

Ένα πιλοτικό πρόγραμμα για ομαδική διαχείριση του φοιτητικού στρες: Περιγραφή και προκαταρκτικά ευρήματα

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΑΛΑΝΤΖΗ-ΑΖΙΖΙ

ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ Χ. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ

Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το στρες που αντιμετωπίζει ο φοιτητικός πληθυσμός συσχετίζεται με σημαντικά προβλήματα όπως αρνητική αυτο-εικόνα, ψυχικές δυσκολίες και δυσκολίες προσαρμογής, προβλήματα στη σωματική υγεία. Η εφαρμογή τεχνικών διαχείρισης του στρες μπορεί να βοηθήσει τους φοιτητές να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά αυτά τα προβλήματα. Στο Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών προσπαθήσαμε να δομήσουμε ένα πρόγραμμα διαχείρισης του στρες σε ομαδική βάση. Ο στόχος μας ήταν τριπλός: (α) να εξοπλιστούν οι φοιτητές με πιο αποτελεσματικές δεξιότητες και στρατηγικές, ώστε να αντιμετωπίσουν καλύτερα το στρες και τα αίτιά του, (β) να ενισχυθούν οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητάς τους ως προς τις ικανότητές τους να χειρίζονται στρεσογόνες καταστάσεις και, (γ) να βελτιωθούν τα επίπεδα της ψυχικής τους υγείας. Το πρόγραμμα ήταν γνωσιακής-συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης και αντίστοιχες τεχνικές περιελήφθηκαν σε αυτό. Η ανάλυση ορισμένων προκαταρκτικών δεδομένων από 12 φοιτητές που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα ως τώρα έδειξε ότι αυτό φαίνεται αποτελεσματικό, καθώς σημαντική βελτίωση παρατηρήθηκε τόσο στους δείκτες ψυχικής υγείας που αξιολογήθηκαν όσο και στα επίπεδα των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας. Η βελτίωση αυτή διατηρήθηκε έξι μήνες αργότερα, σε επανέλεγχο.

Λέξεις κλειδιά: Γνωσιακή-συμπεριφορική παρέμβαση, Διαχείριση του στρες, Φοιτητικό στρες.

Η φοιτητική περίοδος της ζωής ενός ατόμου είναι πλήρης στρεσογόνων καταστάσεων. Τα νέα αναπτυξιακά δεδομένα, οι απαιτήσεις της μετεφηβείας, η προσαρμογή στις καινούργιες εκπαιδευτικές απαιτήσεις, οι σχέσεις με τους συμφοιτητές, καθώς και το άγχος για το μέλλον (π.χ., ο φόβος της ανεργίας), είναι καταστάσεις που προκαλούν έντονο στρες στο φοιτητικό πληθυσμό (Aherne, 1997. Καλαντζή-Αζίζι, 1996).

Ο φοιτητικός πληθυσμός αντιμετωπίζει στην καθημερινή ζωή του μια σειρά από λιγότερο ή περισσότερο σοβαρά προβλήματα, μερικά εκ των οποίων είναι δύσκολο να επιλυθεί, ή των οποίων η αντιμετώπιση και η επίλυση απαιτεί μακρές χρονικές περιόδους και αρκετή προσπάθεια. Τα συνθεότερα από τα προβλήματα αυτά

είναι ακαδημαϊκά (π.χ., η επίτευξη των στόχων, η επιτυχία στις εξετάσεις, η επάρκεια των δεξιοτήτων μελέτης), οικογενειακά (π.χ., οι σχέσεις με τους γονείς), κοινωνικά (νέοι φίλοι και γνωστοί, σχέσεις με το άλλο φύλο), επαγγελματικά (π.χ., εξεύρεση εργασίας, οικονομικές δυσκολίες, επιλογή καριέρας), αλλά και προσωπικά (Aherne, 1997).

Σε μια έρευνα που διεξήχθη ανάμεσα στον ελληνικό φοιτητικό πληθυσμό (Ευθυμίου & Ευσταθίου, 2000), κεντρική θέση κατέχουν τα προβλήματα γύρω από τις επαγγελματικές προοπτικές, προβλήματα σχέσεων με τους φίλους και το άλλο φύλο, θέματα ποιότητας και οργάνωσης σπουδών. Παράλληλα, τα συχνότερα προβλήματα που ανέφεραν οι φοιτητές που προσήλθαν

για βοήθεια στο Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών (ΣΚΦ) του Πανεπιστημίου Αθηνών στο διάστημα 1998-2000, ήταν οικογενειακά προβλήματα, προβλήματα στις σχέσεις με το άλλο φύλο και τους φίλους και προβλήματα γύρω από την επίδοση (ΣΚΦ, 2001).

Οι δυσκολίες αυτές που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές ως ομάδα, σε συνδυασμό με ποικίλα ατομικά αναπτυξιακά ζητήματα, σχετίζονται με την ανάπτυξη προβλημάτων όπως υψηλό άγχος, καταθλιπτικά συμπτώματα, αρνητική αυτοεικόνα ή, ακόμα, και εγκατάλειψη σπουδών (Καλαντζή-Αζίζι, 1996). Έχει υπολογιστεί ότι το 15-20% του φοιτητικού πληθυσμού έχει ανάγκη από συμβουλευτική υποστήριξη για ποικίλα ζητήματα ψυχικής και σωματικής υγείας που σχετίζονται με το στρες των φοιτητικών χρόνων (Rott, 1986). Εξάλλου, η σχέση μεταξύ στρες και προβλημάτων ψυχικής, σωματικής και κοινωνικής υγείας έχει αποδειχθεί από σειρά ερευνητικών δεδομένων (βλ., π.χ., Dohrenwend, 2000. Καραδήμας & Καλαντζή-Αζίζι, 2002).

Παρόλα αυτά, οι δυσκολίες που συναντούν οι φοιτητές και οι συνέπειές τους μπορούν να αντιμετωπισθούν με την παροχή συστηματικής ψυχολογικής συμβουλευτικής (π.χ., μέσω κατάλληλης συμβουλευτικής που παρέχεται από εξειδικευμένες υπηρεσίες μέσα στα πανεπιστήμια). Η συστηματική ψυχολογική συμβουλευτική φοιτητών έχει ως στόχο την παροχή υποστήριξης στους φοιτητές ώστε αυτοί να ξεπεράσουν τις όποιες δυσκολίες προσαρμογής και να μάθουν νέους τρόπους αντιμετώπισης των δυσκολιών, καθώς και νέες δεξιότητες διαχείρισης των προβλημάτων (Καλαντζή-Αζίζι, 1987. Knigge-Ilner & Kruse, 1994. Rott, 1991).

Από τη δεκαετία του 1970 και μετά έχει αναπτυχθεί μια μεγάλη σειρά προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση ή διαχείριση του στρες, οι οποίες είναι βασισμένες στο συμπεριφοριστικό ή το

γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο και οι οποίες εμπλουτίστηκαν με ήδη υπάρχουσες παρεμβάσεις, όπως η προοδευτική νευρομυϊκή χαλάρωση (Jacobson, 1938), ή οι 'αυτογενείς ασκήσεις' (Schultz & Luthe, 1969). Τέτοιες προσεγγίσεις είναι, μεταξύ άλλων, η εκπαίδευση 'εμβολιασμού' κατά του στρες (Meichenbaum, 1985), η εκπαίδευση στη διαχείριση του άγχους του Suinn (Suinn, 1990), η θεραπεία επίλυσης προβλήματος του D' Zurilla (D' Zurilla, 1986) κ.ά. Πολλές φορές οι νεότερες προσεγγίσεις στην διαχείριση του στρες χρησιμοποιούν συνδυαστικά τεχνικές που ανήκουν στην ίδια θεωρία ή φιλοσοφία (π.χ., γνωσιακή-συμπεριφοριστική), αλλά προέρχονται από διαφορετικούς ερευνητές ή διαφορετικές προσπάθειες (βλ. σχετικά, Palmer, 1997).

Η συμμετοχή σε προγράμματα διαχείρισης του στρες έχει, επίσης, φανεί από πληθώρα ερευνών ότι βοηθά αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση δυσκολιών όπως το άγχος και οι ανχώδεις διαταραχές, ο θυμός και η επιθετικότητα, τα καταθλιπτικά συμπτώματα κ.ά. (για σύνοψη των σχετικών ερευνών βλ. Lehrer, Carr, Sargunraj, & Woolfolk, 1993. Palmer, 1997).

Στο Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών (ΣΚΦ) του Πανεπιστημίου Αθηνών έχει αναπτυχθεί μια πολυετής προσπάθεια αντιμετώπισης των ψυχοκοινωνικών δυσκολιών των φοιτητών, καθώς και συσσωρευμένη εμπειρία ομαδικών παρεμβάσεων και προγραμμάτων (βλ., π.χ., Efthimiou, Efstathiou, & Kalantzi-Azizi, 1999. Καλαντζή-Αζίζι & Μασσάκα, 1996. Καλαντζή-Αζίζι, Καραδήμας, & Σωτηροπούλου, 2001)².

Μεταξύ των προσπαθειών αυτών έχει αναπτυχθεί ένα πρόγραμμα ομαδικής παρέμβασης γνωσιακής-συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης για τη διαχείριση του στρες και των αρνητικών συνεπειών του. Το πρόγραμμα απευθύνεται σε φοιτητές που συναντούν δυσκολίες στο χειρισμό

1. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή του προγράμματος αυτού επιχορηγήθηκε από τον Ειδικό Λογαριασμό Κονδυλίων Έρευνας του Πανεπιστημίου Αθηνών.

2. Σχετικά με τις δραστηριότητες του ΣΚΦ, βλέπε και στην ιστοσελίδα του Κέντρου: www.uoa.gr/skf

του καθημερινού στρες (π.χ., δυσχέρειες στις σπουδές, στην οικογένεια, στις σχέσεις κ.λπ.), ή αντιμετωπίζουν εξαιτίας του στρες αρνητικές συνέπειες, σωματικές (π.χ., κεφαλαλγίες ή άλλους πόνους) ή ψυχικές (π.χ., έντονο άγχος, μειωμένη αυτοεικόνα, απώλεια αυτοπεποίθησης, χαμηλές προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας κ.λπ.). Στόχος της προσπάθειας αυτής ήταν η βελτίωση του επιπέδου ψυχικής υγείας, καθώς και η εκμάθηση δεξιοτήτων για το χειρισμό στρεσογόνων καταστάσεων, έτσι ώστε αυτές να μην αποτελέσουν πρόβλημα στο μέλλον.

Στο άρθρο αυτό παρουσιάζεται η δομή και η φιλοσοφία του προγράμματος παρέμβασης, καθώς και ορισμένα προκαταρκτικά ευρήματα από την πρώτη εφαρμογή του σε δύο ομάδες φοιτητών που το ολοκλήρωσαν μέχρι στιγμής.

Δομή και φιλοσοφία του προγράμματος παρέμβασης

Σύμφωνα με τον Beck (1993), η γνωσιακή αντιμετώπιση του στρες και των αρνητικών συνεπειών του συνίσταται στον καθορισμό και την αποσαφήνιση του προβλήματος, στην εφαρμογή τεχνικών για την αλλαγή της συμπεριφοράς (π.χ., τεχνικές χαλάρωσης), στην αναγνώριση και την αλλαγή των σχετικών δυσλειτουργικών γνωσιακών δομών, καθώς και στη διεύρυνση της προοπτικής με την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα.

Ο Meichenbaum (1985) θεωρεί ότι η διαδικασία διαχείρισης του στρες αποτελείται από τρεις φάσεις: την *κατανόηση*, όπου το άτομο κατανοεί τις διεργασίες που σχετίζονται με το στρες, την *απόκτηση δεξιοτήτων* και την *εξάσκηση* σε αυτές (π.χ., οργάνωση του χρόνου, τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, γνωσιακή αναδόμηση κ.λπ.), και την *εφαρμογή* των νεοαποκτηθεισών γνώσεων και δεξιοτήτων και τη γενίκευσή τους στην καθημερινή ζωή.

Το πρόγραμμα που παρουσιάζουμε είχε γνωσιακή-συμπεριφοριστική κατεύθυνση και φιλοσοφία δράσης και στηρίχθηκε στις παραπάνω

θέσεις του Beck και του Meichenbaum. Κατά συνέπεια, συμπεριλήφθηκαν αντίστοιχες τεχνικές και διαδικασίες που στόχο είχαν: (α) να ενημερωθούν οι συμμετέχοντες για τη φύση, τις διεργασίες και τις συνέπειες του στρες, (β) να μειωθεί η ψυχοφυσιολογική τους διέγερση, (γ) να μάθουν νέες δεξιότητες ή να ενισχύσουν τις υπάρχουσες για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων, (δ) να μάθουν και να εξασκηθούν σε βασικούς τρόπους ανάλυσης και τροποποίησης των πιθανών δυσλειτουργικών αυτόματων σκέψεων, γνωσιακών σχημάτων και διεργασιών και, (ε) να κατανοήσουν καλύτερα τα προσωπικά τους όρια, τις αξίες και τα κίνητρά τους (στοιχεία αυτογνωσίας).

Τελικός σκοπός της παρέμβασης ήταν η αποτελεσματικότερη διαχείριση του στρες και των συνεπειών του και η βελτίωση των επιπέδων ψυχικής υγείας. Προς την κατεύθυνση αυτή θα συνέβαλλαν ακριβώς η κατανόηση των διεργασιών που σχετίζονται με το στρες, η αλλαγή του τρόπου αξιολόγησης του περιβάλλοντος καθώς και του εαυτού και των ικανοτήτων του από το ίδιο το άτομο (βελτίωση προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας) και η εγκατάσταση νέων συμπεριφορών-δεξιοτήτων.

Αξίζει εδώ να σημειώσουμε ότι δόθηκε έμφαση στην ενίσχυση των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας για τον εξής λόγο. Οι υψηλές προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας, η αξιολόγηση, δηλαδή, του ατόμου για την ικανότητά του να συμπεριφερθεί έτσι ώστε να επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα (Bandura, 1997), σχετίζονται με τη χρήση περισσότερο λειτουργικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση του στρες (Καραδήμας, 1999). Η ενίσχυση, συνεπώς, των προσδοκιών αυτών ενδυναμώνει την ετοιμότητα του ατόμου να ανεύρει και να χρησιμοποιήσει αποτελεσματικές στρατηγικές διαχείρισης των προβλημάτων του (Καλαντζή-Αζίζι, Καραδήμας, & Σωτηροπούλου, 2001. Καραδήμας & Καλαντζή-Αζίζι, 2002).

Το πρόγραμμα ακολούθησε το γνωσιακό μοντέλο ανάλυσης της συμπεριφοράς (βλ., π.χ.,

Beck & Emery, 1985. Παπακώστας, 1994) και, συνεπώς, έδωσε έμφαση στη συνεργασία συντονιστών-συμμετεχόντων, είχε διάσταση ψυχοεκπαιδευτική και επικεντρωμένη στο πρόβλημα, ενώ ιδιαίτερο βάρος δόθηκε στην ατομική προσπάθεια για αλλαγή από τα μέλη της ομάδας.

Στο πρόγραμμα περιελήφθησαν οι ακόλουθες τεχνικές-στρατηγικές: Για την επίτευξη του πρώτου αλλά και του πέμπτου στόχου (στοιχεία αυτογνωσίας), γίνεται χρήση ευρείας πληροφόρησης τόσο σε θεωρητικό επίπεδο όσο και στη βάση των εμπειριών των ίδιων των ατόμων. Συζητούνται οι δυνατότητες και οι αδυναμίες των ατόμων στην αντιμετώπιση πιεστικών καταστάσεων, το είδος των στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες και των συνεπειών του που συνήθως χρησιμοποιούν και η αποτελεσματικότητά τους. Παράλληλα αξιολογούνται οι πηγές του στρες που αντιμετωπίζει το άτομο και εξετάζονται οι επιμέρους παράγοντες που καθορίζουν τα παραπάνω. Τέλος, διερευνώνται και συζητώνται οι προσωπικοί στόχοι του ατόμου και ο ρόλος που παίζουν στη γένεση του στρες και στη διαχείρισή του.

Για την επίτευξη του δεύτερου στόχου, οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα εξασκούνται στην εφαρμογή τεχνικών νευρομυϊκής χαλάρωσης, διαφραγματικής αναπνοής, απόσπασης της προσοχής και καθοδηγούμενης φαντασίας.

Ο τρίτος στόχος επιτυγχάνεται με την εκμάθηση και εφαρμογή τεχνικών επίλυσης προβλημάτων και σταδιακής επίλυσης του προβλήματος, καθώς και με την εξάσκηση σε βασικούς τρόπους διαχείρισης του θυμού, διεκδικητικότητας και διαχείρισης του χρόνου (για περισσότερα σχετικά με τις τεχνικές αυτές βλ. D'Zurilla, 1986. Free, 1999. Kennerly, 1995).

Ο τέταρτος στόχος επιτυγχάνεται μέσω διαδικασιών γνωσιακής αναδόμησης με τον εντοπισμό, τον έλεγχο και την αντικατάσταση των δυσλειτουργικών δομών (βλ. σχετικά, Παπακώστας, 1994). Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται σχετικές καταγραφές σε ημερολόγια τριπλής και πενταπλής στήλης, καθώς και άλλες σχετικές τεχνικές (π.χ., τεχνική κάθετου τόξου,

γνωσιακός χάρτης ατόμου). Οι συμμετέχοντες εξασκούνται σε βασικούς τρόπους ελέγχου και αντικατάστασης δυσλειτουργικών γνωσιακών δομών και διεργασιών και ενθαρρύνονται στην όσο συχνότερη εφαρμογή τους ώστε να εξοικειωθούν με την όλη σχετική διαδικασία στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό που επιτρέπει ένα ομαδικό πρόγραμμα διάρκειας 12 συναντήσεων.

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζεται περιληπτικά το εβδομαδιαίο πρόγραμμα συναντήσεων των μελών της ομάδας, με τις τεχνικές και τις διαδικασίες που αναλύονται σε κάθε συνάντηση.

Η σειρά 'εισαγωγής' των τεχνικών και στρατηγικών έχει ως ακολούθως: Στην αρχή του προγράμματος και για τις τρεις πρώτες συναντήσεις λαμβάνει χώρα η ενημέρωση για το στρες, τις στρατηγικές αντιμετώπισής του και για τους σημαντικότερους παράγοντες (ατομικούς και περιβαλλοντικούς) που σχετίζονται με αυτά. Επίσης, συζητώνται ορισμένα στοιχεία αυτογνωσίας (π.χ., προσωπικοί στόχοι και σκοποί και διερεύνηση της σχέσης τους με τις πηγές στρες). Στην τέταρτη συνάντηση εισάγονται οι τεχνικές μείωσης της ψυχοφυσιολογικής διέγερσης και οι τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, ενώ από την πέμπτη συνάντηση, παράλληλα με τα παραπάνω, γίνεται μια βασική εισαγωγή στη γνωσιακή θεωρία (το άτομο ως 'κριτής' της πραγματικότητας). Η εξάσκηση στις τεχνικές μείωσης της ψυχοφυσιολογικής διέγερσης (διαφραγματική αναπνοή και νευρομυϊκή χαλάρωση) λαμβάνει χώρα σε 5 συναντήσεις (4η - 7η συνάντηση και επαναληπτικά στην 10η). Η εξάσκηση στις τεχνικές επίλυσης προβλήματος γίνεται σε τρεις συναντήσεις (4η, 5η, 8η). Στην έκτη συνάντηση ξεκινά ουσιαστικά η εκπαίδευση στον εντοπισμό, έλεγχο και αντικατάσταση των δυσλειτουργικών γνωσιακών δομών και διεργασιών. Η 'εκπαίδευση' αυτή και η σταδιακή εφαρμογή των σχετικών τεχνικών και μεθόδων συνεχίζεται ως και την τελευταία συνάντηση της ομάδας (επί επτά συνολικά συναντήσεις). Η παρουσίαση και εξάσκηση σε διάφορες άλλες τεχνικές γίνεται κατά τη διάρκεια του προγράμματος. Για παράδειγμα, τεχνικές διαχείρισης του θυμού εισάγονται στην 7η συνάντηση,

τεχνικές διαχείρισης του χρόνου στην 9η συνάντηση και ορισμένες βασικές ασκήσεις διεκδικητικότητας στην 10η και 11η συνάντηση. Τέλος, επανάληψη των κυριότερων στρατηγικών, τεχνικών αλλά και συμπερασμάτων λαμβάνει χώρα κατά την τελευταία συνάντηση καθώς και στις δύο αναμνηστικές, 30 ημέρες και 6 μήνες μετά το πέρας του προγράμματος.

Έμφαση δίνεται στην ανάθεση εργασιών για το σπίτι ώστε οι συμμετέχοντες να εξασκηθούν κατά το δυνατό περισσότερο στο περιεχόμενο του προγράμματος παρέμβασης.

Το πρόγραμμα ολοκληρώνεται σε 12 συναντήσεις, διάρκειας 90'-120', εκ των οποίων οι πρώτες έξι διεξάγονται δύο ανά εβδομάδα και οι υπόλοιπες μία ανά εβδομάδα. Κάθε συνεδρία δομείται κατά το συνήθη τρόπο: κάθε μέλος της ομάδας αναφέρει τι συνέβη από την προηγούμενη συνάντηση και το πώς αισθάνεται, στη συνέχεια γίνεται ανασκόπηση των εργασιών που είχαν ανατεθεί για το σπίτι, ακολουθεί το πρόγραμμα της παρούσας συνάντησης, η οποία κλείνει με την ανάθεση νέων εργασιών για το σπίτι, περιληψη όσων ειπώθηκαν και ανατροφοδότηση στα μέλη της ομάδας.

Σε κάθε συνάντηση χορηγούνται στα μέλη της ομάδας ασκήσεις και έντυπο πληροφοριακό υλικό που αφορά στα θέματα που τίγονται στη συγκεκριμένη συνάντηση. Το μέγεθος της κάθε ομάδας ορίζεται συνήθως σε 5-7 άτομα, ενώ υπάρχουν συνήθως δύο συντονιστές σε κάθε ομάδα.

Σημειώνουμε ότι, πριν την έναρξη του προγράμματος, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να πληροφορηθούν για τους στόχους και τον τρόπο λειτουργίας της ομάδας δύο φορές. Κατά την πρώτη επαφή τους με τη γραμματεία του Συμβουλευτικού Κέντρου όπου δηλώνουν την πρόθεσή τους να λάβουν μέρος και λαμβάνουν βασικές πληροφορίες για το γενικό στόχο της ομάδας, καθώς και κατά τη διάρκεια της συνάντη-

σης επιλογής όπου και πληροφορούνται για το "πώς" λειτουργεί το πρόγραμμα. Η συνάντηση αυτή είναι ουσιαστικά μια κλινική συνέντευξη στην οποία διερευνάται, μεταξύ άλλων, η ψυχική κατάσταση του ενδιαφερομένου και τα κίνητρα συμμετοχής στο πρόγραμμα. Παράλληλα, τίθεται σε συζήτηση το θέμα της αποδοχής της προσωπικής ευθύνης για αλλαγή, όπως και η δυνατότητα για συμμετοχή σε ομαδική δραστηριότητα. Ακόμα, συζητείται η γνωσιακή-συμπεριφοριστική δομή του προγράμματος, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η συμφωνία του ατόμου και η δυνατότητά του να συνεργαστεί με τους όρους που η θεώρηση αυτή επιβάλλει. Πλήρης ενημέρωση δίνεται, επίσης, στους συμμετέχοντες κατά την πρώτη συνάντηση των μελών της ομάδας. Η αρχική συνέντευξη λαμβάνεται από εκπαιδευμένο κλινικό ψυχολόγο.

Η προσέλευση και η επιλογή των συμμετεχόντων γίνεται συνήθως ως εξής: Αναρτάται στους χώρους της Φιλοσοφικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών ανοικτή πρόσκληση-κείμενο καλώντας για συμμετοχή όλους τους ενδιαφερόμενους. Από όσους απευθύνθηκαν στο ΣΚΦ για συμμετοχή στο πρόγραμμα μέχρι στιγμής³, αποκλείστηκαν όσοι κατά την προκαταρκτική κλινική συνέντευξη παρουσίαζαν κατάθλιψη, διαταραχή προσωπικότητας, χρήση ουσιών, υποχονδρία, καθώς και ενδείξεις ψύχωσης ή αυτοκτονικές τάσεις. Επίσης, αποκλείστηκαν όσοι είχαν πρόσφατα ξεκινήσει ψυχολογική ή φαρμακευτική θεραπεία ή διαφάνηκε πως διαθέτουν χαμηλό κίνητρο συμμετοχής⁴. Τα κριτήρια αυτά ήταν σημαντικά για την επίτευξη των στόχων της ομαδικής δουλειάς με τους περιορισμούς που αυτή επιβάλλει (βλ., Free, 1999). Ο έλεγχος των παραπάνω έγινε από τον ψυχολόγο-συντονιστή των ομάδων κατά τη διάρκεια συνέντευξης που έλαβε χώρα πριν την έναρξη της ομάδας. Σημειώνουμε ότι δεν αποκλείστηκαν φοιτητές που παρουσίαζαν κάποια καταθλιπτικά συμπτώματα ή

3. Προσήλθαν 31 άτομα (25 γυναίκες και 6 άνδρες).

4. Αν και επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στην ομάδα, δήλωναν εξαρχής ότι ήταν πιθανό να μην καταφέρουν να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα, επικαλούμενοι διάφορες υποχρεώσεις ή άλλα κωλύματα.

Πίνακας 1

Εβδομαδιαίο πρόγραμμα συναντήσεων της ομάδας

Προκαταρκτική συνάντηση	<ul style="list-style-type: none"> • Συνέντευξη • Προκαταρκτική ενημέρωση
1η Συνάντηση	<ul style="list-style-type: none"> • Γνωριμία • Πληροφόρηση για 'στρες' (αίτια, τρόποι, συνέπειες), στρατηγικές αντιμετώπισης άγχους κ.λπ.
2η Συνάντηση	<ul style="list-style-type: none"> • Χρήση ημερολογίων τριπλής στήλης • Αυτορρύθμιση (συζήτηση στη βάση των ημερολογίων) • Συζήτηση για τους προσωπικούς στόχους και σκοπούς και διερεύνηση της σχέσης τους με τις πηγές στρες
3η Συνάντηση	<ul style="list-style-type: none"> • Πληροφόρηση (συνέχεια) • Ό,τι και στη 2η (συζήτηση-αυτορρύθμιση) με έμφαση στη συγκεκριμενοποίηση των πηγών στρες και στην αντιμετώπιση ενός συγκεκριμένου κάθε φορά προβλήματος
4η Συνάντηση	<ul style="list-style-type: none"> • Άσκηση διαφραγματικής αναπνοής • Τεχνικές επίλυσης προβλήματος I • Ιεράρχηση προσωπικών στρεσογόνων καταστάσεων
5η Συνάντηση	<ul style="list-style-type: none"> • Νευρομυϊκή χαλάρωση • Τεχνικές επίλυσης προβλήματος II (συνέχεια) • Εισαγωγή στη γνωσιακή θεωρία (το άτομο ως κριτής της πραγματικότητας) • Χρήση ημερολογίων πενταπλής στήλης
6η Συνάντηση	<ul style="list-style-type: none"> • Νευρομυϊκή χαλάρωση • Εκπαίδευση στη διερεύνηση, εντοπισμό, έλεγχο και αντικατάσταση δυσλειτουργικών σχημάτων και σκέψεων I: Εισαγωγή • Τεχνικές απόσπασης προσοχής και αποτροπής σκέψης
7η Συνάντηση	<ul style="list-style-type: none"> • Εκπαίδευση στη διερεύνηση, εντοπισμό, έλεγχο και αντικατάσταση δυσλειτουργικών σχημάτων και σκέψεων II: Γνωσιακά λάθη, αυτόματες σκέψεις • Νευρομυϊκή χαλάρωση (επανάληψη) • Τεχνικές διαχείρισης του θυμού
8η Συνάντηση	<ul style="list-style-type: none"> • Σταδιακή έκθεση και επίλυση προβλήματος (& επανάληψη στις τεχνικές επίλυσης προβλήματος) • Εκπαίδευση στη διερεύνηση, εντοπισμό, έλεγχο και αντικατάσταση δυσλειτουργικών σχημάτων και σκέψεων III: Τεχνική κάθετου τόξου
9η Συνάντηση	<ul style="list-style-type: none"> • Έλεγχος και αντικατάσταση δυσλειτουργικών σχημάτων και σκέψεων: Ατομικός γνωστικός χάρτης • Προτροπή ώστε τα μέλη να αναλάβουν ευθύνη να καθοδηγήσουν άλλους στη διαχείριση του στρες όσο αυτό είναι δυνατό (τα μέλη της ομάδας ως 'εκπαιδευτές') • Τεχνικές διαχείρισης χρόνου
10η Συνάντηση	<ul style="list-style-type: none"> • Έλεγχος και αντικατάσταση δυσλειτουργικών σχημάτων και σκέψεων • Νευρομυϊκή χαλάρωση (επανάληψη) • Ασκήσεις διεκδικητικότητας I
11η Συνάντηση	<ul style="list-style-type: none"> • Έλεγχος και αντικατάσταση δυσλειτουργικών σχημάτων και σκέψεων • Ασκήσεις διεκδικητικότητας II
12η Συνάντηση	<ul style="list-style-type: none"> • Γενική συζήτηση-συμπεράσματα • Επανάληψη τεχνικών-στρατηγικών • Αντιμετώπιση των υποτροπών-Οδηγίες για το μέλλον • Συμπλήρωση ερευνητικών ερωτηματολογίων • Αξιολόγηση προγράμματος παρέμβασης από τα μέλη της ομάδας
Αναμνηστικές συναντήσεις	<p>30 ημέρες και 6 μήνες μετά (τα μέλη ενημερώνονται σχετικά). Συμπλήρωση ερευνητικών ερωτηματολογίων στη 2η συνάντηση.</p>

φοβίες, ή φοιτητές που βρίσκονταν ήδη σε ψυχολογική ή φαρμακευτική αγωγή, αρκεί να το επέτρεπαν οι ειδικοί με τους οποίους συνεργάζονταν.

Προκαταρκτικός έλεγχος της αποτελεσματικότητας του προγράμματος

Στο πρόγραμμα συμμετείχαν ως τώρα 15 συνολικά άτομα. Το ολοκλήρωσαν οι 12 (10 φοιτήτριες και 2 φοιτητές). Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν 22.58 έτη (τυπική απόκλιση = 2.39 έτη). Από τα άτομα αυτά, τα 7 αποτέλεσαν μία ομάδα και τα υπόλοιπα 5 μία δεύτερη. Και τις δύο ομάδες συντόνιζε άνδρας θεραπευτής με τη βοήθεια μιας συν-θεραπεύτριας. Οι συμμετέχοντες/συμμετέχουσες ανήκαν σε οικογένειες μέσου κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, με βάση τη μόρφωση και το επάγγελμα που ασκούν οι γονείς τους. Στο σύνολο των 12 φοιτητών, συμμετείχαν δύο άτομα με συμπτώματα γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, ένα άτομο με ορισμένη καταθλιπτική συμπτωματολογία και ένα άτομο υπό φαρμακευτική αγωγή και ψυχιατρική παρακολούθηση για κατάθλιψη. Τα υπόλοιπα οκτώ άτομα δήλωσαν διάφορα συμπτώματα ψυχολογικά (π.χ., έντονο άγχος, αίσθηση αδυναμίας χειρισμού των καταστάσεων) ή και ψυχοσωματικά (π.χ., πόνους, κόπωση, ταχυκαρδίες, εφίδρωση κ.λπ.), χωρίς όμως να διαπιστώνεται συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή. Όσοι φοιτητές/τριες αποκλείστηκαν εξαιτίας των λόγων που αναφέρθηκαν παραπάνω παραπέμφθηκαν σε πρόγραμμα ατομικής συμβουλευτικής στο ΣΚΦ.

Προκειμένου να ελεγχθεί προκαταρκτικά η αποτελεσματικότητα του προγράμματος, οι 12 συμμετέχοντες/συμμετέχουσες συμπλήρωσαν πριν την έναρξη του προγράμματος, σε ατομική βάση, κατά τη διάρκεια της προκαταρκτικής συνέντευξης, δύο ερωτηματολόγια:

Το "Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας" (ΕΓΥ) των 28 θεμάτων (General Health Questionnaire-28), όπως προσαρμόστηκε από τους Μουτζού-

κη, Αδαμοπούλου, Γαρούφαλλο, και Καραστεργίου (1990) σε ελληνικό πληθυσμό. Το ΕΓΥ-28 αξιολογεί τέσσερις παράγοντες: μια γενική αντίληψη του προσωπικού επιπέδου υγείας, τα επίπεδα άγχους του ατόμου και τη συνακόλουθη δυσκολία στον ύπνο, την κοινωνική δυσλειτουργία του ατόμου, δηλαδή, την έλλειψη ικανότητας του ατόμου να τα καταφέρνει στις κοινωνικές υποχρεώσεις καθώς και να αντλεί ικανοποίηση από αυτές και από τις συνήθειες καθημερινές δραστηριότητες και, τέλος, την καταθλιπτική συμπτωματολογία του ατόμου, κυρίως σε επίπεδο γνωστικό. Παράλληλα, η βαθμολογία από το σύνολο των 28 ερωτήσεων του ερωτηματολογίου αποτελεί ένα σημαντικό δείκτη της γενικής ψυχικής υγείας του ατόμου. Όσο υψηλότερη είναι η τιμή στις κλίμακες αυτές, τόσο χαμηλότερο είναι το αντίστοιχο επίπεδο ψυχικής υγείας, και αντιστρόφως. Η ελληνική προσαρμογή του ΕΓΥ-28 παρουσιάζει υψηλό δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας καθώς και υψηλά επίπεδα εγκυρότητας (βλ. Μουτζούκης et al., 1990).

Για τη μέτρηση των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας (ΠΑΑ) για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων, χρησιμοποιήσαμε την "Κλίμακα Προσδοκιών Αυτοαποτελεσματικότητας" (Καραδήμας, 1999). Η κλίμακα αυτή χρησιμοποιήθηκε ως δείκτης της αλλαγής στον τρόπο αξιολόγησης του εαυτού και του περιβάλλοντος, κάτι που θεωρήσαμε ως έναν από τους ιδιαίτερους στόχους της παρέμβασης. Η κλίμακα αποτελείται από 17 ερωτήσεις, οι οποίες αναφέρονται στην ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει επιτυχώς στρεσογόνες καταστάσεις αξιοποιώντας διάφορα διαθέσιμα και δυνατότητες. Η κλίμακα αποτελείται από δύο παράγοντες: Ο πρώτος, οι "γενικευμένες ΠΑΑ για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων", αξιολογεί τη γενική πεποίθηση του ατόμου ότι διαθέτει τις απαραίτητες ικανότητες ώστε να αντιμετωπίσει επιτυχώς ποικίλες καταστάσεις (π.χ., "Πόσο πολύ μπορείτε να αντέξετε ένα πρόβλημα, όσο σοβαρό κι αν είναι;"). Ο δεύτερος παράγοντας, οι "ΠΑΑ για την εφαρμογή συγκεκριμένων στρατηγικών", αξιολογεί την προσδοκία του ατόμου ότι

μπορεί να προσδιορίσει με ακρίβεια τι το απαισολεί και να βρει και να εφαρμόσει συγκεκριμένες λύσεις (π.χ., "Πόσο αποτελεσματικά μπορείτε να εφαρμόσετε μια συγκεκριμένη λύση για ένα πρόβλημα;"). Τα άτομα μπορούσαν να απαντήσουν χρησιμοποιώντας μια τετράβαθμη διαβαθμιστική κλίμακα (0=καθόλου έως 3=πολύ). Όσο υψηλότερη είναι η τιμή στις κλίμακες αυτές, τόσο υψηλότερες είναι και οι αντίστοιχες ΠΑΑ. Η κλίμακα εμφανίζει υψηλούς δείκτες εσωτερικής αξιοπιστίας και αξιοπιστίας μέσω επαυαορήγησης (Καραδήμας & Καλαντζή-Αζίζι, 2002).

Στο τέλος του όλου προγράμματος, οι συμμετέχοντες/συμμετέχουσες συμπλήρωσαν εκ νέου τα παραπάνω ερωτηματολόγια (ομαδικά, κατά τη διάρκεια της τελευταίας συνάντησης), προκειμένου να ελεγχθούν πιθανές μεταβολές στους δείκτες ψυχικής υγείας και στις ΠΑΑ, όπως και έξι περίπου μήνες αργότερα στην προγραμματισμένη αναμνηστική συνάντηση.

Αποτελέσματα προκαταρκτικού ελέγχου

Ο μικρός αριθμός των 12 ατόμων που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα ως τώρα καθώς και η έλλειψη ομάδας ελέγχου καθιστούν τα πρώτα αυτά ευρήματα εντελώς ενδεικτικά της αποτελεσματικότητάς του.

Για τον έλεγχο των μεταβολών στα επίπεδα του άγχους και τους λοιπούς δείκτες ψυχικής υγείας, καθώς και στο μέγεθος των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας, πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος, έγινε χρήση του τεστ του Wilcoxon (για συσχετιζόμενα δείγματα), μη παραμετρικού κριτηρίου. Το κριτήριο αυτό επελέγη εξαιτίας του μικρού μεγέθους του δείγματός μας. Καθώς η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση μη παραμετρικών μεθόδων, παρουσιάζονται οι διάμεσοι των μεταβλητών και όχι οι μέσοι όροι.

Η διάμεσος όλων των επιμέρους δεικτών ψυχικής υγείας πριν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα διαχείρισης στρες, μειώθηκε σημαντικά μετά

από αυτή (βλ. αναλυτικά, Πίνακα 2). Επίσης, ο γενικός δείκτης ψυχικής υγείας σημείωσε στατιστικώς σημαντική μεταβολή, εφόσον από $\Delta\mu = 38.50$, μειώθηκε σε $\Delta\mu = 24.00$ ($z = 2.85$, $p < 0.01$). Σε όλους τους δείκτες ψυχικής υγείας υπήρξε μείωση των μέγιστων και ελάχιστων τιμών μετά το τέλος του προγράμματος παρέμβασης (βλ. Πίνακα 2).

Αντίθετα, η διάμεσος τιμή των γενικευμένων προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας όπως και των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας για την εφαρμογή συγκεκριμένων στρατηγικών αυξήθηκαν κατά στατιστικώς σημαντικό τρόπο. Και στις δύο περιπτώσεις σημειώθηκε αύξηση των μέγιστων και ελάχιστων τιμών κατά το πέρας του προγράμματος παρέμβασης (βλ. Πίνακα 2).

Στον Πίνακα 2 παρατηρούμε ακόμα ότι η βελτίωση των τιμών όλων των δεικτών υγείας και των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας διατήρησε τη στατιστικώς σημαντική διαφορά της κατά τον επανέλεγχο (6 μήνες μετά το πέρας του προγράμματος) σε σύγκριση με την πριν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα κατάσταση. Σε καμία από τις περιπτώσεις δε διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στις τιμές, έτσι όπως αυτές διαμορφώθηκαν αμέσως μετά τη συμμετοχή στο πρόγραμμα και στον επανέλεγχο.

Συζήτηση

Βασικός στόχος της προσπάθειας που καταβάλαμε στα πλαίσια του Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών ήταν η δημιουργία ενός ομαδικού προγράμματος διαχείρισης του στρες, το οποίο θα βοηθούσε όσους συμμετέχουν σε αυτό να μάθουν νέους τρόπους αποτελεσματικότερης αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον και καλύτερης διαχείρισης των πιεστικών καταστάσεων. Διαμορφώσαμε, λοιπόν, ένα ομαδικό πρόγραμμα παρέμβασης που περιλαμβάνει μια σειρά στρατηγικών και τεχνικών γνωσιακού-συμπεριφοριστικού χαρακτήρα.

Πίνακας 2

Διάμεσοι, μέγιστες και ελάχιστες τιμές και z-τιμές στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των δεικτών ψυχικής υγείας και των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας (ΠΑΑ) πριν και μετά τη συμμετοχή στο πρόγραμμα και στον επανέλεγχο

Δείκτες ψυχικής υγείας	Διάμεσοι (Δμ), μέγιστες (ΜΤ) και ελάχιστες (ΕΤ) τιμές		z-τιμή στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς των τιμών		
			πριν και μετά τη συμμετοχή	πριν τη συμμετοχή και στον επανέλεγχο	μετά τη συμμετοχή και στον επανέλεγχο
Γενική αντίληψη επιπέδου υγείας	πριν το πρόγραμμα	Δμ=8.50 ΕΤ=4.00, ΜΤ=14.00	2.36*	2.80**	.14
	μετά το πρόγραμμα	Δμ=5.50 ΕΤ=2.00, ΜΤ=8.00			
Επίπεδα άγχους	στον επανέλεγχο	Δμ=6.00 ΕΤ=0.00, ΜΤ=10.00	2.36*	2.93**	1.27
	πριν το πρόγραμμα	Δμ=12.00 ΕΤ=7.00, ΜΤ=19.00			
	μετά το πρόγραμμα	Δμ=6.00 ΕΤ=3.00, ΜΤ=14.00			
Κοινωνική δυσλειτουργία	στον επανέλεγχο	Δμ=7.00 ΕΤ=1.00, ΜΤ=12.00	2.42*	2.58**	.25
	πριν το πρόγραμμα	Δμ=11.00 ΕΤ=3.00, ΜΤ=14.00			
	μετά το πρόγραμμα	Δμ=6.00 ΕΤ=3.00, ΜΤ=8.00			
Καταθλιπτικά συμπτώματα	στον επανέλεγχο	Δμ=6.00 ΕΤ=3.00, ΜΤ=9.00	2.37*	2.81**	1.68
	πριν το πρόγραμμα	Δμ=5.50 ΕΤ=2.00, ΜΤ=11.00			
	μετά το πρόγραμμα	Δμ=3.50 ΕΤ=0.00, ΜΤ=15.00			
Γενικός Δείκτης Ψυχικής Υγείας	στον επανέλεγχο	Δμ=2.00 ΕΤ=0.00, ΜΤ=10.00	2.70*	2.93**	.56
	πριν το πρόγραμμα	Δμ=38.50 ΕΤ=21.00, ΜΤ=49.00			
	μετά το πρόγραμμα	Δμ=24.00 ΕΤ=13.00, ΜΤ=38.00			
Γενικευμένες ΠΑΑ	στον επανέλεγχο	Δμ=20.00 ΕΤ=5.00, ΜΤ=10.00	2.03*	2.80**	.56
	πριν το πρόγραμμα	Δμ=10.00 ΕΤ=7.00, ΜΤ=15.00			
	μετά το πρόγραμμα	Δμ=15.00 ΕΤ=9.00, ΜΤ=22.00			
ΠΑΑ για την εφαρμογή συγκ. στρατηγικών	στον επανέλεγχο	Δμ=15.00 ΕΤ=11.00, ΜΤ=20.00	2.20*	2.50*	1.36
	πριν το πρόγραμμα	Δμ=15.00 ΕΤ=10.00, ΜΤ=20.00			
	μετά το πρόγραμμα	Δμ=19.50 ΕΤ=13.00, ΜΤ=29.00			
	στον επανέλεγχο	Δμ=20.00 ΕΤ=12.00, ΜΤ=24.00			

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Οι συμμετέχοντες/συμμετέχουσες διδάχθηκαν νέους τρόπους-δεξιότητες χειρισμού των καταστάσεων που τους προξενούσαν στρες ή αρνητικά συναισθήματα, και ανέλυσαν αυτούς που ήδη χρησιμοποιούσαν μεταβάλλοντάς τους σε πιο λειτουργικούς. Ακόμα, έγινε προσπάθεια να κατανοήσουν στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό τις διεργασίες και διαδικασίες που σχετίζονται με το στρες, να ελέγξουν τα επίπεδα διέγερσης και να εξασκηθούν στους βασικότερους τρόπους εντοπισμού και μεταβολής δυσλειτουργικών γνωσιακών δομών και διεργασιών.

Παράλληλα, η συμμετοχή και άλλων ατόμων στην ίδια ομάδα έδινε την ευκαιρία να παρουσιασθούν πολλά 'παραδείγματα' στρεσογόνων καταστάσεων, καθώς και διάφορων συμπεριφορών, σκέψεων και συναισθημάτων, τα οποία αναλύονταν. Έτσι, η ομάδα αποτελούσε πηγή σημαντικών ενισχύσεων των προσπαθειών των μελών της. Σύμφωνα με τα ίδια τα μέλη των ομάδων, στην αξιολόγηση του προγράμματος εκ μέρους τους, ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία της παρέμβασης ήταν η δυνατότητα που είχαν να παρατηρούν άλλους ανθρώπους, οι οποίοι παρουσίαζαν παρόμοιες με αυτούς δυσκολίες. Μπορούσαν να αξιολογήσουν τη συμπεριφορά των άλλων, τα 'λάθη', τις 'παραλείψεις' τους, ή τις 'επιτυχίες' και 'αποτυχίες' τους. Επίσης, ως ιδιαίτερα σημαντικά αξιολόγησαν τη δυνατότητα που τους προσφερόταν να μοιράζονται τα συναισθήματα και τις εντυπώσεις τους, καθώς και την ενίσχυση που έκριναν ότι λάμβαναν από τους συντονιστές και τα άλλα μέλη της ομάδας τους στη συνέχιση των προσπαθειών τους. Το στοιχείο αυτό έχει αναφερθεί και σε άλλες ανάλογες ομαδικές παρεμβάσεις (βλ., π.χ., Free, 1999).

Ο προκαταρκτικός έλεγχος της αποτελεσματικότητας αυτού του προγράμματος, στο οποίο συμμετείχαν, ως αυτή τη στιγμή, 12 φοιτητές και φοιτήτριες, έδειξε ότι λειτουργεί ικανοποιητικά.

Τα πρώτα αποτελέσματα από την εφαρμογή του προγράμματος είναι ενθαρρυντικά. Η ανάλυση των δεδομένων των ερωτηματολογίων που χορηγήθηκαν πριν τη συμμετοχή στην ομάδα και

αμέσως μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος έδειξαν σημαντική βελτίωση στους δείκτες ψυχικής υγείας (γενικός δείκτης ψυχικής υγείας, αντίληψη προσωπικού επιπέδου υγείας, άγχος, καταθλιπτική συμπτωματολογία, κοινωνική δυσλειτουργία), καθώς και σημαντική αύξηση των προσδοκίων αυτοαποτελεσματικότητας για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων. Ιδιαίτερα ενθαρρυντικό είναι το γεγονός πως η βελτίωση αυτή διατηρήθηκε και στον επανέλεγχο έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος.

Η αύξηση των προσδοκίων αυτοαποτελεσματικότητας (ΠΑΑ) είναι σημαντικό στοιχείο καθώς αυτές αποτελούν παράγοντα άμεσα συσχετιζόμενο με την εκδήλωση μιας συμπεριφοράς: όσο υψηλότερες οι προσδοκίες τόσο πιθανότερη καθίσταται η επιτυχής εκτέλεση μιας συμπεριφοράς (Bandura, 1997). Η ενίσχυση, λοιπόν, των ΠΑΑ είναι ένδειξη της ενδυνάμωσης της εμπιστοσύνης στον εαυτό και στις ικανότητές του για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων. Αυτό, με τη σειρά του, αποτελεί προϋπόθεση για τη χρήση των κατάλληλων στρατηγικών και την επιτυχή διαχείριση του στρες. Εξάλλου, κύριος στόχος μιας ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης δεν είναι μόνο η μείωση των συμπτωμάτων, αλλά και η εξασφάλιση των προϋποθέσεων για τη διατήρηση των θετικών αποτελεσμάτων και τη βελτίωση της κατάστασης και μετά το πέρας της παρεμβατικής διαδικασίας. Η αύξηση των ΠΑΑ συσχετίζεται με την επίτευξη του στόχου αυτού (Bandura, 1997).

Πρέπει να τονιστεί όμως ότι τα αποτελέσματα που παρουσιάζουμε εδώ είναι προκαταρκτικά και, για το λόγο αυτό, ενδεικτικά και μόνο της αποτελεσματικότητας του προγράμματός μας. Ο μικρός αριθμός των φοιτητών που το ολοκλήρωσαν ως τώρα, αλλά και ο μάλλον ενδεικτικός αριθμός μεταβλητών-δεικτών που αξιολογήθηκαν, αποτελούν σημαντικότερους περιορισμούς στη δυνατότητά μας να συναγάγουμε αξιόπιστα συμπεράσματα γύρω από την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Επιπρόσθετα, η έλλειψη ομάδας ελέγχου μας εμποδίζει 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. Τέτοι-οι παράγοντες θα μπορούσε να είναι η παρέλευση του χρόνου, η εκτόνωση της πίεσης μετά το πέρας των εξετάσεων, η συμμετοχή και μόνο σε μια ομάδα, η εποχή του έτους κ.ά. Πιστεύουμε, όμως, ότι στο μέλλον θα μπορέσουμε να αντιμετωπίσουμε τα ζητήματα αυτά, ώστε να είμαστε σε θέση να συναγάγουμε εγκυρότερα και περισσότερο αξιόπιστα συμπεράσματα, ξεπερνώντας έτσι έναν κύριο περιορισμό της προσπάθειάς μας.

Τέλος, ένα μάλλον πρωτότυπο στοιχείο αυτού του προγράμματος παρέμβασης ήταν η συμπεριληψη ορισμένων στοιχείων αυτογνωσίας (βλ. και Καλαντζή-Αζίζι, 2002).

Αυτό δε συναντάται συχνά σε προγράμματα διαχείρισης του στρες. Κρίθηκε όμως αναγκαίο, καθώς η σύγχρονη μεταβιομηχανική και συχνά υπεραυτοματοποιημένη εποχή προκαλεί εντονότερο στρες εξαιτίας, μεταξύ άλλων, της έκπτωσης παλαιότερων συστημάτων αξιών και πεποιθήσεων (π.χ., συνθηκών, εθίμων, τελετουργιών, θρησκευτικών αξιών, παραδοσιακών μεθόδων κοινωνικής υποστήριξης), τα οποία παύουν προοδευτικά να αποτελούν την 'παραδοσιακή' βοήθεια στο χειρισμό του στρες (Woolfolk & Lehrer, 1993). Έτσι, η συμπεριληψη στοιχείων αυτογνωσίας μπορεί να βοηθήσει το άτομο να προσδιορίσει καλύτερα τον εαυτό του μέσα στον κόσμο και να ανιχνεύσει πιθανές προσωπικές αρχές και πεποιθήσεις που το δυσκολεύουν ή που το διευκολύνουν στη διαχείριση του στρες που προέρχεται από την καθημερινή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον.

Θεωρήσαμε ότι η συζήτηση και η ανάλυση δεδομένων (α) γύρω από τις μείζονες στρεσογόνες καταστάσεις που τα μέλη της ομάδας είχαν αντιμετωπίσει, (β) γύρω από το τι νομίζουν ότι μπορούν ή δεν μπορούν να αλλάξουν στη ζωή τους, (γ) τις δυνατότητες και τις αδυναμίες που θεωρούν ότι έχουν, (δ) τους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους και τις αξίες

τους, μπορούν να φανούν χρήσιμα: (I) στην οριοθέτηση των μελών της ομάδας, καθώς και (II) στην αναγνώριση και κατανόηση της σχέσης που υπάρχει ανάμεσα στην καθημερινή ζωή, στο στρες, στις προσπάθειες χειρισμού του και τις συνέπειές του. Τα παραπάνω συνέβαλαν στη συναγωγή συμπερασμάτων χρήσιμων για τη συνέχιση του προγράμματος παρέμβασης.

Σύμφωνα με την αξιολόγηση των ίδιων των μελών της ομάδας, στο τέλος του προγράμματος παρέμβασης, η ανάλυση των παραπάνω στοιχείων ήταν ιδιαίτερα σημαντική και υποβοηθητική.

Στους άμεσους στόχους μας είναι η πληρέστερη ερευνητική τεκμηρίωση του προγράμματος (σύγκριση με ομάδα ελέγχου, μεγαλύτερο δείγμα, περισσότεροι δείκτες αξιολόγησης), καθώς και η δημοσίευση του πλήρους προγράμματος διαχείρισης του στρες, του συνόλου, δηλαδή, των ασκήσεων, τεχνικών και του πληροφοριακού υλικού που περιλαμβάνει. Με αυτόν τον τρόπο πιστεύουμε ότι θα συμβάλουμε στην προσπάθεια για έκδοση ολοκληρωμένων προγραμμάτων παρέμβασης σε μορφή εγχειριδίων, που αποτελεί όλο και συχνότερα αίτημα (DeRubeis & Crits-Christoph, 1998), τόσο για ερευνητικούς όσο και για πρακτικούς σκοπούς. Επιπλέον, θα καταστεί δυνατή η εφαρμογή του προγράμματος αυτού σε ευρύτερους πληθυσμούς μέσα από ανάλογες προσπάθειες.

Βιβλιογραφία

- Aherne, D. (1997). Student stress: A developmental perspective. In A. Kalantzi-Azizi, G. Rott, & D. Aherne (Eds.), *Psychological counselling in higher education* (pp. 89-111). Athens: Ellinika Grammata.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive approaches to stress. In P. M. Lehrer & R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (pp. 333-372). New York: Guilford.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders*

- and phobias. New York: Basic Books.
- D'Zurilla, T. J. (1986). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer.
- DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 37-52.
- Dohrenwend, B. P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior, 41*, 1-19.
- Efthimiou, K., Efsthathiou, G., & Kalantzi-Azizi, A. (1999, September). *Behaving more assertively: A cognitive-behavioral group intervention programme for students*. Presentation at the 29th EABCT Congress, Dresden, Germany.
- Ευθυμίου, Κ., & Ευσταθίου, Γ. (2000, Νοέμβριος). *Διερεύνηση των αναγκών των φοιτητών από μία υπηρεσία συμβουλευτικής φοιτητών. Επιδημιολογική έρευνα στα Πανεπιστήμια Αθηνών και Θράκης*. Παρουσίαση στην Ημερίδα "Η Συμβουλευτική στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση", Πειραιάς.
- Free, M. L. (1999). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. New York: Wiley.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation* (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1987). Η τάση για ανεξαρτητοποίηση του νεαρού φοιτητή ή της νεαρής φοιτήτριας: Δυνατότητες και όρια της "ψυχολογικής συμβουλευτικής" στο χώρο του Πανεπιστημίου. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής-Προσανατολισμού, 2*, 51-60.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1996). Η ευρωπαϊκή προοπτική της ψυχολογικής συμβουλευτικής φοιτητών. Στο Α. Καλαντζή-Αζίζι (Επιμ. Έκδ.), *Ψυχολογική συμβουλευτική φοιτητών: Ευρωπαϊκή διάσταση, ελληνική εμπειρία* (σ. 49-74). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2002). *Αυτογνωσία και αυτοδιαχείριση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α., Καραδήμας, Ε. Χ., & Σωτηροπούλου, Γ. (2001). Ένα πρόγραμμα γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ομαδικής παρέμβασης σε φοιτητικό πληθυσμό για την ενίσχυση των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας. *Ψυχολογία: Το Περιοδικό της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας, 8*, 267-280.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α., & Μασσακά, Ι. (1996). Φοιτητές 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, Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Καραδήμας, Ε. Χ., & Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2002). Η σχέση μεταξύ γεγονότων ζωής και καθημερινών προστριβών, προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας, στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και ψυχοσωματικής υγείας. *Ψυχολογία: Το Περιοδικό της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας, 9*, 75-91.
- Kennerly, H. (1995). *Managing anxiety*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Knigge-Illner, H., & Kruse, O. (Eds.). (1994). *Studieren mit Lust und Methode, Neue Gruppenkonzepte für Beratung und Lehre* [Μαθαίνοντας με χαρά και μέθοδο. Νέες ομαδικές προσεγγίσεις για συμβουλευτική και διδασκαλία]. Weinheim, Deutschland: Deutscher Studien Verlag.
- Lehrer, P. M., Carr, R., Sargunraj, D., & Woolfolk, R. L. (1993). Differential effects of stress management therapies on emotional and behavioral disorders. In P. M. Lehrer & R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (pp. 539-570). New York: Guilford.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation*

- training. New York: Springer.
- Μουτζούκης, Χ., Αδαμοπούλου, Α., Γαρυφάλ-
λος, Γ., & Καραστεργίου, Α. (1990). *Εγχειρί-
διο Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (Ε.Γ.Υ.)*.
Θεσσαλονίκη: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.
- Palmer, S. (1997). Stress counselling and
management: Past, present and future. In S.
Palmer & V. Varma (Eds.), *The future of
counselling and psychotherapy* (pp. 82-111).
London: Sage.
- Παπακώστας, Ι. Γ. (1994). *Γνωσιακή ψυχοθερα-
πεία: Θεωρία και πράξη*. Αθήνα: Ινστιτούτο
Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.
- Rott, G. (1986). Challenges to the counsellor in a
changing world - The impact of the envi-
ronmental change in universities on the con-
cept of student counselling. *International
Journal for the Advancement of Counselling*,
9, 237-249.
- Rott, G. (1991). *Psychological counselling in
higher education in Europe: Minutes of
PSYCHE-meeting, 6.7.91*. Berlin: FEDORA-
PSYCHE.
- Schultz, J. H., & Luthe, W. (1969). *Autogenic
therapy: Vol. 1. Autogenic methods*. New
York: Grune & Stratton.
- Suinn, R. M. (1990). *Anxiety management
training*. New York: Plenum.
- Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών Πανεπιστημίου
Αθηνών (2001). *Δραστηριότητες του Συμβου-
λευτικού Κέντρου Φοιτητών του Πανεπιστημίου
Αθηνών στο διάστημα 1998-2000*. Αθήνα:
Αυτοέκδοση.
- Woolfolk, R. L., & Lehrer, P. M. (1993). The
context of stress management. In P. M.
Lehrer & R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and
practice of stress management* (pp. 3-14).
New York: Guilford.

A pilot programme for group management of student stress: Description and preliminary findings

ANASTASIA KALANTZI-AZIZI & EVANGELOS C. KARADEMAS

University of Athens, Greece

ABSTRACT

Stress in university students is related to significant problems, such as negative self-image, psychological and adaptation difficulties, and problems in physical health. The application of stress-management techniques could help students deal effectively with these problems. In the Counselling Centre for Students at the University of Athens we tried to develop a stress-management group programme. Our aim was threefold: (a) to equip students with more effective skills and strategies in order to cope better with their stress and its sources; (b) to enhance students' self-efficacy expectations regarding their abilities to manage stressful situations; (c) to improve their psychological health. The orientation of the programme was cognitive-behavioural. Therefore, behavioural and cognitive techniques were included in the programme. According to the first preliminary results from 12 students who completed the programme up to now, our programme seems to be effective, since a significant improvement was noticed in both the indices of psychological health assessed and self-efficacy expectations. Improvement was maintained six months later, in the follow-up assessment.

Key words: Cognitive-behavioural intervention, Stress management, Student stress.

Address: Anastasia Kalantzi-Azizi, Department of Psychology, Faculty of Philosophy, University of Athens, Panepistimiopolis, Ilisia, 157 84 Athens, Greece. Tel.: *30-210-7277525, Fax: *30-210-7277534, E-mail: kalantzi@psych.uoa.gr