

Ένα πρόγραμμα γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ομαδικής παρέμβασης σε φοιτητικό πληθυσμό για την ενίσχυση των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΑΛΑΝΤΖΗ-ΑΖΙΖΙ

ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ Χ. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ

ΓΕΩΡΓΙΑ ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΥ

Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας (ΠΑΑ) θεωρούνται ως ένα από τα πιο ουσιαστικά γνωστικά σχήματα που ρυθμίζουν την ανθρώπινη δραστηριότητα, σκέψη και συναισθήματα. Οι ΠΑΑ είναι πεποιθήσεις που σχετίζονται με το βαθμό στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι κατέχει τις δεξιότητες που οδηγούν σε επιθυμητά αποτελέσματα. Όσοι αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως αναποτελεσματικό βιώνουν ψυχική ένταση και άγχος. Οι εμπειρίες, που ενισχύουν τις ΠΑΑ μπορούν να μειώσουν το άγχος και τις αρνητικές συνέπειές του στην υγεία και λειτουργικότητα του ατόμου. Στο Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών προσπαθήσαμε να δομήσουμε ένα πρόγραμμα ομαδικής παρέμβασης με κύριο στόχο την ενίσχυση των ΠΑΑ και, μέσω αυτού, τη βελτίωση της ψυχοσωματικής υγείας των συμμετεχόντων φοιτητών. Δέκα επτά φοιτητές ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα ως τώρα. Συμπεριφοριστικές και γνωσιακές θεραπευτικές τεχνικές περιλήφθηκαν σε αυτό. Η ανάλυση των δεδομένων πριν και μετά τη συμμετοχή στο πρόγραμμα έδειξε ότι λειτουργεί με επιτυχία καθώς σημαντική βελτίωση παρατηρήθηκε τόσο στις ΠΑΑ, όσο και στην ψυχική και σωματική υγεία. Η βελτίωση αυτή διατηρήθηκε έξι μήνες αργότερα, σε επανέλεγχο. Παρουσιάζονται, τέλος, η δομή του προγράμματος όπως και η αποτελεσματικότητά του αναλυτικότερα.

Λέξεις κλειδιά: Ομαδική παρέμβαση γνωσιακής-συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης, Προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας, Ψυχοσωματική υγεία.

Το στρες αποτελεί αναμφισβήτητο ένα σημαντικό παράγοντα επικινδυνότητας για την εκδήλωση πολλαπλών προβλημάτων στην ψυχική, κοινωνική και σωματική υγεία και λειτουργικότητα του ατόμου (Sarafino, 1990). Αν αποδεχθούμε το στρες ως "απαιτήσεις (εσωτερικές ή εξωτερικές) που σύμφωνα με την προσωπική εκτίμηση του ατόμου, θέτουν σε δοκιμασία ή/και ξεπερνούν τις υπάρχουσες δυνατότητές του" (Lazarus & Folkman, 1984, σ. 283), τότε αντιλαμβανόμαστε τη μεγάλη σπουδαιότητα που αποκτά η προσωπική αξιολόγηση του ατόμου τόσο για τα εξωτερικά δεδομένα, όσο και για τα προσωπικά διαθέσιμα και δεξιότητες.

Αυτή η διαδικασία αξιολόγησης είναι γνωστή ως "γνωστική εκτίμηση" (Lazarus, 1966). Η γνωστική εκτίμηση μεσολαβεί μεταξύ αντίληψης του προβλήματος και αντίδρασης και στηρίζεται σε μια σειρά από πεποιθήσεις, στάσεις, επιμέρους αξιολογήσεις, γνώσεις και γνωστικά σχήματα (Lazarus, 1991. Lazarus & Folkman, 1984). Οι παράγοντες αυτοί είναι γνωστοί ως "ρυθμιστικοί γνωστικοί παράγοντες" (Cohen & Edwards, 1987). Ως τέτοιοι παράγοντες έχουν ερευνηθεί έννοιες όπως η αίσθηση ελέγχου του περιβάλλοντος (Litt, 1988), η αυτοεκτίμηση (Whisman & Kwon, 1993), κ.ά.

Ιδιαίτερα σημαντικές στο χώρο αυτό θεω-

ρούνται οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας (ΠΑΑ), έννοια που εισήγαγε ο Bandura (1977α, β) στη μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Οι ΠΑΑ "αναφέρονται σε εκτιμήσεις του ατόμου για το πόσο καλά μπορεί να εκτελέσει μια πράξη που απαιτείται για την αντιμετώπιση μελλοντικών καταστάσεων" (Bandura, 1982, σελ. 122). Με άλλα λόγια, οι ΠΑΑ είναι πεποιθήσεις του ατόμου για το εάν έχει την ικανότητα να δρα κατά τέτοιο τρόπο ώστε να παραχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Σύμφωνα με την κοινωνικογνωστική θεωρία της μάθησης του Α. Bandura, κάθε αλλαγή στη συμπεριφορά επέρχεται ως επακόλουθο αντίστοιχων αλλαγών στις ΠΑΑ, στο τι, δηλαδή, πιστεύουν τα άτομα ότι μπορούν να πράξουν και τι όχι (1977α). Οι προσδοκίες αυτές δε θα πρέπει να συγχέονται με τις εξίσου σημαντικές, αλλά διαφορετικού περιεχομένου, προσδοκίες αποτελέσματος. Οι πρώτες αναφέρονται στο εάν το άτομο πιστεύει ότι κατέχει κάποιες συγκεκριμένες δεξιότητες, ενώ οι δεύτερες στην πεποίθηση ότι αυτές οι δεξιότητες είναι επαρκείς να οδηγήσουν σε ένα συγκεκριμένο επιθυμητό αποτέλεσμα (Bandura, 1977β, 1982, 1997. Παπακώστας, 1994). Για παράδειγμα, ένα άτομο είναι πιθανό να πιστεύει ότι μια συγκεκριμένη ενέργεια μπορεί να επιφέρει ένα επιθυμητό αποτέλεσμα (προσδοκία έκβασης). Δεν προχωρεί, όμως, στην εκτέλεση της πράξης αυτής γιατί αμφιβάλλει για τις ικανότητές του για μια επιτυχή εκτέλεση (προσδοκία αυτοαποτελεσματικότητας).

Αποτελούν, μάλιστα, οι ΠΑΑ έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ρύθμισης της συμπεριφοράς, εφόσον καθορίζουν τον τρόπο χειρισμού του περιβάλλοντος: οι άνθρωποι αποφεύγουν συστηματικά ό,τι θεωρούν ότι βρίσκεται εκτός των δυνατοτήτων τους, ό,τι ξεπερνά, δηλαδή, τις ΠΑΑ τους. Αντίθετα, επιδιώκουν και δεσμεύονται σε συμπεριφορές ή καταστάσεις που εκτιμούν ότι βρίσκονται εντός των ΠΑΑ τους (Bandura, 1982). Εκτός, όμως, από τη συμπεριφορά, οι ΠΑΑ επηρεάζουν και τη σκέψη και το συναίσθημα: το άτομο βιώνει έντονο στρες όταν βρίσκεται ενώπιον καταστάσεων που τις θεωρεί

δυσχερείς ως προς το χειρισμό τους. Συχνά οι άνθρωποι στηρίζονται περισσότερο στις ΠΑΑ, παρά σε άλλα πιο 'αντικειμενικά' κριτήρια (Bandura, 1982).

Μπορούμε, λοιπόν, να ισχυριστούμε ότι οι ΠΑΑ αποκτούν σημαντικό ρόλο στη σχέση μεταξύ στρες και υγείας (Bandura, O' Leary, Taylor, Gauthier, & Gossard, 1987). Τα υψηλά επίπεδα ΠΑΑ μειώνουν το βαθμό του άγχους που βιώνει το άτομο, εφόσον το άτομο νιώθει ισχυρότερο να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος και να λειτουργήσει αποτελεσματικότερα. Έχει βρεθεί, π.χ., ότι οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας επηρεάζουν τα επίπεδα των κατεχολαμινών, τον καρδιακό σφυγμό, και την αρτηριακή πίεση, όταν το άτομο αντιμετωπίζει απειλητικές καταστάσεις (Bandura, Reese, & Adams, 1982. Bandura, Taylor, Williams, Mefford, & Barchas, 1985). Οι υψηλές προσδοκίες συντελούν στη μείωση των κατεχολαμινικών εκκρίσεων, του καρδιακού σφυγμού και της πίεσας, ενώ οι χαμηλές προκαλούν αύξηση των δεικτών αυτών.

Οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας καταλαμβάνουν καίρια θέση στη διαδικασία γνωστικής εκτίμησης (O' Leary, 1992. Smith & Lazarus, 1990). Κατά τον Bandura (Bandura et al., 1985), ένα άτομο θεωρεί κάποια γεγονότα ή καταστάσεις αγχογόνα, μόνο όταν πιστεύει ότι δεν μπορεί να τα χειριστεί αποτελεσματικά. Οι ΠΑΑ έχουν συνδεθεί ακόμα με χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένων στο συναίσθημα (όπως, π.χ., άρνηση και αυτο-μομφή) (Terry, 1994).

Βέβαιο είναι ότι ο ρόλος των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας μπορεί να θεωρηθεί σημαντικός και κατά τη θεραπευτική παρέμβαση, εφόσον ένας από τους στόχους μιας παρέμβασης είναι η τροποποίηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα αντιμετωπίζουν το περιβάλλον και αλληλεπιδρούν με αυτό. Ο Bandura (1977α, β, 1982, 1997) υποστηρίζει ότι κάθε θεραπευτικός (ή άλλος) χειρισμός που στόχο έχει τη μεταβολή της ανθρώπινης συμπεριφοράς μπορεί να επιτύχει κάτι τέτοιο, μόνο ως αποτέλεσμα της

πρότερης αλλαγής των σχετικών προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας. Η θέση αυτή επιβεβαιώθηκε από διάφορες έρευνες σε περιοχές, όπως: ειδικές φοβίες (Williams, Kinnery, & Falbo, 1989), κοινωνικές δεξιότητες (Lee, 1984), εγκατάλειψη της συνήθειας του καπνίσματος (McIntyre, Lichtenstein, & Mermelstein, 1983). Παρόμοια, οι υψηλές ΠΑΑ βρέθηκε να συντελούν στη μείωση του αντιλαμβανόμενου πόνου (μέσω της αυξημένης έκκρισης ενδογενών οπιοειδών), καθώς και στην ενδυνάμωση του ανοσολογικού συστήματος (Litt, 1988. Wiedenfeld, O'Leary, Bandura, Brown, Levine, & Raska, 1990).

Οι παραπάνω δημοσιεύσεις, όμως, για το θέμα του ρόλου των ΠΑΑ στην αλλαγή της συμπεριφοράς αναφέρονται σε πειραματικές έρευνες. Στις έρευνες αυτές τα άτομα που είχαν κάποιες δυσκολίες (π.χ., ειδικές φοβίες), συμμετείχαν σε θεραπευτικά προγράμματα που στόχευαν στην αντιμετώπιση των συγκεκριμένων δυσκολιών και όχι στη μεταβολή των ΠΑΑ. Η αλλαγή των προσδοκιών αυτών και η επίδρασή τους στην αλλαγή της συμπεριφοράς αποδεικνυόταν έμμεσα μέσω των πειραματικών χειρισμών.

Στόχος - Υποθέσεις

Στο Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών (Σ.Κ.Φ.) του Πανεπιστημίου Αθηνών, στα πλαίσια των προσπαθειών για τη διερεύνηση των αναγκών των φοιτητών και της παροχής σχετικής βοήθειας, προσπαθήσαμε, για πρώτη φορά, να αναπτύξουμε ένα πλαίσιο παρέμβασης που στόχο θα είχε την απευθείας ενδυνάμωση των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας. Στόχος της προσπάθειας ήταν η άμεση ενίσχυση των ΠΑΑ και η παράλληλη βελτίωση της ψυχοσωματικής υγείας και της λειτουργικότητας των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα.

Στο Σ.Κ.Φ. του Πανεπιστημίου Αθηνών υπάρχει μακρά παράδοση ομαδικών παρεμβάσεων και, βέβαια, αρκετή συσσωρευμένη εμπειρία (βλ. Κаланτζή-Azizi, 1996. Κаланτζή-Azizi & Μαντακά, 1996). Το συγκεκριμένο πρόγραμμα που

δομήσαμε στο Σ.Κ.Φ. δεν απευθυνόταν σε φοιτητές με σοβαρές ή/και συγκεκριμένες σωματικές βλάβες (π.χ., αναπηρίες, χρόνιες οργανικές διαταραχές κ.λπ.) ή ψυχικές διαταραχές (π.χ., αγχώδεις και συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας κ.λπ.). Απευθυνόταν σε άτομα που αντιμετώπιζαν ορισμένα συμπτώματα ή δυσχέρειες στην υγεία τους, χωρίς αυτά να επαρκούν για τη διάγνωση συγκεκριμένης διαταραχής, έχοντας βέβαια ως σκοπό την αντιμετώπιση των δυσχερειών αυτών.

Στα πλαίσια της όλης αυτής προσπάθειας παρουσιάζουμε στο άρθρο αυτό τη δομή του προγράμματος, καθώς και τα αποτελέσματα της εφαρμογής του σε ομάδα φοιτητών που συμμετείχε σε αυτό. Βασική μας υπόθεση ήταν ότι η εφαρμογή ενός προγράμματος με στόχο την ενίσχυση των προσδοκιών που τα άτομα φέρουν ως προς τις ικανότητές τους να αντιμετωπίζουν αγχογόνα ερεθίσματα στη ζωή τους θα επιφέρει βελτίωση τόσο στις ίδιες τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας όσο και στη σωματική και την ψυχική τους υγεία, που διαταράχθηκε εξαιτίας αυτών ακριβώς των αγχογόνων καταστάσεων.

Μέθοδος

Δείγμα

Στο πρόγραμμα συμμετείχαν αρχικά 20 άτομα. Το ολοκλήρωσαν, όμως, μόνο οι 17 (14 γυναίκες και 3 άνδρες). Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν 21.82 έτη (τυπική απόκλιση = 3.01 έτη). Τα αποτελέσματα που θα παρουσιασθούν στη συνέχεια αφορούν τα 17 αυτά άτομα, που ήταν μοιρασμένα σε 3 ομάδες. Την πρώτη ομάδα (7 άτομα) διηύθυνε άνδρας θεραπευτής, ενώ τις δύο επόμενες (από πέντε άτομα σε κάθε μία) γυναίκα θεραπεύτρια. Οι συμμετέχοντες ανήκαν σε οικογένειες μέσου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (με βάση τη μόρφωση και το επάγγελμα των γονέων τους), ενώ οι ίδιοι ήταν μάλλον καλοί φοιτητές (μέσος όρος βαθμολογίας = 7.87, τυπική απόκλιση = 0.71).

Η προσέλευση των ενδιαφερομένων στο Σ.Κ.Φ. έγινε ως εξής: Αναρτήθηκε σε όλους τους χώρους της Φιλοσοφικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών (όπου και στεγάζεται το Σ.Κ.Φ.) ανοικτή πρόσκληση-κείμενο καλώντας για συμμετοχή στο πρόγραμμα. Ως κριτήρια επιλογής χρησιμοποιήσαμε την ύπαρξη χαμηλών ΠΑΑ ως προς την ικανότητα για αποτελεσματική αντιμετώπιση των αγχογόνων ερεθισμάτων καθώς και την παρουσία σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων. Ως κριτήριο για την ύπαρξη μειωμένων ΠΑΑ χρησιμοποιήσαμε τις δηλώσεις των ίδιων των ατόμων: ως κρίσιμο σημείο θεωρήσαμε την παρουσία ατομικού μέσου όρου στο σχετικό ερωτηματολόγιο, το οποίο παρουσιάζεται παρακάτω, μικρότερου του 5.5 (στη 10βαθμη κλίμακα). Στα άτομα που συμμετείχαν στο πρόγραμμα δε διαπιστώθηκε καμία συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή (π.χ., φοβία, κατάθλιψη κ.λπ.). Όσοι φοιτητές ενδιαφέρθηκαν, αλλά διαγνώστηκαν με κάποια διαταραχή παραπέμφθηκαν σε πρόγραμμα ατομικής συμβουλευτικής. Τα άτομα που τελικά συμμετείχαν δήλωναν συμπτώματα που ταίριαζαν στην εικόνα της μη συγκεκριμένης ψυχολογικής φόρτισης (Dohrenwend, Shrout, Egri, & Mendelson, 1980).

Συμμετέχοντες και διαδικασία

Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν πριν την έναρξη του προγράμματος, σε ατομική βάση κατά τη διάρκεια προκαταρκτικής συνέντευξης, ένα πακέτο τριών ερωτηματολογίων:

(α) Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (ΕΓΥ) των 28 θεμάτων (General Health Questionnaire-28), όπως προσαρμόστηκε από τους Μουτζούκη, Αδαμοπούλου, Γαρούφαλλο, και Καραστεργίου (1990) σε ελληνικό πληθυσμό. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνει διερευνούν αν ένα άτομο έχει πρόσφατα εμφανίσει ένα ορισμένο σύμπτωμα ή είδος συμπεριφοράς στη βάση μιας κλίμακας τύπου Likert, 3 = Λιγότερο από όσο συνήθως (ή καθόλου) - 0 = Πολύ περισσότερο από όσο συνήθως. Το ΕΓΥ-28 αξιολογεί τέσσερις παράγοντες: την κλίμακα Α', που απο-

τελεί μια γενική αντίληψη του προσωπικού επιπέδου υγείας (π.χ., "Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;", "Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό;")· την κλίμακα Β', που αξιολογεί τα επίπεδα άγχους του ατόμου και τη συνακόλουθη δυσκολία στον ύπνο (π.χ., "Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;", "Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος;")· την κλίμακα Γ', η οποία αξιολογεί την κοινωνική δυσλειτουργία του ατόμου, δηλαδή, την έλλειψη ικανότητας του ατόμου να τα καταφέρει στις κοινωνικές υποχρεώσεις καθώς και να αντλεί ικανοποίηση από αυτές και από τις συνήθεις καθημερινές δραστηριότητες (π.χ., "Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ό,τι γίνεται γύρω σου;", "Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σου;")· την κλίμακα Δ', η οποία αξιολογεί την καταθλιπτική συμπτωματολογία του ατόμου, κυρίως σε επίπεδο γνωστικό (π.χ., "Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;", "Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;"). Παράλληλα, η βαθμολογία από το σύνολο των 28 ερωτήσεων του ερωτηματολογίου αποτελεί ένα σημαντικό δείκτη της γενικής ψυχικής υγείας του ατόμου. Η ελληνική προσαρμογή του ΕΓΥ-28 παρουσιάζει υψηλό δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας (Cronbach's $\alpha = 0.75-0.85$ για τις τέσσερις κλίμακες) (Καραδήμας, 1999) καθώς και υψηλά επίπεδα εγκυρότητας (βλ. Μουτζούκης et al., 1990).

(β) Ένα ερωτηματολόγιο-κατάλογο 33 διάφορων οργανικών συμπτωμάτων και προβλημάτων (π.χ., διάφοροι πόνοι, γρίπη, ρινική καταρροή, διαταραχές εμμήνου ρύσεως). Οι φοιτητές δήλωσαν πόσο συχνά υπέφεραν από καθένα εξ αυτών των προβλημάτων κατά τις τελευταίες εβδομάδες (3 = Ποτέ, 0 = Συχνά). Το σύνολο της βαθμολογίας (0-99) αποτέλεσε το δείκτη σωματικής υγείας του κάθε ατόμου.

(γ) Ένα ερωτηματολόγιο 6 θεμάτων που αξιολογεί τις ΠΑΑ των ατόμων για τις ικανότητές τους να αντιμετωπίσουν επιτυχώς ποικίλες αγχογόνες καταστάσεις (Καραδήμας & Κаланτζή-Αζίζι, 1996). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από θέματα όπως: "Σκέψου ένα πολύ δυσά-

ρεστο γεγονός (όπως το θάνατο ενός κοντινού προσώπου). Πόσο καλά θα αντιμετωπίσεις ένα τέτοιο γεγονός, αν συνέβαινε κάποτε;". Οι συμμετέχοντες μπορούν να απαντήσουν στη βάση μιας δεκαβάθμιας κλίμακας τύπου Likert (1 = Καθόλου καλά, 10 = Πολύ καλά). Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει υψηλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach's $\alpha = 0.86$) και αξιοπιστία επαναχορήγησης (Pearson $r = 0.90$, για χρονικό διάστημα ίσο με 30 ημέρες) (Καραδήμας & Κаланτζή-Azizi, 1996).

Όσο υψηλότεροι είναι οι βαθμοί τόσο καλύτερο επίπεδο υγείας και πιο ενισχυμένες ΠΑΑ δείχνουν.

Στο τέλος του όλου προγράμματος, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν εκ νέου τα παραπάνω ερωτηματολόγια (ομαδικά, κατά τη διάρκεια της τελευταίας συνάντησης) προκειμένου να ελεγχθούν πιθανές μεταβολές στις ΠΑΑ και στους δείκτες σωματικής και ψυχικής υγείας, όπως και έξι περίπου μήνες αργότερα σε προσχεδιασμένο επανέλεγχο (ομαδικά, μετά από τηλεφωνική κλήση από τους συντονιστές της ομάδας).

Περιεχόμενο του προγράμματος παρέμβασης

Ο Bandura (1977β) υποστήριξε πως οι ΠΑΑ δημιουργούνται και εμπεδώνονται μέσω τεσσάρων τρόπων: (α) Τις προσωπικές εμπειρίες και επιδόσεις, που είναι και η πιο σημαντική πηγή γιατί αναφέρεται στις προσωπικές εμπειρίες και μάθηση. Οι αποτυχίες διαμορφώνουν χαμηλές ΠΑΑ, ενώ οι επιτυχίες υψηλές και ισχυρές. (β) Τη μάθηση μέσω προτύπου: αρκετές φορές οι ΠΑΑ που φέρουμε δεν είναι αποτέλεσμα της προσωπικής μας εμπειρίας, αλλά αποτύπωση της εμπειρίας άλλων, όπως την προσλαμβάνουμε. (γ) Τη λεκτική πειθώ, που αναφέρεται στις συμβουλές και στα προφορικά πρότυπα που οι άλλοι μεταφέρουν και, (δ) τη συναισθηματική διέγερση. Τα άτομα συχνά στηρίζονται στο επίπεδο της διέγερσης που βιώνουν προκειμένου να αποφανθούν για το αν έχουν ή όχι την ικανότητα για να ξεπεράσουν το πρόβλημα που τους δημιουργεί τη διέγερση. Η έντονη συναισθηματική

διέγερση ενώπιον μιας κατάστασης συντελεί στη δημιουργία χαμηλών ΠΑΑ ως προς την κατάσταση αυτή.

Στο πρόγραμμα ενίσχυσης των ΠΑΑ συμπεριλήφθησαν γνωστικές και συμπεριφοριστικές τεχνικές και διαδικασίες που στόχο είχαν (α) τον έλεγχο των ΠΑΑ που τα άτομα έχουν ως προς τις ικανότητές τους για να 'τα βγάλουν πέρα' με τα προβλήματα που συναντούν στη ζωή τους (αγχогόνα ερεθίσματα), καθώς και (β) την τροποποίηση των γνωστικών σχημάτων των προσδοκιών τους.

Πιο συγκεκριμένα, η τροποποίηση των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας επιδιώχθηκε μέσω των παρακάτω τεχνικών:

I) Χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της καταγραφής των αγχогόνων γεγονότων, των σκέψεων, των συναισθημάτων και των ΠΑΑ σε καθημερινά ημερολόγια καθώς και, σε περίπτωση που κρινόταν αναγκαίο, η αμφισβήτηση αυτών και η αντικατάστασή τους από άλλα γνωστικά σχήματα περισσότερο λειτουργικά (ημερολόγια επταπλής στήλης) (Παπακώστας, 1994). Επίσης, μέσω της συζήτησης στα πλαίσια της ομάδας, της εκμάθησης της τεχνικής επίλυσης προβλημάτων, της τεχνικής της σταδιακής (βήμα προς βήμα) προσέγγισης ενός προβλήματος (Kenneply, 1995) και της ενίσχυσης για εφαρμογή των παραπάνω τεχνικών στα προβλήματα της καθημερινής ζωής, καταβλήθηκε προσπάθεια μεταβολής των ΠΑΑ μέσω της άμεσης εμπειρίας των συμμετεχόντων (α' πηγή διαμόρφωσης ΠΑΑ).

II) Η ανταλλαγή εμπειριών επιτυχίας και η ηθική ενίσχυση (τόσο από τους συντονιστές, όσο και από τα μέλη της ομάδας) προς τους συμμετέχοντες, χρησιμοποιήθηκε ως παράγοντας διαμόρφωσης νέων ισχυρών ΠΑΑ μέσω της έμμεσης εμπειρίας (β' πηγή διαμόρφωσης ΠΑΑ) όπως και μέσω της λεκτικής πειθούς (μέσω του σχήματος: "αφού τα καταφέρνουν τόσα μέλη της ομάδας, αξίζει να προσπαθήσεις και εσύ και θα τα καταφέρεις") (γ' πηγή).

III) Μέσα από τεχνικές νευρομυϊκής χαλάρωσης και διαφραγματικής αναπνοής, προσπαθήσαμε να προλάβουμε τη διαμόρφωση χαμηλών

ΠΑΑ μέσω του μηχανισμού της αντίληψης της προδρομικής συναισθηματικής και οργανικής αυτοδιέγερσης (δ' πηγή).

Το πρόγραμμα, που όπως προείπαμε ήταν ομαδικό, ολοκληρώθηκε σε εννέα (9) συναντήσεις, εκ των οποίων η πρώτη αφιερώθηκε μόνο στην αλληλογνωριμία των μελών της ομάδας και στην εμπειριστατωμένη πληροφόρηση των μελών για τους στόχους της ομάδας και για τις τεχνικές και διαδικασίες που θα χρησιμοποιηθούν. Οι συναντήσεις λάμβαναν χώρα σε εβδομαδιαία βάση και είχαν διάρκεια 90 περίπου λεπτών.

Σε κάθε συνάντηση χορηγούνταν στα μέλη της ομάδας ασκήσεις και έντυπο πληροφοριακό υλικό που αφορά τα θέματα που συζητούνταν κατά τη συγκεκριμένη συνάντηση. Το υλικό και πολλές από τις ασκήσεις δημιουργήθηκαν ή προσαρμόστηκαν στα ελληνικά για πρώτη φορά για τις ανάγκες του προγράμματος. Το ακριβές πρόγραμμα κάθε συνάντησης παρουσιάζεται συνοπτικά στον Πίνακα 1. Πλήρης και ολοκληρωμένη παρουσίαση του προγράμματος και των ασκήσεων γίνεται αλλού (Καλαντζή-Αζίζι & Καραδήμας, υπό δημοσίευση).

Για τη σύνταξη των ασκήσεων και του πληροφοριακού υλικού βασιστήκαμε σε παραπλήσιο υλικό των Bernstein και Carlson (1993), Καλαντζή-Αζίζι (1986), Kennerly (1995), και Παπακώστα (1994).

Σημειώνουμε ότι πριν την έναρξη του προγράμματος λάμβανε χώρα μια ιδιαίτερη συνάντηση με κάθε ένα από τους ενδιαφερόμενους έτσι ώστε να διακριβωθούν τα κίνητρά τους, καθώς και οι ανάγκες ή/και οι πιθανές δυσκολίες (ψυχολογικές ή άλλες). Σε αυτή τη συνάντηση συζητούνταν το θέμα της αποδοχής εκ μέρους του ατόμου της προσωπικής του ευθύνης για αλλαγή της συμπεριφοράς του, όπως ακόμα και η δυνατότητα του ατόμου να συμμετάσχει σε ομαδική δραστηριότητα και να αποδώσει. Τέλος, γινόταν συζήτηση για τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική δομή του προγράμματος, ώστε να διασφαλιστεί η συμφωνία του ατόμου και η δυνατότητά του να συνεργαστεί με τους όρους που η συγκεκριμένη θεώρηση επιβάλλει.

Στο σημείο αυτό σημειώνουμε ότι δεν υπήρξε ομάδα ελέγχου. Δυσχέρειες οικονομικές, χρόνου και δυνατοτήτων εμπόδισαν τη δημιουργία ομάδας ελέγχου, κυρίως για δεοντολογικούς λόγους, εφόσον εκ των προτέρων γνωρίζαμε ότι δεν θα ήμασταν σε θέση να προσφέρουμε αργότερα και σε αυτά τα άτομα τη δυνατότητα συμμετοχής σε παρόμοιο πρόγραμμα.

Αποτελέσματα

Ο αριθμός των 17 ατόμων που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα, και για τους οποίους παρατίθενται τα δεδομένα, είναι σαφώς μικρός. Για το λόγο αυτό, τα πρώτα αυτά ευρήματα μπορούν να θεωρηθούν μόνο ως ενδεικτικά της αποτελεσματικότητας του προγράμματος παρέμβασης.

Για τον έλεγχο των πιθανών μεταβολών που επήλθαν στα επίπεδα των ΠΑΑ, καθώς και της σωματικής και της ψυχικής υγείας, ως αποτέλεσμα της εφαρμογής του προγράμματος, έγινε χρήση του Wilcoxon (για συσχετιζόμενα δείγματα) μη παραμετρικού κριτηρίου σύγκρισης των μέσων όρων πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος και στον επανέλεγχο. Το κριτήριο αυτό προτιμήθηκε εξαιτίας του μικρού δείγματός μας.

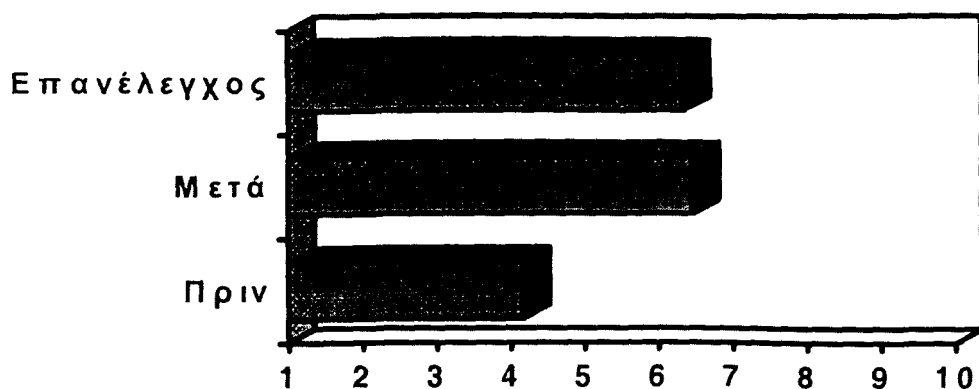
Ο μέσος όρος των προσδοκίων αυτο-αποτελεσματικότητας πριν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα παρέμβασης ($M.O. = 4.16, T.A. = 1.20$), αυξήθηκε σημαντικά μετά την εφαρμογή του προγράμματος ($M.O. = 6.46, T.A. = 0.91$), $z = 3.62, p < 0.001$. Η μεταβολή του μέσου όρου των ΠΑΑ κατά τον επανέλεγχο έξι μήνες αργότερα ($M.O. = 6.33, T.A. = 1.34$), διατήρησε τη στατιστικώς σημαντική διαφορά με τις ΠΑΑ πριν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα, $z = 3.57, p < 0.001$, αλλά δε διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά με τις ΠΑΑ όπως διαμορφώθηκαν μετά τη συμμετοχή στο πρόγραμμα, $z = 0.45, p > 0.10$ (βλ. Σχήμα 1).

Κατά παρόμοιο τρόπο, ο μέσος όρος των σωματικών συμπτωμάτων μεταβλήθηκε από $M.O. = 74.82 (T.A. = 10.30)$, πριν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα, σε $M.O. = 85.41 (T.A. = 7.26)$,

Πίνακας 1

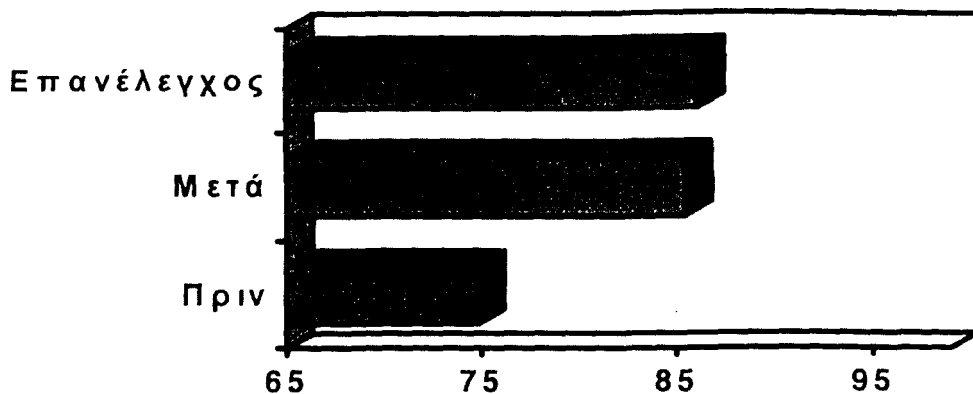
Συνοπτική παρουσίαση του περιεχομένου των συναντήσεων που περιλάμβανε το πρόγραμμα παρέμβασης

Αύξων αριθμός συνάντησης	Περιεχόμενο συνάντησης
1η	α) Αλληλογνωριμία των μελών της ομάδας. β) Παρουσίαση βασικών αρχών της παρέμβασης. γ) Υπογραφή 'συμβολαίου' με τον εαυτό.
2η	α) Συζήτηση για το άγχος και το στρες, τα αίτιά τους και τις συνέπειές τους, καθώς και για τις στρατηγικές αντιμετώπισής τους. β) Συζήτηση για τις ΠΑΑ.
3η	α) Γνωσίες και ο ρόλος τους. Δυνατότητες μεταβολής των γνωσιών. Εισαγωγή στην τήρηση καθημερινού ημερολογίου. β) Ασκήσεις διαφραγματικής αναπνοής.
4η	α) Συζήτηση με βάση τις σημειώσεις στα ημερολόγια. Επαναξιολόγηση των σκέψεων - 'πρόκληση' γνωστικών σχημάτων. Ανταλλαγή εμπειριών. Παροχή ενίσχυσης. β) Ασκήσεις προοδευτικής νευρομυϊκής χαλάρωσης.
5η	α) Συζήτηση με βάση τις σημειώσεις στα ημερολόγια. Επαναξιολόγηση των σκέψεων - 'πρόκληση' γνωστικών σχημάτων. Ανταλλαγή εμπειριών. Παροχή ενίσχυσης. β) Παρουσίαση τεχνικών επίλυσης προβλημάτων. γ) Ασκήσεις προοδευτικής νευρομυϊκής χαλάρωσης.
6η	α) Συζήτηση με βάση τις σημειώσεις στα ημερολόγια. Επαναξιολόγηση των σκέψεων - 'πρόκληση' γνωστικών σχημάτων. Ανταλλαγή εμπειριών. Παροχή ενίσχυσης. β) Γνωστικά λάθη, η σημασία τους, τρόποι ανίχνευσης τέτοιων λαθών και τροποποίησή τους.
7η	α) Συζήτηση με βάση τις σημειώσεις στα ημερολόγια. Επαναξιολόγηση των σκέψεων - 'πρόκληση' γνωστικών σχημάτων. Ανταλλαγή εμπειριών. Παροχή ενίσχυσης. β) Παρουσίαση της σταδιακής (βήμα προς βήμα) προσέγγισης για την επίλυση προβλημάτων.
8η	α) Συζήτηση με βάση τις σημειώσεις στα ημερολόγια. Επαναξιολόγηση των σκέψεων - 'πρόκληση' γνωστικών σχημάτων. Ανταλλαγή εμπειριών. Παροχή ενίσχυσης. β) Επανάληψη εννοιών, όπως: γνωσίες, ΠΑΑ, χαλάρωση, επίλυση προβλημάτων.
9η	α) Προετοιμασία για πιθανές υπαναχωρήσεις στα επιτεύγματα. β) Παροχή ενίσχυσης για συνέχιση της προσπάθειας αλλαγής. γ) Συμπεράσματα και παρατηρήσεις. Δεύτερο 'συμβόλαιο' με τον εαυτό.



Σχήμα 1

Μέσοι όροι των προσδοκίων αυτοαποτελεσματικότητας πριν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα, μετά τη συμμετοχή και στον επανέλεγχο (έξι μήνες αργότερα).



Σχήμα 2

Μέσοι όροι των σωματικών συμπτωμάτων πριν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα, μετά τη συμμετοχή και στον επανέλεγχο (έξι μήνες αργότερα).

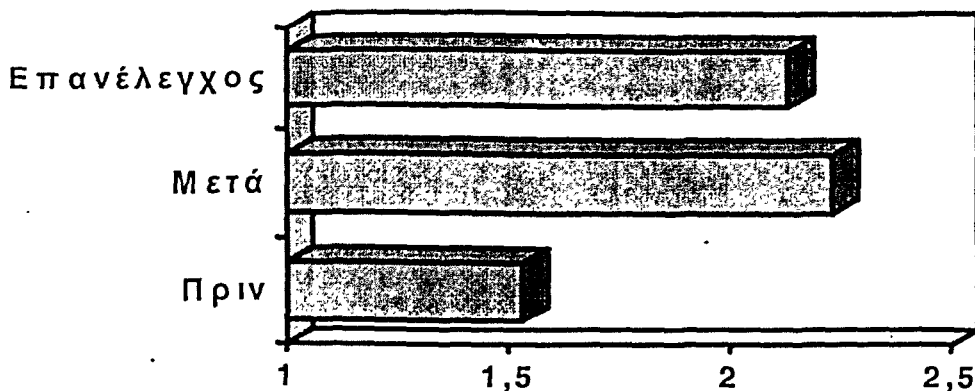
μετά τη συμμετοχή και σε $M.O. = 86.06$ ($T.A. = 11.64$), ένα εξάμηνο αργότερα. Η διαφορά των μέσων όρων πριν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα και αμέσως μετά είναι στατιστικώς σημαντική, $z = 3.62$, $p < 0.001$, όπως και μετά από ένα εξάμηνο, $z = 3.08$, $p < 0.005$. Αντίθετα, η διαφορά μεταξύ των μέσων όρων μετά τη συμμετοχή στο πρόγραμμα και έξι μήνες αργότερα δεν ήταν σημαντική, $z = 0.75$, $p > 0.10$ (βλ. Σχήμα 2).

Όσον αφορά το δείκτη ψυχικής υγείας (το γενικό δείκτη του ΕΓΥ-28), επαναλήφθηκε το ίδιο πρότυπο. Οι μέσοι όροι στις τρεις φάσεις ήταν $M.O. = 1.54$ ($T.A. = 0.45$), $M.O. = 2.23$ ($T.A. = 0.55$) και $M.O. = 2.13$ ($T.A. = 0.63$), αντίστοιχα. Οι διαφορές μεταξύ πρώτης και δεύτερης φάσης, $z = 3.62$, $p < 0.001$, όπως και μεταξύ πρώτης και τρίτης φάσης, $z = 3.20$, $p < 0.002$, ήταν σημαντικές. Αντίθετα, η διαφορά μεταξύ δεύτερης και τρίτης μέτρησης δεν ήταν αξιόλογη, $z = 0.83$, $p > 0.10$ (βλ. Σχήμα 3).

Οι συνάψεις των ΠΑΑ με το δείκτη ψυχικής υγείας πριν την έναρξη του προγράμματος ήταν

Pearson $r = 0.41$ και με το δείκτη σωματικών συμπτωμάτων ήταν Pearson $r = 0.12$. Στο τέλος του προγράμματος οι δείκτες συνάφειας ήταν Pearson $r = 0.71$ ($p < 0.001$) και Pearson $r = 0.17$, αντίστοιχα. Οι μερικές συνάψεις (ελέγχοντας τα επίπεδα ψυχικής και σωματικής υγείας της πρώτης φάσης) μεταξύ των ΠΑΑ και του δείκτη ψυχικής υγείας ήταν Pearson $r = 0.50$ ($p < 0.05$) και μεταξύ των ΠΑΑ και του δείκτη σωματικών συμπτωμάτων Pearson $r = 0.13$. Κατά τον επανέλεγχο, οι δείκτες συνάφειας ήταν Pearson $r = 0.67$ ($p < 0.005$) και Pearson $r = 0.55$ ($p < 0.05$), αντίστοιχα. Οι μερικές συνάψεις (ελέγχοντας τα επίπεδα ψυχικής και σωματικής υγείας της δεύτερης φάσης) των ΠΑΑ με το δείκτη ψυχικής υγείας ήταν Pearson $r = 0.60$ ($p < 0.05$) και με το δείκτη σωματικών συμπτωμάτων Pearson $r = 0.51$ ($p < 0.05$).

Στον Πίνακα 2 βλέπουμε τους μέσους όρους, τις τυπικές αποκλίσεις και τις z -τιμές στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς των μέσων όρων στις τέσσερις επιμέρους κλίμακες ψυχικής υγείας



Σχήμα 3

Μέσοι όροι του γενικού δείκτη ψυχικής υγείας πριν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα, μετά τη συμμετοχή και στον επανέλεγχο (έξι μήνες αργότερα).

ας. Παρατηρούμε ότι επαναλαμβάνονται τα ίδια ευρήματα όπως παραπάνω. Δηλαδή, μεταξύ πρώτης και δεύτερης μέτρησης (πριν και μετά τη συμμετοχή στο πρόγραμμα), όπως και μεταξύ πρώτης και τρίτης (πριν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα και έξι μήνες μετά την ολοκλήρωσή του) υπάρχει στατιστικώς σημαντική βελτίωση. Μεταξύ, όμως, δεύτερης και τρίτης μέτρησης δεν παρατηρούνται σημαντικές μεταβολές.

Συζήτηση

Βασική υπόθεση της προσπάθειας που καταβάλαμε στα πλαίσια του Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών ήταν ότι η συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα που θα επιτύγχανε να ενισχύσει την αυτο-αξιολόγηση του ατόμου για την ικανότητά του να αντιμετωπίζει με επιτυχία διάφορα αγχογόνα ερεθίσματα, με άλλα λόγια, τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας (ΠΑΑ) που το άτομο έφερε, θα είχε ως συνέπεια και την παράλληλη βελτίωση της ψυχοσωματικής του υγείας. Τούτο θα γινόταν εφικτό εφόσον, όπως έχει δείξει η διεθνής βιβλιογραφία, οι ΠΑΑ λειτουργούν ως ενδιάμεση μεταβλητή μεταξύ εξωτερικών ερεθισμάτων και συμπεριφοράς, όπως και μεταξύ στρες και υγείας. Έτσι, διαμορφώσαμε ένα ομαδικό πρόγραμμα παρέμβασης που απευθύνεται σε ομάδα και περιλαμβάνει μια σειρά "ασκήσεων" γνωσιακού-συμπεριφοριστικού χαρακτήρα.

Παρεμβαίνοντας στις πηγές διαμόρφωσης των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας προσπαθήσαμε να δημιουργήσουμε τις αναγκαίες προϋποθέσεις ώστε οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα να αρχίσουν, τουλάχιστον, να δοκιμάζουν κάποιες επιτυχίες στην αντιμετώπιση αγχογόνων ερεθισμάτων. Οι συμμετέχοντες διδάχθηκαν νέους τρόπους χειρισμού του περιβάλλοντος και ανέλυσαν αυτούς που ήδη χρησιμοποιούσαν βρίσκοντας πιθανές αδυναμίες και τροποποιώντας τους. Η συμμετοχή και άλλων ατόμων στην ίδια ομάδα έδινε την ευκαιρία να παρουσιαστούν πολλά 'παραδείγματα' διαδικασιών αντιμετώπισης άγχους καθώς και ποικίλων

συμπεριφορών, σκέψεων και συναισθημάτων, τα οποία αναλύονταν. Επίσης, η ομάδα αποτελούσε πηγή σημαντικών ενισχύσεων των προσπαθειών των μελών της.

Ο πρώτος έλεγχος της αποτελεσματικότητας του νέου αυτού προγράμματος, στο οποίο συμμετείχαν, ως αυτή τη στιγμή, 17 φοιτητές και φοιτήτριες, φανέρωσε ότι λειτουργεί αρκετά ικανοποιητικά.

Αν και τα αποτελέσματα είναι ενδεικτικά, εφόσον αφορούν ένα μικρό μάλλον αριθμό ατόμων και δεν υπήρχε ομάδα ελέγχου, εντούτοις είναι ενθαρρυντικά. Η ανάλυση των δεδομένων των ερωτηματολογίων που χορηγήθηκαν πριν τη συμμετοχή στην ομάδα και αμέσως μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος φανέρωσαν σημαντική βελτίωση σε όλες τις παραμέτρους (σωματικά συμπτώματα, γενική ψυχική υγεία, προσωπική αντίληψη του επιπέδου υγείας, επίπεδα άγχους, κοινωνική δυσλειτουργία, καταθλιπτική συμπτωματολογία). Το σημαντικό είναι πως η βελτίωση αυτή διατηρήθηκε και στον επανέλεγχο έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Παρατηρήθηκαν, βέβαια, στον επανέλεγχο κάποιες ελάχιστες υπαναχωρήσεις σε ορισμένους δείκτες υγείας σε σύγκριση με εκείνους που σημειώθηκαν μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος (π.χ., στους μέσους όρους των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας και στο γενικό δείκτη ψυχικής υγείας). Οι μεταβολές αυτές, όμως, κινήθηκαν σε εντελώς οριακά επίπεδα και δεν ήταν σημαντικές. Για το λόγο αυτό, και επειδή θεωρείται ως μάλλον αναμενόμενη μια τέτοια εξέλιξη μετά το πέρας κάθε σχεδόν παρεμβατικής προσπάθειας, πιστεύουμε ότι δεν θα πρέπει να μας προβληματίσει ιδιαίτερα.

Η έλλειψη ομάδας ελέγχου μας εμποδίζει, βέβαια, από το να ισχυριστούμε ότι οι αλλαγές που σημειώθηκαν οφείλονταν αποκλειστικά στη συμμετοχή στο πρόγραμμα, εφόσον άλλοι παράγοντες που δεν ελέγχθηκαν είναι πιθανό να μεσολάβησαν. Πιστεύουμε, όμως, ότι στο μέλλον θα μπορέσουμε να αντιμετωπίσουμε το ζήτημα αυτό, ώστε να είμαστε σε θέση να συναγά-

Πίνακας 2

Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, z-τιμές και στατιστική σημαντικότητα της διαφοράς των μέσων όρων πριν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα, μετά τη συμμετοχή και στον επανέλεγχο (έξι μήνες αργότερα), των τεσσάρων κλιμάκων του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (ΕΓΥ)-28

Φάσεις	Μ.Ο. (Τ.Α.)	z-τιμή και στατιστική σημαντικότητα της διαφοράς των Μ.Ο.		
		πριν και μετά τη συμμετοχή στο πρόγραμμα	πριν τη συμμετοχή και στον επανέλεγχο	μετά τη συμμετοχή και στον επανέλεγχο
Γενική αντίληψη επιπέδου υγείας				
πριν το πρόγραμμα	1.57 (0.40)	2.70*	2.53*	1.26
μετά το πρόγραμμα	2.06 (0.72)			
στον επανέλεγχο	1.95 (0.69)			
Επίπεδα άγχους				
πριν το πρόγραμμα	1.46 (0.72)	2.99*	2.77*	0.85
μετά το πρόγραμμα	2.33 (0.74)			
στον επανέλεγχο	2.28 (0.54)			
Κοινωνική δυσλειτουργία				
πριν το πρόγραμμα	1.47 (0.57)	3.06*	2.75*	0.81
μετά το πρόγραμμα	2.15 (0.76)			
στον επανέλεγχο	1.94 (0.80)			
Καταθλιπτικά συμπτώματα				
πριν το πρόγραμμα	1.64 (0.74)	2.94*	3.01*	0.01
μετά το πρόγραμμα	2.35 (0.89)			
στον επανέλεγχο	2.35 (0.85)			

Σημείωση: Οι τυπικές αποκλίσεις δίνονται σε παρένθεση, Μ.Ο. = μέσος όρος, Τ.Α. = τυπική απόκλιση, * $p < 0.01$

γουμε σαφέστερα συμπεράσματα.

Ο μεθοδολογικός σχεδιασμός της παρέμβασης δε μας επιτρέπει, επίσης, να πούμε ότι οι μεταβολές στα επίπεδα ψυχικής και σωματικής υγείας επήλθαν ως αποτέλεσμα της μεταβολής του επιπέδου των ΠΑΑ. Εξάλλου, τέτοιου είδους αιτιώδεις σχέσεις δεν είναι πλέον σημαντικές για την κλινική πρακτική, εφόσον είναι παραδεκτό πως μια γραμμική ερμηνεία της συμπεριφοράς τύπου 'αίτιο-αιτιατό' δεν υφίσταται. Εκείνο που υπάρχει είναι συνεχείς σχέσεις αλληλεπίδρασης μεταξύ των δομικών στοιχείων του περιβάλλοντος και του ατόμου (Καραδήμας, 1999). Η προσπάθειά μας, όμως, προσφέρει ενδείξεις ότι η εφαρμογή ενός προγράμματος που ως πνεύμα του έχει την αλλαγή των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας των ατόμων ως προς την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν δύσκολες (αγχогόνες) καταστάσεις, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα και τη βελτίωση της ψυχοσωματικής τους υγείας.

Τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά για τη συνέχιση της προσπάθειας που καταβάλλεται στο Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών για τη βελτίωση της υγείας των φοιτητών.

Απώτερο στόχο μας αποτελεί η κατάρτιση ενός "κοινωνικού προγράμματος αυτοελέγχου για την ενίσχυση των ΠΑΑ", υπό την έννοια ότι θα απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό των φοιτητών. Τούτο είναι δυνατό να επιτευχθεί μέσα από τη διάθεση μικρών εγχειριδίων με οδηγίες καθώς και με τη συνδρομή φοιτητών, που θα έχουν συμμετάσχει στο πρόγραμμα, στα πλαίσια μιας αλληλοσυμβουλευτικής διαδικασίας.

Στόχος μας είναι, ακόμα, η εφαρμογή του προγράμματος και σε άλλες ομάδες. Στο μαθητικό πληθυσμό, για παράδειγμα, και κυρίως σε μαθητές Λυκείου θα μπορούσε ένα παρόμοιο πρόγραμμα να δώσει ευκαιρίες για μια νέα οπτική στη διαμόρφωση της ταυτότητας, διαδικασία που κορυφώνεται σε αυτή την ηλικία. Αλλά και σε άλλες ηλικίες θα ήταν δυνατό να εφαρμοστούν τέτοια προγράμματα. Απαιτείται, όμως,

διαφοροποίηση των ασκήσεων σύμφωνα με την εξελικτική βαθμίδα στην οποία βρίσκονται οι μαθητές (βλ. Ronen, 1997). Επίσης, στα πλαίσια μιας ολιστικής θεώρησης της υγείας, παρόμοιες παρεμβάσεις θα μπορούσαν να βοηθήσουν συγκεκριμένες ομάδες ατόμων που πάσχουν είτε από λεγόμενες σωματικές ασθένειες (π.χ., καρδιαγγειακές παθήσεις) είτε ψυχοσωματικές (π.χ., κωλίτιδα) είτε από λεγόμενες ψυχικές διαταραχές (π.χ., αυξημένες κοινωνικές αναστολές).

Βιβλιογραφία

- Bandura, A. (1977a). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, California: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1977β). Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A., O'Leary, A., Taylor, C. B., Gauthier, J., & Gossard, D. (1987). Perceived self-efficacy and pain control: Opioid and non-opioid mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 563-571.
- Bandura, A., Reese, L., & Adams, N. E. (1982). Microanalysis of action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 5-21.
- Bandura, A., Taylor, C. B., Williams, S. L., Meford, I. N., & Barchas, J. D. (1985). Catecholamine secretion as a function of perceived coping self-efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 406-414.
- Bernstein, D. A., & Carlson, C. R. (1993). Progressive relaxation: Abbreviated methods. In P. M. Lehrer & R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (2nd ed., pp. 53-88). New York: Guilford.
- Cohen, S., & Edwards, J. R. (1987). *Personality*

- characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. In E. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress* (pp. 235-283). New York: Wiley.
- Dohrenwend, B. P., Shrout, P. E., Egri, G., & Mendelson, F. S. (1980). What psychiatric screening scales measure in the general population: II. The components of demoralization by contrast with other dimensions of psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1229-1236.
- Καλαντζή-Azizi, A. (1986). Αυτογνωσία: Αυτοανάλυση και αυτοέλεγχος. Αθήνα: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Καλαντζή-Azizi, A. (Επιμ. Έκδ.) (1996). *Ψυχολογική συμβουλευτική φοιτητών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή-Azizi, A., & Καραδήμας, Ε. Χ. (υπό δημοσίευση). Ομαδικό πρόγραμμα παρέμβασης για την ενίσχυση των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας και τη βελτίωση της ψυχοσωματικής υγείας. Στο Α. Καλαντζή-Azizi (Επιμ. Έκδ.), *Ομαδικές παρεμβάσεις σε φοιτητικό πληθυσμό*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή-Azizi, A., & Μανασκά, Ι. (1996). Φοιητές με προβλήματα στην οργάνωση της μελέτης και διάσπαση προσοχής: Πιθανά εξελικτικά οφέλη ως αποτέλεσμα της συμμετοχής τους σε πρόγραμμα αυτοελέγχου βασισμένου στη θεραπεία συμπεριφοράς. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής-Προσανατολισμού*, 36-37, 126-140.
- Καραδήμας, Ε. Χ. (1999). Ο ρόλος των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας ως ρυθμιστικού παράγοντα στη σχέση μεταξύ στρες και ψυχοσωματικής υγείας. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή, Τομέας Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Καραδήμας, Ε. Χ., & Καλαντζή-Azizi, A. (1996, Μάιος). Οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας ως ενδιάμεσος παράγοντας στη σχέση "στρες-υγεία". Παρουσίαση στο 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας, Πάτρα.
- Kennerly, H. (1995). *Managing anxiety*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of behavioral medicine* (pp. 282-325). New York: Guilford.
- Lee, C. (1984). Accuracy of efficacy and outcome expectations in predicting performance in a simulated assertiveness task. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 37-48.
- Litt, M. D. (1988). Self-efficacy and perceived control: Cognitive mediators of pain tolerance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 149-160.
- McIntyre, K. O., Lichtenstein, E., & Mermelstein, R. J. (1983). Self-efficacy and relapse in smoking cessation: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 632-633.
- Μουτζούκης, Χ., Αδαμοπούλου, Α., Γαρυφαλλος, Γ., & Καραστεργίου, Α. (1990). *Εγχειρίδιο Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (Ε.Γ.Υ.)*. Θεσσαλονίκη: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.
- O' Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 229-245.
- Παπακώστας, Ι. Γ. (1994). *Γνωσιακή ψυχοθεραπεία: Θεωρία και πράξη*. Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.
- Ronen, T. (1997). *Cognitive developmental therapy with children*. New York: Wiley.
- Sarafino, E. P. (1990). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. New York: Wiley.
- Smith, C. A., & Lazarus, R. S. (1990). Emotion and adaptation. In L. Pervin (Ed.), *Handbook of personality*. New York: Guilford.
- Terry, D. (1994). Determinants of coping: The role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 895-910.

- Whisman, M. A., & Kwon, P. (1993). Life stress and dysphoria: The role of self-esteem and hopelessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1054-1060.
- Wiedenfeld, S. A., O' Leary, A., Bandura, A., Brown, S., Levine, S., & Raska, K. (1990). Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1082-1094.
- Williams, S. L., Kinney, P. J., & Falbo, J. (1989). Generalization of therapeutic changes in agoraphobia: The role of perceived self-efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 436-442.

A cognitive-behavioural group therapy intervention programme for university students for the enhancement of self-efficacy expectations

ANASTASIA KALANTZI-AZIZI, EVANGELOS C. KARADIMAS & GEORGIA SOTIROPOULOU
University of Athens, Greece

ABSTRACT

Self-efficacy expectations are considered to be of the most important cognitive schemata that influence thought patterns, behaviour and emotional reactions.

Self-efficacy expectations are beliefs about the degree to which one possesses the abilities needed in order to produce desirable outcomes. Those who perceive themselves as inefficacious experience great amounts of stress. Experiences that increase self-efficacy could reduce stress as well as its consequences. In the Counselling Centre for Students at the University of Athens we have tried to form a group intervention programme. Our aim was to enhance self-efficacy expectations and through this to improve physical as well as psychological health. Seventeen students completed the intervention programme until now. Both behavioural and cognitive techniques were included in the programme. Our programme proved to be effective, since a significant improvement was noticed in self-efficacy expectations and in both physical and psychological health. The improvement in all three aspects was maintained six months later (in the follow-up assessment). The structure of the intervention programme as well as its effectiveness is also being discussed.

Key words: Cognitive-behavioural group therapy intervention programme, Psychosomatic health, Self-efficacy expectations.

Address: Anastasia Kalantzi-Azizi, Department of Psychology, School of Philosophy, Panepistimiopolis, Ilisia, 157 84 Athens, Greece. Tel.: *30-1-7277525, Fax: *30-1-7277534, E-mail: akalantz@cc.uoa.gr