προστατευτικό παράγοντα που έχει επιβεβαιωθεί από πολυάριθμες έρευνες στον χώρο της ψυχικής ανθεκτικότητας. Επιπλέον, η ανακατασκευή του νοήματος οδηγεί τον πελάτη στην ανάπτυξη επιπρόσθετων προστατευτικών παραγόντων, όπως είναι η ανάπτυξη καλύτερης συναισθηματικής ρύθμισης, η ευέλικτη και αποτελεσματικότερη δράση και η βελτίωση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και των σχέσεων με τους άλλους. Η έρευνα έδειξε, επιπλέον, ότι η ανακατασκευή του νοήματος και η ανάπτυξη και ενίσχυση των προστατευτικών μηχανισμών που επιτυγχάνονται μέσω της ψυχοθεραπείας, δε συντελούν μόνο στην επούλωση των συνεπειών που έχουν οι τραυματικές εμπειρίες στον ψυχισμό του ατόμου, αλλά και στη συνολικότερη βελτίωση του εαυτού και της ποιότητας ζωής, υποδηλώνοντας ότι η ψυχοθεραπεία συντείνει στη μετατραυματική ανάπτυξη του πελάτη.

Η παρούσα μελέτη επιβεβαίωσε επίσης τον κεντρικό ρόλο του θεραπευτή, του πελάτη και της μεταξύ τους σχέσης στη θετική ψυχοθεραπευτική έκβαση, ενώ ανέδειξε και τις βασικές διαδικασίες με τις οποίες συντελείται η ανακατασκευή του νοήματος. Ο ρόλος του θεραπευτή, τόσο ως προς τη γενικότερη θεραπευτική του στάση που διακατέχεται από αποδοχή, κατανόηση και υποστήριξη, όσο και ως προς τις θεραπευτικές του παρεμβάσεις που βοηθούν τους πελάτες να αντιληφθούν με μεγαλύτερη σαφήνεια τον εαυτό τους, να αλλάξουν την οπτική τους και να αναλάβουν δράση, αναδεικνύεται ως κεντρικός. Κεντρικός εμφανίζεται και ο ρόλος του ίδιου του πελάτη, τόσο από την άποψη της κινητοποίησης του να παραμείνει σε μια έντονη και δύσκολη διαδικασία, όσο και από την άποψη της ενεργητικής εργασίας που χρειάζεται να καταβάλλει ώστε να επιτευχθεί η ανακατασκευή του νοήματος. Τέλος, τονίζεται η αναγκαιότητα δημιουργίας μιας ασφαλούς και σταθερής θεραπευτικής σχέσης, μέσα στην οποία ο θεραπευόμενος βιώνει την απαραίτητη συναισθηματική ανακούφιση και προβαίνει στην ψύχραιμη παρατήρηση της

υποκειμενικής του εμπειρίας, και στη γνωστική και συναισθηματική επεξεργασία των τραυματικών εμπειριών και των επιπτώσεων τους στην ψυχική του υγεία.

ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

- Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings, *Journal of Personality*, 64(4), 899-922.
- Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: a review of protective factors. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 56(5), 266-272.
- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience. A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195-216.
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(6), 989-1003.
- Austenfeld, J. L., & Stanton, A. L. (2004). Coping through emotional approach: a new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *Journal of Personality*, 72(6), 1335-1364.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory, *American Psychologist*, 44(9), 1175-1184.
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2002). *Research methods in clinical psychology: An introduction for students and practitioners*, (2nd ed.). Chichester: Wiley.
- Barrera Jr, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2002). The pursuit of meaningfulness in life. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp.608-618). New York: Oxford University Press.
- Beardslee, W. R. (1989). The role of self-understanding in resilient individuals: The development of a perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(2), 266-276.
- Beardslee, W. R., & Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self-

- understanding and relationships. *American Journal of Psychiatry*, 145(1), 63-69.
- Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: The effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34(1), 77-95.
- Belaise, C., Fava, G. A., & Marks, I. M. (2005). Alternatives to debriefing and modifications to cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(4), 212-217.
- Benight, C. C., & Cieslak, R. (2011). Cognitive factors and resilience: How self-efficacy contributes to coping with adversities. In S. M. Southwick, B. T. Litz, D. Charney, & M. J. Friedman (Eds.), *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan* (pp. 45-55). New York: Cambridge University Press.
- Benight, C. C., Swift, E., Sanger, J., Smith, A., & Zeppelin, D. (1999). Coping self-efficacy as a mediator of distress following a natural disaster. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(12), 2443-2464.
- Berking, M., Orth, U., Wupperman, P., Meier, L. L., & Caspar, F. (2008). Prospective effects of emotion-regulation skills on emotional adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 485-494.
- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128-134.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(11), 1230-1237.
- Binder, P.-E., Holgersen, H., & Nielsen, G.H. (2009). Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy. *Counselling & Psychotherapy Research*, 9(4), 250-256.
- Binder, P.-E., Holgersen, H., & Nielsen, G.H. (2010). What is a "good outcome" in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy Research*, 20(3), 285-294.
- Birks, M., & Mills, J. (2011). *Grounded theory: A practical guide*. London: Sage.

- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349-361.
- Bogar, C. B., & Hulse-Killacky, D. (2006). Resiliency determinants and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Counseling & Development*, 84(3), 318-327.
- Bohart, A. C. (2000). The client is the most important common factor: Clients' self-healing capacities and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 127-149.
- Bohart, A. C. & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active self-healing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bolger, K. E., & Patterson, C. J. (2001). Pathways from child maltreatment to internalizing problems: Perceptions of control as mediators and moderators. *Development and Psychopathology*, 13(4), 913-940.
- Bolger, K. E., & Patterson, C.J. (2003). Sequelae of child maltreatment: Vulnerability and resilience. In S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 156-181). New York, NY: Cambridge University Press.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Bonanno, G. A. (2005). Clarifying and extending the construct of adult resilience. *American Psychologist*, 60(3), 265-267.
- Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility an individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591-612.
- Bonanno, G. A., & Diminich, E. D. (2013). Annual Research Review: Positive adjustment to adversity—trajectories of minimal–impact resilience and emergent resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 378-401.
- Bonanno, G. A., Field, N. P., Kovacevic, A., & Kaltman, S. (2002). Self-enhancement as a buffer against extreme adversity: Civil war in Bosnia and traumatic loss in the United States. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(2), 184-196.

- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York city in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science*, 17(3), 181-186.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 671–682.
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin*, 125(6), 760-776.
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705-734.
- Bonanno, G. A., Kennedy, P., Galatzer-Levy, I. R., Lude, P., & Elfström, M. L. (2012). Trajectories of resilience, depression, and anxiety following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 57(3), 236-247.
- Bonanno, G. A., Moskowitz, J. T., Papa, A., & Folkman, S. (2005). Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(5), 827–843.
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M., & Coifman, K. (2004). The importance of being flexible the ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, 15(7), 482-487.
- Bonanno, G. A., Pat-Horenczyk, R., & Noll, J. (2011). Coping flexibility and trauma: The Perceived Ability to Cope with Trauma (PACT) Scale. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(2), 117-129.
- Bonanno, G. A., Rennie, C., & Dekel, S. (2005). Self-enhancement among high-exposure survivors of the September 11th terrorist attack: Resilience or social maladjustment? *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(6), 984-998.
- Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D., (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 511-535.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., ...Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150–1164.

- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., & Nesse, R. M. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology and Aging*, 19(2), 260–271.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Bower, J. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Fahey, J. L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 979-986.
- Bower, J. E., & Segerstrom, S. C. (2004). Stress management, finding benefit, and immune function: positive mechanisms for intervention effects on physiology. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(1), 9-11.
- Braakmann, D. (2015). Historical paths in psychotherapy research. In O.C.G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (pp. 39-65). Wien: Springer.
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), 198-210.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Bryant, A., & Charmaz, K. (2007). Grounded theory in historical perspective: An epistemological account. In A. Bryant, & K. Charmaz (Eds.), *The SAGE handbook of grounded theory*, (pp. 31-58). London: Sage.
- Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development and Psychopathology*, 15(1), 139-162.
- Cadell, S., Regehr, C., & Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 279-287.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 521-527.

- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585-599.
- Carey, T. A., Carey, M., Stalker, K., Mullan, R. J., Murray, L. K., & Spratt, M. B. (2007). Psychological change from the inside looking out: A qualitative investigation. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(3), 178-187.
- Carver, C. S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues*, 54 (2), 245-266.
- Casella, L., & Motta, R. W. (1990). Comparison of characteristics of Vietnam veterans with and without posttraumatic stress disorder. *Psychological Reports*, 67(2), 595-605.
- Casey, G. W. (2011). Comprehensive soldier fitness. A vision for psychological resilience in the U.S. army. *American Psychologist*, 66(1), 1-3.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Zack, S. E., Baker, S., Boutselis, M. A., Chiswick, N. R., ... Holtforth, M. G. (2010). Helpful and hindering events in psychotherapy: a practice research network study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(3), 327-344.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- Charney, D. S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 195-216.
- Cheng, C. (2001). Assessing coping flexibility in real-life and laboratory settings: a multimethod approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 814-833.
- Cicchetti, D., & Garmezy, N. (1993). Prospects and promises in the study of resilience. *Development and Psychopathology*, 5(4), 497-502.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F.A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9(4), 797-815.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Lynch, M., & Holt, K. D. (1993). Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcome. *Development and Psychopathology*, 5(4), 629-647.

- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2000). The efficacy of toddler-parent psychotherapy for fostering cognitive development in offspring of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2), 135-148.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409-438.
- Cicchetti, D., Toth, S. L., & Rogosch, F. A. (1999). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment & Human Development*, 1(1), 34-66.
- Clark, P. (2009). Resiliency in the practising marriage and family therapist. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(2), 231-247.
- Clarke, H., Rees, A., & Hardy, G. E. (2004). The big idea: Clients' perspectives of change processes in cognitive therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 67-89.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269-297.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Coifman, K. G., Bonanno, G. A., Ray, R. D., & Gross, J. J. (2007). Does repressive coping promote resilience? Affective-autonomic response discrepancy during bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 745-758.
- Condly, S. J. (2006). Resilience in children: A review of literature with implications for education. *Urban Education*, 41(3), 211-236.
- Connolly, M., & Strupp, H. (1996). Cluster analysis of patient reported psychotherapy outcomes. *Psychotherapy Research*, 6(1), 30-42.
- Connor, K. M. & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety* 18(2), 76-82.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J. D., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counselling and psychotherapy: The facts are friendly*. London: Sage.

- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cornum, R., Matthews, M. D., & Seligman, M. E. (2011). Comprehensive Soldier Fitness. Building resilience in a challenging institutional context. *American Psychologist*, 66(1), 4-9.
- Cowen, E. L., Wyman, P. A., Work, W. C., Kim, J. Y., Fagen, D. B., & Magnus, K. B. (1997). Follow-up study of young stress-affected and stress-resilient urban children. *Development and Psychopathology*, 9(3), 565-577.
- Cozzarelli, C. (1993). Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1224-1236.
- Creswell, J. D., Lam, S., Stanton, A. L., Taylor, S. E., Bower, J. E., & Sherman, D. K. (2007). Does self-affirmation, cognitive processing, or discovery of meaning explain cancer-related health benefits of expressive writing? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(2), 238-250.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches*, (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*, (3rd ed.). Los Angeles, CA: Sage.
- Creswell, J. W., Hanson, W. E., Plano, V. L. C., & Morales, A. (2007). Qualitative research designs selection and implementation. *The Counseling Psychologist*, 35(2), 236-264.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy process-outcome research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 298–340). Hoboken, NJ: Wiley.
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J., & Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 280-291.
- Curtis, W. J., & Cicchetti, D. (2003). Moving research on resilience into the 21st century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Development and Psychopathology*, 15(3), 773–810.
- Cutcliffe, J. R. (2004). The inspiration of hope in bereavement counseling. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(2), 165-190.

- Davis, C. G., & Nolen-Hoeksema, S. (2001). Loss and meaning: How do people make sense of loss? *American Behavioral Scientist*, 44(5), 726-741.
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 561-574.
- Davis, C. G., Wohl, M. J., & Verberg, N. (2007). Profiles of posttraumatic growth following an unjust loss. *Death Studies*, 31(8), 693-712.
- Davis, G., Wortman, C. B., Lehman, D. R., & Silver, R. C. (2000). Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct? *Death studies*, 24(6), 497-540.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479-495.
- Denny, S., Clark, T. C., Fleming, T., Wall, M. (2004). Emotional resilience: Risk and protective factors for depression among alternative education students in New Zealand. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(2), 137-149.
- Denz-Penhey, H., & Murdoch, C. (2008) Personal resiliency: serious diagnosis and prognosis with unexpected quality outcomes. *Qualitative Health Research*, 18(3), 391-404.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1-15.
- Diamond, H., Llewelyn, S., Relf, M., & Bruce, C. (2012). Helpful aspects of bereavement support for adults following an expected death: Volunteers' and bereaved people's perspectives. *Death Studies*, 36(6), 541-564.
- Diehl, M., & Hay, E.L. (2010). Risk and resilience factors in coping with daily stress in adulthood: The role of age, self-concept incoherence, and personal control. *Developmental Psychology*, 46(5), 1132-1146.
- Dodding, C. J., Nasel, D. D., Murphy, M., & Howell, C. (2008). All in for mental health: a pilot study of group therapy for people experiencing anxiety and/or depression and a significant other of their choice. *Mental Health in Family Medicine*, 5(1), 41-49.
- Donnellan, M. B., Conger, K. J., McAdams, K. K., & Neppl, T. K. (2009). Personal characteristics and resilience to economic hardship and its consequences:

- Conceptual issues and empirical illustrations. *Journal of Personality*, 77(6), 1645-1676.
- Dourdouma, A., & Mörtl, K. (2012). The creative journey of grounded theory analysis: A guide to its principles and applications. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 15(2), 96-106.
- Draucker, C. B., Martsof, D. S., Ross, R., & Rusk, T. B. (2007). Theoretical sampling and category development in grounded theory. *Qualitative Health Research*, 17(8), 1137-1148.
- Draucker, C.B., & Petrovic, K. (1997). Therapy with male survivors of sexual abuse: The client perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 18, 139-155.
- Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 343-363.
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2000). The client's theory of change: Consulting the client in the integrative process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 169-187.
- Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: A concept analysis. *Nursing Forum*, 42(2), 73-82.
- Edward, K. L., Welch, A., & Chater, K. (2009). The phenomenon of resilience as described by adults who have experienced mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 587-595.
- Edwards, J., & Loeb, S. (2011). What difference does counselling make? – The perceptions of drug using clients on low incomes. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 11(2), 105-111.
- Elliott, R. (2002). Hermeneutic single case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12(1), 1-21.
- Elliott, R. (2008). Research on client experiences of therapy: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 18(3), 239-242.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135.
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 215-229.

- Elliott, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443-467.
- Emlet, C. A., Tozay, S., & Raveis, V. H. (2010). "I'm not going to die from the AIDS": Resilience in aging with HIV disease. *The Gerontologist*, 51(1), 101-111.
- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., van Lankveld, W., Jongen, P. J., Jacobs, J. W., & Bijlsma, J. W. (2001). Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1026-1036.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324.
- Farchi, M., & Gidron, Y. (2010). The effects of "psychological inoculation" versus ventilation on the mental resilience of Israeli citizens under continuous war stress. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(5), 382-384.
- Fassinger, R. E. (2005). Paradigms, praxis, problems, and promise: Grounded theory in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 156-166.
- Fava, E., Pazzi, E., Arduini, L., Masserini, C., Lammoglia, M., Lomazzi, L., ... Carta, I. (2000). The effects of psychotherapies: A study on patients' perception of results in an Italian public setting. *International Journal of Social Psychiatry*, 46(4), 290-305.
- Fava, G. A. (1999). Well-being therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and psychosomatics*, 68(4), 171-179.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine*, 28(2), 475-480.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., & Belluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 55(9), 816-820.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Tomba, E., Guidi, J., & Grandi, S. (2011). The sequential combination of cognitive behavioral treatment and well-being therapy in cyclothymic disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(3), 136-143.

- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., & Sirigatti, S. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(1), 26-30.
- Fava, G. A., & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality*, 77(6), 1903-1934.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 194-200.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: An update. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3-24). New York, NY: The Guilford Press.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin*, 99(1), 20-35.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 715-723.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Follette, V. M., Palm, K. M., & Hall, M. L. R. (2004). Acceptance, mindfulness, and trauma. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 192-208). New York, NY: The Guilford Press.
- Frankl, V. E. (1969). *The will to meaning*. New York: New American Library.
- Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13(2), 172-175.
- Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C., & Tugade, M. M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion*, 24(4), 237-258.
- Galatzer-Levy, I. R., Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2010). From marianthal to latent growth mixture modeling: A return to the exploration of individual

- differences in response to unemployment. *Journal of Neuroscience, Psychology, and Economics*, 3(2), 116-125.
- Galatzer-Levy, I. R., Burton, C. L., & Bonanno, G. A. (2012). Coping flexibility, potentially traumatic life events, and resilience: A prospective study of college student adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(6), 542-567.
- Gallagher, M., Tracey, A., & Millar, R. (2005). Ex clients' evaluation of bereavement counselling in a voluntary sector agency. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78(1), 59-76.
- Gallegos, N. (2005). Client perspectives on what contributes to symptom relief in psychotherapy: A qualitative outcome study. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(3), 355-382.
- Galli, N., & Vealey, R. S. (2008). " Bouncing back" from adversity: athletes' experience of resilience. *Sport Psychologist*, 22(3), 316-335.
- Garmezy, N., Masten, A.S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55(1), 97-111.
- Gillies, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Loss, grief, and the search for significance: Toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(1), 31-65.
- Gillies, J., Neimeyer, R. A., & Milman, E. (2014). The meaning of loss codebook: Construction of a system for analyzing meanings made in bereavement. *Death Studies*, 38(4), 207-216.
- Ginzburg, K., Solomon, Z., & Bleich, A. (2002). Repressive coping style, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 64(5), 748-757.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2006). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New Brunswick: Aldine Transaction. (Original work published 1967).
- Gloria, C. T., & Steinhardt, M. A. (2014). Relationship among positive emotions, coping, resilience and mental health. *Stress and Health*. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/smi.2589/pdf>
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35(11), 991-999.

- Gonzales, G., Chronister, K. M., Linville, D., & Knoble, N. B. (2012). Experiencing parental violence: A qualitative examination of adult men's resilience. *Psychology of Violence*, 2(1), 90-103.
- Göstas, M. W., Wiberg, B., Neander, K., & Kjellin, L. (2012). 'Hard work' in a new context: Clients' experiences of psychotherapy. *Qualitative Social Work*, 12(3), 340-357.
- Greenberg, L. (2008). Emotion and cognition in psychotherapy: The transforming power of affect. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 49(1), 49-59.
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology*, 62(5), 611-630.
- Greenberg, M. A. (1995). Cognitive processing of traumas: The role of intrusive thoughts and reappraisals. *Journal of Applied Social Psychology*, 25(14), 1262-1296.
- Grencavage, L. M. & Nocross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372-378.
- Greve, W. & Staudinger, U. M. (2006). Resilience in later adulthood and old age: Resources and potentials for successful aging. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (2nd Ed., Vol. 3, pp. 796-840). Hoboken, NJ: Wiley.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151-164.
- Grossman, F. K., Beinashowitz, J., Anderson, L., Sakurai, M., Finnin, L., & Flaherty, M. (1992). Risk and resilience in young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 21(5), 529-550.
- Gu, Q., & Day, C. (2007). Teachers resilience: A necessary condition for effectiveness. *Teaching and Teacher Education*, 23(8), 1302-1316.

- Gupta, S., & Bonanno, G. A. (2011). Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(3), 635-643.
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology, 39*(1-2), 133-144.
- Harter, S. (2002). Authenticity. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp.382-394). New York: Oxford University Press.
- Hartling, L. M. (2008). Strengthening resilience in a risky world: It's all about relationships. *Women & Therapy, 31*(2-4), 51-70.
- Heinzer, M. M. (1995). Loss of a parent in childhood: Attachment and coping in a model of adolescent resilience. *Holistic Nursing Practice, 9*(3), 27-37.
- Helgeson, V. S., & Lopez, L. (2010). Social support and growth following adversity. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 309-330). New York, NY: The Guilford Press.
- Heller, S. S., Larrieu, J. A., D'Imperio, R., & Boris, N. W. (1999). Research on resilience to child maltreatment: Empirical considerations. *Child Abuse & Neglect, 23*(4), 321-338.
- Henwood, K., & Pidgeon, N. (2003). Grounded theory in psychological research. In P. M. Camic, J. E. Rhodes, & L. Yardley (Eds.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (pp. 131-155). Washington, DC: American Psychological Association.
- Heppner, P. P., Wampold, B. E., & Kivlighan, D. M.(2008). *Research design in counseling*, (3rd ed.). United States: Thomson Brooks/ Cole.
- Hill, C. E., Chui, H., & Baumann, E. (2013). Revisiting and reenvisioning the outcome problem in psychotherapy: An argument to include individualized and qualitative measurement. *Psychotherapy, 50*(1), 68-76.
- Hill, C. E., & Lambert, M.J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 84-135). New York, NY: Wiley.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist, 25*(4), 517-572.
- Hill, C. E., Zack, J. S., Wonnell, T. L., Hoffman, M. A., Rochlen, A. B., Goldberg, J. L., ... Hess, S. (2000). Structured brief therapy with a focus on dreams or loss

- for clients with troubling dreams and recent loss. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 90-101.
- Hjemdal, O., Friberg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(3),194-201.
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6(4), 307-324.
- Hobfoll, S. E., & Leiberman, J. R. (1987). Personality and social resources in immediate and continued stress resistance among women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 18-26.
- Hobfoll, S. E., & London, P. (1986). The relationship of self-concept and social support to emotional distress among women during war. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(2), 189-203.
- Hodgetts, A., & Wright, J. (2007). Researching clients’ experiences: A review of qualitative studies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 157-163.
- Hogan, N. S., & Schmidt, L. A. (2002). Testing the grief to personal growth model using structural equation modeling. *Death Studies*, 26(8), 615-634.
- Hoge, E. A., Austin, E. D., & Pollack, M. H. (2007). Resilience: Research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24(2), 139-152.
- Holland, J. M., Currier, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Meaning reconstruction in the first two years of bereavement: The role of sense-making and benefit-finding. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 53(3), 175-191.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.
- Holton, J. A. (2007). The coding process and its challenges. In A. Bryant, & K. Charmaz (Eds.), *The SAGE handbook of grounded theory*, (pp. 265-290). London: Sage.
- Howell, K. H., Shapiro, D. N., Layne, C. M., & Kaplow, J. B. (2015). Individual and psychosocial mechanisms of adaptive functioning in parentally bereaved children. *Death Studies*, 39(5), 296-306.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (2010). Introduction. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The*

- heart & soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed., pp. 23-46). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hunt, M. G. (1998). The only way out is through: Emotional processing and recovery after a depressing life event. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 361-384.
- Hunt, M., Schloss, H., Moonat, S., Poulos, S., & Wieland, J. (2007). Emotional processing versus cognitive restructuring in response to a depressing life event. *Cognitive Therapy and Research*, 31(6), 833-851.
- Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The importance of treatment and the science of common factors in psychotherapy. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (4th ed., pp. 249-266). Hoboken, NJ: Wiley.
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M., 2007. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60 (1), 1–9.
- Janicki-Deverts, D., & Cohen, S. (2011). Social ties and resilience in chronic disease. In S. M. Southwick, B. T. Litz, D. Charney, & M. J. Friedman (Eds.), *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan* (pp. 76-89). New York: Cambridge University Press.
- Janssen, B. M., Van Regenmortel, T., & Abma, T. A. (2011). Identifying sources of strength: resilience from the perspective of older people receiving long-term community care. *European Journal of Ageing*, 8(3), 145-156.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9(3), 262–280.
- Joseph, S., Linley, P. A., & Harris, G. J. (2005). Understanding positive change following trauma and adversity: Structural clarification. *Journal of Loss and Trauma*, 10(1), 83–96.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1995). Psychosocial perspectives on post-traumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 15(6), 515-544.
- Kallivayalil, D., Levitan, J., Brown, N., & Harvey, M. R. (2013). Preliminary findings from a qualitative study of trauma survivors in treatment: Changes in personal narratives. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(3), 262-281.

- Kaminsky, M., McCabe, O. L., Langlieb, A. M., Everly, G. S. (2007). An evidence-informed model of human resistance, resilience, and recovery: The Johns Hopkins' outcome-driven paradigm for disaster mental health services. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 7(1), 1-11.
- Kaplan, H. B. (1999). Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 17-83). New York, NY: Plenum.
- Kaplan, H. B. (2013). Reconceptualizing resilience. In S. Goldstein & R.B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (2nd ed. pp. 39-55). New York, NY: Springer.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865-878.
- Kazdin, A.E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 332-339.
- Keesee, N. J., Currier, J. M., & Neimeyer, R. A. (2008). Predictors of grief following the death of one's child: The contribution of finding meaning. *Journal of Clinical Psychology*, 64(10), 1145-1163.
- Keltner, D., & Bonanno, G. A. (1997). A study of laughter and dissociation: distinct correlates of laughter and smiling during bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(4), 687-702.
- Kendall, J. (1999). Axial coding and the grounded theory controversy. *Western Journal of Nursing Research*, 21(6), 743-757.
- Kidd, S., & Shahar, G. (2008). Resilience in homeless youth: The key role of self-esteem. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 163-172.
- Kilic, S. A., Dorstyn, D. S., & Guiver, N. G. (2013). Examining factors that contribute to the process of resilience following spinal cord injury. *Spinal Cord*, 51(7), 553-557.
- Kilpatrick, K. L., & Williams, L. M. (1998). Potential mediators of post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *Child Abuse & Neglect*, 22(4), 319-330.
- Kim, Y., Schulz, R., & Carver, C. S. (2007). Benefit finding in the cancer caregiving experience. *Psychosomatic Medicine*, 69(3), 283-291.

- King, G., Cathers, T., Brown, E., Specht, J. A., Willoughby, C., Polgar, J. M., ... Havens, L. (2003). Turning points and protective processes in the lives of people with chronic disabilities. *Qualitative Health Research*, 13(2), 184-206.
- Klein, M. J., & Elliott, R. (2006). Client accounts of personal change in process-experiential psychotherapy: A methodologically pluralistic approach. *Psychotherapy Research*, 16(1), 91-105.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Koenen, K. C., Stellman, J. M., Stellman, S. D., & Sommer Jr, J. F. (2003). Risk factors for course of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans: a 14-year follow-up of American Legionnaires. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 980-986.
- Kraemer, L. M., Stanton, A. L., Meyerowitz, B. E., Rowland, J. H., & Ganz, P. A. (2011). A longitudinal examination of couples' coping strategies as predictors of adjustment to breast cancer. *Journal of Family Psychology*, 25(6), 963-972.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kuterovac-Jagodić, G. (2003). Posttraumatic stress symptoms in Croatian children exposed to war: A prospective study. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 9-25.
- Laakey, B., & Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: a new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological Review*, 118(3), 482-495.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York, NY: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy research and its achievements. In M. J. Lambert, J. C. Norcross, G. R. VandenBos, R. Gary, & D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy: Continuity and change* (2nd ed., σ. 299-332). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 169-218). Hoboken, NJ: Wiley.

- Lambert, M. J., Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (2004). Introduction and historical overview. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 3-15). New York, NY: Wiley.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139-193). New York, NY: Wiley.
- Larner, B., & Blow, A. (2011). A model of meaning-making coping and growth in combat veterans. *Review of General Psychology*, 15(3), 187-197.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, J. E., Sudom, K. A., & Zamorski, M. A. (2013). Longitudinal analysis of psychological resilience and mental health in Canadian military personnel returning from overseas deployment. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18(3), 327-337.
- Leontopoulou, S. (2006). Resilience of Greek youth at an educational transition point: The role of locus of control and coping strategies as resources. *Social Indicators Research*, 76(1), 95-126.
- Lepore, S. J. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In A. Baum & B. L. Andersen (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 99-116). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lepore, S. J., Glaser, D. B., & Roberts, K. J. (2008). On the positive relation between received social support and negative affect: a test of the triage and self-esteem threat models in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 17(12), 1210-1215.
- Lepore, S. J., & Helgeson, V. S. (1998). Social constraints, intrusive thoughts, and mental health after prostate cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(1), 89-106.
- Lepore, S. J., & Kernan, W. D. (2009). Positive life change and the social context of illness: An expanded social-cognitive processing model. In C. L. Park, S. C. Lechner, M. H. Antoni, & A. L. Stanton (Eds.), *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation?* (pp. 139-152). Washington, DC: American Psychological Association.

- Lepore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B., & Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 271–282.
- Leppin, A. L., Bora, P. R., Tilburt, J. C., Gionfriddo, M. R., Zeballos-Palacios, C., Duloher, M. M., ... Montori, V. M. (2014). The efficacy of resiliency training programs: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PLoS ONE* 9(10): e111420. doi:10.1371/journal.pone.0111420.
- Lester, P. B., Harms, P. D., Herian, M. N., Krasikova, D. V., & Beal, S. J. (2011). *The Comprehensive Soldier Fitness Program Evaluation. Report 3: Longitudinal Analysis of the Impact of Master Resilience Training on Self-Reported Resilience and Psychological Health Data*. TKC GLOBAL SOLUTIONS LLC ANCHORAGE AK.
- Letzring, T. D., Block, J., & Funder, D. C. (2005). Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality*, 39(4), 395-422.
- 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.
- Lichtenthal, W. G., Currier, J. M., Neimeyer, R. A., & Keesee, N. J. (2010). Sense and significance: a mixed methods examination of meaning making after the loss of one's child. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 791-812.
- Lieberman, A. F. (1992). Infant–parent psychotherapy with toddlers. *Development and Psychopathology*, 4(4), 559–574.
- Lieberman, A. F., Ippen, C. G., & Van Horn, P. (2006). Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(8), 913-918.
- Lilliengren, P. & Werbart, A. (2005). A model of therapeutic action grounded in the patients' view of curative and hindering factors in psychoanalytic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 324-339.
- Lin, K. K., Sandler, I. N., Ayers, T. S., Wolchik, S. A., & Luecken, L. J. (2004). Resilience in parentally bereaved children and adolescents seeking preventive

- services. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 673-683.
- Linley, A. P., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11–21.
- Loprinzi, C. E., Prasad, K., Schroeder, D. R., & Sood, A. (2011). Stress management and resilience training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial. *Clinical Breast Cancer*, 11(6), 364-368.
- Luszczynska, A., Benight, C. C., & Cieslak, R. (2009). Self-efficacy and health-related outcomes of collective trauma: A systematic review. *European Psychologist*, 14(1), 51-62.
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40(2), 80-89.
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*, 139(5), 439-457.
- Luthans, F., Avey, J. B., & Patera, J. L. (2008). Experimental analysis of a web-based training intervention to develop positive psychological capital. *Academy of Management Learning & Education*, 7(2), 209-221.
- Luthans, F., Vogelgesang, G. R., & Lester, P. B. (2006). Developing the psychological capital of resiliency. *Human Resource Development Review*, 5(1), 25-44.
- Luthar, S. S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62(3), 600-616.
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (2nd Ed., Vol. 3, pp. 739-795). Hoboken, NJ: Wiley.
- Luthar, S. S., & Brown, P. J. (2007). Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: Prevailing paradigms, possibilities, and priorities for the future. *Development and Psychopathology*, 19(3), 931-955.
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Developmental Psychopathology*, 12(4), 857-885.

- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562.
- Luthar, S. S., & Cushing, G. (1999). Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview. In M.D. Glantz & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 129-160). New York, NY: Plenum.
- Luthar, S. S., Sawyer, J. A., & Brown, P. J. (2006). Conceptual issues in studies of resilience: Past, present and future research. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 105–115.
- Luthar, S. S., & Suchman, N. E. (2000). Relational Psychotherapy Mothers' Group: A developmentally informed intervention for at-risk mothers. *Development and Psychopathology*, 12(2), 235-253.
- Luthar, S. S., Suchman, N. E., & Altomare, M. (2007). Relational Psychotherapy Mothers' Group: A randomized clinical trial for substance abusing mothers. *Development and Psychopathology*, 19(1), 243-261.
- Luthar, S. S., & Zelazo, L. B. (2003). Research on resilience: An integrative review. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 510-549). New York, NY: Cambridge University Press.
- Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(1), 6-22.
- MacCormack, T., Simonian, J., Lim, J., Remond, L., Roets, D., Dunn, S., & Butow, P. (2001). 'Someone who cares': A qualitative investigation of cancer patients' experiences of psychotherapy. *Psycho-Oncology*, 10(1), 52-65.
- Macedo, T., Wilhelm, L., Gonçalves, R., Coutinho, E. S., Vilete, L., Figueira, I., & Ventura, P. (2014). Building resilience for future adversity: a systematic review of interventions in non-clinical samples of adults. *BMC Psychiatry*, 14(1), 227-234.
- Macran, S., Ross, H., Hardy, G.E., & Shapiro, D.A. (1999). The importance of considering clients' perspectives in psychotherapy research. *Journal of Mental Health*, 8(4), 325-337.

- Maddi, S. R. (2002). The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 54(3), 173-185.
- Maddi, S. R. (2005). On hardiness and other pathways to resilience. *American Psychologist*, 60(3), 261-262.
- Maddi, S. R. (2013). *Hardiness: Turning stressful circumstances into resilient growth*. New York: Springer.
- Major, B., Richards, C., Cooper, M. L., Cozzarelli, C., & Zubek, J. (1998). Personal resilience, cognitive appraisals and coping: An integrative model of adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 735-752.
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2009). Predictors and parameters of resilience to loss: Toward an individual differences model. *Journal of Personality*, 77(6), 1805-1832.
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2010). Resilience to potential trauma: Toward a lifespan approach. In J.W. Reich, A.J. Zautra, & J.S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 258-280). New York, NY: The Guilford Press.
- Mancini, A. D., Bonanno, G. A., & Clark, A. E. (2011). Stepping off the hedonic treadmill. *Journal of Individual Differences*, 32(3), 144-152.
- Manthei, R.J. (2007). Clients talk about their experience of the process of counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 20(1), 1-26.
- Marriott, C., Hamilton-Giachritsis, C., & Harrop, C. (2014). Factors promoting resilience following childhood sexual abuse: a structured, narrative review of the literature. *Child Abuse Review*, 23(1), 17-34.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19(3), 921-930.
- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 23(2), 493-506.
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-444.

- Masten, A. S., Burt, K. B., Roisman, G. I., Obradovic, J., Long, J. D., & Tellegen, A. (2004). Resources and resilience in the transition to adulthood: Continuity and change. *Development and Psychopathology*, 16(4), 1071-1094.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53(2), 205-220.
- Masten, A. S., Cutuli, J. J., Herbers, J. E., & Reed, M. G. (2009). Resilience in Development. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp.117-131). New York, NY: Oxford University Press.
- Masten A. S., & Gewirtz A. H. (2006). Resilience in development: The importance of early childhood. In R. E. Tremblay, R. G. Barr, R. DeV. Peters (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, 1-6. Available at: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Masten-GewirtzANGxp.pdf>. Accessed 31/1/2014
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11(1), 143-169.
- Masten, A. S., Neemann, J., & Andenas, S. (1994). Life events and adjustment in adolescents: The significance of event independence, desirability, and chronicity. *Journal of Research on Adolescence*, 4(1), 71-97.
- Masten, A. S., & Obradovic, J. (2006) Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 13-27.
- Masten, A. S., & Obradovic, J. (2008). Disaster preparation and recovery: Lessons from research on resilience in human development. *Ecology and Society*, 13(1), 9 [online] URL: <http://www.ecologyandsociety.org/vol13/iss1/art9/>. Accessed 15/4/2014.
- Masten, A. S., & Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1-25). New York, NY: Cambridge University Press.

- Masten, A. S., & Reed, M. J. (2002). Resilience in Development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp.74-88). New York: Oxford University Press.
- Masten, A. S., & Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 24(2), 345-361.
- Masten, A. S., & Wright, M. O. (2010). Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 213-237). New York, NY: The Guilford Press.
- Maxan, E., Kinley, J. L., Williams, J., & Reyno, S. M. (2013). Intensive group psychotherapy: fostering resilience in patients with axis I and axis II disorders. *International Journal of Mental Health Promotion*, 15(2), 121-130.
- McAleavey, A. A., & Castonguay, L. G. (2015). The process of change in psychotherapy: Common and unique factors. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (pp. 293-310). Wien: Springer.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- McLeod, J. (2003). *Doing counselling research* (2nd ed.). London: Sage.
- McLeod, J. (2012). Process and outcome in pluralistic Transactional Analysis counseling for long-term health conditions: A case series. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(1), 32-43.
- McLeod, J. (2013). Qualitative research: Methods and contributions. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 49-84). Hoboken, NJ: Wiley.
- Meichenbaum, D. H., & Deffenbacher, J. L. (1988). Stress inoculation training. *The Counseling Psychologist*, 16(1), 69-90.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2008). Adult attachment and affect regulation. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.,503-531). New York, NY: The Guilford Press.

- Millar, G. M., & Stermac, L. (2000). Substance abuse and childhood maltreatment: Conceptualizing the recovery process. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(2), 175-182.
- Millear, P., Liossis, P., Shochet, I. M., Biggs, H., & Donald, M. (2008). Being on PAR: Outcomes of a pilot trial to improve mental health and wellbeing in the workplace with the Promoting Adult Resilience (PAR) Program. *Behaviour Change*, 25(04), 215-228.
- Miller, M. (2002). Resilience elements in students with learning disabilities. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 291-298.
- Mills, J., Bonner, A., & Francis, K. (2006). Adopting a constructivist approach to grounded theory: Implications for research design. *International Journal of Nursing Practice*, 12(1), 8-13.
- Moran, P. B., & Eckenrode, J. (1992). Protective personality characteristics among adolescent victims of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 16(5), 743-754.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260.
- Morrow, S. L. (2007). Qualitative research in counseling psychology: Conceptual foundations. *The Counseling Psychologist*, 35(2), 209-235.
- Morse, J. M. (1995). The significance of saturation. *Qualitative Health Research*, 5(2), 147-149.
- Mörtl, K., & Gelo, O. C. G. (2015). Qualitative methods in psychotherapy process research. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (pp. 381-428). Wien: Springer.
- Moskowitz, J., Folkman, S., & Acree, M. (2003). Do positive psychological states shed light on recovery from bereavement? Findings from a 3-year longitudinal study. *Death Studies*, 27(6), 471-500.
- Motti-Stefanidi, F., Asendorpf, J. B., & Masten, A. S. (2012). The adaptation and well-being of adolescent immigrants in Greek schools: A multilevel, longitudinal study of risks and resources. *Development and Psychopathology*, 24(02), 451-473.
- Μόττη-Στεφανίδη, Φ., Παυλόπουλος, Β., Τάκης, Ν., Ντάλλα, Μ., Παπαθανασίου, Α.Χ., & Masten, A. S. (2005). Ψυχική ανθεκτικότητα και προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας: Μια μελέτη μεταναστών και παλιννοστούντων εφήβων. *Ψυχολογία*, 12(3), 349-367.

- Muran, J. C., Castonguay, L. G., & Strauss, B. (2010). A brief introduction to psychotherapy research. In L. G. Castonguay, J. C. Muran, L. Angus, J. A. Hayes, N. Ladany, & T. Anderson (Eds.), *Bringing psychotherapy research to life: Understanding change through the work of leading clinical researchers* (σ. 3-13). Washington, DC: American Psychological Association.
- Murphy, P. M., Cramer, D., & Lillie, F. J. (1984). The relationship between curative factors perceived by patients in their psychotherapy and treatment outcome: An exploratory study. *British Journal of Medical Psychology*, 57(2), 187-192.
- Murray, R. (2002). The phenomenon of psychotherapeutic change: Second-order change in one's experience of self. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32(2/3), 167-177.
- Neimeyer, R. A. (1999). Narrative strategies in grief therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 12(1), 65-85.
- Neimeyer, R. A., Baldwin, S. A., & Gillies, J. (2006). Continuing bonds and reconstructing meaning: Mitigating complications in bereavement. *Death Studies*, 30(8), 715-738.
- Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M., & van Dyke Stringer, J. G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 73-83.
- Newman, R. (2005). APA's resilience initiative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(3), 227-229.
- Nicoll, W. G. (2011). Resilience-Focused Brief Family Therapy: An Adlerian Approach. *Journal of Individual Psychology*, 67(3), 205-221.
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R., & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: A qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17(5), 553-566.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424.
- Norris, F. H., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 498-511.

- Norris, F. H., Stevens, S. P., Pfefferbaum, B., Wyche, K. F., & Pfefferbaum, R. L. (2008). Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American Journal of Community Psychology*, 41, 127–150.
- Norte, C. E., Souza, G. G. L., Pedrozo, A. L., Mendonca-de-Souza, A. C. F., Figueira, I., Volchan, E., & Ventura, P. R. (2011). Impact of cognitive-behavior therapy on resilience-related neurobiological factors. *Rev Psiq Clin.*, 38(1), 43-45.
- Nurullah, A. S. (2012). Received and provided social support: a review of current evidence and future directions. *American Journal of Health Studies*, 27(3), 173-188.
- Olivera, J., Braun, M., Penedo, J. M. G., & Roussos, A. (2013). A qualitative investigation of former clients' perception of change, reasons for consultation, therapeutic relationship, and termination. *Psychotherapy*, 50(4), 505-516.
- Omylinska-Thurston, J., & Cooper, M. (2014). Helpful processes in psychological therapy for patients with primary cancers: A qualitative interview study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(2), 84-92.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., & Bisconti, T. L. (2005). Unique effects of daily perceived control on anxiety symptomatology during conjugal bereavement. *Personality and Individual Differences*, 38(5), 1057-1067.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., & Boker, S. M. (2009). Resilience comes of age: Defining features in later adulthood. *Journal of Personality*, 77(6), 1777-1804.
- Orlinsky, D. E. (2009). The “Generic Model of Psychotherapy” after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(4), 319-339.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307-389). New York, NY: Wiley.
- Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maes, J., & Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 472-478.
- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(6), 1271-1288.

- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Ozer, E. J., & Weiss, D. S. (2004). Who develops posttraumatic stress disorder? *Current Directions in Psychological Science*, 13(4), 169-172.
- Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (2012). Strengths-based cognitive-behavioural therapy: A four-step model to build resilience. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19(4), 283-290.
- Palmstierna, V., & Werbart, A. (2013). Successful psychotherapies with young adults: an explorative study of the participants' view. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 27(1), 21-40.
- Papa, A., & Bonanno, G. A. (2008). Smiling in the face of adversity: the interpersonal and intrapersonal functions of smiling. *Emotion*, 8(1), 1-12.
- Papadopoulos, R. K. (2007). Refugees, trauma and Adversity-Activated Development. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9(3), 301-312.
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257-301.
- Park, C. L., & Ai, A. L. (2006). Meaning making and growth: New directions for research on survivors of trauma. *Journal of Loss and Trauma*, 11(5), 389-407.
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64(1), 71-105.
- Park, C. L., Edmondson, D., Fenster, J. R., & Blank, T. O. (2008). Meaning making and psychological adjustment following cancer: the mediating roles of growth, life meaning, and restored just-world beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 863-875.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Paulson, B. L., Truscott, D., & Stuart, J. (1999). Client's perceptions of helpful experiences in counseling. *Journal of Counselling Psychology*, 46(3), 317-324.

- Pearson, M., & Wilson, H. (2008). Using expressive counselling tools to enhance emotional literacy, emotional wellbeing and resilience: Improving therapeutic outcomes with expressive therapies. *Counselling, Psychotherapy, and Health*, 4(1), 1-19.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8(3), 162-166.
- Phillips, A., & Daniluk, J. C. (2004). Beyond “survivor”: How childhood sexual abuse informs the identity of adult women at the end of the therapeutic process. *Journal of Counseling & Development*, 82(2), 177-184.
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., & Warwar, S. H. (2009). Testing a model of change in the experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1055-1066.
- Prasertsri, N., Holden, J., Keefe, F. J., & Wilkie, D. J. (2011). Repressive coping style: Relationships with depression, pain, and pain coping strategies in lung cancer out patients. *Lung Cancer*, 71(2), 235-240.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14(5), 364-388.
- Price, J. L., MacDonald, H. Z., Adair, K. C., Koerner, N., & Monson, C. M. (2014). Changing beliefs about trauma: A qualitative study of cognitive processing therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(2), 156-67.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2009). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (7th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Quale, A. J., & Schanke, A. K. (2010). Resilience in the face of coping with a severe physical injury: A study of trajectories of adjustment in a rehabilitation setting. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 12-22.
- Quinn, W. H. (1996). The client speaks out: Three domains of meaning. *Journal of Family Psychotherapy*, 7(2), 71-93.
- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring

- and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 368-373.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18(1), 51-60.
- Rachman, S. (2001). Emotional processing, with special reference to post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 13(3), 164-171.
- Rayner, K., Thompson, A. R., & Walsh, S. (2011). Clients' experience of the process of change in cognitive analytic therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 299-313.
- Reich, J. W. (2006). Three psychological principles of resilience in natural disasters. *Disaster Prevention and Management*, 15(5), 793-798.
- Reich, J. W., Zautra, A. J., & Hall, J. S. (2010). *Handbook of adult resilience*. New York, NY: The Guilford Press.
- Reivich, K. J., Seligman, M. E. P., & McBride, S. (2011). Master resilience training in the U.S. army. *American Psychologist*, 66(1), 25-34.
- Rennie, D. L. (1994a). Clients' deference in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 427-437.
- Rennie, D. L. (1994b). Human science and counselling psychology: Closing the gap between research and practice. *Counselling Psychology Quarterly*, 7(3), 235-250.
- Rennie, D. L. (1998). Grounded theory methodology The pressing need for a coherent logic of justification. *Theory & Psychology*, 8(1), 101-119.
- Rennie, D. L. (2000). Grounded theory methodology as methodical hermeneutics: Reconciling realism and relativism. *Theory & Psychology*, 10(4), 481-502.
- Rennie, D. L., Phillips, J. R., & Quartaro, G. K. (1988). Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology? *Canadian Psychology*, 29(2), 139-150.
- Reynolds, A. J., & Ou, S-R. (2003). Promoting resilience through early childhood intervention. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 436-459). New York, NY: Cambridge University Press.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321.

- Rodgers, B., & Elliott, R. (2015). Qualitative methods in psychotherapy outcome research. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (pp. 559-578). Wien: Springer.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rolf, J. E., & Johnson, J. L. (1999). Opening doors to resilience intervention for prevention research. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 229-249). New York, NY: Plenum.
- Rose, R. D., Buckey, J. C., Zbozinek, T. D., Motivala, S. J., Glenn, D. E., Cartreine, J. A., & Craske, M. G. (2013). A randomized controlled trial of a self-guided, multimedia, stress management and resilience training program. *Behaviour Research and Therapy*, 51(2), 106-112.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41(7), 813-819.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28.
- Roussos, A. (2013). Introduction to special section on clients' perspective of change in psychotherapy. *Psychotherapy*, 50(4), 503-504.
- Ruini, C., Belaise, C., Brombin, C., Caffo, E., & Fava, G. A. (2006). Well-being therapy in school settings: a pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(6), 331-336.
- Ruini, C., Ottolini, F., Tomba, E., Belaise, C., Albieri, E., Visani, D., ... & Fava, G. A. (2009). School intervention for promoting psychological well-being in adolescence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(4), 522-532.
- Russell, R. L., & Orlinsky, D. E. (1996). Psychotherapy research in historical perspective: Implications for mental health care policy. *Archives of General Psychiatry*, 53(8), 708-715.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.

- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp.181–214). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1-12.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse and Neglect*, 31(3), 205–209.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-344.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Ryan, R. M., LaGuardia, J. G., & Rawsthorne, L. J. (2005). Self-complexity and the authenticity of self-aspects: Effects on well-being and resilience to stressful events. *North American Journal of Psychology*, 7(3), 431-448.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2003). Flourishing under fire: Resilience as a prototype of challenged thriving. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 15–36). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ryff, C. D., Singer, B., Love, G. D., & Essex, M. J. (1998). Resilience in adulthood and later life: Defining features and dynamic processes. In J. Lomranz (Ed.),

- Handbook of aging and mental health: An integrative approach* (pp. 69–96). New York: Plenum.
- Samoilov, A., & Goldfried, M. R. (2000). Role of Emotion in Cognitive-Behavior Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(4), 373-385.
- Schultz, L. E. (2007). The influence of maternal loss on young women's experience of identity development in emerging adulthood. *Death Studies*, 31(1), 17-43.
- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42(4), 243-252.
- Seifer, R. (2003). Young children with mentally ill parents: Resilient developmental systems. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 29-49). New York, NY: Cambridge University Press.
- Simonsen, G., & Cooper, M. (2015). Helpful aspects of bereavement counselling: An interpretative phenomenological analysis. *Counselling and Psychotherapy Research*, 15(2), 119-127.
- Singer, B., & Ryff, C. D. (1999). Hierarchies of life histories and associated health risks. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 96-115.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.
- Smith, M. L., & Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-760.
- Snow-Turek, A. L., Norris, M. P., & Tan, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 64(3), 455-462.
- Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36-46.
- Southwick, S. M., Pietrzak, R. H., & White, G. (2011). Interventions to enhance resilience and resilience-related constructs in adults. In S. M. Southwick, B. T. Litz, D. Charney, & M. J. Friedman (Eds.), *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan* (pp. 289-306). New York: Cambridge University Press.

- Southwick, S. M., Vythilingam, M., & Charney, D. S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: Implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 255-291.
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213-240.
- Spencer, L., & Ritchie, J. (2012). In pursuit of quality. In D. Harper, & A. R. Thompson (Eds.), *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: A guide for students and practitioners* (pp. 227-242). Chichester: Wiley.
- Σταλίκας, Α. (2005). *Μέθοδοι έρευνας στην ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1150-1169.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1993). Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Development and Psychopathology*, 5(04), 541-566.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1995). Resilience and reserve capacity in later adulthood. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (Vol. 2, pp. 801-847). New York: Wiley.
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80-93.
- Steinhardt, M., & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American College Health*, 56(4), 445-453.
- Stewart, D. E., & Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, 52(3), 199-209.
- Stockton, H., Hunt, N., & Joseph, S. (2011). Cognitive processing, rumination, and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 85-92.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Strupp, H. H., & Howard, K. I. (1992). A brief history of psychotherapy research. In D. K. Freedheim, H. J. Freudenberger, J. W. Kessler, S. B. Stanley, D. R. Peterson, H. H. Strupp, P. L. Wachtel (Eds.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 309-334). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2010). Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, 14(2), 105-112.
- Συνοδινού, Κ. (2007). *Προς τα ενδότερα της ψυχής: Ψυχανάλυση και ψυχαναλυτική αντικριστή θεραπεία*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Tallman, K. & Bohart, A. C. (1999). The client as a common factor: Clients as self-healers. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 91-131). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tarter, R. E., & Vanyukov, M. (1999). Re-visiting the validity of the construct of resilience. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 85-100). New York, NY: Plenum.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161-1173.
- Taylor, S. E., & Armor, D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64(4), 873-898.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103(2), 193-210.
- Taylor, S. E., & Stanton, A.L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401.
- Teasdale, J. D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S53-S77.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The post-traumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tennen, H., & Affleck, G. (2002). Benefit-finding and benefit-reminding. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 584-597). New York: Oxford University Press.

- Theron, L. C., & Engelbrecht, P. (2012). Caring teachers: Teacher-youth transactions to promote resilience. In M. Ungar (Ed.), *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice* (pp. 265-280). New York, NY: Springer.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, 35(Extra Issue), 53-79.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52.
- Thompson, R. W., Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (2011). Conceptualizing mindfulness and acceptance as components of psychological resilience to trauma. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(4), 220-235.
- Thompson, S. C. (2002). The role of personal control in adaptive functioning. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp.202-213). New York: Oxford University Press.
- Thompson, S. C., & Janigian, A. S. (1988). Life schemes: A framework for understanding the search for meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7(2-3), 260-280.
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17(3), 305-314.
- Timulak, L. (2008). *Research in psychotherapy and counselling*. London: Sage
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259.
- Troy, A. S., & Mauss, I. B. (2011). Resilience in the face of stress: Emotion regulation as a protective factor. In S. M. Southwick, B. T. Litz, D. Charney, & M. J. Friedman (Eds.), *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan* (pp. 30-44). New York: Cambridge University Press.
- Troy, A. S., Wilhelm, F. H., Shallcross, A. J., & Mauss, I. B. (2010). Seeing the silver lining: cognitive reappraisal ability moderates the relationship between stress and depressive symptoms. *Emotion*, 10(6), 783-795.
- Tsaousides, T., Warshowsky, A., Ashman, T. A., Cantor, J. B., Spielman, L., & Gordon, W. A. (2009). The relationship between employment-related self-efficacy and quality of life following traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 54(3), 299-305.

- Τσιώλης, Γ. (2014). *Μέθοδοι και τεχνικές ανάλυσης στην ποιοτική κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: Κριτική.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320–333.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2007). Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of Happiness Studies*, 8(3), 311-333.
- Tummala-Narra, P., Kallivayalil, D., Singer, R., & Andreini, R. (2012). Relational experiences of complex trauma survivors in treatment: Preliminary findings from a naturalistic study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(6), 640-648.
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387.
- Uchino, B. N., Carlisle, M., Birmingham, W., & Vaughn, A. A. (2011). Social support and the reactivity hypothesis: Conceptual issues in examining the efficacy of received support during acute psychological stress. *Biological Psychology*, 86(2), 137-142.
- Ungar, M. (2003). Qualitative contributions to resilience research. *Qualitative Social Work*, 2(1), 85-102.
- Updegraff, J. A., Silver, R. C., & Holman, E. A. (2008). Searching for and finding meaning in collective trauma: results from a national longitudinal study of the 9/11 terrorist attacks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(3), 709-722.
- Valentine, L., & Feinauer, L. L. (1993). Resilience factors associated with female survivors of childhood sexual abuse. *American Journal of Family Therapy*, 21(3), 216-224.
- Valkonen, J., Hänninen, V., & Lindfors, O. (2011). Outcomes of psychotherapy from the perspective of the users. *Psychotherapy Research*, 21(2), 227-240.
- Vanderbilt-Adriance, E., & Shaw, D. S. (2008). Conceptualizing and re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11(1-2), 30-58.

- Vega, B. R., Barnier, P. O., Bayon, C., Palao, A., Torres, G., Hospital, A., ... Liria, A.F. (2012). Differences in depressed oncologic patients' narratives after receiving two different therapeutic interventions for depression: a qualitative study. *Psycho-oncology*, 21, 1292-1298.
- Von Below, C., Werbart, A., & Rehnberg, S. (2010). Experiences of overcoming depression in young adults in psychoanalytic psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 12(2), 129-147.
- Wagnild, G., & Young, H. M. (1990). Resilience among older women. *Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 252-255.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Waller, M.A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 290-297.
- Wallston, K. (2007). Perceived control. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, & R. West (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (2nd ed., pp. 148-150). New York, NY: Cambridge University Press.
- Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family Process*, 35(3), 261-281.
- Walter, K. H., Horsey, K. J., Palmieri, P. A., & Hobfoll, S. E. (2010). The role of protective self-cognitions in the relationship between childhood trauma and later resource loss. *Journal of Traumatic Stress*, 23(2), 264-273.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E. (2006). The psychotherapist. In J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 200-208). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62 (8), 857-873.
- Wampold, B. E. (2010). The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart & soul of change: Delivering*

- what works in therapy* (2nd ed., pp. 49-81). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wanberg, C. R., & Banas, J. T. (2000). Predictors and outcomes of openness to changes in a reorganizing workplace. *Journal of Applied Psychology*, 85(1), 132-142.
- Weathers, F. W., & Keane, T. M. (2007). The Criterion A problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 20(2), 107-121.
- Werner, E. E. (1990). Protective factors and individual resilience. In S. J. Meisels, & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 97-116). New York, NY: Cambridge University Press.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5(4), 503-515.
- Werner, E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4(3), 81-85.
- Werner, E. E. (2004). Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery. *Pediatrics*, 114, 492.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Cornell University Press.
- Wesner, A. C., Gomes, J. B., Detzel, T., Guimarães, L. S., & Heldt, E. (2015). Booster sessions after cognitive-behavioural group therapy for panic disorder: Impact on resilience, coping, and quality of life. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(5), 513-525.
- Westphal, M., Seivert, N. H., & Bonanno, G. A. (2010). Expressive flexibility. *Emotion*, 10(1), 92-100.
- Williams, E. N., & Morrow, S. L. (2009). Achieving trustworthiness in qualitative research: A pan-paradigmatic perspective. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 576-582.

- Williams, R. M., Davis, M. C., & Millsap, R. E. (2002). Development of the cognitive processing of trauma scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(5), 349-360.
- Wills, T. A., & Bantum, E. O. C. (2012). Social support, self-regulation, and resilience in two populations: General-population adolescents and adult cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(6), 568-592.
- Wills, T. A., & Shinar, O. (2000). Measuring perceived and received social support. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 86-135). New York, NY: Oxford University Press.
- Wills, T., & Ainette, M. (2007). Social support and health. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, & R. West (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (2nd ed., pp. 202-207). New York, NY: Cambridge University Press.
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 152-169.
- Woodgate, R. L. (1999). A Review of the literature on resilience in the adolescent with cancer: Part II. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 16(2), 78-89.
- Wouters, S., Duriez, B., Luyckx, K., Klimstra, T., Colpin, H., Soenens, B., & Verschueren, K. (2013). Depressive symptoms in university freshmen: Longitudinal relations with contingent self-esteem and level of self-esteem. *Journal of Research in Personality*, 47(4), 356-363.
- Wright, M. O., Crawford, E., & Sebastian, K. (2007). Positive resolution of childhood sexual abuse experiences: The role of coping, benefit-finding and meaning-making. *Journal of Family Violence*, 22(7), 597-608.
- Wright, M. O., Fopma-Loy, J., Fischer, S. (2005). Multidimensional assessment of resilience in mothers who are child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29(10), 1173-1193.
- Wright, M. O., Masten, A.S., & Narayan, A.J. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (2nd ed., pp. 15-37). New York, NY: Springer.

- Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S., & Mathé, A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 7, 10. doi: 10.3389/fnbeh.2013.00010
- Wu, L., Bonanno, G., DuHamel, K., Redd, W. H., Rini, C., Austin, J., ... Manne, S. (2008). Pre-bereavement meaning and post-bereavement distress in mothers of children who underwent haematopoietic stem cell transplantation. *British Journal of Health Psychology*, 13(3), 419-433.
- Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C., Raoof, A., Gribble, P. A., Parker, G. R., & Wannon, M. (1992). Interviews with children who experienced major life stress: Family and child attributes that predict resilient outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 904-910.
- Youssef, C. M., & Luthans, F. (2007). Positive organizational behavior in the workplace. The impact of hope, optimism, and resilience. *Journal of Management*, 33(5), 774-800.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ 1

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

Φύλο

Ηλικία

Επάγγελμα

Πλαίσιο θεραπείας (ιδιωτικό γραφείο ή δημόσια υπηρεσία υγείας)

Συχνότητα συνεδριών

Διάρκεια θεραπείας

Χρόνος που μεσολάβησε από το τέλος της θεραπείας

Μια θεραπευτική εμπειρία ή περισσότερες;

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Μπορείτε να μου πείτε λίγα λόγια για τη ζωή σας – όπως για παράδειγμα με τι ασχολείστε, ποιοι είναι ή υπήρξαν οι σημαντικοί άνθρωποι στη ζωή σας, γεγονότα που υπήρξαν ιδιαίτερα σημαντικά για εσάς, είτε καλά είτε άσχημα.
2. Τι σας οδήγησε στη θεραπεία; Μπορείτε να μου μιλήσετε για κάποιες επώδυνες εμπειρίες ή δύσκολες συνθήκες ζωής (οι οποίες σας οδήγησαν στη θεραπεία); [Πότε συνέβησαν; Πόσος χρόνος μεσολάβησε μέχρι τη θεραπεία; Γιατί;]
3. Πως επηρέαζαν τη ζωή και την καθημερινότητά σας οι εμπειρίες αυτές;
4. Μπορείτε να σκεφτείτε μια λέξη που περιγράφει πως νιώθατε εκείνο τον καιρό; [Μπορείτε να εξηγήσετε λίγο περισσότερο γιατί/ πως νιώθατε...]. Ποια ήταν η συνηθισμένη σας διάθεση, δηλαδή πως αισθανόσαστε συνήθως; Πως αισθανόσαστε γενικά για τον εαυτό σας ως άτομο εκείνο τον καιρό;
5. Τι κάνατε για να τα βγάξετε πέρα ή να αντιμετωπίζετε το στρες ή τον πόνο; [Ρωτάω τόσο για προσαρμοστικές όσο και για δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης]
6. Ποια ήταν η γενικότερη εμπειρία με τη θεραπεία σας; Πως ήταν η θεραπεία για σας;
7. Υπήρξαν αλλαγές εξαιτίας της θεραπείας; Ποιες είναι αυτές οι αλλαγές, αν υπάρχουν, που είναι αποτέλεσμα της θεραπείας σας;
8. Με ποιο τρόπο πιστεύετε ότι επηρέασε η ψυχοθεραπεία τον τρόπο που βλέπετε και αντιμετωπίζετε τώρα αυτές τις επώδυνες εμπειρίες ή καταστάσεις; [Δηλαδή

αν σας συνέβαινε τώρα το ίδιο θα κάνατε κάτι διαφορετικά ή θα νιώθατε διαφορετικά;]

9. Τι νόημα δίνετε στις οδυνηρές και τραυματικές εμπειρίες της ζωής σας; Έχει αλλάξει το νόημα που δίνετε σε αυτές τις εμπειρίες σαν αποτέλεσμα της θεραπείας; Με ποιο τρόπο; Φαίνεται η ζωή να έχει περισσότερο ή λιγότερο νόημα από ότι πριν;
10. Άλλαξε ο τρόπος που διαχειρίζεστε το στρες ή αντιμετωπίζετε τα προβλήματά σας εξαιτίας της θεραπείας;
11. Πως επηρέασε η θεραπεία τον τρόπο που λειτουργείτε στην καθημερινότητα; (για παράδειγμα σε σχέση με τη δουλειά σας, τις δουλειές του σπιτιού ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες)
12. Μετά τη θεραπεία, έχουν αλλάξει με οποιονδήποτε τρόπο τα συναισθήματα για τον εαυτό σας, ο τρόπος που βλέπετε τον εαυτό σας, ή οι τρόποι που αντιμετωπίζετε τον εαυτό σας ή το σώμα σας;
13. Έχει υπάρξει οποιαδήποτε αλλαγή στο τι αισθάνεστε, πόσο έντονα αισθάνεστε διάφορα συναισθήματα ή στην ικανότητά σας να αντιμετωπίζετε δύσκολα συναισθήματα; [Εάν ναι, τι έχει αλλάξει]
14. Υπήρξαν αλλαγές στο είδος ή στην ποιότητα των σχέσεων σας από τότε που αρχίσατε θεραπεία;
15. Μπορείτε να συνοψίσετε τι ήταν βοηθητικό στη θεραπεία σας μέχρι τώρα; Παρακαλώ δώστε παραδείγματα (Για παράδειγμα, γενικές πλευρες, συγκεκριμένα περιστατικά) [Ποιες συγκεκριμένες εμπειρίες και γεγονότα ήταν ιδιαίτερα σημαντικά; Ποιες στιγμές ή επεισόδια διευκόλυναν την αλλαγή;]
16. Παραδείγματα συγκεκριμένων επεισοδίων για την απόκτηση «μίνι-αφηγήσεων» για τη θεραπευτική διαδικασία. Για παράδειγμα: «Μπορείτε να μου περιγράψετε, όσο το δυνατόν πιο λεπτομερώς, ένα συγκεκριμένο γεγονός κατά τη διάρκεια της θεραπείας που συνέβαλλε στη θετική αλλαγή με τον πιο σημαντικό τρόπο; Με ποιον τρόπο πιστεύετε ότι το συγκεκριμένο γεγονός συνέβαλε στην αλλαγή;»
17. Ποια γεγονότα εκτός θεραπείας διευκόλυναν την αλλαγή;
18. Έχετε κάποιες υποδείξεις για εμάς, σχετικά με την έρευνα ή τη θεραπεία; Υπάρχει κάτι άλλο που θέλετε να μου πείτε;

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ 2

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

Φύλο

Ηλικία

Επάγγελμα

Πλαίσιο θεραπείας (ιδιωτικό γραφείο ή δημόσια υπηρεσία υγείας)

Συχνότητα συνεδριών

Διάρκεια θεραπείας

Χρόνος που μεσολάβησε από το τέλος της θεραπείας

Μια θεραπευτική εμπειρία ή περισσότερες;

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Τι σε οδήγησε στη θεραπεία; Μπορείς να μου μιλήσεις για κάποιες επώδυνες εμπειρίες ή δύσκολες συνθήκες ζωής (οι οποίες σε οδήγησαν στη θεραπεία); [Πότε συνέβησαν; Πόσος χρόνος μεσολάβησε μέχρι τη θεραπεία; Γιατί;]
2. Ποια ήταν η γενικότερη **εμπειρία με τη θεραπεία σου**; Πως ήταν η θεραπεία για σένα;
3. Υπήρξαν **αλλαγές εξαιτίας της θεραπείας**; Ποιες είναι αυτές οι αλλαγές, αν υπάρχουν, που είναι αποτέλεσμα της θεραπείας;
4. Ποια είναι η **μεγαλύτερη αλλαγή** που έγινε στη θεραπεία και πως αυτή επηρέασε τον τρόπο που σκέφτεσαι, που αισθάνεσαι ή τον τρόπο ζωής σου;
5. Με ποιο τρόπο πιστεύεις ότι επηρέασε η ψυχοθεραπεία τον **τρόπο που βλέπεις και αντιμετωπίζεις τώρα αυτές τις επώδυνες εμπειρίες ή καταστάσεις**; Άλλαξε το νόημα που τους αποδίδεις, οι σκέψεις που κάνεις ή τα συναισθήματα που έχεις γι' αυτές (μείωση έντασης); [Αποδοχή της δυσκολίας/ προσωπική ευθύνη/ δεν ήρθε το τέλος του κόσμου/ νέες σκέψεις/ θετική επίδραση κλπ]. [Δηλαδή αν σου συνέβαινε τώρα το ίδιο θα έκανες κάτι διαφορετικά ή θα ένιωθες διαφορετικά;] – Τι νομίζεις ότι διευκόλυνε αυτές τις αλλαγές στη θεραπεία – αν υπήρξαν;
6. Επηρέασε η θεραπεία τον **τρόπο που βλέπεις τα πράγματα**; (Για παράδειγμα τον εαυτό σου, το παρελθόν σου, τις σχέσεις σου, τον τρόπο που λειτουργείς κλπ). Πως έγινε αυτό; Τι συντέλεσε σ' αυτή την αλλαγή; Τι επηρέασε αυτό με τη σειρά του;
7. Τι επίδραση είχε η θεραπεία στην **επαφή με τον εαυτό σου**; Τι πιστεύεις ότι προκάλεσε την αλλαγή (αν υπήρξε); Τι επηρέασε αυτή με τη σειρά της;

8. Μετά τη θεραπεία, έχουν αλλάξει με οποιονδήποτε τρόπο ο **τρόπος που βλέπεις τον εαυτό** σου, τα συναισθήματα για τον εαυτό σου , ή οι τρόποι που αντιμετωπίζεις τον εαυτό σου ή το σώμα σου;
9. Πως επηρέασε η θεραπεία τον **τρόπο που λειτουργείς** γενικά; Σε σχέση με τις δυσκολίες ή τα προβλήματα; Σε σχέση με την καθημερινότητα; (για παράδειγμα σε σχέση με τη δουλειά, τις δουλειές του σπιτιού ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες)
10. Άλλαξε ο **τρόπος που διαχειρίζεσαι το στρες** ή αντιμετωπίζεις τα προβλήματά σου εξαιτίας της θεραπείας; Πως; Τι συνέβαλε σε αυτή την αλλαγή;
11. Έχει υπάρξει οποιαδήποτε αλλαγή στο **τρόπο που βιώνεις συναισθήματα**, στο τι αισθάνεσαι, πόσο έντονα αισθάνεσαι διάφορα συναισθήματα ή στην ικανότητά σου να αντιμετωπίζεις δύσκολα συναισθήματα; [Εάν ναι, τι έχει αλλάξει]
12. Υπήρξαν αλλαγές στο **είδος ή στην ποιότητα των σχέσεων** σου από τότε που άρχισες θεραπεία;
13. Μπορείς να συνοψίσεις **τι ήταν βοηθητικό** στη θεραπεία σου μέχρι τώρα; Μπορείς να δώσεις παραδείγματα (Για παράδειγμα, γενικές πλευρες, συγκεκριμένα περιστατικά); [Ποιες συγκεκριμένες εμπειρίες και γεγονότα ήταν ιδιαίτερα σημαντικά; Ποιες στιγμές ή επεισόδια διευκόλυναν την αλλαγή;]
14. Μπορείς να μου περιγράψεις, όσο το δυνατόν πιο λεπτομερώς, ένα **συγκεκριμένο γεγονός** κατά τη διάρκεια της θεραπείας που συνέβαλλε στη θετική αλλαγή με τον πιο σημαντικό τρόπο; Με ποιον τρόπο πιστεύεις ότι το συγκεκριμένο γεγονός συνέβαλε στην αλλαγή;
15. Έχεις κάποιες υποδείξεις για εμένα, σχετικά με την έρευνα ή τη θεραπεία; Υπάρχει κάτι άλλο που θέλεις να μου πεις;

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Πιστεύεις ότι η θεραπευτική σχέση συνέβαλλε στην αλλαγή; Με ποιο τρόπο; Ήταν καλή η θεραπευτική σχέση; Τι συντέλεσε στη δημιουργία της; Τι είναι αυτό που την έκανε καλή (συστατικά);

ΑΠΟΔΟΧΗ

Άλλαξε με τη θεραπεία η ικανότητά σου να αποδέχεσαι (τον εαυτό σου, τη ζωή, τις καταστάσεις, τους άλλους κλπ);

Τι την προκάλεσε; Με ποιο τρόπο συνέβη; Υπήρξε κάτι που προηγήθηκε της αποδοχής;

Τι ακολούθησε την αποδοχή; Σε τι συντέλεσε η αποδοχή;

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ 3

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

Φύλο

Ηλικία

Επάγγελμα

Πλαίσιο θεραπείας (ιδιωτικό γραφείο ή δημόσια υπηρεσία υγείας)

Συχνότητα συνεδριών

Διάρκεια θεραπείας

Χρόνος που μεσολάβησε από το τέλος της θεραπείας

Μια θεραπευτική εμπειρία ή περισσότερες;

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Τι σε οδήγησε στη θεραπεία; Μπορείς να μου μιλήσεις για κάποιες επώδυνες εμπειρίες ή δύσκολες συνθήκες ζωής (οι οποίες σε οδήγησαν στη θεραπεία);
2. Υπήρξαν **αλλαγές εξαιτίας της θεραπείας**; Ποιες είναι αυτές οι αλλαγές, αν υπάρχουν, που είναι αποτέλεσμα της θεραπείας;
3. Με ποιο τρόπο πιστεύεις ότι επηρέασε η ψυχοθεραπεία τον **τρόπο που βλέπεις και αντιμετωπίζεις τώρα αυτές τις επώδυνες εμπειρίες ή καταστάσεις**;
4. Μπορείς να συνοψίσεις **τι ήταν βοηθητικό** στη θεραπεία σου μέχρι τώρα; / **Που αποδίδεις τις αλλαγές**; Μπορείς να δώσεις παραδείγματα;
5. Ποιος ήταν ο ρόλος που έπαιξε η ίδια στη θεραπεία; Πόσο σημαντική ήταν η δική σου συμβολή; Τι έκανες που βοήθησε; [Κίνητρο/ Δουλειά]
6. Ποιος ήταν ο ρόλος του θεραπευτή στην αλλαγή; Πόσο βοηθητικός ήταν; Τι από αυτά που έκανε ή έλεγε ήταν βοηθητικό;
7. Πως ήταν η σχέση με τον θεραπευτή; Ποια ήταν τα χαρακτηριστικά της; [Αν ήταν καλή, τι την έκανε καλή;]
8. Έπαιξε η θεραπευτική σχέση ρόλο στη διαδικασία της αλλαγής; Πόσο διευκολυντική ήταν στις αλλαγές; Με ποιο τρόπο σε βοήθησε να κάνεις τις αλλαγές που περιέγραψες; Ποιες πλευρές της ήταν βοηθητικές;
9. Τι συνέβαινε στη διάρκεια της θεραπευτικής ώρας; [Πως ήταν μια τυπική συνεδρία;] Ποιες διαδικασίες που συνέβαιναν στη διάρκεια της θεραπείας ήταν βοηθητικές; [Του θεραπευτή; Δικές σου;] Τι τις έκανε βοηθητικές;
10. Έχεις κάποιες υποδείξεις για εμένα, σχετικά με την έρευνα ή τη θεραπεία; Υπάρχει κάτι άλλο που θέλεις να μου πεις;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II



ΕΝΗΜΕΡΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η
δέχομαι και συμφωνώ να συμμετάσχω στην έρευνα που διεξάγεται από την Αγάθη Λακιώτη, MSc, συμβουλευτική ψυχολόγο, στα πλαίσια της διδακτορικής της διατριβής. Η έρευνα πραγματοποιείται υπό τη διεύθυνση του Παντείου Πανεπιστημίου Πολιτικών και Κοινωνικών Επιστημών και υπό την επίβλεψη του Καθηγητή Αναστάσιου Σταλικά.

Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός αυτής της έρευνας είναι η κατανόηση των τρόπων και της διαδικασίας με τους οποίους η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική στην επίλυση ψυχολογικών προβλημάτων και τη βελτίωση της ζωής των ανθρώπων.

Ερευνητική διαδικασία

Εάν συμφωνήσετε να συμμετάσχετε σε αυτή την έρευνα, θα σας ζητήσω να λάβετε μέρος σε μια 60λεπτη, κατά προσέγγιση, συνέντευξη την οποία θα διεξάγω η ίδια και η οποία θα μαγνητοφωνηθεί. Η συνέντευξη θα περιλαμβάνει μια σειρά από ερωτήσεις σχετικά με τον τρόπο που η ψυχοθεραπεία σας βοήθησε στην αντιμετώπιση των προβλημάτων σας. Η συνέντευξη θα διεξαχθεί σε τόπο και χρόνο που σας εξυπηρετεί.

Οφέλη και κίνδυνοι

Παρόλο που δεν υπάρχουν γνωστοί κίνδυνοι από τη συμμετοχή σε αυτού του είδους τις έρευνες, ωστόσο, η συζήτηση θα μπορούσε να ανακινήσει δυσάρεστα συναισθήματα. Αν κάποια ερώτηση σας κάνει να αισθανθείτε άβολα, δεν είστε υποχρεωμένος/ -η να απαντήσετε σε αυτήν.

Παρόλο που μπορεί να μην υπάρχουν άμεσα οφέλη για εσάς, η συμμετοχή σας στην έρευνα αυτή είναι πολύ σημαντική για τη βελτίωση της ψυχοθεραπείας.

Απόρρητο

Όλες οι πληροφορίες θα είναι απόρρητες και εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Η απομαγνητοφώνηση της συνέντευξης θα γίνει από εμένα και κανείς άλλος δε θα την ακούσει. Στο γραπτό απομαγνητοφωνημένο κείμενο της συνέντευξης το όνομα σας, ή οποιαδήποτε άλλα ονόματα και στοιχεία που μπορεί να αποκαλύψουν την ταυτότητά σας, θα αντικατασταθούν με ψευδώνυμο. Τα αρχεία της έρευνας αυτής θα διατηρηθούν σε ιδιωτικό, ασφαλή χώρο. Σε οποιαδήποτε αναφορά ή δημοσίευση της έρευνας αυτής, μπορεί να συμπεριληφθούν αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις, δε θα περιληφθούν όμως

στοιχεία τα οποία θα μπορούσαν να αποκαλύψουν την ταυτότητά σας. Τα προσωπικά στοιχεία σας δε θα αναφέρονται σε κανένα σημείο της έρευνας και θα τηρηθεί η αρχή προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Απόσυρση από την έρευνα

Η συμμετοχή σας στην έρευνα αυτή είναι εθελοντική. Αν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, μπορείτε να αρνηθείτε να απαντήσετε σε κάποιες από τις ερωτήσεις ή να αποσυρθείτε από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή το θελήσετε. Σε περίπτωση που επιλέξετε να αποσυρθείτε από την έρευνα κάθε πληροφορία που έχετε δώσει (μαζί με τη μαγνητοφωνημένη συνέντευξη) θα καταστραφούν.

Δήλωση συγκατάθεσης

Έχοντας διαβάσει τις παραπάνω πληροφορίες και έχοντας την ευκαιρία να μου απαντηθούν επαρκώς και ικανοποιητικά οι ερωτήσεις μου, συναινώ να συμμετάσχω εθελοντικά στην έρευνα.

Ονοματεπώνυμο Συμμετέχοντος _____

Υπογραφή Συμμετέχοντος _____

Ονοματεπώνυμο Ερευνήτριας _____

Υπογραφή Ερευνήτριας _____

Τόπος _____ Ημερομηνία _____

Αν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις σχετικά με την έρευνα παρακαλώ επικοινωνήστε:

Αγάθη Λακιώτη, MSc
Συμβουλευτική ψυχολόγος
Τηλ. 210-8226281, 6944 964300
Email: alakioti@yahoo.gr