

Ομαδικές παρεμβάσεις γνωσιακής – συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΑΛΑΝΤΖΗ-ΑΖΙΖΙ

Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ Χ. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ

Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο άρθρο αυτό παρουσιάζονται η ιστορία, οι αρχές και η φιλοσοφία καθώς και ο τρόπος δόμησης των ομαδικών παρεμβάσεων γνωσιακής – συμπεριφοριστικής (ΓΣ) κατεύθυνσης. Στην αρχή παρουσιάζονται τα κύρια σημεία της ΓΣ θεωρίας και οι βασικές αρχές της ΓΣ ψυχοθεραπείας γενικά και σε επίπεδο ομαδικών παρεμβάσεων. Έμφαση δίδεται στις ομοιότητες και στις διαφορές που υφίστανται μεταξύ των διάφορων μορφών ΓΣ θεραπειών. Περιγράφονται οι συνθετότερες τεχνικές που χρησιμοποιούνται, όπως η χρήση ειδικών ημερολογίων, ο γνωσιακός έλεγχος και η πρόκληση των δυσλειτουργικών σκέψεων και σχημάτων, η ιεράρχηση των στρεσογόνων ερεθισμάτων, η ανατροφοδότηση και η υποστήριξη μεταξύ των μελών της ομάδας, η εκπαίδευση στις τεχνικές επίλυσης προβλήματος, οι τεχνικές χαλάρωσης, η ανάθεση εργασιών εκτός συναντήσεων και η πρόληψη πιθανών υπαναχωρήσεων. Στη συνέχεια περιγράφονται στοιχεία για τους στόχους των ομάδων, το μέγεθος, τη διάρκεια, την επιλογή των μελών, τη δόμηση και το περιεχόμενο των συναντήσεων, ενώ αναλύονται συγκεκριμένα παραδείγματα ομαδικών παρεμβάσεων. Επιπρόσθετα, συζητείται η αποτελεσματικότητα των ΓΣ ομαδικών παρεμβάσεων και γίνεται αναφορά στο εύρος των προβλημάτων και δυσκολιών για τις οποίες έχουν αναπτυχθεί ΓΣ παρεμβάσεις. Τέλος, διατυπώνονται εν συντομία τα κύρια σημεία της θεωρίας και της πρακτικής των γνωσιακών – συμπεριφοριστικών ομαδικών παρεμβάσεων.

Λέξεις-κλειδιά: Γνωσιακές – συμπεριφοριστικές ομαδικές παρεμβάσεις, Γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία, Ομαδικές παρεμβάσεις, Γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεωρία και πρακτική.

Κύριος στόχος κατά την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων παρέμβασης ή θεραπείας που θα έχουν τρία βασικά χαρακτηριστικά (Free, 1999): α) αποτελεσματικότητα, β) θετικό ισοζύγιο μεταξύ αποτελεσματικότητας αφενός και κόστους σε αγαθά, χρόνο, κόπο κ.λπ. αφετέρου, γ) προσβασιμότητα σε κάθε ενδιαφερόμενο, να απευθύνονται δηλαδή σε όσους χρειάζονται ειδική βοήθεια. Βελτίωση στα δύο πρώτα σημαίνει συνήθως και αύ-

ξηση στην προσβασιμότητα στα προγράμματα αυτά.

Οι ομαδικές παρεμβάσεις γνωσιακής – συμπεριφοριστικής (ΓΣ) κατεύθυνσης φαίνεται να πληρούν τα παραπάνω χαρακτηριστικά, εφόσον μπορούν να απευθυνθούν σε μεγάλα τμήματα του πληθυσμού, προσφέρονται συνήθως σε χαμηλότερο κόστος και διαθέτουν μεγάλη αποτελεσματικότητα.

Ο Α. Lazarus (1961) είναι ο πρώτος που δη-

μοσίευσε ένα πρόγραμμα ομαδικής απευαισθητοποίησης, ενώ αργότερα οι Hollon και Shaw (1979) δημοσίευσαν την περιγραφή ενός ΓΣ προγράμματος ομαδικής παρέμβασης για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Λίγο μετά ο Freeman (1983) δημοσίευσε το πρώτο κείμενο για θεραπεία ζευγαριών και ομάδων ως προέκταση της θεωρίας και της πράξης της ΓΣ θεραπείας σε ατομική βάση.

Βέβαια, οι ομαδικές παρεμβάσεις έχουν μια μακρόχρονη ιστορία (βλέπε, π.χ., Ναυρίδης, 2005). Κατά τους Rosenbaum και Patterson (1995), ξεκινούν από το δράμα των αρχαίων Ελλήνων, με την «καθαρτήρια» δράση του, από τις ηθικο-θρησκευτικές παραστάσεις του Μεσαίωνα και της Αναγέννησης, καθώς και από τις μεγάλες ομάδες θεραπείας που δημιούργησε ο Anton Mesmer στην Ευρώπη του 18ου αιώνα. Οι περισσότεροι ερευνητές φαίνεται να συμφωνούν πως εκείνος που ίδρυσε τη σύγχρονη ομαδική ψυχοθεραπεία στις αρχές του 20ου αιώνα ήταν ο ιατρός Joseph Hersey Pratt. Ο Pratt, ο οποίος ασχολούνταν με φυματικούς ασθενείς, δημιούργησε το 1905 στη Βοστώνη των ΗΠΑ ομάδες τέτοιων ασθενών. Οι ομάδες αυτές ήταν μεγέθους 25 περίπου ατόμων, συναντιόνταν σε εβδομαδιαία βάση και κύριο στόχο είχαν την ενίσχυση του ηθικού τους, την εκπαίδευση σε ζητήματα που αφορούσαν την κατάσταση της υγείας τους και την αντιμετώπιση των υπάρχοντων προβλημάτων, καθώς και την αλληλοϋποστήριξη και αλληλοβοήθεια μεταξύ των μελών των ομάδων (Rosenbaum & Patterson, 1995). Η φιλοσοφία των ομάδων ήταν κατά βάση ψυχο-εκπαιδευτική, κύριο χαρακτηριστικό των πιο σύγχρονων ΓΣ ομαδικών παρεμβάσεων.

Αργότερα και άλλοι ειδικοί, όπως ο Burrow (1927) ή ο Moreno (1957), εφάρμοσαν ομαδικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση σειράς προβλημάτων. Μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο η χρήση ομαδικών προγραμμάτων γενικεύθηκε και έκτοτε χρησιμοποιούνται ως μία εκ των κύριων μεθόδων παρέμβασης, εναλλακτική της ατομικής,

Γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεωρία και ψυχοθεραπευτική πρακτική

Η βιβλιογραφία για τη θεωρία και την πράξη των ΓΣ παρεμβάσεων είναι τεράστια και είναι μάλλον αδύνατη η ουσιαστική παρουσίαση όλων των σχετικών ζητημάτων στο πλαίσιο αυτού του άρθρου. Θα περιοριστούμε, κατά συνέπεια, σε μια περιγραφή ορισμένων βασικών εννοιών της σχετικής θεωρίας και πράξης. Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν όμως να απευθυνθούν για μια πιο λεπτομερή περιγραφή της θεωρίας και της πρακτικής στους Καλαντζή-Αζίζι (2002, 2003), Καραδήμα (2001) και Παπακώστα (1994).

Η γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία αποτελεί, όπως την ορίζει ο Mahoney (1991), μια «φαινομενολογική» προσέγγιση. Αναφέρεται δηλαδή στο πώς το άτομο αντιλαμβάνεται τον κόσμο, καθώς και στα φαινόμενα της εμπειρίας. Αν και έμφαση δίδεται στο «εδώ και τώρα», το παρελθόν και το μέλλον δεν αγνοούνται διόλου. Το αντίθετο, εφόσον θεωρείται ότι και τα δύο «φιλτράρονται» μέσω της παρούσας εμπειρίας.

Η ΓΣ θεραπεία στηρίζεται στη σύζευξη μεταξύ γνωστικής και συμπεριφοριστικής θεώρησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς, ή, για να το θέσουμε με μεγαλύτερη ακρίβεια, στον εμπλουτισμό του συμπεριφορισμού μετά τη λεγόμενη «γνωστική επανάσταση».

Αρχικά αναπτύχθηκε η κλασική εξαρτημένη μάθηση (Pavlov, 1951-1952) με τη χωροχρονική συνεξάρτηση μεταξύ ερεθίσματος και αντίδρασης και με τη διατύπωση των πρώτων βασικών νόμων της μάθησης (π.χ. γενίκευση, απόσβεση, διαδοχικές σειρές εξαρτημένων μαθήσεων). Η θεωρία επεκτάθηκε στη συνέχεια με τη συμβολή ερευνητών όπως του Thorndike (1911, 1913), ο οποίος θεώρησε ότι η μάθηση είναι το αποτέλεσμα της σύνδεσης μεταξύ ερεθισμάτων και επιτυχημένων αντιδράσεων (συντελεστική μάθηση) και της μάθησης μέσω δοκιμής και πλάνης, ή όπως του Watson (1914, 1924), ο οποίος έδωσε σημαντική ώθηση στις θεωρίες της μάθησης διεξάγοντας μια σειρά πειραματικών διαδικασιών και επεκτείνοντας την κλασική εξαρτημένη μά-

θηση. Αργότερα η πρώτη μεγάλη αλλαγή στις θεωρίες της μάθησης συντελέστηκε με την ανάπτυξη της λειτουργικής μάθησης από τον Skinner (1948, 1971), σύμφωνα με τη βασική αρχή της οποίας μια συμπεριφορά μαθαίνεται όταν αυτή ενισχυθεί. Μέσα στο πλαίσιο αυτό μελετήθηκαν μορφές μάθησης με μεγάλο κλινικό ενδιαφέρον, όπως η θετική ενίσχυση, ο θετικός και ο αρνητικός έλεγχος της συμπεριφοράς, η σταδιακή διαμόρφωση της συμπεριφοράς. Αναπτύχθηκαν, επίσης, οι διαδικασίες της «λειτουργικής ανάλυσης της συμπεριφοράς» και της «τροποποίησης της συμπεριφοράς», ενώ στόχος της παρέμβασης καθίστανται οι δυσλειτουργικές συμπεριφορές και οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση και τη διατήρησή τους.

Η σταδιακή ανάπτυξη του συμπεριφορισμού, η πρώιμη γνωστική θεωρία του Kelly (1955), η ανάπτυξη της Κυβερνητικής και των ηλεκτρονικών υπολογιστών συντέλεσαν στην έναρξη της «γνωστικής επανάστασης» (Mahoney, 1977). Ο συμπεριφορισμός συνδυάζεται πλέον με τη γνωστική ψυχολογία με κύριο στόχο την κατανόηση του ρόλου των γνωστικών διεργασιών στη διαμόρφωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, καθώς και την κατανόηση της σημασίας που έχει η αλλαγή των διεργασιών αυτών για τη θεραπευτική διαδικασία. Κύριος εκπρόσωπος των κοινωνιογνωστικών θεωριών μάθησης αναδεικνύεται ο A. Bandura (1986, 1997), ο οποίος ωθεί τον τρόπο σκέψης μέσω των μελετών του πάνω στην έμμεση (μέσω προτύπου) μάθηση, στην αμοιβαία αιτιοκρατία μεταξύ συμπεριφοράς, περιβάλλοντος και ιδίων χαρακτηριστικών του ατόμου, πάνω στο συμβολισμό, στην προγραμματική δράση και στην αυτορρύθμιση, καθώς και στις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας.

Οι γνωστικές θεωρίες αναπτύσσονται έχοντας μια θεμελιώδη αρχή: Ο άνθρωπος αντιδρά όχι στα ερεθίσματα καθαυτά αλλά στη γνωστική αναπαράστασή τους. Το γνωστικό όργανο του ατόμου έχει την ικανότητα να συμβολίζει τον κόσμο, να προβλέπει, να μαθαίνει, να αυτορρυθμίζεται, να παρατηρεί και να τροποποιεί τη συμπεριφορά του. Αυτά συντελούνται με μια σειρά από

διεργασίες (π.χ. αντίληψη, μνήμη, μάθηση, «σκέψη») μέσω των οποίων τυγχάνουν επεξεργασίας τα ερεθίσματα και οι πληροφορίες. Το περιεχόμενο των διεργασιών απαρτίζουν οι γνωστικές κατασκευές ή «γνωσίες» (Παπακώστας, 1994), όπως είναι οι αξιολογήσεις, οι κρίσεις, οι στόχοι, οι προσδοκίες, οι αιτιοπροσδιορισμοί. Οι κατασκευές παρεμβαίνουν μεταξύ περιβάλλοντος και συμπεριφοράς: Ερμηνεύουν το πρώτο και διαμορφώνουν το δεύτερο. Από τις κυριότερες κατασκευές είναι τα γνωστικά σχήματα, που σύμφωνα με τους Thase και Beck (1993), αποτελούν τα θεμελιώδη και επιδραστικά μοντέλα που λειτουργούν ως βασικοί, αν και μη λεκτικά διατυπωμένοι, κανόνες ζωής. Είναι τα «φίλτρα» μέσα από τα οποία γίνονται η επεξεργασία των πληροφοριών, η αποθήκευση των νέων εμπειριών και η ανάκληση των παλαιότερων.

Αξίωμα της γνωσιακής – συμπεριφοριστικής (ΓΣ) θεραπείας αποτελεί η θέση ότι πίσω από τις άμεσες σκέψεις του ατόμου, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές του βρίσκονται οι ατομικές «εξαρτημένες» πεποιθήσεις (Beck, 1995). Είναι ουσιαστικά η έκφραση του τρόπου με τον οποίο το άτομο νοηματοδοτεί τον κόσμο και τις σχέσεις μεταξύ αιτίου και αιτιατού, ενώ έχουν συνήθως τη μορφή «εάν... τότε» (π.χ. «εάν δεν προσέξω, θα με εξαπατήσουν»). Βάση των πεποιθήσεων αυτών αποτελούν οι λεγόμενες «βασικές» πεποιθήσεις (Beck, 1995), από τις οποίες και «εξαρτώνται». Οι «βασικές πεποιθήσεις» (ή αλλιώς «σχήματα») φαίνεται να ανήκουν σε δύο ομάδες: τις σχετικές με το πόσο άξιο θεωρεί ένα άτομο τον εαυτό του να αγαπηθεί, εκτιμηθεί κ.λπ., καθώς και τις σχετικές με το πόσο επαρκή κρίνει τον εαυτό του να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις και τις δυσκολίες της ζωής.

Τα αίτια μιας διαταραχής ή δυσφορίας, σύμφωνα με τη ΓΣ προσέγγιση, μπορεί να είναι εξίσου βιολογικά, ψυχολογικά ή κοινωνικά. Ο ρόλος των συναισθημάτων δεν αγνοείται ή παραλείπεται, αν και η παρέμβαση στηρίζεται κυρίως στην επεξεργασία των γνωστικών διεργασιών. Έμφαση δίδεται στα «γνωστικά λάθη», σε «λάθη» δηλαδή των γνωστικών διεργασιών ή κατασκευών.

Ιδιαίτερα σημαντικός θεωρείται ο ρόλος των «αυτομάτων σκέψεων», οι οποίες σχετίζονται με λάθη στη γνωστική επεξεργασία των πληροφοριών, όπως είναι η υπεργενίκευση, η καταστροφολογία, η διπολική σκέψη. Βάση των λαθών αυτών αποτελούν ορισμένα δυσπροσαρμοστικά γνωστικά σχήματα.

Η ΓΣ ψυχοθεραπεία προσπαθεί να εντοπίσει και να αναδείξει τις πεποιθήσεις αυτές και να βοηθήσει το άτομο να ελέγξει την ακρίβειά τους. Αντιμετωπίζει τις πεποιθήσεις ως «υποθέσεις» που θα πρέπει να ελεγχθούν στη βάση της εμπειρικής πραγματικότητας, και με τον τρόπο αυτό να καθοριστεί εάν είναι έγκυρες, και επομένως αν είναι καλό να διατηρηθούν, να τροποποιηθούν ή να εγκαταλειφθούν. Ίσως, βέβαια, δεν είναι εφικτό να αλλάξουν πλήρως όλες οι υπάρχουσες αρνητικές ή δυσλειτουργικές πεποιθήσεις, όπως υποστηρίζει και ο White (2000a), ειδικά όταν πηγάζουν από καταστάσεις ή γεγονότα ιδιαίτερης βαρύτητας στη ζωή του ατόμου ή όταν σχετίζονται άμεσα με την ταυτότητά του. Βέβαια, η ΓΣ θεραπεία συντελεί σαφώς στη «γνωστική αναδόμηση» (Meichenbaum, 1974), στην τροποποίηση δηλαδή του συνδυασμού των πεποιθήσεων που ορίζουν τον κόσμο του ατόμου. Η ΓΣ θεραπεία βοηθά, επίσης, τα άτομα να μειώσουν τις επιπτώσεις των αρνητικών πεποιθήσεων και να αναπτύξουν τρέχουσες εμπειρίες ζωής περισσότερο ενισχυτικές και θετικές (White, 2000a).

Ο εμπειρικός έλεγχος και η αλλαγή των δυσλειτουργικών αυτομάτων σκέψεων, σχημάτων και διεργασιών συντελούνται μέσα από ειδικές τεχνικές, όπως είναι οι ερωτήσεις, η εξέταση εναλλακτικών, η απο-καταστροφοποίηση, η μελέτη των υπέρ και των κατά, ο προσδιορισμός των γνωστικών λαθών, η τεχνική του κάθετου τόξου, η γνωστική πρόβα, η δημιουργία γνωστικών χαρτών (για περισσότερα στοιχεία σχετικά με τις τεχνικές βλέπε Free, 1999. Καραδήμας, 2001. Kennerly, 1995. Παπακώστας, 1994). Στόχος του ειδικού δεν είναι να προβεί απλώς σε μια «επαναδιατύπωση» των γνωστικών διεργασιών και προϊόντων. Μαζί με τον βοηθούμενο τα «επαναδομεί»: Προχωρά σε ενεργό παρέμβαση, συνερ-

γάζεται και αλληλεπιδρά μαζί του, εστιάζει στη δυσκολία και στην αντιμετώπισή της και αποφεύγει μια γενική, άστοχη ή θεωρητική συζήτηση.

Στις γνωσιακού τύπου στρατηγικές προστίθενται άλλες που προέρχονται από τη θεραπεία της συμπεριφοράς, όπως είναι ο προγραμματισμός δραστηριοτήτων, η έκθεση, ο θετικός έλεγχος της συμπεριφοράς, οι τεχνικές χαλάρωσης, η επίλυση προβλημάτων, η διεκδικητικότητα, η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες (για περισσότερα στοιχεία σχετικά με τις τεχνικές βλέπε Καλαντζή-Αζίζι, 1985, 2003. Καραδήμας, 2001. Kennerly, 1995).

Στόχος των ΓΣ παρεμβάσεων δεν είναι η «θεραπεία» με την κλασική έννοια αλλά η παροχή βοήθειας προς το άτομο να αναπτύξει βελτιωμένες στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων και των δυσχερειών της ζωής, αλλά και να δει τον εαυτό του, τον κόσμο και τις σχέσεις μεταξύ τους υπό ένα νέο πρίσμα. Η ΓΣ παρέμβαση παίρνει τη μορφή του «συνεργατικού εμπειρισμού», όπου ειδικός και άτομα συνεργάζονται στενά ως σύμμαχοι στη βάση της πραγματικότητας. Ο βοηθούμενος δεν είναι σε «θεραπεία» αλλά εργάζεται μαζί με τον ειδικό πάνω στον κοινό στόχο. Η ΓΣ παρέμβαση είναι συνήθως βραχείας μορφής και προσανατολισμένη προς την επίλυση των προβλημάτων. Στόχος της είναι η αντιμετώπιση τόσο των παρόντων συμπτωμάτων όσο και των σχετικών μαθήσεων και γνωστικών σχημάτων και διεργασιών (Beck, 1993).

Μέσα στο ευρύτερο ΓΣ πλαίσιο υπάρχει ένας αριθμός θεραπευτικών μοντέλων, που οι Dobson και Shaw (1995) υπολογίζουν σε 12-17. Οι ίδιοι συγγραφείς χωρίζουν τις ΓΣ θεραπείες στη βάση δύο διαστάσεων: α) στη βάση του συνεχούς μεταξύ αποκλειστικά συμπεριφοριστικής ή αποκλειστικά γνωσιακής αντίληψης της δυσλειτουργίας και της θεραπείας, με άλλα μοντέλα να εστιάζουν περισσότερο στη γνωσιακή αξιολόγηση και παρέμβαση και άλλα στην ανάλυση και στην τροποποίηση της συμπεριφοράς, β) στη βάση της διάκρισης μεταξύ «λογικής» και «δομικής» μορφής της θεραπείας. Η τελευταία αυτή διαφορά είναι φιλοσοφικής υφής και αφορά την

αντίληψη για τη φύση της πραγματικότητας και της ατομικής υποκειμενικής εμπειρίας. Κατά τους Dobsop και Shaw, οι πιο «λογικές» μορφές στηρίζονται στην πεποίθηση ότι υπάρχει ένας εξωτερικός, σταθερός κόσμος, ο οποίος μπορεί να γίνει αντιληπτός μέσω της ακριβούς εμπειρίας και νόησης. Οι πιο «δομικές» μορφές υποθέτουν ότι μια εξωτερική, μόνιμη πραγματικότητα δεν υφίσταται αλλά ότι είναι αποτέλεσμα της υποκειμενικής και κοινωνικής εμπειρίας. Οι φιλοσοφικές αυτές διαφορές επιδρούν στον τρόπο εφαρμογής της παρέμβασης. Για τις «λογικές» μορφές, το άτομο βιώνει δυσφορία και αναπτύσσει συμπτώματα στο βαθμό που οι γνώσεις του είναι διαταραγμένες. Κατά συνέπεια η παρέμβαση θα στοχεύσει στην εκπαίδευση του ατόμου να εντοπίζει, να ελέγχει, να προκαλεί και να αντικαθιστά τις διαταραγμένες γνωστικές δομές και τα δυσλειτουργικά γνωστικά σχήματα. Για τις «δομικές» μορφές, τα άτομα δυσλειτουργούν στο βαθμό που η εμπειρία τους ενοχλεί ή είναι ασυνεχής προς την κοινωνική εμπειρία. Η παρέμβαση στοχεύει επομένως στην ανάπτυξη των γνωστικών δομών και στην ενίσχυση της ισχύος και της βιωσιμότητάς τους, καθώς και στη χρήση στρατηγικών ώστε να διερευνηθούν και να χρησιμοποιηθούν εναλλακτικές λειτουργίες που να είναι περισσότερο προσαρμοστικές σε επίπεδο συναισθηματικό, πραξιακό και γνωστικό.

Οι διαφορές αυτές καταδεικνύουν τον πλούτο και την πολυπλοκότητα των ΓΣ παρεμβάσεων. Σε κάθε περίπτωση, όμως, όλες οι γνωσιακές ψυχοθεραπείες συμφωνούν στο γεγονός ότι η αντίληψη και η ερμηνεία των γεγονότων μεσολαβούν μεταξύ ερεθίσματος και αντίδρασης και καθορίζουν τη συμπεριφορά και τη λειτουργικότητα του ατόμου.

Σε ένα εξαιρετικά ενδιαφέρον άρθρο οι Blagys και Hilsenroth (2002) ανασκοπούν την υπάρχουσα βιβλιογραφία που αναφέρεται στη σύγκριση μεταξύ θεραπευτικών διαδικασιών και καταλήγουν ότι μεταξύ γνωσιακών – συμπεριφοριστικών και λοιπών θεραπευτικών προσεγγίσεων υπάρχουν έξι βασικά διαφοροποιά στοιχεία: α) γίνεται χρήση ασκήσεων για το σπίτι ή γίνε-

ται ανάθεση άλλων δραστηριοτήτων έξω από τη συνεδρία, β) οι δραστηριότητες εντός των συνεδριών είναι καθοδηγούμενες προς έναν τελικό στόχο, γ) οι χρήστες των υπηρεσιών εκπαιδεύονται σε συγκεκριμένες δεξιότητες διαχείρισης των συμπτωμάτων, δ) η έμφαση δίδεται περισσότερο στις μελλοντικές εμπειρίες του ατόμου παρά στις παλαιές, ε) παρέχεται συνεχής πληροφόρηση για το πρόβλημα, τα συμπτώματα και τη θεραπεία, και στ) η έμφαση είναι διαπροσωπική και γνωστική, παρά ενδοπροσωπική και εστιασμένη στις «συγκρούσεις», στις επιθυμίες, στις φαντασιώσεις κ.λπ.

Γενικές αρχές της γνωσιακής – συμπεριφοριστικής ομαδικής παρέμβασης

Οι ΓΣ ομαδικές παρεμβάσεις ακολουθούν σε γενικές γραμμές το θεραπευτικό σκεπτικό των ατομικών παρεμβάσεων. Επιπρόσθετα, όμως, αξιοποιούν τις δυνατότητες που παρέχουν η ομάδα και η δυναμική της (βλέπε σχετικά Καλαντζή-Αζίζι, 2003).

Η ομαδική ΓΣ παρέμβαση στηρίζεται σε τρία στοιχεία: στην ύπαρξη προγράμματος για κάθε συνάντηση, στην επανατροφοδότηση και στην αποσαφήνιση των στόχων (White, 2000a).

Κάθε συνάντηση της ομάδας στηρίζεται σε μια «ατζέντα» ή σε ένα πρόγραμμα ενεργειών και δραστηριοτήτων, όπως, π.χ., εκμάθηση δεξιοτήτων, πληροφόρηση, συζήτηση (Wright, Thase, Beck, & Ludgate, 1993). Η ύπαρξη προγράμματος συμβάλλει στην καλύτερη κατανομή του χρόνου, γεγονός ιδιαίτερα κρίσιμο για μια ομάδα. Εξίσου σημαντική είναι η επανατροφοδότηση: από τους συντονιστές προς τα μέλη της ομάδας, μεταξύ των μελών, από τα μέλη προς τους συντονιστές. Η επανατροφοδότηση μπορεί να γίνει μέσω της λεκτικής επικοινωνίας επιτόπου, αν και ορισμένες φορές είναι δυνατόν να γίνει μέσω γραπτών κειμένων ή σχολίων. Μέσω της επανατροφοδότησης τα μέλη της ομάδας μαθαίνουν να δέχονται και να αντιδρούν σε σχόλια με ένα λειτουργικότερο τρόπο από ό,τι ίσως στο πα-

ρελθόν. Τέλος, η αποσαφήνιση των στόχων διευκολύνει πολλαπλά: στον καθορισμό της κατεύθυνσης προς την οποία θα κινηθεί η δραστηριότητα μιας συνάντησης αλλά και γενικότερα η όλη παρέμβαση, στην αναγνώριση της επίτευξης των στόχων (με επακόλουθο την επιβράβευση, αρχικά από την ομάδα και μετά από το ίδιο το άτομο, ως ένα προσωπικό σύστημα αμοιβών και κινήτρων), στον προσδιορισμό του βαθμού πρόοδου της παρέμβασης, καθώς και στη λήψη διορθωτικών μέτρων, αν αυτό κριθεί αναγκαίο. Αυτονόητο είναι ότι οι στόχοι αναθεωρούνται και τροποποιούνται κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, εάν χρειαστεί. Εξάλλου, ένα από τα πλέον σημαντικά κριτήρια για τον τερματισμό της διαδικασίας παρέμβασης είναι εάν και κατά πόσο τα μέλη πέτυχαν τους στόχους που είχαν συμφωνηθεί.

Στις ομαδικές παρεμβάσεις γνωσιακής – συμπεριφοριστικής μορφής χρησιμοποιείται μια σειρά από τεχνικές και στρατηγικές. Οι πιο συνήθεις εξ αυτών περιγράφονται στη συνέχεια (Free, 1999. Καλαντζή-Αζίζι & Καραδήμας, 2003. White, 2000a, 2000b. Freeman, 1983).

α) **Καταγραφές σε ειδικά ημερολόγια** των σκέψεων και των γνωστικών διεργασιών, των συναισθημάτων και των λοιπών αντιδράσεων και συμπεριφορών, καθώς και των εναλλακτικών τους μετά από κατάλληλη πρόκληση και έλεγχο. Οι καταγραφές αυτές είναι ιδιαίτερα σημαντικές, καθώς βοηθούν το μέλος της ομάδας να κατανοήσει τη σχέση και την αλληλεπίδραση που υφίστανται μεταξύ γνωσιών και συμπεριφοράς. Συνήθως οι καταγραφές συζητιούνται στην αρχή κάθε συνάντησης και με τον τρόπο αυτό συνδέεται η εμπειρία εντός και εκτός ομάδας, καθώς μάλιστα αυτές αποτελούν και «εργασία για το σπίτι». Επίσης, η συζήτηση γύρω από αυτά τα θέματα βοηθά τα μέλη της ομάδας να αναπτύξουν δεξιότητες επικοινωνίας, καθώς αντιλαμβάνονται ότι αυτά που νιώθουν, σκέφτονται και πράττουν, καθώς και τα συμπτώματα ή οι δυσκολίες είναι κάτι που έχουν και άλλοι άνθρωποι.

β) **Γνωσιακός έλεγχος και πρόκληση των δυσλειτουργικών σκέψεων και σχημάτων**, ειδι-

κά αυτών που σχετίζονται με τα συμπτώματα και τις δυσλειτουργικές συμπεριφορές των μελών της ομάδας. Στόχος είναι να έρθουν στην επιφάνεια τα γνωστικά λάθη, ενώ από ένα σημείο και μετά οι συμμετέχοντες ενθαρρύνονται να βοηθούν ο ένας τον άλλο στη διαδικασία αυτή. Απαιτείται πολύ καλή συνεργατική σχέση, ώστε οι προκλήσεις να μην εκλαμβάνονται ως κριτική ή κατηγορία. Η διερεύνηση των δυσλειτουργικών σκέψεων και πεποιθήσεων καθίσταται σταδιακά κτήμα των μελών της ομάδας. Αρχικά πειραματίζονται στις σχετικές τεχνικές μεταξύ τους (εντός της ομάδας), ως «μαθητεύομενοι», υπό την «επίβλεψη» των συντονιστών της ομάδας. Εν συνεχεία εφαρμόζουν τις τεχνικές στον εαυτό τους εντός και κατόπιν εκτός της ομάδας.

γ) **Ιεράρχηση των στρεσογόνων ερεθισμάτων**, η οποία χρησιμοποιείται ώστε οι συμμετέχοντες να καταγράψουν τα ερεθίσματα (καταστάσεις, συνθήκες, γεγονότα κ.λπ.) που τους προκαλούν άγχος ή δυσφορία και να τα ιεραρχήσουν από το λιγότερο προς το περισσότερο απειλητικό. Η ομάδα συντελεί στο «μοίρασμα» των προσωπικών φόβων και δυσκολιών, αλλά και στον ακριβέστερο προσδιορισμό και στην εξειδίκευση της υψής κάθε ερεθίσματος. Η ιεράρχηση αποτελεί το πρώτο βήμα προκειμένου να ακολουθήσει η σταδιακή (βήμα προς βήμα) έκθεση και συστηματική απευαισθητοποίηση. Η ίδια η ομάδα προσφέρει ιδανικές συνθήκες in vivo έκθεσης σε πολλές περιπτώσεις φοβιών, π.χ. κοινωνικών. Καθώς η στρατηγική αυτή κλιμακώνεται, συμπεριλαμβάνει και την πρόληψη συμπεριφορών αποφυγής και ασφάλειας (π.χ. ελέγχων, καπνίσματος, αποφυγής στρεσογόνων σκέψεων).

δ) **Παρατήρηση και καταγραφή συγκεκριμένων δραστηριοτήτων** από τα μέλη της ομάδας για μια συγκεκριμένη περίοδο (π.χ. επί δύο εβδομάδες), που χρησιμοποιείται εκτεταμένα, καθώς οδηγεί σε επίγνωση γύρω από το τι πραγματικά γίνεται (πότε, πόσο συχνά, με ποια ένταση, τι προηγείται και τι έπεται κ.λπ.), αλλά λειτουργεί και ως βάση καθορισμού των απαιτούμενων ή επιθυμητών αλλαγών. Έτσι, καθίσταται εφικτός ο καθορισμός της δράσης για την επί-

τευξη των επιθυμητών στόχων. Ο ρόλος της ομάδας είναι κεντρικός: Ενισχύει τις προσπάθειες κάθε μέλους, αναπτύσσει εναλλακτικούς τρόπους δράσης, λειτουργεί ως πρότυπο βοηθώντας τα μέλη να ακολουθήσουν τα επιτυχή παραδείγματα άλλων, επιβραβεύει τις επιτυχίες κ.λπ.

ε) Ιδιαίτερης σημασίας είναι η **χρήση στρατηγικών επίλυσης προβλήματος**. Συνήθως χρησιμοποιείται η γνωστή διαδικασία των D'Zurilla και Goldfried (1971). Και πάλι ο ρόλος της ομάδας είναι καθοριστικός, εφόσον βοηθά στην ανεύρεση εναλλακτικών λύσεων με τον εντοπισμό των υπέρ και των κατά κάθε πιθανής λύσης. Αυτό γίνεται κυρίως με τη βοήθεια παιχιδιών ρόλου και με την ενίσχυση των προσπαθειών και κάθε επιτυχίας.

στ) Μια βασική κλινική δεξιότητα με μεγάλο πεδίο εφαρμογής και σημαντική αποτελεσματικότητα είναι η διαφόρων μορφών **χαλάρωση της βιοφυσιολογικής έντασης** (νευρομυϊκή, αυτογενείς ασκήσεις κ.ά.), η οποία χρησιμοποιείται εκτεταμένα στις ΓΣ παρεμβάσεις. Συχνά συνδυάζεται με τεχνικές καθοδηγούμενης φαντασίας (Lazarus, 1981).

ζ) Κύριο στοιχείο για την ολοκλήρωση των ομαδικών παρεμβάσεων ΓΣ κατεύθυνσης είναι η **πρόληψη πιθανών υπαναχωρήσεων** από τα θεραπευτικά κέρδη. Η ΓΣ θεωρία αναγνωρίζει ότι ορισμένα προβλήματα είναι πιθανό να επανεμφανιστούν, ειδικά σε περιόδους κρίσης, καθώς είναι πιθανό να υπάρχει βιολογική προδιάθεση ή να σχετίζονται με πολύ παλαιά και βασικά προϊόντα μαθήσεων (Beck, 1995). Καλό είναι επομένως να αποκτήσουν τα μέλη των ομάδων τις κατάλληλες δεξιότητες ώστε να διαχειριστούν τα όποια προβλήματα, όποτε κι αν αυτά εμφανιστούν, και να τα αντιμετωπίσουν. Οι υπαναχωρήσεις δε θα πρέπει να γίνονται αντιληπτές ως αποτυχία των ίδιων ή της θεραπείας. Τα μέλη θα πρέπει να συνεχίζουν να εφαρμόζουν όσα γνωρίζουν μέχρι να υπάρξει σταθερή υποχώρηση των δυσκολιών. Όσο ταχύτερα το κάθε άτομο επιλαμβάνεται των «ιδίων» παρεμβάσεων στη βάση όσων γνωρίζει τόσο πιθανότερη είναι η απο-

φυγή των υπαναχωρήσεων (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993). Η πρόληψη των υπαναχωρήσεων ενισχύεται στο πλαίσιο ενός ομαδικού προγράμματος με τον προγραμματισμό αναμνηστικών συνεδριών. Επίσης, βοηθά η δημιουργία από κάθε μέλος ενός «φακέλου εργασίας» στον οποίο θα καταχωρίζεται, ως σημείο αναφοράς, το έντυπο υλικό γύρω από τις δεξιότητες και τις ασκήσεις, το οποίο είναι πιθανό να διανέμεται στα μέλη της ομάδας.

η) Η προσπάθεια, σύμφωνα με τη ΓΣ προσέγγιση, δε θα πρέπει να λαμβάνει χώρα μόνο κατά τις συναντήσεις της ομάδας αλλά να είναι διαρκής, ώστε να καταστεί αποτελεσματική. Έτσι, στο πλαίσιο του συνεργατικού εμπειρισμού και της παράδοσης του συμπεριφοριστικού πειραματισμού γίνεται η **ανάθεση συγκεκριμένων «καθηκόντων» και εκτός συνεδριών**, υπό το γενικό όρο «εργασία για το σπίτι». Αντικείμενο των εργασιών για το σπίτι μπορεί να αποτελεί καθεμία από τις τεχνικές που περιλαμβάνονται στην παρέμβαση, κατάλληλα προσαρμοσμένες στις ανάγκες των μελών της ομάδας. Έτσι, τα μέλη δημιουργούν υποθέσεις μέσα στην ομάδα, τις ελέγχουν στην πραγματική ζωή και, με τη βοήθεια και πάλι της ομάδας, καθορίζουν εάν βοηθούν ή ισχύουν (Persons, 1989). Αν και τα μέλη της ομάδας ενθαρρύνονται και δεν υποχρεώνονται σε εργασία για το σπίτι, όσο περισσότερη τέτοια εργασία ολοκληρώνεται τόσο οι στόχοι της παρέμβασης επιτυγχάνονται ταχύτερα και σταθερότερα (Freeman, 1983).

Είναι σαφές ότι οι παραπάνω τεχνικές ή στρατηγικές δε βρίσκονται άτακτα τοποθετημένες αλλά εντάσσονται λειτουργικά σε ένα παρεμβατικό πρωτόκολλο, το οποίο καθορίζει ποια τεχνική θα χρησιμοποιηθεί, πότε και με ποιο στόχο. Η παρέμβαση αναπτύσσεται προοδευτικά με συγκεκριμένη αρχή, πορεία και τέλος. Κάθε πρωτόκολλο περιλαμβάνει, εκτός των τεχνικών που θα χρησιμοποιηθούν, πρόβλεψη για συνεχή μέτρηση και αξιολόγηση διαφορών σημαντικών για τη διαδικασία μεταβλητών. Το πρωτόκολλο μπορεί να λάβει τη μορφή ειδικού οδηγού για χρήση από τους συντονιστές των ομάδων, ή ενός τεύ-

χους εργασίας για τα μέλη τους (βλέπε, π.χ., Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

Η δομή και το περιεχόμενο ενός ομαδικού προγράμματος γνωσιακής – συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης στηρίζονται, όπως προείπαμε, στη συνεργατική σχέση μεταξύ συντονιστών και μελών της ομάδας και χαρακτηρίζονται από αυτήν: και τα δύο μέρη εργάζονται ώστε να καταφέρουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα (Beck, 1995). Η συνεργατική αυτή σχέση σημαίνει την άκριτη αποδοχή όλων των μελών της ομάδας, την ειλικρινή διάθεση συνεργασίας και δέσμευσης σε ένα στόχο, την αλληλοκατανόηση και την ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών. Πρότυπο αυτής της συνεργατικής συμμετοχής στην ομάδα καθίστανται οι συντονιστές της. Μαζί με τα υπόλοιπα μέλη καθορίζουν τους στόχους και το πρόγραμμα επίτευξης των στόχων, σχεδιάζουν το είδος των εργασιών για το σπίτι, διδάσκουν δεξιότητες κ.λπ. Βέβαια, ο ρόλος τους παραμένει ενεργητικός, μέσα πάντα στο πλαίσιο της ψυχοεκπαιδευτικής διάστασης της ΓΣ προσέγγισης. Οι συντονιστές διευκολύνουν την επικοινωνία με τη χρήση της σωματικής μεθόδου, θέτοντας δηλαδή «προκλητικά» ερωτήματα, με τα οποία προσπαθούν να κινητοποιήσουν την εκδήλωση μιας νέας κριτικής σκέψης.

Μέγεθος των ομάδων και επιλογή των μελών

Δεν μπορούν να ωφεληθούν όλα τα άτομα στον ίδιο βαθμό από τη συμμετοχή τους σε ένα ομαδικό πρόγραμμα. Έτσι, κατά την επιλογή των μελών της ομάδας, που συνήθως γίνεται από τους συντονιστές της, στόχος είναι να συμμετάσχουν όσοι μπορούν να ωφεληθούν από την ομάδα και να συνεισφέρουν στους κοινούς στόχους. Με άλλα λόγια, ελέγχεται κατά πόσο τα άτομα μπορούν να συμμετέχουν στην ομάδα χωρίς να μπορούν απειλή, κατά πόσο επιθυμούν κάτι τέτοιο, εάν υπάρχουν ειδικά προβλήματα ή χαρακτηριστικά που δε συνάδουν προς τη γενικότερη δομή και τους στόχους της υπό διαμόρφωση ομάδας. Για παράδειγμα, στους Καλαντζή-Αζίζι

και Καραδήμα (2003) αναφέρεται ότι δε συμμετείχαν σε μια ομάδα για τη διαχείριση του στρες άτομα με διαταραχές προσωπικότητας ή τα οποία παρακολουθούνταν ταυτόχρονα από άλλον ειδικό. Ένα επιπλέον συχνό κριτήριο επιλογής είναι η συμφωνία των υποψήφιων μελών με τη φιλοσοφία και τον τρόπο λειτουργίας της ΓΣ θεραπείας, ώστε να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή εναρμόνιση, και συνεπώς η μεγαλύτερη δυνατή επιτυχία. Κάθε ομάδα, ανάλογα με τους αρχικούς γενικούς στόχους της, τη δομή της και τη λειτουργία της, μπορεί να θέσει και άλλα κριτήρια επιλογής, να τα περιορίσει ή να μη θέσει καθόλου κριτήρια, αν αυτά δεν είναι αναγκαία.

Τουλάχιστον μία συνεδρία αξιολόγησης των υποψήφιων μελών είναι απαραίτητη πριν την έναρξη της ομάδας για τον έλεγχο των παραπάνω. Στη συνεδρία αυτή αλλά και σε άλλες ευκαιρίες, όπως κατά την έναρξη της ομάδας, καλό είναι να λαμβάνουν τα υποψήφια μέλη επαρκή πληροφόρηση σχετικά με τους στόχους της ομάδας και τον τρόπο λειτουργίας της, καθώς και για την πρακτική και τη φιλοσοφία της ΓΣ προσέγγισης. Κατ' αυτό τον τρόπο όλα τα μέλη θα γνωρίζουν επαρκώς το πλαίσιο λειτουργίας της ομάδας ώστε να ενισχυθούν τα κίνητρά τους, να είναι βέβαια για τη συμμετοχή τους και να έχουν περισσότερο «ορθές» προσδοκίες για το τι θα επακολουθήσει (Free, 1999).

Ο αριθμός των συναντήσεων των ομάδων ποικίλλει ανάλογα με το σκοπό και το πρόγραμμα κάθε ομάδας. Αν και η συνηθέστερη διάρκεια είναι μεταξύ 10 και 16 περίπου συναντήσεων, υπάρχει μεγάλο σχετικά εύρος. Για παράδειγμα, αναφέρονται έξι εβδομαδιαίες συναντήσεις για την αντιμετώπιση της αγοραφοβίας (Hoffart, 1998) ή για τη διαχείριση του θυμού (Siddle, Jones, & Awenat, 2003), δύο συναντήσεις για παιδιά με πονοκεφάλους (Barry & von Baeyer, 1997), πέντε συναντήσεις για την ανάπτυξη ασφαλέστερων σεξουαλικών συμπεριφορών (Gollub, Brown, Savouillan, Waterlot, & Coruble, 2002), αλλά και είκοσι συναντήσεις για την αντιμετώπιση αγχωδών διαταραχών σε εφήβους (Scapillato & Manassis, 2002).

Η χρονική διάρκεια κάθε συνάντησης είναι συνήθως 90-120 λεπτά. Επίσης, αν και ο αριθμός των συμμετεχόντων ποικίλλει, 6-12 άτομα θεωρούνται κατάλληλο μέγεθος ώστε να υπάρχει επαρκής χρόνος για κάθε μέλος αλλά και προκειμένου να αναπτυχθεί πλήρως η δυναμική της ομάδας (Free, 1999). Καλύτερο αποτέλεσμα επιτυγχάνεται όταν υπάρχουν δύο, αντί ενός, συντονιστές: ο ένας διευκολύνει το έργο του άλλου, ενώ δύο συντονιστές μπορούν να αντιδράσουν ταχύτερα και ακριβέστερα στα όσα διαμείβονται εντός της ομάδας. Μεγαλύτερες ομάδες απαιτούν, βέβαια, περισσότερους συντονιστές.

Δομή και περιεχόμενο των συναντήσεων

Η δομή κάθε συνάντησης ακολουθεί εν πολλοίς τη διάρθρωση μιας ατομικής ΓΣ παρέμβασης. Συνήθως αποτελείται από τέσσερα μέρη. Στο πρώτο μέρος, κατά την έναρξη, τα μέλη αναφέρουν τις όποιες αξιολογες εξελίξεις, γεγονότα ή καταστάσεις έλαβαν χώρα από την προηγούμενη συνάντηση. Παράλληλα, εξετάζεται η διεκπεραίωση της εργασίας για το σπίτι που είχαν αναλάβει: εάν ολοκληρώθηκε ή όχι, εάν υπήρξαν δυσκολίες, τι βοήθησε να μάθουν τα μέλη της ομάδας. Κατ' αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η σύνδεση της παρεμβατικής διαδικασίας με την πραγματική καθ' ημέρα ζωή των μελών της ομάδας. Στο δεύτερο μέρος οι συντονιστές της ομάδας και τα μέλη συμφωνούν επί των στόχων της συνάντησης, εάν δεν είναι προκαθορισμένοι. Η διαδικασία αυτή είναι σημαντική, αλλά δε θα πρέπει να έχει μεγάλη χρονική διάρκεια. Στο τρίτο και μεγαλύτερο μέρος συντελείται το κύριο έργο της συνάντησης, κατά τη διάρκεια του οποίου λαμβάνει χώρα η παρεμβατική διαδικασία. Στο τέταρτο μέρος συμφωνείται και ανατίθεται η εργασία για το σπίτι ως την επόμενη συνάντηση.

Όπως προαναφέραμε, το περιεχόμενο των συναντήσεων μιας ομάδας απαρτίζεται από γνωσιακές και συμπεριφοριστικές στρατηγικές και τεχνικές αλλαγής της συμπεριφοράς, ανάλογα πάντα προς τις ανάγκες των μελών της ομάδας

και προς τους συμφωνημένους στόχους. Κατά συνέπεια ενσωματώνονται γνωσιακές μέθοδοι που ποικίλλουν από την απλή αναγνώριση των αυτόματων σκέψεων έως τη δημιουργία χαρτών με τα βασικά γνωσιακά σχήματα του κάθε μέλους της ομάδας, καθώς και συμπεριφοριστικές μέθοδοι που ποικίλλουν από την απλή χαλάρωση και την εκμάθηση απλών τεχνικών διαχείρισης του χρόνου έως την εφαρμογή προγραμμάτων αυτοελέγχου, τη διαχείριση των συναισθημάτων και τη διεκδικητικότητα.

Ως ένα παράδειγμα ομαδικής παρέμβασης αναφέρουμε το έργο των Flannery-Schroeder και Kendall (2000). Η παρέμβασή τους αφορούσε παιδιά ηλικίας 8-14 ετών με αγχώδεις διαταραχές. Το πρόγραμμα παρέμβασης αποτελούνταν από 18 εβδομαδιαίες ενενηντάλεπτες συναντήσεις. Στη 2η συνάντηση γινόταν αναγνώριση και εκπαίδευση συναισθημάτων, στην 4η ιεράρχηση των στρεσογόνων καταστάσεων, στην 5η ασκούνταν στη χαλάρωση, στην 6η εισάγονταν στην έννοια των οδηγιών προς τον εαυτό σε στιγμές έντασης, στην 7η άρχιζε η εκπαίδευση στη χρήση στρατηγικών διαχείρισης του στρες εστιασμένες στην αντιμετώπιση του προβλήματος, στη 10η συνάντηση οργανωνόταν ένα κοινωνικό γεγονός για περαιτέρω ενίσχυση της συνοχής μεταξύ των μελών της ομάδας. Μεταξύ 4ης και 6ης συνάντησης πραγματοποιούνταν μια συνάντηση με τους γονείς των παιδιών προκειμένου αυτοί να πληροφορηθούν τους στόχους και τον τρόπο λειτουργίας της ομάδας, αλλά και προκειμένου να αντληθούν πληροφορίες και να αξιολογηθεί η συμπεριφορά των παιδιών εκτός ομάδας. Από τη 11η ως τη 18η συνάντηση εφαρμόζονταν και ελέγχονταν οι δεξιότητες στις οποίες εκπαιδεύτηκαν τα μέλη στο πρώτο μισό της παρέμβασης. Αρχικά αυτό λάμβανε χώρα στη φαντασία και στη συνέχεια *in vivo*.

Ένα άλλο πρόγραμμα για τη διαχείριση του στρες (Καλαντζή-Αζίζι & Καραδήμας, 2003) αποτελούνταν από 12 συναντήσεις, διάρκειας 90-120 λεπτών, εκ των οποίων οι έξι πρώτες διεξήχθησαν δύο ανά εβδομάδα και οι λοιπές μία ανά εβδομάδα. Στο πρόγραμμα είχαν συμπεριληφθεί

ακόμα δύο αναμνηστικές συναντήσεις, 30 ημέρες και 6 μήνες μετά το πέρας του προγράμματος. Για παράδειγμα, το πρόγραμμα παρέμβασης περιελάμβανε στοιχεία αυτογνωσίας και διαδικασιών αυτορρύθμισης κατά τη 2η και την 3η συνεδρία, στην 4η συνάντηση λάμβανε χώρα εξάσκηση στη νευρομυϊκή χαλάρωση και στη διαφραγματική αναπνοή, στην 5η συνάντηση γινόταν εισαγωγή στη γνωσιακή θεωρία, στις συναντήσεις 6-11 τα μέλη της ομάδας ασκούσαν στον εντοπισμό και στον έλεγχο των αυτόματων σκέψεων τους και των γνωσιακών λαθών, στις συναντήσεις 4, 5 και 8 γινόταν εκπαίδευση στην επίλυση προβλήματος, ενώ στη 10η και στην 11η συνάντηση εκπαιδεύονταν στις βασικές αρχές της διεκδικητικής συμπεριφοράς. Στην τελευταία συνάντηση, καθώς και στις δύο αναμνηστικές, λάμβανε χώρα επανάληψη των δεξιοτήτων που είχαν αποκτηθεί και γινόταν συζήτηση για τους δυνατούς τρόπους αντιμετώπισης πιθανών υπαχωρήσεων και υποτροπών.

Αποτελεσματικότητα των ΓΣ ομαδικών παρεμβάσεων

Κύριο χαρακτηριστικό των ΓΣ παρεμβάσεων είναι ότι η αποτελεσματικότητά τους αποδεικνύεται στη βάση ερευνητικών – εμπειρικών δεδομένων. Είναι γνώρισμα όλων σχεδόν των δημοσιευμένων ομαδικών παρεμβάσεων, όπως και αυτών που στο προηγούμενο κεφάλαιο σημειώσαμε, ότι αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά τους με καλά σχεδιασμένες μελέτες. Η εμπειρική τεκμηρίωση των παρεμβατικών προγραμμάτων αποτελεί, βέβαια, παράδοση της όλης γνωσιακής – συμπεριφοριστικής θεωρίας και πρακτικής. Συνάδει δηλαδή με την επιστημονική αρχή που γενικότερα διέπει την έρευνα και σε όλους τους βασικούς κλάδους της ψυχολογίας σήμερα και είναι γνωστή ως «έρευνα καλώς εμπειρικά τεκμηριωμένη» (evidence based). Αυτή η αρχή αποτελεί και σύγχρονη απαίτηση σημαντικών επιστημονικών ενώσεων (βλέπε, π.χ., APA, 1993).

Καλώς εμπειρικά τεκμηριωμένες παρεμβάσεις σημαίνει ότι αυτές πληρούν κριτήρια όπως είναι η επίδειξη επάρκειας σε ελεγχόμενες έρευνες αποτελεσματικότητας που τις διεξάγουν ανεξάρτητοι ερευνητές και συγκρίνουν μια συγκεκριμένη παρεμβατική διαδικασία με χορήγηση placebo, με άλλες παρεμβάσεις ή με λίστες αναμονής. Επιπλέον, κατά τον Free (1999), τεκμηριωμένα αποτελεσματικά μπορεί να αποδειχθεί μια παρέμβαση όταν υπάρχει σαφής προσδιορισμός της ομάδας στην οποία απευθύνεται, καθώς και όταν στηρίζεται στη χρήση εγχειριδίου. Η χρήση δομημένων προγραμμάτων (παρέμβαση που ακολουθεί συγκεκριμένα βήματα, τα οποία περιγράφονται σε ένα εγχειρίδιο ή οδηγό) προτείνεται για μια σειρά λόγων. Όπως υποστηρίζει ο Free, αν και κάθε είδους παρέμβαση μπορεί να αξιολογηθεί, αυτό καθίσταται ευκολότερο και πλέον αξιόπιστο όταν οι διαδικασίες που αυτή ακολουθεί είναι σαφείς και με ακρίβεια προκαθορισμένες. Με τον τρόπο αυτό ελέγχεται μια πρότυπη μορφή παρέμβασης, η οποία στη συνέχεια μπορεί να εφαρμοστεί γενικευμένα. Επίσης, όταν οι παρεμβάσεις είναι τεκμηριωμένες και σαφείς, η διάχυση των γνώσεων καθίσταται ευκολότερη, αμεσότερη και ακριβέστερη.

Είναι πάρα πολλές οι ερευνητικά τεκμηριωμένες ΓΣ ομαδικές παρεμβάσεις (βλέπε, π.χ., Dadds, Spence, Holland, Barrett, & Laurens, 1997. Facchinetti, Tarabusi, & Volpe, 2004. Heller et al., 2004. Hoffart, 1998. Linton & Ryberg, 2001. Mendlowitz et al., 1999. Sikkema et al., 2004. Stein et al., 2003). Σε αυτές τις παρεμβάσεις η συνήθης διαδικασία τεκμηρίωσης είναι η σύγκριση των αποτελεσμάτων σε συγκεκριμένα ερωτηματολόγια ή τεστ πριν την παρέμβαση, μετά από αυτήν και σε μακρόχρονο επανέλεγχο. Συχνά τα αποτελέσματα των ομάδων παρέμβασης συγκρίνονται με εκείνα ομάδων ελέγχου, ενώ τα άτομα έχουν κατανεμηθεί στις δύο ομάδες (παρεμβατική και ελέγχου) κατά τρόπο τυχαίο (Randomized Clinical Trials).

Στη χώρα μας εμπειρικά τεκμηριωμένες ομαδικές παρεμβάσεις γνωσιακού – συμπεριφοριστικού τύπου έχουν περιγραφεί από τους Καλα-

ντζή-Αζίζι και Καραδήμα (2003) και τους Καλαντζή-Αζίζι και συνεργάτες (2001). Οι παρεμβάσεις αυτές έδειξαν βελτίωση των σχετικών δεικτών υγείας μετά την ολοκλήρωσή τους, καθώς και διατήρηση των αποτελεσμάτων σε επανέλεγχο έξι μήνες αργότερα. Πρόσφατα η Λοϊζου (2003), σε μια έρευνα του Εργαστηρίου Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών μεταξύ όσων έλαβαν μέρος στις παραπάνω ομαδικές παρεμβάσεις κατά τα έτη 1997-2002, διαπίστωσε ότι διατηρούν τα παρεμβατικά οφέλη, διατηρούν επαφή με μέλη της ομάδας στην οποία συμμετείχαν, παροτρύνουν άλλους να συμμετάσχουν σε ομάδες, ενώ αξιολογούν θετικά παράγοντες όπως τις σχέσεις μέσα στην ομάδα και τη θεραπευτική σχέση.

Πολύ ενθαρρυντική είναι και η σύγκριση μεταξύ ομαδικών και ατομικών ΓΣ παρεμβάσεων. Οι Flannery-Schroeder και Kendall (2000) σε δείγμα παιδιών 8-14 ετών με αγχώδεις διαταραχές βρήκαν ότι απαλλάχθηκαν από τα αρχικά συμπτώματα το 73% των παιδιών που συμμετείχαν σε ατομική παρέμβαση, το 50% όσων συμμετείχαν σε ομαδική παρέμβαση και μόλις το 8% όσων βρίσκονταν σε λίστα αναμονής. Τα κέρδη διατηρήθηκαν σε επαναξιολόγηση τρεις μήνες μετά το πέρας της παρέμβασης. Παρόμοια, οι Sharp, Power και Swanson (2004) μεταξύ ατόμων με διαταραχή πανικού βρήκαν ότι: α) με όρους κλασικής στατιστικής σημαντικότητας η ατομική και η ομαδική παρέμβαση δε διέφεραν μεταξύ τους, αλλά διέφεραν κατά πολύ από τη λίστα αναμονής, β) με όρους κλινικής σημαντικότητας η ατομική παρέμβαση εμφανίστηκε αποτελεσματικότερη από την ομαδική, γ) στον επανέλεγχο τρεις μήνες μετά, η ατομική παρέμβαση αποδείχθηκε ελάχιστα αποτελεσματικότερη από την ομαδική.

Πιθανές ερμηνείες που μπορούμε να δώσουμε για την ελαφρώς μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των ατομικών έναντι των ομαδικών ΓΣ παρεμβάσεων είναι ότι: α) αν και οι ομαδικές συναντήσεις διαρκούν περισσότερη ώρα, οι συμμετέχοντες έχουν πιο περιορισμένη χρονικά αλληλεπίδραση με τους συντονιστές, καθώς ο χρό-

νος διαμερίζεται σε περισσότερα άτομα, β) είναι πιθανό να υπάρχουν περισσότερες διασπάσεις στην ομάδα, κοινωνικού ίσως χαρακτήρα, γ) οι ενισχύσεις από τους ειδικούς προς τα μέλη της ομάδας είναι σαφώς πιο περιορισμένες και όχι τόσο εξατομικευμένες, δ) η ομαδική παρέμβαση δεν μπορεί να είναι πολύ εξατομικευμένη, καθώς προσπαθεί να καλύψει τις γενικότερες ανάγκες όλων των μελών της.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι, αν και οι ομαδικές θεραπείες έχουν γενικώς λιγότερες αποχωρήσεις έναντι των ατομικών (Toseland & Sidorin, 1986), όταν σε άτομα που βρίσκονταν σε λίστα αναμονής δόθηκε η δυνατότητα επιλογής μεταξύ ατομικής και ομαδικής παρέμβασης, το 95% επέλεξε το πρώτο (Sharp et al., 2004).

Εύρος δράσης των ΓΣ ομαδικών παρεμβάσεων

Μέχρι στιγμής έχουν αναπτυχθεί και περιγραφεί προγράμματα ΓΣ ομαδικής παρέμβασης για ένα πραγματικά μεγάλο εύρος προβλημάτων και δυσκολιών. Αναφέρουμε για παράδειγμα ορισμένα πρόσφατα δημοσιευμένα και με έλεγχο της αποτελεσματικότητάς τους προγράμματα που έχουν αναπτυχθεί για θέματα όπως οι αγχώδεις διαταραχές (Dadds et al., 1997. Hoffart, 1998. Καλπάκογλου, 1997. Scapillato & Manassis, 2002), η σχιζοφρένεια (Gledhill, Lobban, & Sellwood, 1998. Johns, Sellwood, McGovern, & Haddock, 2002), οι διαταραχές διατροφής και η παχυσαρκία (Wolff & Clark, 2001. Tanco, Linden, & Earle, 1998), η μετατραυματική διαταραχή άγχους (Amaya-Jackson et al., 2003. Foy, Eriksson, & Trice, 2001), η διαχείριση του θυμού (Siddle et al., 2003), ο πόνος (Barry & von Baeyer, 1997. Linton & Ryberg, 2001), το AIDS και η μόλυνση από HIV (Kalichman et al., 2001. Sikkema, Hansen, Kochman, Tate, & Dfranceisco, 2004), παιδιά με σύνδρομο Down (Haupt, Karger, & Jaenner, 2000. Heller, Hsieh, & Rimmer, 2004), θύματα βίας ή και θύτες (Rosenbaum & Leisring, 2002. McMurrin, Charlesworth, Duggan, & McCarthy, 2001. Stein et al., 2003), καρκινοπαθείς (Barakat et al., 2003).

Esplen et al., 2000). οι έφηβες μητέρες (Harris & Franklin, 2003), οι δυσκολίες μετά από τραυματισμό (Ownsworth, McFarland, & Young, 2000), η αυτογνωσία και η επίτευξη αυτοελέγχου (Καλαντζή-Αζίζι, 2002).

Επίσης, έχουν περιγραφεί προγράμματα παρέμβασης με ταυτόχρονη στόχευση σε δύο πηθυσμούς για την αντιμετώπιση ενός κοινού προβλήματος. Παραδείγματος χάριν, οι Mendlowitz και συνεργάτες (1999) ανέπτυξαν ένα πρόγραμμα που απευθύνεται παράλληλα σε γονείς και παιδιά με αγχώδεις διαταραχές (σε δύο διαφορετικές ομάδες).

Στη χώρα μας ομαδικές παρεμβάσεις έχουν περιγραφεί από τον Καλπάκογλου (1997) για τη διαχείριση του άγχους και των αγχώδων διαταραχών, τους Καλαντζή-Αζίζι και Καραδήμα (2003) για τη διαχείριση του στρες, από τους Καραδήμα και συνεργάτες (2004) για την αντιμετώπιση του άγχους σε παιδιά, εφήβους και εκπαιδευτικούς, καθώς και από τους Καλαντζή-Αζίζι, Καραδήμα και Σωτηροπούλου (2001) για τη βελτίωση της ψυχοσωματικής υγείας μέσω της ενίσχυσης των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας. Επίσης, έχουν περιγραφεί παρεμβάσεις σε ειδικά θέματα σωματικής υγείας από την Κλημεντιώτη (1995) σε εφήβους με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη, καθώς και από την Κόλλια (2003) σε παιδιά με νεφρωσικό σύνδρομο. Τέλος, πρόσφατα δημιουργήθηκε ένα ομαδικό πρόγραμμα με στόχο τη διακοπή και την εγκατάλειψη της συνήθειας του καπνίσματος, με αξιόλογη αποτελεσματικότητα (Ευθυμίου & Σοφianoπούλου, υπό έκδοση).

Συμπεράσματα

Ανακεφαλαιώνοντας τα κυριότερα σημεία των κεφαλαίων που αναπτύξαμε, θα μπορούσαμε να καταλήξουμε στα εξής:

α) Οι ομαδικές παρεμβάσεις γνωσιακού – συμπεριφοριστικού τύπου ακολουθούν τις βασικές αρχές της ΓΣ θεωρίας και πράξης για την αλληλεπίδραση μεταξύ γνωστικών, συναισθηματικών, πρα-

ξιακών, οργανικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Υιοθετούν τη θέση ότι τα άτομα έχουν την ικανότητα και τη δυνατότητα αλλαγής, ενώ αξιοποιούν το σύνολο της συμπεριφοριστικής και γνωστικής παράδοσης.

β) Παρά το κοινό πλαίσιο, αναπτύσσονται διάφορες ΓΣ παρεμβάσεις, των οποίων η φιλοσοφία, η δομή και οι στόχοι ποικίλλουν.

γ) Οι ΓΣ ομαδικές παρεμβάσεις δίνουν έμφαση στη χρήση ασκήσεων ή άλλων δραστηριοτήτων εντός και εκτός συνεδρίας. Οι δραστηριότητες των ομάδων και η δομή των προγραμμάτων καθοδηγούνται προς τους τελικούς συμφωνημένους στόχους, ενώ η έμφαση δίδεται στο μέλλον και στις αλλαγές που τα άτομα θα πρέπει να επιφέρουν.

δ) Οι ΓΣ ομαδικές παρεμβάσεις χαρακτηρίζονται από το συνεργατικό εμπειρισμό: Η αλλαγή επέρχεται ως αποτέλεσμα της συνεργασίας μεταξύ συντονιστών και μελών, με την ενεργό συμμετοχή των μελών και στη βάση του ελέγχου των υποκειμενικών εμπειριών και των εμπειρικών – πραγματικών δεδομένων. Παράλληλα, χρησιμοποιείται η δυναμική της ομάδας για τη διευκόλυνση της πραγμάτωσης των στόχων της.

ε) Έμφαση δίδεται στην ανοικτή επικοινωνία και στην πλήρη ενημέρωση των μελών της ομάδας, ώστε οι στόχοι, οι κατευθύνσεις και οι διαδικασίες να είναι πλήρως αντιληπτές. Έτσι εξασφαλίζεται η συμφωνία επ' αυτών, και κατά συνέπεια η μεγαλύτερη δυνατή δέσμευση και κινητοποίηση.

στ) Έμφαση δίδεται, επίσης, στην πρόληψη των υπαναχωρήσεων και υποτροπών.

ζ) Οι ΓΣ ομαδικές παρεμβάσεις ακολουθούν συνήθως ένα δομημένο παρεμβατικό πρωτόκολλο, που διευκολύνει το συντονισμό της ομάδας, την ερευνητική τεκμηρίωσή της και τη διάχυση της γνώσης.

η) Η διάρκεια των παρεμβάσεων ποικίλλει, ενώ οι σχετικές παρεμβάσεις καλύπτουν ένα πολύ μεγάλο εύρος προβλημάτων και δυσκολιών, που άλλου τύπου ομαδικές παρεμβάσεις δεν καλύπτουν.

θ) Οι ΓΣ ομαδικές παρεμβάσεις διακρίνονται από μεγάλο βαθμό αποτελεσματικότητας, ενώ η ερευνητική τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς τους αποτελεί πρώτιστο στόχο.

ι) Οι ΓΣ παρεμβάσεις διακρίνονται για τη συνεχή προσπάθεια βελτίωσης της λειτουργίας και της απόδοσής τους, και κατά συνέπεια από τη διαρκή μετεξέλιξή τους.

Η ανάπτυξη των γνωσιακών – συμπεριφοριστικών προγραμμάτων είναι ιδιαίτερα σημαντική και προς όφελος όσων έχουν ανάγκη, καθώς αποδεικνύονται σύντομα, επαρκή και αποτελεσματικά. Είναι, επίσης, αρκετά ευέλικτα και ικανά να καλύψουν κάθε ανάγκη και πιθανό αίτημα. Τέλος, η ολοένα και συχνότερη παρουσίαση δομημένων προγραμμάτων παρέμβασης καθιστά εύκολη τη διάδοσή τους, έτσι ώστε να μπορούν να επωφεληθούν των δυνατοτήτων τους μεγαλύτεροι πληθυσμοί.

Σε ένα ιστορικό πλέον κείμενο οι Περισσάκη, Ραμπαβίλας και Μπουλουγούρης (1979) προέβησαν σε μια ανασκόπηση των ομαδικών συμπεριφοριστικών ψυχοθεραπειών μέχρι τότε. Οι συγγραφείς, αν και υποστηρίζουν την ανάπτυξη ανάλογων προσπαθειών, υπογραμμίζουν ότι μέχρι τότε δεν είχε υπάρξει μια κοινή βάση στις ομαδικές συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις, ότι δεν είχαν επαρκή τεκμηρίωση όσον αφορά την αποτελεσματικότητά τους και τη διατήρηση των επιτυχιών στο χρόνο, καθώς και ότι δεν είχαν συγκριθεί με άλλου τύπου ομαδικές θεραπείες. Σήμερα μπορούμε να πούμε ότι οι παραπάνω επιφυλάξεις έχουν απαντηθεί επαρκώς από την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Οι ΓΣ ομαδικές παρεμβάσεις έχουν φανεί, στη βάση πάντα της έρευνας, αποτελεσματικές, αποτελεσματικότερες από άλλων τύπων ομαδικές παρεμβάσεις, και έχουν ως μια ισχυρή φιλοσοφία. Αυτό δε σημαίνει, βέβαια, ότι δεν απαιτούνται περαιτέρω έρευνα και προσπάθεια βελτίωσης. Τουναντίον, εφόσον μάλιστα η συνεχής προσπάθεια βελτίωσης αποτελεί και έναν από τους βασικούς στόχους της ΓΣ προσέγγισης.

Βιβλιογραφία

- Amaya-Jackson, L., Reynolds, V., Murray, M. C., McCarthy, G., Nelson, A., Cherney, M. S., Lee, R., Foa, E., & March, J. S. (2003). *Cognitive-behavioral treatment for pediatric posttraumatic stress disorder: Protocol and application in school and community settings. Cognitive and Behavioral Practice, 10*, 204-213.
- American Psychological Association (1993, October). *Final Report of the Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*. Washington, DC: APA, Division of Clinical Psychologists.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barakat, L. P., Hetzke, J. D., Foley, B., Carey, M. E., Gyato, K., & Phillips, P. C. (2003). Evaluation of a social-skills training group intervention with children treated for brain tumors: A pilot study. *Journal of Pediatric Psychology, 28*, 299-307.
- Barry, J., & von Baeyer, C. L. (1997). Brief cognitive-behavioral group treatment for children's headache. *Clinical Journal of Pain, 13*, 215-220.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 194-198.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Wright, F. W., Newman, C. F., & Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford.
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2002). Distinctive activities of cognitive-behavioral therapy. A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review, 22*, 671-706.
- Burrow, T. (1927). The group method of analysis. *Psychoanalytic Review, 14*, 268-280.
- D' Zurilla, T. J. (1986). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer.
- Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barrett,

- P. M., & Laurens, K. R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 627-635.
- Dobson, K. S., & Shaw, B. F. (1995). Cognitive therapies in practice. In B. Bongar & L. E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy. Theory and practice* (pp. 159-172). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Esplen, M. J., Toner, B., Hunter, J., Glendon, G., Liede, A., Narod, S., Stuckless, N., Butler, K., & Field, B. (2000). A supportive-expressive group intervention for women with a family history of breast cancer: Results of a phase II study. *Psycho-Oncology, 9*, 243-252.
- Ευθυμίου, Κ., & Σοφianoπούλου, Α. (υπό έκδοση). Διακόπτουμε το κάπνισμα – ζούμε ξανά ελεύθεροι και αυτόνομοι. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Facchinetti, F., Tarabusi, M., & Volpe, A. (2004). Cognitive-behavioral treatment decreases cardiovascular and neuroendocrine reaction to stress in women waiting for assisted reproduction. *Psychoneuroendocrinology, 29*, 132-173.
- Flannery-Schroeder, E., & Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomised clinical trial. *Cognitive Therapy and Research, 24*, 251-278.
- Foy, D. W., Eriksson, C., & Trice, G. A. (2001). Introduction to group interventions for trauma survivors. *Group Dynamics, 5*, 246-251.
- Free, M. L. (1999). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. New York: Wiley.
- Freeman, A. (Ed.) (1983). *Cognitive therapy with couples and groups*. New York: Plenum.
- Gledhill, A., Lobban, F., & Sellwood, W. (1998). Group CBT for people with schizophrenia: A preliminary evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 26*, 63-75.
- Gollub, E. L., Brown, E. L., Savouillan, M., Waterlot, J., & Goruble, G. (2002). A community-based safer-sex intervention for women: Results of a pilot study in south-eastern France. *Culture, Health & Sexuality, 4*, 21-41.
- Harris, M. B., & Franklin, C. G. (2003). Effects of a cognitive-behavioral, school-based, group intervention with Mexican American pregnant and parenting adolescents. *Social Work Research, 27*, 71-83.
- Haupt, M., Karger, A., & Jaenner, M. (2000). Improvement of agitation and anxiety in demented patients after psychoeducative group intervention with their caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 15*, 1125-1129.
- Heller, T., Hsieh, K., & Rimmer, J. H. (2004). Attitudinal and psychosocial outcomes of a fitness and health education program on adults with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation, 109*, 175-185.
- Hoffart, A. (1998). Cognitive and guided mastery therapy of agoraphobia: Long-term outcome and mechanisms of change. *Cognitive Therapy and Research, 22*, 195-207.
- Hollon, S., & Shaw, B. (1979). Group cognitive therapy for depressed patients. In A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw, & G. Emery (Eds.), *Cognitive therapy of depression* (pp. 328-352). New York: Guilford.
- Johns, L. C., Sellwood, W., McGovern, J., & Haddock, G. (2002). Battling boredom: Group cognitive behaviour therapy for negative symptoms of schizophrenia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30*, 341-346.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1985). *Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2002). *Αυτογνωσία και αυτοδιαχείριση. Γνωσιακή – συμπεριφοριστική προσέγγιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (Επιμ. Έκδ.) (2003). *Γνωσιακές – συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις στην ψυχοθεραπεία*. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών (Διδακτικός Φάκελος άρθρων).
- Καλαντζή-Αζίζι, Α., & Καραδήμας, Ε. Χ. (2003).

- Ένα πιλοτικό πρόγραμμα για ομαδική διαχείριση του φοιτητικού στρες: Περιγραφή και προκαταρκτικά δεδομένα. *Ψυχολογία*, 10, 330-342.
- 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*, 8, 267-280.
- Kalichman, S. C., Rompa, D., Cage, M., DiFonzo, K., Simpson, D., Austin, J., Luke, W., Buckles, J., Kyomugisha, F., Benotsch, E., Pinkerton, S., & Graham, J. (2001). Effectiveness of an intervention to reduce HIV transmission risks in HIV-positive people. *American Journal of Preventive Medicine*, 21, 84-92.
- Καλπάκογλου, Θ. (1997). Άγχος και πανικός. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καραδήμας, Ε. Χ. (2001). Τεχνικές διαχείρισης του στρες. Οδηγός ομαδικού προγράμματος παρέμβασης με γνωσιακή-συμπεριφοριστική κατεύθυνση. Αθήνα: Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών, Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Καραδήμας, Ε. Χ., Καλαντζή-Αζίζι, Α., Κόλλια, Η., Ρούση-Βέργου, Χ. Ι., Γεωργίου, Ε., Τσίλια, Α. Μ., Τζάβελου, Ε., & Γλυκού, Μ. (2004). Προγράμματα διαχείρισης του στρες σε παιδιά, εφήβους και εκπαιδευτικούς. Στο Μ. Ζαφειροπούλου & Γ. Κλεφτάρας (Επιμ. Έκδ.), *Η συμβολή της κλινικής ψυχολογίας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση παιδιών και εφήβων* (σ. 395-434). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kelly, A. E. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Kennerly, H. (1995). *Managing anxiety*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Κλημεντίωτη, Α. Φ. (1995). Ένα παρεμβατικό πρόγραμμα αυτοελέγχου σε εφήβους με ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή. Αθήνα: Τομέας Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Κόλλια, Η. Θ. (2003). Διαχείριση του στρες σε παιδιά με νεφρωσικό σύνδρομο. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή. Τομέας Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Lazarus, A. (1961). Group therapy of phobic disorders by systematic desensitisation. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 505-510.
- Lazarus, A. (1981). *The practice of multimodal therapy: Systematic, comprehensive, and effective therapy*. New York: McGraw-Hill.
- Linton, S. J., & Ryberg, M. (2001). A cognitive-behavioral group intervention as prevention for persistent neck and back pain in a non-patient population: A randomized controlled trial. *Pain*, 90, 83-90.
- Λοΐζου, Φ. Ν. (2003). Ποιοτικός έλεγχος ομαδικής συμβουλευτικής: Ομάδα άγχους-στρες και ομάδα διαφυλικών σχέσεων. Πτυχιακή εργασία. Τομέας Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Mahoney, M. (1977). Reflection on the cognitive learning trend in psychotherapy. *American Psychologist*, 77, 5-13.
- Mahoney, M. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- McMurrin, M., Charlesworth, P., Duggan, C., & McCarthy, L. (2001). Controlling angry expression: A pilot group intervention with personality disordered offenders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 473-483.
- Meichenbaum, D. (1974). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- Mendlowitz, S. L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S., & Shaw, B. F. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1223-1229.
- Moreno, J. L. (1957). *The first book on group psychotherapy*. New York: Deacon House.
- Ναυρίδης, Κ. (2005). *Ψυχολογία των ομάδων. Κλινική ψυχοδυναμική προσέγγιση*. Αθήνα: Παπαζήσης.

- Owensworth, T. L., McFarland, K., & Young, R. (2000). Self-awareness and psychosocial functioning following acquired brain injury: An evaluation of a group support programme. *Neuropsychological Rehabilitation, 10*, 465-484.
- Παπακώστας, Ι. Γ. (1994). *Γνωσιακή ψυχοθεραπεία: Θεωρία και πράξη*. Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας της Συμπεριφοράς.
- Pavlov, I. P. (1951-1952). *Complete works*. Moscow: USSR Academy of Sciences.
- Περυσάκη, Κ., Ραμπαβίλας, Α., & Μπουλουγούρης, Ι. (1979). Ομαδικές ψυχοθεραπείες συμπεριφοράς: Προβλήματα και προοπτικές. *Αρχαία Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας της Συμπεριφοράς, 1*, 76-80.
- Persons, J. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: Norton.
- Rosenbaum, A., & Leisring, P. A. (2002). Group intervention programs for batterers. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 5*, 57-71.
- Rosenbaum, M., & Patterson, K. M. (1995). Group psychotherapy in historical perspective. In B. Bongar & L. E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy. Theory and practice* (pp. 173-188). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Scapillato, D., & Manassis, K. (2002). Cognitive-behavioral/ interpersonal group treatment for anxious adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 739-741.
- Sharp, D. M., Power, K. G., & Swanson, V. (2004). A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual Cognitive Behaviour Therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in Primary Care. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 73-82.
- Siddle, R., Jones, F., & Awenat, F. (2003). Group cognitive behaviour therapy for anger: a pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 31*, 69-83.
- Sikkema, K. J., Hansen, N. B., Kochman, A., Tate, D. C., & Difrancesco, W. (2004). Outcomes from a randomized controlled trial of a group intervention for HIV positive men and women coping with AIDS-related loss and bereavement. *Death Studies, 28*, 187-209.
- Skinner, F. B. (1948). *Walden two*. New York: Macmillan.
- Skinner, F. B. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York: Knopf.
- Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Wong, M., Tu, W., Elliott, M. N., & Fink, A. (2003). A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 290*, 603-611.
- Tanco, S., Linden, W., & Earle, T. (1998). Well-being and morbid obesity in women: A controlled therapy evaluation. *International Journal of Eating Disorders, 23*, 325-339.
- Thase, M. E., & Beck, A. T. (1993). An overview of cognitive therapy. In J. H. Wright, M. E. Thase, A. T. Beck, & J. W. Ludgate (Eds.), *Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu* (pp. 3-34). New York: Guilford.
- Thorndike, E. L. (1911). *Animal intelligence*. New York: Macmillan.
- Thorndike, E. L. (1913). *Educational psychology: The psychology of learning*. New York: Teachers College.
- Toseland, R. W., & Siporin, M. (1986). When to recommend group treatment: A review of the clinical and research literature. *International Journal of Group Psychotherapy, 36*, 171-201.
- Watson, J. B. (1914). *Behavior, an introduction to comparative psychology*. New York: Holt.
- Watson, J. B. (1924). *Behaviorism*. New York: People's Institute Publishing.
- White, J. R. (2000a). Introduction. In J. R. White & A. S. Freeman (Eds.), *Cognitive – behavioral group therapy* (pp. 3-25). Washington, DC: American Psychological Association.
- White, J. R. (2000b). Depression. In J. R. White & A. S. Freeman (Eds.), *Cognitive – behavioral group therapy* (pp. 29-61). Washington, DC:

American Psychological Association.
Wolff, G. E., & Clark, M. M. (2001). Changes in eating self-efficacy and body image following cognitive-behavioral group therapy for binge eating disorder: A clinical study. *Eating Behaviors*, 2, 97-104.

Wright, J. H., Thase, M. E., Beck, A. T., & Ludgate, J. W. (Eds.) (1993). *Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu*. New York: Guilford.

Cognitive – behavioral group intervention programs

ANASTASIA KALANTZI-AZIZI
University of Athens, Greece

EVANGELOS C. KARADEMAS
University of Crete, Greece

ABSTRACT

In this article the history, principles and philosophy, as well as the structure of Cognitive – Behavioral (CB) group intervention programs are being presented.

At first, we describe the core features of the CB theory and the basic principles of CB psychotherapy, both in general and with respect to group interventions. Special emphasis is put on the similarities and differences between several forms of CBT. We also describe the techniques that are being used in CB group therapy, such as diary keeping, cognitive restructuring, hierarchy of stressful situations, feedback and support between the group members, problem-solving training, relaxation methods, homework, and setback prevention techniques. A discussion follows regarding the aims of the group interventions, the size of the groups, member selection, duration, structure and content of the interventions. Specific examples are being analyzed. Moreover, we discuss the effectiveness of CB group programs and we refer to the range of problems and difficulties for which CB group intervention programs have been developed. Finally, the main aspects of CB group intervention theory and practice are put forward in brief.

Key words: Cognitive – behavioral group intervention programs, CBT, Group interventions, Cognitive – behavioral theory and practice.

Address: Anastasia Kalantzi-Azizi, Department of Psychology, School of Philosophy, University of Athens, Panepistimiopoli, 157 84 Zografou, Athens, Greece. Tel.: 0030-210-7277525. E-mail: kalantzi@psych.uoa.gr