



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**“ Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΣΕ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ”**

Όνοματεπώνυμο φοιτητή : ΣΤΑΜΑΤΟΥΛΑΚΗ ΟΛΓΑ

Ιδιότητα φοιτητή : Ψυχολόγος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : Δρ. ΙΩΑΝΝΑ ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ, Αναπληρώτρια
Καθηγήτρια του Γενικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : Δρ. ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΦΡΑΔΕΛΟΣ, Επιστημονικός
Συνεργάτης του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : Δρ. ΤΣΑΡΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, Αναπληρωτής
Καθηγητής του Γενικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Λάρισα, 2019



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

**THE EFFECTIVENESS OF GROUP PSYCHOTHERAPY IN
INPATIENTS PSYCHIATRIC PATIENTS**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	14
1.1 Ορισμός Ψυχοθεραπείας και Ομαδικής Ψυχοθεραπείας	14
1.2 Ιστορία Ομαδικής Ψυχοθεραπείας	15
1.2.1 Η ιστορία της Ομαδικής Ψυχοθεραπείας στην Ελλάδα	16
1.3 Μοντέλα και Είδη Ομαδικής Ψυχοθεραπείας.....	16
1.3.1 Μοντέλα ομαδικής ψυχοθεραπείας.....	16
1.3.2 Είδη ομαδικής ψυχοθεραπείας	18
1.4 Θεραπευτικοί Παράγοντες	20
1.5 Ανάπτυξη Ομάδας.....	22
1.6 Πλεονεκτήματα – Μειονεκτήματα Ομαδικής Ψυχοθεραπείας	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	24
2.1 Στόχοι Ομαδικής Ψυχοθεραπείας σε Ψυχιατρικούς Νοσηλεύομενους Ασθενείς – Καθορισμός Στόχων.....	24
2.2 Κλινικό Πλαίσιο	26
2.3 Κριτήρια Επιλογής Ασθενών	27
2.4 Σύνθεση Ομάδων Νοσηλεύομενων Ασθενών.....	28
2.5 Μοντέλα Ομαδικής Ψυχοθεραπείας σε Νοσηλεύομενους Ασθενείς.....	29
2.6 Διαφορές Ομαδικής Ψυχοθεραπείας σε Ενδονοσοκομειακούς και Εξωτερικούς Ασθενείς.....	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	31
3.1 Επίδραση της γνωστικής ομαδικής ψυχοθεραπείας στα συμπτώματα νοσηλευόμενων ψυχιατρικών ασθενών	31
3.2 Επίδραση της μουσικοθεραπείας στα συμπτώματα νοσηλευόμενων ψυχιατρικών ασθενών.....	32
3.3 Επίδραση της ομαδικής ψυχοεκπαίδευσης στα συμπτώματα νοσηλευόμενων ψυχιατρικών ασθενών	33
3.4 Επίδραση της ομαδικής διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας στα συμπτώματα νοσηλευόμενων ψυχιατρικών ασθενών.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΣΚΟΠΟΣ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	36
3.1 Σκοπός της έρευνας.....	36
3.2 Χώρος διεξαγωγής μελέτης.....	36
3.3 Πληθυσμός μελέτης.....	37
3.4 Ομάδες ψυχοθεραπείας	37
3.5 Εργαλεία συλλογής δεδομένων	38
3.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	38
3.5 Στατιστική ανάλυση	39
3.6 Ηθική και δεοντολογία	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	41
4.1 Δημογραφικά και Κοινωνικά Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων	41
4.2 Κλινικά Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων	42
4.3 Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης HADS.....	43
4.3.1 Έλεγχος Αξιοπιστίας HADS	43
4.3.2 Συσχέτιση Υποκλιμάκων HADS.....	43
4.3.3 Βαθμολογία κλίμακας και υποκλιμάκων HADS.....	46

4.3.4 Βαθμολογία κλίμακας για κάθε ερώτηση του HADS.....	47
4.4 Επίδραση της Ομαδικής Ψυχοθεραπείας στο Άγχος και στη Κατάθλιψη των Συμμετεχόντων.....	51
4.5 Συγχρονικές Συγκρίσεις Δημογραφικών, Κοινωνικών και Κλινικών Χαρακτηριστικών με τη Βαθμολογία HADS.....	52
4.5.1 Συγχρονικές Συγκρίσεις Δημογραφικών, Κοινωνικών και Κλινικών Χαρακτηριστικών με τη Βαθμολογία της Υποκλίμακας Άγχους	52
4.5.2 Συγχρονικές Συγκρίσεις Δημογραφικών, Κοινωνικών και Κλινικών Χαρακτηριστικών με τη Βαθμολογία της Υποκλίμακας Κατάθλιψης.....	58
4.6 Συναισθηματική Κατάσταση Συμμετεχόντων πριν και μετά από την Ομαδική Ψυχοθεραπεία.....	63
4.7 Συσχέτιση Δημογραφικών, Κοινωνικών και Κλινικών Δεδομένων με τη Συναισθηματική Κατάσταση των Συμμετεχόντων	64
4.8 Αποτελέσματα Γραμμικής Παλινδρόμησης με Εξαρτημένη Μεταβλητή την Υποκλίμακα Άγχους.....	69
4.9 Αποτελέσματα Γραμμικής Παλινδρόμησης με Εξαρτημένη Μεταβλητή το Θερμόμετρο Συναισθημάτων	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	76
6.1 Συμπεράσματα.....	76
6.2 Μελλοντικές ερευνητικές κατευθύνσεις	77
6.3 Κλινικές κατευθύνσεις	77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	79
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	83
Έντυπο ενημέρωσης/συγκατάθεσης.....	83
Ερωτηματολόγιο.....	85

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια της λήψης του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών στην «Ψυχική Υγεία» από το Γενικό Τμήμα του Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Η εκπόνηση της μεταπτυχιακής μου εργασίας δεν θα είχε επιτευχθεί χωρίς τη συνδρομή αρκετών ανθρώπων, για τους οποίους αισθάνομαι την ανάγκη να τους ευχαριστήσω. Η απουσία έστω και ενός ατόμου από αυτή τη προσπάθεια μου, θα στοίχιζε στο τελικό αποτέλεσμα της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Γενικού Τμήματος, κα Ιωάννα Παπαθανασίου, για την πολύτιμη καθοδήγηση της στη συγκεκριμένη μελέτη και για τη συνεχή υποστήριξη που μου έδειξε.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή Ψυχιατρικής και Διευθυντή της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, κ. Αλέξανδρο Βγόντζα, για την καταλυτική του βοήθεια στη διεξαγωγή της μελέτης.

Ακόμα, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τους ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη και δέχθηκαν πρόθυμα να συνεργαστούν και να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο.

Τέλος, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω και να εκφράσω την ευγνωμοσύνη στην οικογένεια μου και στους στενούς μου φίλους, βρίσκονταν στο πλευρό μου με απεριόριστη αγάπη, κατανόηση και υποστήριξη της δύσκολης προσπάθειας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η θεραπεία σε ομάδες, σήμερα, αποτελεί κοινή συνιστώσα της θεραπείας ενδονοσοκομειακών ασθενών με σοβαρή ψυχική ασθένεια, καθώς φαίνεται να βελτιώνει τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις των ατόμων και να εξαλείφει συναισθήματα απομόνωσης, άγχους και κατάθλιψης.

Σκοπός: Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της ομαδικής ψυχοθεραπείας σε ενήλικες ψυχιατρικούς ενδονοσοκομειακούς ασθενείς και η επίδραση της στο άγχος, στην κατάθλιψη και στη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών.

Μέθοδος – Υλικό: Διεξήχθη προοπτική συγχρονική μελέτη στην Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 50 ενήλικες ενδονοσοκομειακοί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην κλινική με διάφορα ψυχιατρικά προβλήματα κατά το χρονικό διάστημα Απρίλιος – Αύγουστος 2019. Όλοι οι ασθενείς συμμετείχαν σε προγράμματα ομαδικής ψυχοθεραπείας (ομάδα εστιασμού, ομάδα βιβλιοανάγνωσης, ομάδα διαχείρισης συναισθημάτων και ψυχοεκπαίδευση σε δεξιότητες) κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ενός ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς όπου αποτελείται από 3 μέρη: α) ερωτήσεις δημογραφικών, κοινωνικών και κλινικών δεδομένων, β) την ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) και γ) θερμόμετρο συναισθημάτων. Η HADS συμπληρωνόταν από τους ασθενείς πριν την έναρξη των συνεδριών ομαδικής θεραπείας (1^η μέτρηση) και την ημέρα που λάμβαναν εξιτήριο (2^η μέτρηση), ενώ το θερμόμετρο συναισθημάτων δινόταν μετά από κάθε συνεδρία ομαδικής ψυχοθεραπείας. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 24.0 και ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $\alpha=0,05$.

Αποτελέσματα: Το 50% των συμμετεχόντων ήταν άνδρες, ενώ η πλειοψηφία (46%) είχαν ηλικία μεγαλύτερη των 45 ετών. Ως προς τη διάγνωση, 58,0% των ασθενών έπασχαν από διαταραχές διάθεσης, 28,0% από σχιζοφρένεια ή ψύχωση και 14,0% από διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς. Η βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους, της υποκλίμακας κατάθλιψης, της συνολικής βαθμολογίας HADS και της συναισθηματικής κατάστασης κατά τη 2^η μέτρηση ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερες σε σχέση με τη 1^η μέτρηση ($p=0,000$). Η βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους κατά τη 2^η μέτρηση διέφερε σημαντικά ανάλογα με την ηλικία των συμμετεχόντων ($p=0,017$), την οικογενειακή

κατάσταση ($p=0,019$) και τον αριθμό συνεδριών ομαδικής ψυχοθεραπείας ($p=0,011$). Η βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων κατά τη 2^η μέτρηση διέφερε σημαντικά μεταξύ εκείνων που είχαν ή όχι παρακολουθήσει συνεδρίες ομαδικής ψυχοθεραπείας κατά το παρελθόν ($p=0,016$) και μεταξύ εκείνων που είχαν ή όχι νοσηλευτεί κατά το παρελθόν ($p=0,010$). Κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση, βρέθηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση ($p=0,025$) και ο αριθμός των συνεδριών ($p=0,004$) προβλέπουν ανεξάρτητα τη βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους κατά τη 2η μέτρηση. Ωστόσο, κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή το θερμόμετρο συναισθημάτων κατά τη 2η μέτρηση, καμία μεταβλητή δε βρέθηκε να την προβλέπει ανεξάρτητα.

Συμπεράσματα: Η ομαδική θεραπεία σε ενδονοσοκομειακούς ψυχιατρικούς ασθενείς φάνηκε ότι βελτιώνει τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, καθώς και τη συναισθηματική τους κατάσταση.

Λέξεις Κλειδιά: ομαδική θεραπεία, ενδονοσοκομειακοί ασθενείς, ψυχιατρική κλινική, κατάθλιψη, άγχος, συναισθηματική κατάσταση, αποτελεσματικότητα

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, group therapy is a common component of the treatment of inpatients with severe mental illness, as it appears to improve interpersonal interactions and eliminate feelings of isolation, anxiety and depression.

Aim: To investigate the efficacy of group psychotherapy in adult psychiatric inpatients and its effect on anxiety, depression and emotional state of patients.

Methods: A prospective cross-sectional study was conducted at the Psychiatric Clinic of Heraklion University Hospital in Crete. The study sample consisted of 50 adult inpatient with various psychiatric problems, who hospitalized between April to August 2019. All patients participated in group psychotherapy programs (focus group, book group therapy, emotion regulation group therapy, and psychoeducational skills) during in hospitalization. Data were collected through a self-report questionnaire, which consists of 3 parts: a) demographic, social and clinical data questions, b) the Greek version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) questionnaire and c) the thermometer of emotions. The HADS was completed by patients before the start of group therapy sessions and on the day they were discharged. While the emotions thermometer was completed after each group psychotherapy session. The statistical package SPSS 24.0 was used for statistical analysis of the data and $\alpha = 0.05$ was set as the level of statistical significance.

Results: 50% of the participants were men, while the majority of participants (46%) were older than 45 years. 58.0% of patients had mood disorders, 28.0% of them schizophrenia or psychosis, and 14.0% of them personality and behavioral disorders. The score at the 2nd measurement of anxiety subscale, depression subscale, total HADS, and emotional thermometer were statistically significantly lower than the 1st measurement ($p = 0.000$). The subscale anxiety score at the 2nd measurement differed significantly age ($p = 0.017$), marital status ($p=0.019$) and the number of group psychotherapy sessions ($p = 0.011$). The emotions thermometer score differed significantly between those who had or had not attended group psychotherapy sessions in the past ($p=0.016$) and those who had or had not been hospitalized in the past ($p=0.010$). In multivariate analysis, it was found that the marital status ($p=0.025$) and the number of sessions ($p = 0.004$) predict independently the subscale anxiety score at the 2nd measurement. However, in the multivariate analysis with the dependent variable the

emotions thermometer at the 2nd measurement, no variable was found to predict it independently.

Conclusions: Group therapy in inpatient psychiatric patients has been shown to improve symptoms of depression and anxiety, as well as their emotional state.

Key-words: group therapy, inpatient, psychiatric ward, depression, anxiety, emotional state, efficacy

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες, η θεραπεία σε ομάδες, αποτελεί κοινή συνιστώσα της θεραπείας ασθενών με σοβαρή ψυχική ασθένεια και κατέχει σημαντική θέση στη ψυχιατρική (Caruso et al., 2013). Η φαρμακευτική αγωγή, παρ' ότι αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για τους ψυχωτικούς ασθενείς, συνήθως δεν αντιμετωπίζει πλήρως τα ψυχοκοινωνικά τους προβλήματα. Για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων φαίνεται να είναι αποτελεσματική η ομαδική ψυχοθεραπεία, καθώς βελτιώνει τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις των ατόμων και εξαλείφει συναισθήματα απομόνωσης, άγχους και κατάθλιψης (Σεργέδου, 2012). Η ομαδική ψυχοθεραπεία αποτελεί σημαντικό παράγοντα αλλαγής της συμπεριφοράς ή/και της προσωπικότητας (Caruso et al., 2013).

Η ομαδική θεραπεία (group therapy) είναι ένα είδος ψυχιατρικής θεραπείας, όπου προσεκτικά επιλεγμένοι ασθενείς τοποθετούνται σε μια ομάδα, όπου καθοδηγείται από έναν ή περισσότερους εκπαιδευμένους ψυχοθεραπευτές, με σκοπό να βοηθήσει ο ένας ασθενής τον άλλο, ώστε να βελτιωθούν τα συμπτώματα και να επέλθει αλλαγή στην προσωπικότητά ή/και στη συμπεριφορά τους (Μάνου, 1997; Koukourikos and Pasmatzis, 2014).

Η ομαδική θεραπεία παρέχεται ευρέως σε ψυχιατρικές μονάδες και αποτελεί σημαντικό μέρος των θεραπευτικών εμπειριών των ενδονοσοκομειακών ασθενών (Caruso et al., 2013). Οι ομάδες μπορούν να οργανωθούν με πολλούς τρόπους σε μια αίθουσα. Οι στόχοι κάθε ομάδας ποικίλλουν, αλλά όλες έχουν ένα κοινό σκοπό να αυξήσουν την ευαισθητοποίηση των ασθενών μέσω της αλληλεπίδρασης με άλλα μέλη της ομάδας που παρέχουν ανατροφοδότηση σχετικά με τη συμπεριφορά τους, να παρέχουν στους ασθενείς βελτιωμένες διαπροσωπικές κοινωνικές δεξιότητες και να μειώνουν την απομόνωση (Kanas, 2005).

Μέσα από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η ομαδική ψυχοθεραπεία στους ενδονοσοκομειακούς ψυχιατρικούς ασθενείς φαίνεται να επιδρά σημαντικά στην ψυχολογία και στη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών, στην ικανοποίηση, στη συμμόρφωση στην αγωγή καθώς και στην επανεισαγωγή των ασθενών (Veltro et al., 2006; Peng et al., 2010; Deatrich et al., 2016). Ωστόσο μέχρι σήμερα δεν έχει δημοσιευτεί καμία μελέτη που να εξετάζει την αποτελεσματικότητα της ενδονοσοκομειακής ομαδικής θεραπείας σε ψυχιατρικούς ασθενείς στην Ελλάδα. Επίσης, οι διεθνείς μελέτες που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα της ομαδικής θεραπείας σε ενδονοσοκομειακούς ψυχιατρικούς ασθενείς αφορούν σε μία διαγνωστική κατηγορία ασθενών.

Σκοπός, λοιπόν, της παρούσης έρευνας ήταν η μελέτη της αποτελεσματικότητας της ομαδικής ψυχοθεραπείας σε ενήλικες ενδονοσοκομειακούς ασθενείς και η επιρροή η οποία αυτή δύναται να έχει στο επίπεδο του άγχους και της κατάθλιψης των ασθενών. Αναλυτικότερα, επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν να αξιολογηθούν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και η συναισθηματική κατάσταση νοσηλευόμενων ψυχιατρικών ασθενών πριν και μετά από τη συμμετοχή τους σε ομαδικές ψυχοθεραπείες και να εξεταστεί αν η υπάρχει μεταβολή στα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και της συναισθηματικής κατάστασης που βιώνουν οι ασθενείς πριν και μετά από τις ομαδικές ψυχοθεραπείες. Επίσης, διερευνήθηκε αν τα δημογραφικά, κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών σχετίζονται με το άγχος, την κατάθλιψη και τη συναισθηματική κατάσταση των νοσηλευόμενων ασθενών πριν και μετά από τις ομαδικές ψυχοθεραπείες.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

1.1 Ορισμός Ψυχοθεραπείας και Ομαδικής Ψυχοθεραπείας

Η Ψυχοθεραπεία (Psychotherapy) αποτελεί μία από τις κυριότερες μεθόδους θεραπείας των ψυχικών διαταραχών (Czabała, 2016). Η ψυχοθεραπεία είναι η συστηματική εφαρμογή καθορισμένων μεθόδων για τη θεραπεία της ψυχικής οδύνης, των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, καθώς και των κρίσεων ζωής. Η βάση για τη θεραπεία είναι η σχέση του ψυχοθεραπευτή με τον ασθενή ή τον πελάτη, σε ένα μη κλινικό περιβάλλον. Η ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει άτομα με συναισθηματικά προβλήματα, αλλά και άτομα που θα ήθελαν να επεκτείνουν τις δυνατότητες τους για κοινωνικές και «εσωτερικές» αλληλεπιδράσεις. Επομένως, η ψυχοθεραπεία μπορεί επίσης να είναι προληπτική (Young, 2011).

Σύμφωνα με τον Wolberg (1967), η ψυχοθεραπεία είναι η μορφή θεραπείας των ψυχικών ασθενειών, των συμπεριφορικών διαταραχών ή/ και των προβλημάτων συναισθηματικής φύσης, όπου κατά τη διάρκεια της θεραπείας ένας εκπαιδευόμενος θεραπευτής εγκαθιστά μια συμφωνία συνεργασίας με τον ασθενή και μέσα από μια καθορισμένη θεραπευτική επικοινωνία – λεκτική και μη λεκτική – σχέση επιχειρεί: α) την ανακούφιση, αναμόρφωση ή επιβράδυνση των υπαρχόντων συμπτωμάτων, β) τη μεταβολή της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς, οργανώνοντας την σε σωστές βάσεις, και γ) την προώθηση της θετικής ανάπτυξης και εξέλιξης της προσωπικότητας (Cameron et al., 1998).

Η ψυχοθεραπεία διακρίνεται σε ατομική ψυχοθεραπεία, ομαδική ψυχοθεραπεία, οικογενειακή θεραπεία και συζυγική θεραπεία ή θεραπεία ζεύγους (Μάνου, 1997). Η παρούσα εργασία επικεντρώνεται στην ομαδική ψυχοθεραπεία.

Ομαδική θεραπεία (group therapy) είναι ένα είδος ψυχιατρικής θεραπείας, όπου προσεκτικά επιλεγμένοι ασθενείς τοποθετούνται σε μια ομάδα, όπου καθοδηγείται από έναν ή περισσότερους εκπαιδευμένους ψυχοθεραπευτές, με σκοπό να βοηθήσει ο ένας ασθενής τον άλλο, ώστε να βελτιωθούν τα συμπτώματα και να επέλθει αλλαγή στην προσωπικότητά ή/και στη συμπεριφορά τους (Μάνου, 1997; Koukourikos and Pasmazi, 2014).

Η ομαδική θεραπεία, σήμερα, αποτελεί κοινή συνιστώσα της θεραπείας ασθενών με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Οι θεραπείες ομάδων παρέχονται ευρέως σε ψυχιατρικές μονάδες και γενικά θεωρούνται ως συνήθης θεραπευτική παρέμβαση. Έχει δειχθεί ότι οι ομαδικές εμπειρίες αποτελούν σημαντικούς παράγοντες αλλαγής της συμπεριφοράς ή/και της

προσωπικότητας και η αποτελεσματικότητα τους έχει αποδειχθεί σε μια σειρά προσεγγίσεων, όπως η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (cognitive-behavioural therapy), η συνθετική ψυχοθεραπεία (integrated psychological therapy), η κατάρτιση των κοινωνικών δεξιοτήτων και η γνωστική αποκατάσταση (cognitive remediation) (Caruso et al., 2013).

Η ομαδική ψυχοθεραπεία κατέχει σημαντική θέση στη ψυχιατρική. Η φαρμακευτική αγωγή, παρ' ότι αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για τους ψυχωτικούς ασθενείς, συνήθως δεν αντιμετωπίζει πλήρως τα ψυχοκοινωνικά τους προβλήματα. Για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων φαίνεται να είναι αποτελεσματική η ομαδική ψυχοθεραπεία, καθώς βελτιώνει τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις των ατόμων και εξαλείφει συναισθήματα απομόνωσης, άγχους και κατάθλιψης (Σεργέδου, 2012).

1.2 Ιστορία Ομαδικής Ψυχοθεραπείας

Ο Joseph Hersey Pratt (παθολόγος), γνωστός και ως πατέρας της ομαδικής θεραπείας, εφάρμοσε πρώτη φορά την ομαδική θεραπεία το 1905 στο νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, όπου εργαζόταν. Δημιούργησε υποστηρικτικές ομάδες (περίπου 8 ατόμων) με ασθενείς με πνευμονική φυματίωση με σκοπό να παρέχει μαθήματα γενικής φροντίδας. Κατά τη διάρκεια τη συνάντησης των ομάδων οι ασθενείς συζητούσαν τα κοινά τους προβλήματα, δηλαδή τη φυματίωση και ότι ζούσαν σε παρόμοια φτωχικά περιβάλλοντα. Ο Pratt παρατήρησε την επίδραση αυτής της εμπειρίας στη ψυχολογική και συναισθηματική κατάσταση των ασθενών και διαπίστωσε ότι η βελτίωση ενός ασθενή επιδρούσε θετικά επάνω στους άλλους ασθενείς. Δεδομένου ότι οι συναντήσεις των ασθενών καθοδηγούταν απ' έναν γιατρό, μπορούν να θεωρηθούν ως η πρώτη οργανωμένη θεραπευτική ομάδα που αναφέρεται στη βιβλιογραφία (Ezhumalai et al., 2018).

Ο Edward Lazell, Γάλλος ψυχίατρος, το 1918 εφάρμοσε την ομαδική ψυχοθεραπεία σε απόστρατους πολέμου που είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια. Έτσι, η ομαδική ψυχοθεραπεία επεκτάθηκε και σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και γενικότερα με ψυχικές διαταραχές (Σεργέδου, 2012).

Το 1936, οι Paul Schilder και Louis Wender εφάρμοσαν την ομαδική θεραπεία σε φυλακισμένους και σε ασθενείς που είχαν λάβει εξιτήριο από ψυχιατρικά νοσοκομεία. Παράλληλα, οι ίδιοι εισήγαγαν στην ομαδική θεραπεία την ψυχαναλυτική θεωρία και πρακτική. Λίγα χρόνια αργότερα, η εφαρμογή της ομαδικής θεραπείας επεκτάθηκε και σε

άτομα με νεύρωση, με εξάρτηση από αλκοόλ, καθώς και σε παιδιά με διαταραχές (Ezhumalai et al., 2018).

Κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, η ομαδική θεραπεία αναπτύχθηκε και εξελίχθηκε σε σημαντικό βαθμό, καθώς δινόταν η δυνατότητα να θεραπευτούν περισσότεροι ασθενείς, απ' ό,τι αν εφαρμοζόταν ατομική θεραπεία. Επίσης, εκείνη την περίοδο η ομαδική θεραπεία εφαρμόστηκε σε θύματα πολέμου με διαταραχές συναισθήματος (Ezhumalai et al., 2018). Παράλληλα, μια ομάδα ψυχαναλυτών από τη Μ. Βρετανία και τις ΗΠΑ ανέπτυξαν το μοντέλο της δυναμικής της ομάδας, ενώ ο Von Bertalanffy ανέπτυξε την Οικογενειακή Θεραπεία (Σεργέδου, 2012).

Τέλος, η ομαδική θεραπεία εφαρμόστηκε πρώτη φορά σε ψυχιατρεία από τους Άγγλους, Maxwell Jones, Main και Clarke.

1.2.1 Η ιστορία της Ομαδικής Ψυχοθεραπείας στην Ελλάδα

Όσον αφορά την Ελλάδα, η ομαδική ψυχοθεραπεία εφαρμόζεται εδώ και 60 χρόνια. Οι πρώτοι που ασχολήθηκαν με την ομαδική θεραπεία, και κυρίως με την οικογενειακή συστημικού τύπου θεραπεία, ήταν ο Γιώργος και Βάσω Βασιλείου. Η ομαδική ψυχοθεραπεία στα Δημόσια Ψυχιατρικά Νοσοκομεία πρωτοεμφανίστηκε το 1966 στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Επίσης, το 1980 ιδρύθηκε η «Ελληνική Εταιρία Ομαδικής Ανάλυσης και Οικογενειακής Θεραπείας» από τον ψυχίατρο Ματθαίο Γιωσαφάτ. Λίγα χρόνια αργότερα από το Βασίλη Μενούτη ιδρύθηκε η «Ελληνική Ομαδική Ψυχαναλυτική Εταιρεία» και από τη Μαργαρίτη Κρητικού ο «Ελληνικός Οργανισμός Ψυχοθεραπείας και Παιδείας στην Ομαδική Ανάλυση» (Σεργέδου, 2012).

1.3 Μοντέλα και Είδη Ομαδικής Ψυχοθεραπείας

1.3.1 Μοντέλα ομαδικής ψυχοθεραπείας

Ανάλογα με τη σύνθεση της ομάδας, τον τρόπο συντονισμού και καθοδήγησης του ψυχοθεραπευτή, το είδος της θεραπευτικής διεργασίας αναφέρονται διάφορα μοντέλα ομαδικής ψυχοθεραπείας. Αυτά τα μοντέλα είναι: η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (cognitive-behavioural therapy), η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία (supportive-expressive group therapy), η ψυχοεκπαιδευτική ψυχοθεραπεία (psychoeducation group therapy), η διαπροσωπική ομαδική ψυχοθεραπεία (interpersonal group therapy) και η ψυχοδυναμική ομαδική ψυχοθεραπεία (psychodynamic group psychotherapy) (Yalom, 2006).

Το μοντέλο της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας βασίζεται στον συνδυασμό των βασικών αρχών από τη γνωστική ψυχολογία και τη συμπεριφορική. Στόχος αυτού του είδους θεραπείας είναι η αλλαγή των δυσνόητων γνωστικών διαστρεβλώσεων (π.χ. σκέψεων, πεποιθήσεων και στάσεων) και συμπεριφορών, η βελτίωση της συναισθηματικής ρύθμισης, και η ανάπτυξη προσωπικών στρατηγικών αντιμετώπισης που στοχεύουν στην επίλυση των σημερινών προβλημάτων (Whitfield, 2010). Διαφέρει από τις παραδοσιακές προσεγγίσεις στην ψυχοθεραπεία, όπως η ψυχαναλυτική προσέγγιση όπου ο θεραπευτής αναζητά το ασυνείδητο νόημα πίσω από τις συμπεριφορές και στη συνέχεια διατυπώνει μια διάγνωση. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία είναι μια μορφή θεραπείας που εστιάζει στα προβλήματα και προσανατολίζεται στη δράση, και γι' αυτό χρησιμοποιείται για τη θεραπεία συγκεκριμένων προβλημάτων που σχετίζονται με τη διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή (Hofmann et al., 2012). Ο ρόλος του θεραπευτή είναι να βοηθήσει τον ασθενή να ανακαλύψει, αλλά και να εφαρμόσει αποτελεσματικές στρατηγικές για τη μείωση των συμπτωμάτων της διαταραχής και την αντιμετώπιση των καθορισμένων στόχων. Τέλος, η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία βασίζεται στην πεποίθηση ότι οι διαστρεβλώσεις της σκέψης και οι δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές διαδραματίζουν ρόλο στην ανάπτυξη και διατήρηση ψυχολογικών διαταραχών και ότι τα συμπτώματα και η συνακόλουθη δυσφορία μπορούν να μειωθούν με τη διδασκαλία νέων δεξιοτήτων επεξεργασίας πληροφοριών και μηχανισμών αντιμετώπισης (Whitfield, 2010).

Από την άλλη, το ψυχοεκπαιδευτικό μοντέλο εκπαιδεύει τους ασθενείς με τρόπους που ενδυναμώνουν την αυτοεκτίμηση, τα κίνητρα, τα διαπροσωπικά προβλήματα και τη μείωση των συμπτωμάτων. Στόχος αυτού του μοντέλου είναι να εξοπλίσει και να διερευνήσει διάφορα θέματα που σχετίζονται με τη βελτίωση της ψυχικής τους υγείας μέσω της πληροφόρησης, της διδασκαλίας των δεξιοτήτων αντιμετώπισης και της βιωματικής μάθησης (Lee, 2017).

Η διαπροσωπική θεωρία της ομαδικής θεραπείας αναπτύχθηκε από τον Yalom και επηρεάζεται έντονα από την άποψη του Sullivan για την ανάπτυξη της ανθρώπινης προσωπικότητας. Η ψυχοπαθολογία και τα προβλήματα της ζωής προκύπτουν από τη συμβολή των πρώιμων δυσλειτουργιών μέσα σε σημαντικές σχέσεις και είναι η κορύφωση των σιωπηρά και ρητά αποκτηθέντων ελλειμμάτων στην ικανότητα να σχετίζονται με άλλους ανθρώπους. Ο στόχος της διαπροσωπικής ομαδικής θεραπείας είναι να φωτίσει αυτές τις διαπροσωπικές διεργασίες και να τις μεταμορφώσει μέσω της διορατικότητας, της

ανατροφοδότησης και της σχεσιακής εμπειρίας, όπως εμφανίζονται μέσα στον κοινωνικό μικρόκοσμο της ομάδας (Mahon and Leszcz, 2017). Το διαπροσωπικό μοντέλο χρησιμοποιεί ως στρατηγικές το «εδώ-και-τόρα», τη διαπροσωπική μάθηση, τη διορθωτική επαναβίωση της αρχικής οικογενειακής ομάδας και τους υπαρξιακούς παράγοντες. Επίσης εστιάζει στα τρέχοντα διαπροσωπικά προβλήματα και στην εδώ-και-τόρα εμπλοκή τους κατά τη διάρκεια της συνεδρίας (Σεργέδου, 2012).

Από την άλλη, η ψυχοδυναμική θεραπεία, γνωστή και ως διορατική θεραπεία, επικεντρώνεται στις ασυνείδητες διαδικασίες, όπως αυτές εκδηλώνονται στην παρούσα συμπεριφορά ενός ατόμου. Κύριος εκπρόσωπός της είναι ο Freud. Οι στόχοι της ψυχοδυναμικής θεραπείας είναι η αυτογνωσία και η κατανόηση της επίδρασης του παρελθόντος στην παρούσα συμπεριφορά, ώστε να μειωθούν οι συγκρούσεις να βελτιωθεί η λειτουργία του εγώ. Στη σύντομη μορφή της, μια ψυχοδυναμική προσέγγιση επιτρέπει στον πελάτη να εξετάσει τις ανεπίλυτες συγκρούσεις και τα συμπτώματα που προκύπτουν από τις προηγούμενες δυσλειτουργικές σχέσεις και να εκδηλώνονται στην ανάγκη και στην επιθυμία για κατάχρηση ουσιών (Center for Substance Abuse Treatment., 1999).

Τέλος, η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία είναι η προσπάθεια ενός θεραπευτή με οποιοδήποτε πρακτικό μέσο να βοηθήσει τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τη συναισθηματική τους δυσχέρεια και τα προβλήματα στη ζωή τους. Ο θεραπευτής παρέχει μια συναισθηματική έξοδο, την ευκαιρία στους ασθενείς να εκφραστούν και να είναι οι εαυτοί τους. Επίσης, ο θεραπευτής ενημερώνει τους ασθενείς για την ασθένειά τους και για το πώς να τη διαχειριστούν και πώς να προσαρμοστούν σ' αυτή (Center for Substance Abuse Treatment., 1999).

1.3.2 Είδη ομαδικής ψυχοθεραπείας

Όσον αφορά τα κυριότερα είδη θεραπευτικών ομάδων είναι οι ομάδες αυτοβοήθειας, οι υποστηρικτικές ομάδες, η διαπροσωπική ομαδική ψυχοθεραπεία, οι ομάδες κατάρτισης, το ψυχόδραμα, οι ομάδες ευαισθητοποίησης, οι φαρμακευτικές ομάδες, οι ομάδες συνάντησης ή γνωριμίας και η ομαδική ψυχοθεραπεία νοσηλεύομενων ασθενών (Yalom, 2006).

Στις υποστηρικτικές ομάδες, ο συντονιστής θα πρέπει να εξασφαλίσει ότι τα μέλη της ομάδας έχουν θερμές σχέσεις μεταξύ τους, ενώ το κάθε μέλος δέχεται υποστήριξη από τα άλλα μέλη, αλλά και το ίδιο τα υποστηρίζει. Τέλος, στις υποστηρικτικές ομάδες θα πρέπει να

προστατεύεται η ευαλωτότητα του ασθενή, όταν είναι αναγκαίο, και θα πρέπει η εμπειρία της ομάδας να χρησιμοποιείται θετικά (Σεργέδου, 2012).

Από την άλλη, στις ομάδες αυτοβοήθειας η καθοδήγηση και η οργάνωση τους γίνεται από ασθενείς ή πρώην ασθενείς που έχουν βρει τρόπο να ξεπερνούν τις δυσκολίες τους. Τα μέλη έχουν την ευκαιρία να μιλήσουν για τα προβλήματά τους, να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, αλλά και να λάβουν αμοιβαία υποστήριξη. Οι ομάδες αυτοβοήθειας είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές για καταστάσεις όπως εξάρτηση από αλκοόλ, εξάρτηση από ναρκωτικά και σε καρκινοπαθείς (Σεργέδου, 2012).

Οι φαρμακευτικές ομάδες, οι οποίες χρησιμοποιούνται κυρίως για τη θεραπεία της κατάθλιψης και της διπολικής διαταραχής, έχουν ως στόχο τη αύξηση της συμμόρφωσης στην φαρμακευτική αγωγή μέσα από την αύξηση της γνώσης των ασθενών γύρω από την φαρμακευτική αγωγή, την εκπαίδευση τους γύρω από την ασθένειά τους, την μείωση της απομόνωσης και την βοήθεια της έκφρασης των συναισθημάτων τους (Σεργέδου, 2012).

Στη διαπροσωπική ομαδική ψυχοθεραπεία, όπου αναπτύχθηκε από τον Yalom, η θεραπεία επικεντρώνεται στα προβλήματα που αφορούν τις τρέχουσες σχέσεις και εξετάζει τους τρόπους που αυτά τα προβλήματα αντανάκλουν μέσα στην ομάδα. Η θεραπεία διαιρείται σε τρία στάδια: (α) τα μέλη της ομάδας στηρίζονται στον θεραπευτή, αναζητώντας ειδικές συμβουλές για τα προβλήματά τους, καθώς και για τον τρόπο που θα συμπεριφερθούν μέσα στην ομάδα, (β) τα μέλη αρχίζουν και γνωρίζουν καλύτερα το ένα το άλλο, συζητάνε τα προβλήματά τους και προσπαθούν να βρουν απαντήσεις, ενώ ο θεραπευτής ενθαρρύνει διερευνώντας τα τρέχοντα προβλήματα και τις σχέσεις και (γ) η ομάδα ασχολείται με εναπομείναντα προβλήματα μελών που είχαν την μικρότερη πρόοδο και έδειξαν την μεγαλύτερη εξάρτηση (Mahon and Leszcz, 2017).

Τέλος, στο ψυχόδραμα, η ομάδα διαδραματίζει θεατρικές σκηνές από γεγονότα της ζωής ενός μέλους της ομάδας. Μ' αυτόν τον τρόπο η ομάδα αντανάκλα και καθρεπτίζει τρέχουσες σχέσεις, είτε σχέσεις της οικογένειας που μεγάλωσε το άτομο και έτσι προκαλούνται έντονα συναισθήματα. Μετά το δράμα ακολουθεί συζήτηση (Σεργέδου, 2012).

1.4 Θεραπευτικοί Παράγοντες

Σύμφωνα με τον Yalom, οι θεραπευτικοί παράγοντες αντιπροσωπεύουν τον πυρήνα της θεραπείας και εκτείνονται σ' όλο το φάσμα των ομαδικών θεραπειών (Yalom, 1983). Οι θεραπευτικοί παράγοντες αποτελούν τα στοιχεία που βοηθούν στη βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς και δείχνουν τον τρόπο με τον οποία τα άτομα αλλάζουν κατά την ομαδική θεραπεία (Ντούλα, 2017).

Ο Yalom έχει εντοπίσει 11 θεραπευτικούς παράγοντες:

- **Ενστάλαξη ελπίδας:** Τα μέλη αρχίζουν να αισθάνονται ελπίδα όταν αντιλαμβάνονται ότι άλλα άτομα βιώνουν παρόμοια προβλήματα και ανησυχίες με εκείνα. Η ελπίδα δίνει στα μέλη την αυτοπεποίθηση να συνεχίσουν να προσπαθούν να αντιμετωπίζουν τις ανησυχίες τους.
- **Καθολικότητα:** Τα μέλη συχνά πιστεύουν ότι οι καταστάσεις τους είναι μοναδικές και αισθάνονται μόνοι στους φόβους και τις δυσκολίες τους. Η ομαδική θεραπεία βοηθάει τα μέλη της ομάδας να βελτιωθούν και να ανακουφιστούν από αυτά τα συναισθήματα, καθώς αντιλαμβάνονται ότι μοιράζονται παρόμοια προβλήματα, συναισθήματα και σκέψεις με άλλα άτομα.
- **Μετάδοση πληροφοριών:** Ο θεραπευτής μεταδίδει γνώσεις που ενισχύουν την προσωπική ανάπτυξη των μελών και τα βοηθούν να λύσουν τα προβλήματά τους. Τα μέλη αποκτούν πληροφορίες σχετικά με την ασθένειά τους και την αποκατάστασή τους.
- **Αλτρουισμός:** Τα μέλη αρχίζουν να κατανοούν ότι αποτελούν σημαντικό μέρος της ανάκαμψης των άλλων μελών. Έτσι, τα μέλη προσφέρουν στους άλλους χωρίς να περιμένουν αναγνώριση ή ανταπόδοση και είναι πολύ σημαντικό για τα άτομα που αισθάνονται ότι είναι αβοήθητα.
- **Διορθωτική ανασύσταση της πρωτογενούς ομάδας της οικογένειας:** Τα μέλη βιώνουν την ομάδα ως συγκρίσιμη με τις δικές τους οικογένειες.
- **Ανάπτυξη τεχνικών κοινωνικοποίησης:** τα μέλη κάθε φορά μαθαίνουν μια νέα δεξιότητα και την εξασκούν στην ομάδα. Τα μέλη μαθαίνουν ότι η ομάδα είναι ένα «μέρος» για να είναι μαζί με άλλους, να ακούνε, να μιλάνε με άλλους και να μαθαίνουν τις εντυπώσεις των άλλων γι' αυτούς.

- Μιμητική συμπεριφορά: Οι ομάδες επιτρέπουν στα μέλη να «δοκιμάζουν» συμπεριφορές που έχουν δει σε άλλους. Μπορεί να διαπιστώσουν ότι αυτές οι συμπεριφορές λειτουργούν γι' αυτούς και να τις διατηρήσουν ή να τις απορρίψουν.
- Κάθαρση: απελευθερώνονται καταπιεσμένα συναισθήματα προάγοντας την ανακούφιση και την αυτεπίγνωση. Η κάθαρση δεν μπορεί να οδηγήσει σε μακροπρόθεσμες αλλαγές από μόνη της, αλλά τα μέλη χρειάζεται να την κατανοήσουν και να την επεξεργαστούν, δηλαδή να μιλήσουν για τα έντονα συναισθήματα που βίωσαν και να προσπαθήσουν να κατανοήσουν πώς τα επηρεάζουν στην καθημερινότητά τους.
- Υπαρξιακοί παράγοντες: αφορούν βασικές ανησυχίες, όπως η μοναξιά και ο θάνατος. Για να λειτουργήσουν θεραπευτικά θα πρέπει τα μέλη ή/και ο συντονιστής να τους αναγνωρίσουν και να τους αντιμετωπίσουν
- Διαπροσωπική Μάθηση: επιτυγχάνεται μέσα από την εποικοδομητική ανατροφοδότηση (feedback) που δέχεται ένα μέλος μιας ομάδας. Η ανατροφοδότηση επιτρέπει στο άτομο να αποκτήσει επίγνωση της επίδρασης που έχει η συμπεριφορά του στους άλλους και να πραγματοποιήσει κατάλληλες αλλαγές
- Συνεκτικότητα: κάθε μέλος αισθάνεται έλξη τόσο προς την ομάδα, όσο και προς τα υπόλοιπα μέλη. Τα μέλη καθώς μοιράζονται τις εμπειρίες τους και ανακαλύπτουν ομοιότητες μεταξύ τους, η συνοχή της ομάδας αυξάνεται, αλλά και τα ίδια τα μέλη αισθάνονται πιο άνετα στην ομάδα και σταδιακά εμπιστεύονται, νοιάζονται, ενθαρρύνουν και υποστηρίζουν περισσότερο το ένα το άλλο διαπροσωπική μάθηση. Η συνεκτικότητα είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να λειτουργήσουν οι υπόλοιποι θεραπευτικοί παράγοντες και σχετίζεται με την παραμονή των μελών στην ομάδα, με περισσότερη αυτοαποκάλυψη των μελών, με μεγαλύτερη ανάπτυξη της ομάδας, και με μεγαλύτερη ψυχική ανακούφιση (Yalom, 2006; Gallon and Bryan, 2004).

Διαφορετικές ομάδες τονίζουν διαφορετικές δέσμες αυτών των θεραπευτικών παραγόντων (Yalom, 2006). Επίσης, σε μία πρόσφατη μελέτη βρέθηκε ότι οι παράγοντες του Yalom δεν έχουν ίση σημασία για τους ασθενείς και τους θεραπευτές. Η συνεκτικότητα και η καθολικότητα αποδείχτηκαν ως τα πιο σημαντικά στην εμπειρία της ομάδας (Vlastelica et al., 2001).

1.5 Ανάπτυξη Ομάδας

Οι ομάδες θεραπείας για να είναι αποτελεσματικές πρέπει να παρουσιάζουν ορισμένα υγιή χαρακτηριστικά. Αρχικά η ομάδα θα πρέπει να θέσει σαφείς στόχους για τα μέλη και να προσδιορίσει βασικούς κανόνες, όπως η διατήρηση της εμπιστοσύνης, η έγκαιρη συμμετοχή, η συμμετοχή όλων, η λήψη αποφάσεων ως ομάδα και ο σεβασμός των ατόμων που παίρνουν ρίσκα. Η τήρηση των κανόνων αυξάνει την εμπιστοσύνη και την ευαισθησία και ταυτόχρονα προωθεί μια ατμόσφαιρα που ευνοεί την ακρόαση και τη μάθηση μεταξύ των μελών. Αυτά τα χαρακτηριστικά προωθούν την ανάπτυξη της συνοχής της ομάδας, την αφοσίωση στην ομάδα και το αίσθημα του ανήκειν. Με σωστή καθοδήγηση και υποστήριξη, κάθε ομάδα μπορεί βαθμιαία να αποκτήσει αυτά τα χαρακτηριστικά με την πάροδο του χρόνου.

Η συνοχή διευκολύνει τη δέσμευση των μελών να παραμείνουν στην ομαδική θεραπεία. Οι θεραπευτές των ομαδικών θεραπειών επιδιώκουν τη συνοχή με τους εξής τρόπους:

- αφιερώνοντας χρόνο στην προετοιμασία της ομάδας,
- αντιμετωπίζοντας την πρώιμη δυσφορία για την ομάδα,
- ενθαρρύνοντας την αλληλεπίδραση μεταξύ μελών,
- διαμορφώνοντας τη κατάλληλη συμπεριφορά και
- καθορίζοντας πρότυπα ομάδων χωρίς υπερβολική κατεύθυνση (Gallon and Bryan, 2004).

1.6 Πλεονεκτήματα – Μειονεκτήματα Ομαδικής Ψυχοθεραπείας

Η ομαδική θεραπεία προσφέρει πολλά οφέλη στα άτομα. Αρχικά, τα άτομα αρχίζουν να καταλαβαίνουν ότι δεν είναι μόνοι στα ζητήματά τους, αλλά και άλλοι άνθρωποι έχουν παρόμοια προβλήματα και αγωνίες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη μιας αίσθησης ταυτότητας, της ανιδιοτέλειας και της απελευθέρωσης της έντασης και του στρες. Ταυτόχρονα, τα άτομα στην ομαδική θεραπεία έχουν λιγότερες επιφυλάξεις για να συζητήσουν τα προβλήματά τους με άλλους, επειδή μπορούν να ταυτιστούν με τα μέλη της ομάδας. Τα άτομα ακούγοντας τους άλλους που έχουν παρόμοια προβλήματα αναπτύσσουν διορατικότητα στα δικά τους θέματα και μεγαλύτερη αυτογνωσία. Παράλληλα, μεταξύ του θεραπευτή και θεραπευόμενου δημιουργείται δεσμός, όπου είναι ιδιαίτερα σημαντικός καθώς οδηγεί σε θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα (Gallon and Bryan, 2004). Σύμφωνα με τον Yalom, η θεραπευτική συμμαχία στην ομαδική θεραπεία είναι ευρύτερη από τη συμμαχία που

συμβαίνει στην ατομική θεραπεία. Ένα άλλο όφελος της ομαδικής θεραπείας είναι η αλληλοϋποστήριξη καθώς ασθενής λαμβάνει υποστήριξη από τους άλλους ασθενείς που συμμετέχουν στην ομάδα, αλλά και ταυτόχρονα παρέχει ο ίδιος υποστήριξη σ' αυτούς. Η λήψη και η παροχή υποστήριξης αναπτύσσει μια ευρύτερη θεραπευτική συμμαχία και μια κοινή αίσθηση στόχων που προάγει τη βελτίωση. Η ύπαρξη σε μια ομάδα ενθαρρύνει την ανάπτυξη των επικοινωνιακών ικανοτήτων, των κοινωνικών δεξιοτήτων και έχει ως αποτέλεσμα τα άτομα να μπορούν να μάθουν να δέχονται κριτική από τους άλλους (Roback, 2000; Lee, 2017).

Ωστόσο, η ομαδική ψυχοθεραπεία πέρα από τα σημαντικά πλεονεκτήματα που έχει, παρουσιάζει μερικά μειονεκτήματα. Πρώτα απ' όλα η προσοχή του θεραπευτή είναι στραμμένη σε όλα τα μέλη της ομάδας, συνεπώς τα άτομα δεν λαμβάνουν εξατομικευμένη θεραπεία και ορισμένα άτομα μπορούν να αναλάβουν δυσανάλογα μεγάλο χρονικό διάστημα με τα δικά τους θέματα (Gallon and Bryan, 2004). Παράλληλα, υπάρχει ο κίνδυνος να διαδοθούν εμπιστευτικά ζητήματα ενός μέλους της ομάδας από άλλα μέλη της σε άτομα που δεν είναι μέλη της ομάδας. Αν και συνεχώς τονίζεται ότι τα θέματα που συζητούνται στην ομάδα πρέπει να παραμείνουν στην ομάδα, δεν υπάρχει καμία εγγύηση ότι ορισμένα άτομα θα τηρήσουν αυτήν την εμπιστευτικότητα. Παράλληλα, όσο μεγαλύτερη είναι η ομάδα ανθρώπων, τόσο πιο πιθανό είναι να υπάρξουν συγκρούσεις προσωπικότητας μεταξύ των μελών της ομάδας (Roback, 2000; Lee, 2017).

Άλλη μία σημαντική πρόκληση που πρέπει να αντιμετωπίσει ο θεραπευτής είναι ότι οι ασθενείς δυσκολεύονται συχνά να διακρίνουν την ταύτιση ανάμεσα στους στόχους της ομάδας (όπως η ακεραιότητα της ομάδας, η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης, και ο εστιασμός στην αντιπαράθεση και αλληλεπίδραση των μελών) και τους ατομικούς στόχους (ανακούφιση του πόνου). Τέλος, η ομαδική θεραπεία, σε αντίθεση με την ατομική, συχνά δεν προσφέρει άμεση ανακούφιση. Οι ασθενείς μπορεί να αποθαρρυνθούν στη διάρκεια των πρώτων συναντήσεων γιατί δεν έχουν αρκετό χρόνο στη διάθεση τους. Το άγχος τους μπορεί να επιταθεί λόγω της άμεσης επαφής και αλληλεπίδρασης με τα άλλα μέλη (Σεργέδου, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Η ομαδική θεραπεία είναι ένα σημαντικό μέρος των θεραπευτικών εμπειριών των ενδονοσοκομειακών ασθενών. Οι ομάδες μπορούν να οργανωθούν με πολλούς τρόπους σε μια αίθουσα. Οι στόχοι κάθε ομάδας ποικίλλουν, αλλά όλες έχουν ένα κοινό σκοπό να αυξήσουν την ευαισθητοποίηση των ασθενών μέσω της αλληλεπίδρασης με άλλα μέλη της ομάδας που παρέχουν ανατροφοδότηση σχετικά με τη συμπεριφορά τους, να παρέχουν στους ασθενείς βελτιωμένες διαπροσωπικές κοινωνικές δεξιότητες και να μειώνουν την απομόνωση (Kanas, 2005).

2.1 Στόχοι Ομαδικής Ψυχοθεραπείας σε Ψυχιατρικούς Νοσηλευόμενους Ασθενείς – Καθορισμός Στόχων

Μία από τις κυριότερες αρμοδιότητες των θεραπειών είναι να καθορίσουν με σαφήνεια τους στόχους της ομάδας, οι οποίοι πρέπει να είναι σαφείς τόσο για το θεραπευτή, όσο και για ασθενείς. Συχνά, οι θεραπευτές με μικρή εμπειρία αρχίζουν μια ομάδα χωρίς να σκέφτονται το μοντέλο, τη μορφή και το τι προσπαθεί να επιτύχει η ομάδα, ελπίζοντας ότι όταν οι ασθενείς θα συναντηθούν, θα μπορούν να μιλάνε για τα συναισθήματά τους ή θα βρίσκουν θέματα να συζητήσουν. Μια τέτοια ομάδα, όμως, μπορεί να διαλυθεί γρήγορα και να δημιουργηθούν αισθήματα αποτυχίας. Οι στόχοι της ομάδας πρέπει να είναι περιορισμένοι, εφικτοί και προσαρμοσμένοι στην ικανότητα και το δυναμικό των μελών της ομάδας. Μια ομάδα πρέπει να προσφέρει μια θετική εμπειρία για τους ασθενείς, ώστε να θέλουν να ξανά παρακολουθήσουν την ομάδα. Για κάποιους, στόχος της ομάδας, μπορεί να είναι μόνο οι ασθενείς να παρακολουθήσουν μια ομάδα και να ακούσουν τους άλλους για 45 λεπτά. Αξίζει να σημειωθεί ότι εναπόκειται στο διαμεσολαβητή να διασφαλιστεί ότι κάθε συμμετοχή, ανεξάρτητα από το πόσο μικρή, είναι ευπρόσδεκτη και οι ασθενείς συνδέουν την ολοκλήρωση κάθε συνεδρίασης της ομάδας με αισθήματα επιτυχίας και αποτυχίας (Hajek, 2006).

Η θεραπεία σε ομάδες μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να εμπλακεί σε θεραπευτική διαδικασία και να τον θέσει κύριο φορέα βελτίωσης του θεραπευτικού περιβάλλοντος στο τμήμα. Σε πολλά οξεία ενδονοσοκομειακά τμήματα το θεραπευτικό περιβάλλον «υποφέρει» από την ανάληψη άλλων προτεραιοτήτων, όπως αντιμετώπιση κρίσεων, στενές επιτηρήσεις,

αξιολογήσεις για την εκτίμηση κινδύνου, καταγραφή δραστηριοτήτων, διοικητικά καθήκοντα κ.λπ. Μερικά τμήματα μπορεί να φαίνονται χαοτικά. Οι ασθενείς μπορεί να αισθάνονται ότι δεν ακούγονται ούτε κατανοούνται. Μπορεί να αισθάνονται ότι το προσωπικό έχει άλλα πιο σημαντικά πράγματα από το να μιλάει μαζί του. Μπορεί να μην υπάρχει καμία δομή για την ημέρα και οι ασθενείς περνούν το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου να κάθονται και να περιμένουν τα λίγα δομημένα γεγονότα, όπως οι ιατρικές επισκέψεις, η συνάντηση με τον γιατρό τους, η έξοδος από τον θάλαμο κλπ. Οι κύριες αρχές του θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι η Δομή, Συμμετοχή, Περιορισμός και Υποστήριξη. Όλα αυτά μπορούν να επιτευχθούν με τη λειτουργία μιας καλά δομημένης και καλά λειτουργούσας ομάδας (Gallon and Bryan, 2004).

Στόχος της ομαδικής ψυχοθεραπείας ενδονοσοκομειακών ασθενών δεν είναι να εξαλειφθούν όλα τα συμπτώματα των μελών, αλλά να βοηθηθούν οι ασθενείς στο να στραφούν σε πιο προσαρμοστικούς τρόπους σκέψης και συμπεριφοράς (Lee, 2017). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι στόχοι της ομαδικής ενδονοσοκομειακής θεραπείας δε ταυτίζεται με τους στόχους της οξείας νοσηλείας στο νοσοκομείο (Lee, 2017). Ο Yalom προτείνει τέσσερις θεραπευτικούς στόχους στην οξεία φροντίδα: 1) συμμετοχή του ασθενή στην άμεση και μελλοντική θεραπεία, 2) απόδειξη ότι το να μιλάς βοηθάει, 3) εντοπισμός και επεξεργασία των διαπροσωπικών προβλημάτων και 4) μείωση του άγχους σχετιζόμενου με το νοσοκομείο (Yalom, 2006). Στη βιβλιογραφία αναφέρονται και άλλοι στόχοι, όπως η μείωση της απομόνωσης και η παροχή εμπειρίας στην καθολικότητα, καθώς και της παροχής βοήθειας σε άλλους (Gallon and Bryan, 2004).

Αναλυτικότερα, η συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία δίνει στον ασθενή την ευκαιρία να μιλήσει για τα προσωπικά του θέματα, τη θεραπεία και τις δυσκολίες του, να πάρει ανατροφοδότηση από άλλα μέλη της ομάδας και από τον διευθυντή της ομάδας. Αυτό επιτρέπει στους ασθενείς να γίνουν πιο ενεργοί συμμετέχοντες στη θεραπεία τους. Από την άλλη, η ομαδική ενδονοσοκομειακή ψυχοθεραπεία βοηθάει στη μείωση της απομόνωσης των ασθενών, καθώς οι ασθενείς που είναι συνήθως απομονωμένοι θα συμμετάσχουν στη συζήτηση και θα ανταλλάξουν τις ιδέες τους. Η συμμετοχή στην ομάδα βοηθά τους ασθενείς να σχηματίσουν σχέσεις και κοινωνικά δίκτυα σε ένα περιβάλλον που διαφορετικά μπορεί να είναι απρόσωπο και αποξενωμένο. Παράλληλα, η ομαδική θεραπεία βοηθάει στη μείωση του άγχους που συνδέεται με τη νοσηλεία. Πολλοί ασθενείς αισθάνονται ανήσυχτοι για το γεγονός ότι βρίσκονται στο νοσοκομείο. Για κάποιους μπορεί να είναι η πρώτη τους εισαγωγή και

φοβούνται το νέο περιβάλλον και την ύπαρξή τους σε ψυχικά ασθενείς. Πολλοί ασθενείς θα παραμείνουν στο νοσοκομείο ακούσια και θα αντιληφθούν την παραμονή τους ως καταναγκαστική τιμωρία. Η ομάδα μπορεί να προσφέρει μια διέξοδο για τη συζήτηση τέτοιων συναισθημάτων και μπορεί να βελτιώσει ουσιαστικά τέτοιες ανησυχίες και φόβους. Τέλος, μεταξύ του αριθμού των διαφορετικών θεραπευτικών παραγόντων που υπάρχουν σε ομάδες, η συνειδητοποίηση ότι άλλοι άνθρωποι έχουν παρόμοιες εμπειρίες και ότι είναι χρήσιμοι για τους άλλους, μπορεί να διαδραματίσει ειδικό ρόλο σε αυτό το συγκεκριμένο περιβάλλον. Η ικανότητά να προσφέρουν βοήθεια σε κάποιον άλλον είναι συνήθως πολύ ικανοποιητική και οι ομαδικές συνεδρίες μπορούν να προσανατολιστούν ειδικά στην παροχή τέτοιας εμπειρίας (Gallon and Bryan, 2004).

2.2 Κλινικό Πλαίσιο

Το κλινικό πλαίσιο της ομαδικής ψυχοθεραπείας ενδονοσοκομειακών ψυχιατρικών ασθενών διαφέρει σημαντικά από αυτό των ομαδικών θεραπειών που πραγματοποιούνται εκτός νοσοκομείου ή σε εξωτερικούς ασθενείς. Καταρχάς, μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει ο θεραπευτής σε ένα νοσοκομείο είναι ότι η ομάδα του δεν μπορεί να είναι μια ανεξάρτητη οντότητα, δεν μπορεί να έρχεται απευθείας σε επαφή – συναλλαγή με τα υποψήφια μέλη. Παράλληλα, ό,τι συμβαίνει στην μικρή ομάδα που συντονίζει, αλληλεξαρτάται πλήρως από το κλίμα που διέπει την μεγάλη νοσοκομειακή ομάδα, δηλ. τη ψυχιατρική κλινική. Η ομαδική ψυχοθεραπεία πρέπει να υποστηρίζεται και να διευκολύνεται από όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας της ψυχιατρικής κλινικής και να μην υπομονεύεται, όπως για παράδειγμα να προγραμματίζονται οι ιατρικές επισκέψεις ή ιατρικές εξετάσεις την ώρα των συνεδριών της ομαδικής ψυχοθεραπείας, ή να υπάρχουν συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας για το ποιος μπορεί να ασκήσει ή ασκεί καλύτερα τη συνεδρία (Yalom, 2006).

Ωστόσο, πέρα από τα προβλήματα που προαναφέρθηκαν και πρέπει να εξαλειφονται, οι θεραπευτές της ομαδικής ψυχοθεραπείας νοσηλευόμενων ασθενών, έχουν να αντιμετωπίσουν δύο ιδιαίτερα σημαντικά ενδογενή προβλήματα: τη γρήγορη εναλλαγή ασθενών στα τμήματα νοσηλείας και την ετερογένεια της ψυχοπαθολογίας. Η διάρκεια νοσηλείας στα ψυχιατρικά νοσοκομεία έχει μικρύνει πάρα πολύ και συνήθως διαρκεί από λίγες ημέρες έως το πολύ μία με δύο εβδομάδες. Αυτό όμως σημαίνει ότι η σύσταση της ομάδας είναι πολύ ασταθής. Παράλληλα, συνήθως, σε ένα δημόσιο νοσοκομείο συναντάται ένα μεγάλο φάσμα της

ψυχοπαθολογίας: οξεία σχιζοφρενική ψύχωση, μείζονες συναισθηματικές διαταραχές, αποσταθεροποιημένες οριακές καταστάσεις, κατάχρηση ουσιών, διαταραχές διατροφής, μετατραυματικό στρές κ.τ.λ. Αυτές οι δύο ενδογενείς συνθήκες, έχουν ως αποτέλεσμα την τροποποίηση της θεραπευτικής τεχνικής.

Αρχικά, ο θεραπευτής συνήθως δεν έχει τον χρόνο να δει τον ασθενή πριν την ένταξη του στην ομάδα. Σχεδόν πάντα κάποιος αποχωρεί και δεν υπάρχει αρκετός καιρός για να δημιουργηθεί συνοχή στην ομάδα. Από την άλλη, τα όρια της ομάδας είναι ασαφή, οι ασθενείς περνούν όλη την ημέρα τους μαζί, και ο κανόνας της εχεμύθειας δεν μπορεί να λειτουργήσει. Επίσης, ο ρόλος του ομαδικού θεραπευτή είναι πολύ σύνθετος διότι συνήθως εμπλέκεται με τους ασθενείς κατά την διάρκεια της ημέρας, ή λόγω κυλιόμενου ωραρίου να μην μπορεί να είναι σε πολλές συναντήσεις,

2.3 Κριτήρια Επιλογής Ασθενών

Στην ομαδική θεραπεία, η αλληλεπίδραση των μελών της ομάδας προσφέρει δυνατότητες αλλαγής και ανάπτυξης. Αν και οι ασθενείς που συμμετέχουν στην ομαδική ψυχοθεραπεία επωφελούνται από τη θεραπεία, αυτή η ωφέλεια εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την προσεκτική επιλογή και προετοιμασία τους. Η ομαδική θεραπεία φαίνεται να είναι πολύ χρήσιμη για ασθενείς των οποίων τα προβλήματα είναι κυρίως σε σχέσεις με άλλους ανθρώπους. Οι πιο αναμενόμενοι υποψήφιοι για ομαδική θεραπεία έχουν διαπροσωπικό πρόβλημά, δεσμεύονται να φέρουν αλλαγή στη σχέση, είναι πρόθυμοι να επηρεαστούν από την ομάδα και να συμμετάσχουν σε κατάλληλη αποκάλυψη του εαυτού τους. Ωστόσο, από την ομαδική θεραπεία μπορούν να επωφεληθούν και ασθενείς χωρίς να έχουν πρωτογενείς διαπροσωπικές δυσκολίες.

Στους ασθενείς πρέπει να προσφέρεται μια ομάδα που ταιριάζει καλύτερα στο πρόβλημά τους και πρέπει να εξακριβωθεί κατά πόσον ο ασθενής είναι κατάλληλος για ομαδική θεραπεία ή όχι. Γι' αυτό ένας θεραπευτής χρειάζεται πολλές πληροφορίες για την επιλογή των ασθενών. Αυτές οι πληροφορίες μπορούν να προέλθουν μέσα από μια συνέντευξη διαλογής, το ψυχιατρικό ιστορικό και την εξέταση της διανοητικής κατάστασης. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού στην ομαδική θεραπεία.

Τα κριτήρια ένταξης είναι:

- Δυνατότητα προσαρμογής στους κανόνες της ομάδας
- Τα προβλήματα των μελών να είναι ανάλογα με των άλλων μελών και σύμφωνα με τους στόχους της ομάδας
- Κίνητρο για αλλαγή

Τα κριτήρια αποκλεισμού είναι:

- Αδυναμία συμμόρφωσης με τους κανόνες της ομάδας
- Αδυναμία ανοχής του ομαδικού πλαισίου
- Σοβαρή δυσανεξία με ένα ή περισσότερα από τα άλλα μέλη
- Τάση να έχει αποκλίνοντα ρόλο (Gallon and Bryan, 2004).

2.4 Σύνθεση Ομάδων Νοσηλευόμενων Ασθενών

Σύμφωνα με τον Yalom (1983), τα ψυχιατρικά τμήματα χρησιμοποιούν 2 βασικά μοντέλα για τη σύνθεση των ομάδων: το μοντέλο του επιπέδου και το μοντέλο του ομίλου. Κατά το πρώτο μοντέλο, το μοντέλο του επιπέδου, οι ασθενείς με σχετικά καλή λειτουργικότητα τοποθετούνται σε μια ομάδα «υψηλότερου επιπέδου», ενώ οι σοβαρά άρρωστοι ψυχωτικοί ασθενείς σε μια ομάδα «χαμηλότερου επιπέδου». Από την άλλη, κατά το μοντέλο του ομίλου, το ψυχιατρικό τμήμα χωρίζεται σε δύο ή τρεις ομίλους, όπου σ' έναν μπαίνουν, εκ περιτροπής, όλοι οι νεοεισαχθέντες ασθενείς. Όλοι οι ασθενείς που ανήκουν σ' έναν όμιλο αποτελούν μία μικρή θεραπευτική ομάδα. Ωστόσο, η θεραπευτική ομάδα στο μοντέλο του ομίλου είναι ετερογενής και σε κάθε δεδομένη στιγμή περιλαμβάνει ασθενείς που βρίσκονται σ' όλα τα επίπεδα της λειτουργικότητας (Yalom, 1983).

Ως προς το μέγεθος, οι ομάδες στην ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι μικρές από 3 έως 15 μέλη. Οι ομάδες πρέπει να είναι ισορροπημένες ως προς την ηλικία, το φύλο και το είδος των ψυχικών συγκρούσεων των μελών της, ώστε να υπάρχει και ποικιλία, αλλά και έλλειψη ακραίων καταστάσεων και διαφορών.

Επίσης, οι ομάδες μπορούν να διακριθούν σε ετερογενείς, δηλαδή οι ομάδες αποτελούνται με ασθενείς διαφορετικών διαγνωστικών, διαφορετικών φυλών, με διαπολιτισμικές διαφορές ή ηλικιακές διαφορές ή διαφορές στο κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο, και σε ομογενείς ομάδες όταν οι ασθενείς παρουσιάζουν παρόμοια προβλήματα όπως ουσιοεξάρτηση,

καταθλιπτική συμπτωματολογία, καρκινοπαθείς.. Πολλοί θεραπευτές ισχυρίζονται ότι στις ετερογενείς ομάδες η εμπλοκή των μελών είναι μεγαλύτερη και πιο έντονη και αυτό βοηθάει στην επανεκτίμηση των προσωπικών θεωριών των μελών. Οι ομοιογενείς ομάδες αρμόζουν περισσότερο σε παιδιά και εφήβους.

Παράλληλα, οι ομάδες διακρίνονται σε κλειστές, ανοιχτές και κυλιόμενες. Οι κλειστές ομάδες ξεκινάνε και τελειώνουν με τα ίδια μέλη. Οι ανοιχτές ομάδες επιτρέπουν τον τερματισμό των μελών τους σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και την αντικατάστασή τους από νέα μέλη. Οι κυλιόμενες πάλι ομάδες αφορούν ομάδες ομαδικής θεραπείας ή εποπτείας, στις οποίες, όταν κάποιος ολοκληρώνει έναν κύκλο συμμετοχής, αποχωρεί, μετά μια ορισμένη διαδικασία και τη θέση του καταλαμβάνει κάποιος άλλος (Leszcz, 2008).

2.5 Μοντέλα Ομαδικής Ψυχοθεραπείας σε Νοσηλευόμενους Ασθενείς

Τα κυριότερα μοντέλα ομαδικής ψυχοθεραπείας σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς είναι:

- Μοντέλο ανάπτυξης δεξιοτήτων: Περιλαμβάνει εκπαιδευτικό μοντέλο, μοντέλο επίλυσης προβλημάτων, μοντέλο κοινωνικών δεξιοτήτων
- Μοντέλο κοινωνικών δεξιοτήτων: Το μοντέλο αυτό στοχεύει στην απόκτηση διαπροσωπικών δεξιοτήτων μέσα από την διαίρεση κάθε δεξιότητας σε πολλαπλά συμπεριφοριστικά κομμάτια
- Εκπαιδευτικό Μοντέλο: Σ' αυτό το μοντέλο συζητούνται τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν νοσηλευόμενοι, μαθαίνουν γύρω από τη νόσο τους, εκπαιδεύονται να αναγνωρίζουν τις προϋποθέσεις που οδηγούν σε έξαρση των συμπτωμάτων, τις στρατηγικές αντιμετώπισης μιας υποτροπής.
- Μοντέλο αντιμετώπισης προβλημάτων: Στόχος του μοντέλου είναι να βοηθήσει τα μέλη στην απόκτηση δεξιοτήτων σχετικά με την επίλυση διαπροσωπικών προβλημάτων και δυσκολιών που αντιμετωπίζουν.
- Διαπροσωπικό μοντέλο: Σ' αυτό το μοντέλο δίνεται έμφαση στην κοινωνική απομόνωση των νοσηλευομένων, καθώς και στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν όταν συναναστρέφονται με άλλους ανθρώπους (Radcliffe, 2016).

2.6 Διαφορές Ομαδικής Ψυχοθεραπείας σε Ενδονοσοκομειακούς και Εξωτερικούς Ασθενείς

Οι ομάδες των εξωτερικών ασθενών αποτελούνται συνήθως από έξι έως δέκα μέλη που συναντώνται τακτικά για μια περίοδο εβδομάδων ή μηνών. Κάθε μέλος έχει μια σταθερή ιδιότητα και υπάρχει επαρκής χρόνος για να γνωριστούν τα μέλη καλά μεταξύ τους. Τα μέλη της ομάδας εξωτερικών ασθενών δεν έχουν οξεία νόσο και συνήθως λειτουργούν αρκετά καλά στον εξωτερικό κόσμο.

Από την άλλη, οι ομάδες των νοσηλευόμενων ασθενών έχουν πολύ μεγάλη εναλλαγή ασθενών (μερικοί ασθενείς μπορούν να νοσηλευτούν για μερικές μόνο ημέρες, ενώ άλλοι μπορούν να νοσηλευτούν για αρκετούς μήνες). Μερικοί ασθενείς μπορεί να παρακολουθήσουν μόνο μία ή δύο ομαδικές συνεδρίες, ενώ άλλοι μπορεί να παρακολουθήσουν έξι ή επτά. Οι ασθενείς πάσχουν από οξεία ψυχική νόσο και έχουν μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων. Μερικοί ασθενείς μπορεί να είναι ανήσυχοι ή ύποπτοι για να παρακολουθήσουν την ομάδα. Το οξύ ψυχιατρικό τμήμα είναι ένα τελείως διαφορετικό κλινικό περιβάλλον και απαιτεί ριζική τροποποίηση των θεραπευτικών στόχων και τεχνικών (Gallon and Bryan, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ομαδική ψυχοθεραπεία στους ενδονοσοκομειακούς ψυχιατρικούς ασθενείς φαίνεται να επιδρά σημαντικά στην ψυχολογία και στη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών, στην ικανοποίηση, στη συμμόρφωση στην αγωγή καθώς και στην επανεισαγωγή των ασθενών.

3.1 Επίδραση της γνωστικής ομαδικής ψυχοθεραπείας στα συμπτώματα νοσηλευόμενων ψυχιατρικών ασθενών

Στη μελέτη των Veltro et al (2006) εξέτασαν την αποτελεσματικότητα της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας σε μία ψυχιατρική κλινική σε ένα γενικό νοσοκομείο. Ένα χρόνο μετά την εφαρμογή της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας το ποσοστό επανεισαγωγών μειώθηκε από 38% σε 27%, ενώ το δεύτερο χρόνο το ποσοστό επανεισαγωγών ήταν 24% ($p=0,04$). Παράλληλα, η ικανοποίηση των ασθενών αυξήθηκε σημαντικά το δεύτερο χρόνο εφαρμογής της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας σε σχέση με τον πρώτο χρόνο εφαρμογής και την περίοδο πριν την εφαρμογής της ($p<0,01$) (Veltro et al., 2006).

Οι Costa et al (2011) αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας σε ένα δείγμα 37 ασθενών με διπολική διαταραχή τύπου I και τύπου II. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες και έλαβαν είτε γνωστική συμπεριφορική θεραπεία με φαρμακοθεραπεία είτε μόνο φαρμακοθεραπεία. Οι ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς παρουσίασαν σημαντικά λιγότερα συμπτώματα μανίας, κατάθλιψης και άγχους, καθώς και λιγότερα και μικρότερα επεισόδια αλλαγής της διάθεσης (Costa et al., 2011).

Στη μελέτη των Page και Hooke (2012) η εφαρμογή της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας σε 300 ασθενείς με κατάθλιψη που νοσηλεύονταν σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική βελτίωση της κατάθλιψης. Η μέση βαθμολογία της κλίμακας BDI πριν την θεραπεία ήταν 30,3, ενώ μετά τη θεραπεία 12,2 ($p=0,003$) (Page and Hooke, 2012).

Επίσης, οι Thimm and Andonsen (2014) διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας σε ένα δείγμα 88 ασθενών με κατάθλιψη που νοσηλεύονταν σε

νοσοκομείο της Νορβηγίας. Η μέση βαθμολογία της κλίμακας Depression Depression Inventory (BDI-II) μειώθηκε από 28,5, πριν τη θεραπεία, σε 18,5, μετά τη θεραπεία (Thimm and Antonsen, 2014).

3.2 Επίδραση της μουσικοθεραπείας στα συμπτώματα νοσηλευόμενων ψυχιατρικών ασθενών

Οι Ulrich et al. (2007) αξιολόγησαν την επίδραση της ομαδικής μουσικοθεραπείας σε σχιζοφρενείς ασθενείς που νοσηλεύονταν σε οξεία ψυχιατρική κλινική. Τριάντα επτά ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα παρέμβασης (21 ασθενείς) ή στην ομάδα ελέγχου (16 ασθενείς). Εκτός από την τυπική φροντίδα, η ομάδα παρέμβασης έλαβε ομαδική μουσικοθεραπεία, όπου αποτελούνταν από 7,5 συνεδρίες σε διάστημα πέντε εβδομάδων. Κάθε συνεδρία διαρκούσε 45 λεπτά. Οι ασθενείς που έλαβαν ομαδική μουσικοθεραπεία πέντε εβδομάδων είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση της διαπροσωπικής επαφής όπως μετρήθηκε από τους ασθενείς ($p = 0,03$), και σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση των αρνητικών συμπτωμάτων σε σύγκριση με τους ασθενείς που έλαβαν τη συνήθη φροντίδα (Ulrich et al., 2007).

Στην μελέτη των Peng et al (2010) διερευνήθηκε η επίδραση της ομαδικής μουσικοθεραπείας πρόσθετα της συνήθους φροντίδας σε ασθενείς με οξεία σχιζοφρένεια. Το δείγμα αποτέλεσαν 67 ασθενείς που εισήχθησαν σε οξεία ψυχιατρική κλινική στο Ταιβάν και έλαβαν είτε ομαδική θεραπεία και συνήθους φροντίδα (32 ασθενείς) είτε μόνο συνήθους φροντίδα. Η ομαδική μουσικοθεραπεία ήταν ένα πρόγραμμα διάρκειας δύο εβδομάδων, το οποίο περιελάμβανε δεκαέξι συνεδρίες 50 λεπτών. Οι ασθενείς που έλαβαν ομαδική μουσικοθεραπεία και συνήθη φροντίδα για την οξεία σχιζοφρένεια είχαν σημαντική μείωση της σοβαρότητας της νόσου σε σύγκριση με εκείνους της ομάδας ελέγχου. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που έλαβαν ομαδική μουσικοθεραπεία βελτίωσαν τα συμπτώματα που σχετίζονται με την ανησυχία, την εννοιολογική αποδιοργάνωση, την παραισθησιολογική συμπεριφορά, την έλλειψη συνεργασίας και το επίπεδο συναίσθημα (Peng et al., 2010).

Σε μία τυχαιοποιημένη πιλοτική μελέτη των Deatrigh et al (2016), 32 ασθενείς που νοσηλεύονταν σε μία ψυχιατρική κλινική τυχαιοποιήθηκαν για να λάβουν είτε ομαδική μουσικοθεραπεία είτε τη συνήθη θεραπεία. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι ασθενείς που έλαβαν μουσικοθεραπεία παρουσίασαν μεγαλύτερη βελτίωση της ποιότητας ζωής, της κατάθλιψης και της διάθεσης των ασθενών (Deatrigh et al., 2016).

3.3 Επίδραση της ομαδικής ψυχοεκπαίδευσης στα συμπτώματα νοσηλευόμενων ψυχιατρικών ασθενών

Οι Aho-Mustonen et al (2011) εξέτασαν την επίδραση της ομαδικής ψυχοεκπαίδευσης σε μακροχρόνιους ασθενείς με σχιζοφρένεια που νοσηλεύονταν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο της Φιλανδίας. Τριάντα εννέα ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν για να λάβουν είτε το πρόγραμμα ομαδικής ψυχοεκπαίδευσης επιπλέον της συνήθους θεραπείας (19 ασθενείς), ή μόνο τη συνήθη φροντίδα (20 ασθενείς). Η παρέμβαση περιελάμβανε 8 ομαδικές συνεδρίες, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν εβδομαδιαίως και διηρκούσαν 45 με 60 λεπτά η κάθε μια. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν για τρεις μήνες μετά τη θεραπεία. Όσον αφορά τα αποτελέσματα της μελέτης, οι ασθενείς που παρακολούθησαν το πρόγραμμα ομαδικής ψυχοεκπαίδευσης είχαν σημαντικά καλύτερη κατανόηση της ασθένειας 3 μήνες μετά τη θεραπεία ($p = 0,04$) και βελτιωμένη αυτοεκτίμηση αμέσως μετά τη θεραπεία ($p = 0,03$) σε σχέση με εκείνους που έλαβαν μόνο τη συνήθη θεραπεία. Ωστόσο, δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και ελέγχου όσον αφορά την εικόνα των ασθενών σχετικά με την ασθένεια αμέσως μετά τη θεραπεία, την αλλαγή των κλινικών συμπτωμάτων και την ποιότητα ζωής μετά την θεραπεία ή 3 μήνες μετά τη θεραπεία. Επίσης, δε πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις που μετρούσαν τη διαφορά πριν και μετά τη θεραπεία (Aho-Mustonen et al., 2011).

3.4 Επίδραση της ομαδικής διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας στα συμπτώματα νοσηλευόμενων ψυχιατρικών ασθενών

Οι Schramm et al (2007) πραγματοποίησαν μια τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη με σκοπό να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα της ομαδικής διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας έναντι της φαρμακοθεραπείας και εντατικής κλινικής διαχείρισης σε 124 ενδονοσοκομειακούς ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Οι ασθενείς που έλαβαν διαπροσωπική ψυχοθεραπεία είχαν σημαντικά μεγαλύτερη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων την 5^η εβδομάδα θεραπείας. Οι ασθενείς που ανταποκρίθηκαν αρχικά στη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία εμφάνισαν μεγαλύτερα οφέλη στη θεραπεία κατά την τριμηνιαία παρακολούθηση, καθώς μόνο το 3% αυτών των ασθενών υποτροπίασαν, σε σύγκριση εκείνους που έλαβαν φαρμακοθεραπεία και εντατική κλινική διαχείριση που ήταν 25%. Ωστόσο, 9 μήνες αργότερα, αυτή η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική (Schramm et al., 2007).

Οι Radcliffe και Bird (2016), πραγματοποίησαν μία ποιοτική μελέτη, με ομάδες εστίασης, για να περιγράψουν τις εμπειρίες των ενδονοσοκομειακών ασθενών από τη συμμετοχή τους σε ομάδες επίλυσης προβλημάτων και διαπροσωπικές ομάδες. Και οι δύο μορφές ομάδας δημιούργησαν υψηλές βαθμολογίες ικανοποίησης (Radcliffe and Bird, 2016).

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας ομαδικής νοσηλείας υπολογίστηκε σε μια μετα-ανάλυση 24 ελεγχόμενων και 46 μελετών με προ-, μετα- μετρήσεις που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 1980 και 2004. Η διάγνωση, ο θεωρητικός προσανατολισμός και ο ρόλος της ομάδας στο συγκεκριμένο θεραπευτικό περιβάλλον χρησιμοποιήθηκαν για να εξεταστεί η διαφορική αποτελεσματικότητα. Παρατηρήθηκαν ωφέλιμες επιδράσεις για τη θεραπεία ομάδας ασθενών σε ελεγχόμενες μελέτες ($d = 0,31$) καθώς και στις μελέτες με προ-μετα-μετρήσεις ($d = 0,59$). Διαφορές στην ομοιογένεια της βελτίωσης του ασθενούς βρέθηκαν σε διάφορες διαγνωστικές κατηγορίες. Επιπλέον, παρατηρήθηκε μεγαλύτερη βελτίωση στους ασθενείς με διαταραχές διάθεσης σε σύγκριση με μικτή, ψυχοσωματική, διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) και σχιζοφρενείς ασθενείς που αναπαράγουν πρόσφατα ευρήματα από μετα-αναλύσεις ομαδικής θεραπείας σε εξωτερικούς ασθενείς (Kösters et al., 2006).

Γίνεται αντιληπτό ότι η παρακολούθηση ομαδικής θεραπείας σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς με ψυχική νόσο έχει θετικές επιδράσεις στη ψυχολογία και τη διάθεση των ασθενών. Ωστόσο, όλες οι μελέτες που βρέθηκαν να αξιολογούν την αποτελεσματικότητα της ομαδικής θεραπείας είχαν πραγματοποιηθεί σε ξένες χώρες. Μέχρι σήμερα δεν έχει δημοσιευτεί καμία μελέτη που να εξετάζει την αποτελεσματικότητα της ενδονοσοκομειακής ομαδικής θεραπείας στην Ελλάδα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΣΚΟΠΟΣ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσης έρευνας ήταν η μελέτη της αποτελεσματικότητας της ομαδικής ψυχοθεραπείας σε ενήλικες ενδονοσοκομειακούς ασθενείς και η επιρροή η οποία αυτή δύναται να έχει στο επίπεδο του άγχους και της κατάθλιψης των ασθενών. Αναλυτικότερα, κύριες ερευνητικές υποθέσεις ή ερωτήματα της μελέτης ήταν:

- Ποιο είναι το επίπεδο άγχους και κατάθλιψης των νοσηλευόμενων ασθενών πριν την έναρξη της ομαδικής ψυχοθεραπείας
- Ποιο είναι το επίπεδο άγχους και κατάθλιψης των νοσηλευόμενων ασθενών μετά από τη συμμετοχή τους σε ομαδικές ψυχοθεραπείες;
- Υπάρχει διαφορά στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που βιώνουν οι ασθενείς πριν και μετά από τις ομαδικές ψυχοθεραπείες;
- Υπάρχει μεταβολή της συναισθηματικής κατάστασης των ασθενών μετά από τη συμμετοχή σε ομαδικές ψυχοθεραπείες;
- Ποια είναι τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ασθενών που σχετίζονται με το άγχος και την κατάθλιψη των νοσηλευόμενων ασθενών;
- Υπάρχει σχέση ανάμεσα στο συναίσθημα και στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που βιώνουν οι ασθενείς και ποια είναι αυτή;

3.2 Χώρος διεξαγωγής μελέτης

Η μελέτη διεξήχθη στην Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης. Η κλινική αποτελεί από 33 κλίνες, εκ των οποίων οι 10 διατίθενται για οξέα περιστατικά. Η πληρότητα της κλινικής κυμαίνεται από 70% έως 100%. Ως προς τη στελέχωση, η κλινική αποτελείται από 25 νοσηλευτές, 8 γιατρούς ειδικευμένους και 8 ειδικευόμενους γιατρούς, 3 ψυχολόγους, 2 κοινωνικούς λειτουργούς και 1 επισκέπτη υγείας.

3.3 Πληθυσμός μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτη με διάφορα ψυχιατρικά προβλήματα κατά το χρονικό διάστημα Απρίλιος – Αύγουστος 2019. Κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν:

- να είναι ενήλικες,
- να είναι λειτουργικοί ασθενείς,
- να επιθυμούν να συμμετέχουν στη μελέτη,
- να μιλούν και να κατανοούν την ελληνική γλώσσα.

Από τη μελέτη αποκλείστηκαν ασθενείς που ήταν μη λειτουργικοί, με ήπια ή βαριά νοητική υστέρηση, καθώς και οι διαταρακτικοί ασθενείς, παρ' ότι μπορεί να συμμετείχαν στις ομάδες ψυχοθεραπείας.

3.4 Ομάδες ψυχοθεραπείας

Στην ψυχιατρική κλινική που διεξήχθη η μελέτη τα προγράμματα ομαδικής ψυχοθεραπείας πραγματοποιούνται 10 – 11 πμ Δευτέρα με Παρασκευή, αλλά και 16 – 17 μμ κάθε Δευτέρα, Τετάρτη και Παρασκευή. Το πρωί πραγματοποιούνται οι παρακάτω ομάδες: ομάδα εστιασμού, ομάδα βιβλιοανάγνωσης, ομάδα διαχείρισης συναισθημάτων και ψυχοεκπαίδευση σε δεξιότητες, που σκοπό έχουν την υποστήριξη των ασθενών. Το απόγευμα γίνονται ομάδες διαχείρισης συναισθημάτων, βιβλιοανάγνωσης και κοινωνικών δεξιοτήτων. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι απογευματινές ομάδες ψυχοθεραπείας πραγματοποιούνται από εξωτερικούς θεραπευτές εθελοντικά, ενώ οι πρωινές ομάδες ψυχοθεραπείας πραγματοποιούνται από μία ψυχολόγο, μέλος της θεραπευτικής ομάδας.

Κατά τη διάρκεια της μελέτης πραγματοποιούνταν μόνο οι πρωινές ομάδες ψυχοθεραπείας, οι απογευματινές λόγω εσωτερικών προβλημάτων της κλινικής δε πραγματοποιούνταν.

3.5 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελείται από 3 μέρη:

A. Ερωτήσεις για τα δημογραφικά στοιχεία που αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, τη νόσο και τις προηγούμενες νοσηλείες.

B. Την Ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS, το οποίο θα χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση του βαθμού του άγχους και της κατάθλιψης που βιώνουν οι ασθενείς. Η στάθμιση της κλίμακας για τον Ελληνικό πληθυσμό έχει πραγματοποιηθεί από τους Μιχόπουλος και συν., 2007. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 14 στοιχεία, καθένα από τα οποία έχει 4 δυνατές απαντήσεις (0–3). Έχει σχεδιαστεί για να εκτιμά το άγχος (HADS-A) (ερωτήσεις 1, 4, 5, 8, 9, 12 και 13) και την κατάθλιψη (HADS-D) (ερωτήσεις 2, 3, 6, 7, 10, 11 και 14) για κάθε κατάσταση, με διακύμανση βαθμολογίας από 0 έως 21. Όταν η βαθμολογία σε κάθε υποκλίμακα κυμαίνεται από 0 έως 7 θεωρείται ότι ο ασθενής έχει μη παθολογικό άγχος ή κατάθλιψη, όταν η βαθμολογία είναι 8 με 10 θεωρείται ότι ο ασθενής έχει ήπιο/ μέτριο άγχος ή κατάθλιψη, ενώ όταν είναι μεγαλύτερη ή ίση του 11, τότε ο ασθενής έχει παθολογικό άγχος ή κατάθλιψη. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα και των 14 στοιχείων. Οι ερωτήσεις 3, 4, 7, 10, 13 και 14 απαιτούν αντιστροφή για τη στατιστική ανάλυση.

Γ. Θερμόμετρο συναισθημάτων, που θα διανέμεται μετά από κάθε ομαδική συνεδρία προκειμένου να αποτυπωθεί η συναισθηματική κατάσταση των ασθενών και η εξελικτική πορεία αυτής. Το θερμόμετρο συναισθημάτων λαμβάνει τιμές από 1 έως 5, όπου το 1 αντιστοιχεί στη «χαρά» και το 5 στο «πολύ έντονο θυμό, επιθετικότητα».

3.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων έγινε από την κύρια ερευνήτρια (μέλος της επιστημονικής ομάδας της κλινικής) κατά το χρονικό διάστημα Απρίλιος – Αύγουστος 2019. Ασθενείς που εισέρχονταν για να νοσηλευτούν στην ψυχιατρική κλινική (τμήμα βραχείας νοσηλείας) και επρόκειτο να παρακολουθήσουν προγράμματα ομαδικής θεραπείας, ελέγχονταν από την ερευνήτρια για το αν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού της μελέτης. Αν οι ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια, προσεγγίζονταν από την ερευνήτρια και ρωτιούνταν αν

επιθυμούσαν να συμμετέχουν στη μελέτη. Η ερευνήτρια εξηγούσε σαφώς στους ασθενείς το σκοπό και το περιεχόμενο της μελέτης, τον εθελοντικό της χαρακτήρα και τη δυνατότητα των ασθενών να αποχωρήσουν από τη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή. Επίσης, οι ασθενείς διαβεβαιώνονταν ότι τα προσωπικά τους δεδομένα θα είναι ανώνυμα και θα διατηρηθεί εχεμύθεια σε όλα τα στάδια της μελέτης. Αν οι ασθενείς αποδέχονταν να συμμετέχουν στη μελέτη, συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο πριν την έναρξη της συμμετοχής τους στα προγράμματα ομαδικής ψυχοθεραπείας. Οι ασθενείς κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ίδιο το ερωτηματολόγιο την ημέρα που επρόκειτο να λάβουν εξιτήριο.

3.5 Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 24.0. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $\alpha=0,05$.

Αρχικά ελέγχθηκε αν οι ποσοτικές μεταβλητές (βαθμολογίες κλίμακας και υποκλιμάκων HADS και βαθμολογία συναισθημάτων) ακολουθούσαν την κανονική κατανομή μέσω της δοκιμασίας Kolmogorov-Smirnov ή Shapiro-Wilk. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση, όπου οι συνεχείς ποσοτικές μεταβλητές εκφράστηκαν ως μέση τιμή (\pm τυπική απόκλιση) [M.T.(\pm T.A.)] ή/ και ως διάμεση τιμή και ενδοτεταρτημοριακό εύρος (Interquartile Range=IQR). Για τις κατηγορικές μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά) υπολογίστηκαν οι απόλυτες και οι ποσοστιαίες τιμές (%).

Όσον αφορά τη διμεταβλητή ανάλυση, για τη σύγκριση: 1) κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 , 2) για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή μεταξύ δυο ομάδων το t-test, 3) για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή μεταξύ δυο ομάδων το Mann Whitney, 4) για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων ο έλεγχος ANOVA, 5) για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis, 6) για τη σύγκριση δύο ποσοτικών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή ο συντελεστής συσχέτισης Pearson και 7) για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών, που έστω και μία δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή ο συντελεστής συσχέτισης Spearman.

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας της κλίμακας HADS και των υποκλιμάκων της υπολογίστηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας cronbach α .

Για τη σύγκριση των βαθμολογιών μεταξύ της πρώτης και δεύτερης μέτρησης της κλίμακας και των υποκλιμάκων της HADS, καθώς και του θερμομέτρου συναισθημάτων χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση Wilcoxon.

Τέλος, πραγματοποιήθηκε γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την υποκλίμακα άγχους κατά τη δεύτερη μέτρηση και τη βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων κατά τη δεύτερη μέτρηση.

3.6 Ηθική και δεοντολογία

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική (Helsinki Declaration 2013). Ζητήθηκε και λήφθηκε η άδεια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Λάρισας, καθώς και από το Διοικητικό και Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου. Πριν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων προηγούνταν προφορική και γραπτή ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τον σκοπό και το περιεχόμενο της μελέτης και τον εθελοντικό χαρακτήρα της μελέτης. Επίσης, ενημερώνονταν για την ανωνυμία και την τήρηση της εχεμύθειας αναφορικά με τις συλεχθείσες πληροφορίες, καθώς και διαβεβαιώνονταν ότι τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τον σκοπό της παρούσας έρευνας και δεν έχουν καμία αρνητική επίπτωση στην πορεία της υγείας τους. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονταν μόνο από ασθενείς που συναινούν για συμμετοχή στη μελέτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Δημογραφικά και Κοινωνικά Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων

Από τους 50 συμμετέχοντες, οι 25 (50%) ήταν άνδρες και οι 25 (50%) γυναίκες. Ως προς την ηλικία, 6 (12,0%) συμμετέχοντες άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα 18 – 25 ετών, 7 (14,0%) στην ομάδα 26-35 ετών, 14 (28,0%) στην ομάδα 36-45 ετών, ενώ 23 (46,0%) στην ηλικιακή ομάδα >45 ετών.

Πίνακας 1: Δημογραφικά και Κοινωνικά Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων (N=50)

Μεταβλητή	Συμμετέχοντες (N=50)	
		N (%)
Φύλο	Άνδρας	25 (50,0%)
	Γυναίκα	25 (50,0%)
Ηλικία	18-25 ετών	6 (12,0%)
	26-35 ετών	7 (14,0%)
	36-45 ετών	14 (28,0%)
	>45 ετών	23 (46,0%)
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος	25 (50,0%)
	Έγγαμος	14 (28,0%)
	Διαζευγμένος	11 (22,0%)
Μένετε μόνος;	Ναι	21 (42,0%)
	Όχι	29 (58,0%)
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Απόφοιτος Δημοτικού/ Γυμνασίου	12 (24,0%)
	Απόφοιτος Λυκείου	26 (52,0%)
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΑΤΕΙ	12 (24,0%)
Επάγγελμα	Αγρότης	4 (8,0%)
	Ελ. Επαγγελματίας	4 (8,0%)
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	10 (20,0%)
	Δημόσιος Υπάλληλος	3 (6,0%)
	Άνεργος	12 (24,0%)
	Οικιακά	6 (12,0%)
	Συνταξιούχος	11 (22,0%)

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, 25 (50,0%) ήταν άγαμοι, 14 (28,0%) ήταν έγγαμοι και 11 (22,0%) ήταν διαζευγμένοι. Είκοσι ένα (42,0%) συμμετέχοντες έμεναν μόνοι, ενώ οι υπόλοιποι 29 (58,0%) έμενε με κάποιο άλλο άτομο. Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 12 (24,0%) συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι Δημοτικού ή Γυμνασίου, 26 (52,0%) ήταν απόφοιτοι Λυκείου και 12 (24,0%) ήταν απόφοιτοι ΑΤΕΙ/ ΑΕΙ. Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων, 11 (22,0%) συμμετέχοντες ήταν συνταξιούχοι, 12 (24,0%) ήταν άνεργοι, 6 (12,0%) ασχολούνταν με τα οικιακά, ενώ οι υπόλοιποι 21 (42,0%) ασθενείς εργάζονταν. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

4.2 Κλινικά Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται τα κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Η πλειοψηφία των ασθενών, έπασχαν από διαταραχές διάθεσης (αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη και διπολική διαταραχή), 29 (58,0%) των ασθενών, ακολουθούσαν οι ασθενείς με σχιζοφρένεια ή ψύχωση, 14 (28,0%), και οι ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς, 7 (14,0%). Ως προς τη διάρκεια νοσηλείας, το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών, 54%, νοσηλεύτηκαν από 11 έως 20 ημέρες, το 26,0% νοσηλεύτηκαν για πάνω από 20 ημέρες, ενώ το 20,0% νοσηλεύτηκαν 1 έως 10 ημέρες. Είκοσι τρεις (46,0%) ασθενείς είχαν νοσηλευτεί ξανά κατά το παρελθόν, ενώ 19 (38,0%) είχαν συμμετέχει κατά το παρελθόν σε συνεδρίες ομαδικής ψυχοθεραπείας.

Πίνακας 2: Κλινικά Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων (N=50)

Μεταβλητή	Συμμετέχοντες (N=50)	
		N (%)
Αιτία Νοσηλείας	Διαταραχές Διάθεσης	29 (58,0%)
	Σχιζοφρένεια/ Ψυχώσεις	14 (28,0%)
	Διαταραχές Προσωπικότητας και Συμπεριφοράς	7 (14,0%)
Διάρκεια Νοσηλείας	1 – 10 ημέρες	10 (20,0%)
	11 – 20 ημέρες	27 (54,0%)
	> 20 ημέρες	13 (26,0%)
Προηγούμενη Νοσηλεία	Ναι	23 (46,0%)
	Όχι	27 (54,0%)
Συμμετοχή κατά το παρελθόν σε ομάδες	Ναι	19 (38,0%)
	Όχι	31 (62,0%)

4.3 Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης HADS

4.3.1 Έλεγχος Αξιοπιστίας HADS

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας της κλίμακας άγχους και κατάθλιψης HADS χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach' s α. Συνολικά, το ερωτηματολόγιο HADS εμφάνιζε πολύ υψηλή εσωτερική συνέπεια, τόσο κατά την πρώτη μέτρηση του, όσο και κατά τη δεύτερη μέτρηση, δεδομένου ότι η τιμή του Cronbach' s α ήταν ίση με 0,881 και 0,892. Όσον αφορά τις υποκλίμακες του HADS είχαν, επίσης, υψηλή εσωτερική συνέπεια (Πίνακας 3). Για να είναι μια κλίμακα ή υποκλίμακα αξιόπιστη, ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach' s α θα πρέπει να είναι >0,7.

Πίνακας 3: Έλεγχος αξιοπιστίας κλίμακας άγχους και κατάθλιψης HADS

Κλίμακα	Cronbach' s α	
	1 ^η μέτρηση	2 ^η μέτρηση
Υποκλίμακα Άγχους	0,688	0,802
Υποκλίμακα Κατάθλιψης	0,871	0,839
Συνολική κλίμακα HADS	0,881	0,892

4.3.2 Συσχέτιση Υποκλιμάκων HADS

Στον πίνακα 4 παρουσιάζεται η συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων άγχους και κατάθλιψης. Αξίζει να σημειωθεί ότι όταν οι τιμές συσχέτισης Pearson και Spearman είναι 0,00-0,19 υπάρχει πολύ ασθενής συσχέτιση, όταν είναι από 0,20-0,39 υπάρχει ασθενής συσχέτιση, όταν είναι 0,40-0,69 μέτρια συσχέτιση, όταν είναι 0,70-0,89 ισχυρή συσχέτιση και όταν είναι 0,90-1,00 πολύ ισχυρή συσχέτιση.

Πίνακας 4: Συσχέτιση βαθμολογιών άγχους και κατάθλιψης

	Υποκλίμακα Άγχους (1 ^η μέτρηση)	Υποκλίμακα Κατάθλιψης (1 ^η μέτρηση)	Υποκλίμακα Άγχους (2 ^η μέτρηση)	Υποκλίμακα Κατάθλιψης (2 ^η μέτρηση)
Υποκλίμακα Άγχους (1 ^η μέτρηση)	1,00			
Υποκλίμακα Κατάθλιψης (1 ^η μέτρηση)	$\rho=0,716$ p-value=0,000	1,00		
Υποκλίμακα Άγχους (2 ^η μέτρηση)	$\rho=0,695$ p-value=0,000	$\rho=0,631$ p-value=0,000	1,00	
Υποκλίμακα Κατάθλιψης (2 ^η μέτρηση)	$\rho=0,517$ p-value=0,000	$\rho=0,794$ p-value=0,000	$\rho=0,674$ p-value=0,000	1,00

Όλες οι συσχετίσεις έγιναν με τον παραμετρικό συντελεστή Spearman, με εξαίρεση τη συσχέτιση της υποκλίμακας κατάθλιψης (1^η μέτρηση) και της υποκλίμακας άγχους (1^η μέτρηση) όπου έγινε με το συντελεστή Pearson.

Στατιστικά σημαντικές γραμμικές συσχετίσεις σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 παρατηρήθηκαν μεταξύ:

- της βαθμολογίας της υποκλίμακας άγχους πριν την ομαδική θεραπεία και τη βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης πριν την ομαδική θεραπεία ($\rho=0,716$, p-value=0,000) βρέθηκε ισχυρή θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή οι ασθενείς που είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα άγχους πριν την ομαδική θεραπεία έτειναν να σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα κατάθλιψης πριν την ομαδική θεραπεία
- της βαθμολογίας της υποκλίμακας άγχους μετά την ομαδική θεραπεία και τη βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης μετά την ομαδική θεραπεία ($\rho=0,674$, p-value=0,000) βρέθηκε μέτρια θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή οι ασθενείς που είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα άγχους μετά την ομαδική θεραπεία έτειναν να σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα κατάθλιψης μετά την ομαδική θεραπεία,
- της βαθμολογίας της υποκλίμακας άγχους πριν την ομαδική θεραπεία και τη βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους μετά την ομαδική θεραπεία ($\rho=0,695$, p-value=0,000) βρέθηκε μέτρια θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή, οι ασθενείς που είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα άγχους πριν την ομαδική θεραπεία

έτειναν να σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα άγχους μετά την ομαδική θεραπεία,

- της βαθμολογίας της υποκλίμακας κατάθλιψης πριν την ομαδική θεραπεία και τη βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης μετά την ομαδική θεραπεία ($r_{ho}=0,794$, $p\text{-value}=0,000$) βρέθηκε ισχυρή θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή, οι ασθενείς που είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα κατάθλιψης πριν την ομαδική θεραπεία έτειναν να σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα κατάθλιψης μετά την ομαδική θεραπεία,
- της βαθμολογίας της υποκλίμακας άγχους πριν την ομαδική θεραπεία και τη βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης μετά την ομαδική θεραπεία ($r_{ho}=0,517$, $p\text{-value}=0,000$) βρέθηκε μέτρια θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή, οι ασθενείς που είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα άγχους πριν την ομαδική θεραπεία έτειναν να σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα κατάθλιψης μετά την ομαδική θεραπεία και
- της βαθμολογίας της υποκλίμακας κατάθλιψης πριν την ομαδική θεραπεία και τη βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους μετά την ομαδική θεραπεία ($r_{ho}=0,631$, $p\text{-value}=0,000$) βρέθηκε μέτρια θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή, οι ασθενείς που είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα κατάθλιψης πριν την ομαδική θεραπεία έτειναν να σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα άγχους μετά την ομαδική θεραπεία.

4.3.3 Βαθμολογία κλίμακας και υποκλιμάκων HADS

Η μέση βαθμολογία (\pm T.A.) της συνολικής κλίμακας HADS στο σύνολο του δείγματος ήταν 17,96 (\pm 8,54) πριν την συμμετοχή των ασθενών σε συνεδρίες ομαδικής ψυχοθεραπείας και 7,68 (\pm 5,86) μετά την ολοκλήρωση συμμετοχής τους σ' αυτές. Η μέση βαθμολογία (\pm T.A.) της υποκλίμακας άγχους ήταν 8,56(\pm 3,77) πριν την συμμετοχή των ασθενών σε συνεδρίες ομαδικής ψυχοθεραπείας και 3,34(\pm 2,86) μετά την ολοκλήρωση συμμετοχής τους σ' αυτές, ενώ οι αντίστοιχες βαθμολογίες της υποκλίμακας κατάθλιψης ήταν 9,4(\pm 5,43) και 4,34 (\pm 3,45) (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Περιγραφικά στοιχεία της κλίμακας HADS στο σύνολο του δείγματος (N=50)

Κλίμακα (ελάχιστη – μέγιστη βαθμολογία)	Βαθμολογία		
	M.T.(\pm T.A.)	Διάμεσος(IQR)	Ελάχιστη - Μέγιστη Τιμή
1^η μέτρηση			
Υποκλίμακα Άγχους (0 – 21)	8,56(\pm 3,77)	8,5 (5,0)	0,0 – 17,0
Υποκλίμακα Κατάθλιψης (0 – 21)	9,4(\pm 5,43)	9,5 (9,0)	0,0 – 20,0
Κλίμακα HADS (0 - 42)	17,96 (\pm 8,54)	17,5 (13,5)	1,00 – 35,00
2^η μέτρηση			
Υποκλίμακα Άγχους (0 – 21)	3,34(\pm 2,86)	3,0 (4,0)	0,0 – 12,0
Υποκλίμακα Κατάθλιψης (0 – 21)	4,34 (\pm 3,45)	4,0 (5,25)	0,0 – 14,0
Κλίμακα HADS (0 - 42)	7,68 (\pm 5,86)	7,0 (7,5)	0,0 – 23,0

Στον πίνακα 6 παρουσιάζεται η κατανομή των συμμετεχόντων ανάλογα με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που βίωναν πριν και μετά τη συμμετοχή τους στις συνεδρίες ομαδικής ψυχοθεραπείας.

Πίνακας 6: Κατανομή των συμμετεχόντων ανάλογα με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που βίωναν

Κλίμακα	Συμμετέχοντες, N(%)		
	Φυσιολογικό (0 – 7)	Ήπιο/ Μέτριο (8 -10)	Παθολογικό (11 – 21)
1^η μέτρηση			
Υποκλίμακα Άγχους (0 – 21)	20 (40,0%)	14 (28,0%)	16 (32,0%)
Υποκλίμακα Κατάθλιψης (0 – 21)	19 (38,0%)	9 (18,0%)	22 (44,0%)
2^η μέτρηση			
Υποκλίμακα Άγχους (0 – 21)	45 (90,0%)	4 (8,0%)	1 (2,0%)
Υποκλίμακα Κατάθλιψης (0 – 21)	42 (84,0%)	3 (6,0%)	5 (10,0%)

Όπως φαίνεται, λοιπόν, στον πίνακα 6, 16 (32,0%) από τους συμμετέχοντες πριν την ομαδική ψυχοθεραπεία είχαν παθολογικό άγχος, 14 (28,0%) είχαν ήπιο / μέτριο άγχος και 20 (40,0%) είχαν φυσιολογικό. Όσον αφορά τα επίπεδα κατάθλιψης πριν την ομαδική ψυχοθεραπεία, η πλειοψηφία των ασθενών, 22 (44,0%) είχαν παθολογική κατάθλιψη, 9 (18,0%) είχαν ήπια / μέτρια κατάθλιψη και 19 (38,0%) είχαν φυσιολογική κατάθλιψη.

Μετά τη ολοκλήρωση των συνεδριών ομαδικής ψυχοθεραπείας, παθολογικό άγχος είχε μόνο ένας (2,0%) συμμετέχοντας, ήπιο και μέτριο άγχος είχαν 4 (8,0%) συμμετέχοντες, ενώ φυσιολογικό άγχος είχαν 45 (90,0%) συμμετέχοντες. Ως προς τα επίπεδα κατάθλιψης, παθολογική κατάθλιψη είχαν 5 (10,0%) είχαν παθολογική κατάθλιψη, 3 (6,0%) είχαν ήπια/ μέτρια κατάθλιψη και 42 (84,0%) είχαν φυσιολογική κατάθλιψη.

4.3.4 Βαθμολογία κλίμακας για κάθε ερώτηση του HADS

Στον πίνακα 7 και στον πίνακα 8 παρουσιάζεται η κατανομή των συμμετεχόντων ανάλογα με τις απαντήσεις τους κάθε στοιχείο της Υποκλίμακας Άγχους και σε κάθε στοιχείο της Υποκλίμακας Κατάθλιψης πριν (1^η μέτρηση) και μετά (2^η μέτρηση) την ομαδική ψυχοθεραπείας.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 7, κατά την αρχική μέτρηση το 26,0% των ασθενών δήλωσε ότι πολύ καιρό/τον περισσότερο καιρό ένοιωθε ανησυχία, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό κατά τη 2^η μέτρηση ήταν 0,0%. Επίσης, το 12,0% στην 1^η μέτρηση και το 4,0% στην 2^η μέτρηση αντιμετώπιζε αρκετά συχνά/ συχνά κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχει πεταλούδες στο στομάχι μου, ενώ το 66,0% και το 10% αντιμετώπιζε, όχι τόσο σοβαρά ή σε σοβαρό βαθμό, κάποιο συναίσθημα σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί, αντίστοιχα. Από την άλλη, το 40,0% ένοιωθε σε μεγάλο βαθμό/ σε πολύ μεγάλο βαθμό νευρικός και ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινείται, κατά την 1^η μέτρηση, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στη 2^η μέτρηση ήταν 12,0%. Παράλληλα, το 48,0% στην 1^η μέτρηση και το 6,0% στην 2^η μέτρηση έκανε πολύ καιρό/ πάρα πολύ καιρό ανήσυχες σκέψεις, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά που αντιμετώπιζαν πολύ συχνά/ αρκετά συχνά αιφνίδια συναισθήματα πανικού ήταν 20,0% και 2,0%. Τέλος, το 50% των ασθενών δήλωσε ότι όχι συχνά/ καθόλου μπορεί να κάθεται άνετα και να νοιώθει χαλαρωμένος στην 1^η μέτρηση, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό κατά τη 2^η μέτρηση ήταν 10,0%.

Πίνακας 7: Κατανομή των συμμετεχόντων ανάλογα με τις απαντήσεις τους για κάθε στοιχείο της Υποκλίμακας Άγχους πριν (1^η μέτρηση) και μετά (2^η μέτρηση) την ομαδική ψυχοθεραπείας

Στοιχείο	Συμμετέχοντες N(%)	
	1 ^η μέτρηση	2 ^η μέτρηση
Νοιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος		
Καθόλου	11 (22,0%)	25 (50,0%)
Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά	26 (52,0%)	25 (50,0%)
Πολύ καιρό	9 (18,0%)	0 (0,0%)
Τον περισσότερο καιρό	4 (8,0%)	0 (0,0%)
Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω πεταλούδες στο στομάχι μου		
Καθόλου	23 (46,0%)	36 (72,0%)
Περιστασιακά	21 (42,0%)	12 (24,0%)
Αρκετά συχνά	2 (4,0%)	1 (2,0%)
Πολύ συχνά	4 (8,0%)	1 (2,0%)
Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί		
Καθόλου	8 (16,0%)	19 (38,0%)
Ελάχιστα, αλλά δε με ενοχλεί	9 (18,0%)	26 (52,0%)
Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά	23 (46,0%)	4 (8,0%)
Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό	10 (20,0%)	1 (2,0%)
Νοιώθω νευρικός και ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι		
Καθόλου	16 (32,0%)	34 (68,0%)
Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό	14 (28,0%)	13 (26,0%)
Σε αρκετά μεγάλο βαθμό	13 (26,0%)	3 (6,0%)
Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό	7 (14,0%)	3 (6,0%)
Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου		
Πολύ λίγο	11 (22,0%)	36 (72,0%)
Όχι τόσο συχνά	15 (30,0%)	11 (22,0%)
Πολύ καιρό	19 (38,0%)	2 (4,0%)
Πάρα πολύ καιρό	5 (10,0%)	1 (2,0%)
Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού		
Καθόλου	14 (28,0%)	38 (76,0%)
Όχι τόσο συχνά	26 (52,0%)	11 (22,0%)
Πράγματι πολύ συχνά	7 (14,0%)	1 (2,0%)
Αρκετά συχνά	3 (6,0%)	0 (0,0%)
Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νοιώθω χαλαρωμένος		
Συνήθως	8 (16,0%)	17 (34,0%)
Ακριβώς	17 (34,0%)	28 (56,0%)
Όχι συχνά	18 (36,0%)	5 (10,0%)
Καθόλου	7 (14,0%)	0 (0,0%)

Όπως φαίνεται στον πίνακα 8, κατά την αρχική μέτρηση το 36,0% δήλωσαν ότι σχεδόν όλον τον καιρό/ πολύ συχνά ένοιωθε να έχουν πέσει οι ρυθμοί του, με το αντίστοιχο ποσοστό κατά τη 2^η μέτρηση να είναι 22,0%. Επίσης, το 46,0% στην 1^η μέτρηση και το 12,0% στη 2^η μέτρηση απολάμβανε λίγο ή καθόλου τα πράγματα που συνήθιζε να απολαμβάνει, ενώ το 60,0% και 24,0% είχε χάσει το ενδιαφέρον του για την εμφάνιση του ή δεν τη φρόντιζε όσο έπρεπε, αντίστοιχα. Από την άλλη, το 48,0% δήλωσε σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ ή καθόλου ότι γελούσε και έβλεπε τη χαρωπή όψη των πραγμάτων, κατά την 1^η μέτρηση, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στη 2^η μέτρηση ήταν 12,0%. Παράλληλα, το 48,0% στην 1^η μέτρηση και το 10,0% στην 2^η μέτρηση πρόσμενε σίγουρα λιγότερο από όσο συνήθιζε ή καθόλου με χαρά διάφορα πράγματα, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά που όχι συχνά ή ποτέ ένοιωθε κεφάτος ήταν 38,0% και 4,0%. Τέλος, το 50% των ασθενών δήλωσε ότι όχι συχνά ή πολύ σπάνια μπορούσε να απολαμβάνει ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα τηλεοπτικό πρόγραμμα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό κατά τη 2^η μέτρηση ήταν 4,0%.

Πίνακας 8: Κατανομή των συμμετεχόντων ανάλογα με τις απαντήσεις τους για κάθε στοιχείο της Υποκλίμακας Κατάθλιψης πριν (1^η μέτρηση) και μετά (2^η μέτρηση) την ομαδική ψυχοθεραπείας

Στοιχείο	Συμμετέχοντες, N(%)	
	1 ^η μέτρηση	2 ^η μέτρηση
Νοιώθω σα να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου		
Καθόλου	13 (26,0%)	16 (32,0%)
Μερικές φορές	19 (38,0%)	23 (46,0%)
Σχεδόν όλον το καιρό	9 (18,0%)	10 (20,0%)
Πολύ συχνά	9 (18,0%)	1 (2,0%)
Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω		
Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό	14 (28,0%)	22 (44,0%)
Όχι στον ίδιο βαθμό	13 (26,0%)	22 (44,0%)
Λίγο μόνο	13 (26,0%)	5 (10,0%)
Καθόλου	10 (20,0%)	1 (2,0%)
Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνιση μου		
Την φροντίζω όπως πάντοτε	12 (24,0%)	12 (24,0%)
Ίσως δε τη φροντίζω όσο θα έπρεπε	8 (16,0%)	26 (52,0%)
Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε	20 (40,0%)	11 (22,0%)
Ακριβώς	10 (20,0%)	1 (2,0%)
Μπορώ να γελώ και να βλέπω τη χαρωπή όψη των πραγμάτων		
Βεβαίως, έτσι όπως πάντα μπορούσα	16 (32,0%)	29 (58,0%)
Μάλλον όχι τόσο όπως στο παρελθόν	10 (20,0%)	15 (30,0%)
Σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ	17 (34,0%)	5 (10,0%)
Καθόλου	7 (14,0%)	1 (2,0%)
Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα		
Τόσο όπως και στο παρελθόν	14 (28,0%)	30 (60,0%)
Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα	12 (24,0%)	15 (30,0%)
Σίγουρα λιγότερο από όσο συνήθιζα	18 (36,0%)	5 (10,0%)
Καθόλου	6 (12,0%)	0 (0,0%)
Νοιώθω κεφάλτος		
Τον περισσότερο καιρό	10 (20,0%)	35 (70,0%)
Μερικές φορές	21 (42,0%)	13 (26,0%)
Ποτέ	15 (30,0%)	2 (4,0%)
Όχι συχνά	4 (8,0%)	0 (0,0%)
Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιόφωνο/τηλεοπτικό πρόγραμμα		
Συχνά	14 (28,0%)	37 (64,0%)
Μερικές φορές	13 (26,0%)	11 (22,0%)
Όχι συχνά	17 (34,0%)	2 (4,0%)
Πολύ σπάνια	6 (12,0%)	0 (0,0%)

4.4 Επίδραση της Ομαδικής Ψυχοθεραπείας στο Άγχος και στη Κατάθλιψη των Συμμετεχόντων

Στον πίνακα 9 παρουσιάζεται η διαφορά μεταξύ της 1^{ης} και της 2^{ης} μέτρησης της κλίμακας και των υποκλιμάκων HADS. Μετά την ολοκλήρωση των συνεδριών ομαδικής θεραπείας, η βαθμολογία της υποκλίμακας Άγχους μειώθηκε κατά 5,22(±2,84), η βαθμολογία υποκλίμακας Κατάθλιψης μειώθηκε κατά 5,06 (±3,63) και η συνολική βαθμολογία της κλίμακας HADS μειώθηκε κατά -10,28 (±5,71).

Κατά το στατιστικό έλεγχο Wilcoxon, βρέθηκε ότι:

- η βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους κατά τη δεύτερη μέτρηση ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερη σε σχέση με τη πρώτη μέτρηση [3,34(±2,86) έναντι 8,56(±3,77); P=0,000],
- η βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης κατά τη δεύτερη μέτρηση ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερη σε σχέση με τη πρώτη μέτρηση [4,34 (±3,45) έναντι 9,4(±5,43); P=0,000] και
- η βαθμολογία της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας HADS κατά τη δεύτερη μέτρηση ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερη σε σχέση με τη πρώτη μέτρηση [7,68 (±5,86) έναντι 17,96 (±8,54); P=0,000].

Πίνακας 9: Μέση Τιμή (±T.A.) διαφοράς μεταξύ της 1^{ης} και της 2^{ης} μέτρησης της κλίμακας και υποκλιμάκων HADS

Κλίμακα (ελάχιστη – μέγιστη βαθμολογία)	Βαθμολογία, Μ.Τ.(T.A.)			Στατιστικός Έλεγχος Wilcoxon
	1 ^η Μέτρηση	2 ^η Μέτρηση	Διαφορά	
Υποκλίμακα Άγχους (0 – 21)	8,56(±3,77)	3,34(±2,86)	-5,22(±2,84)	Z=-5,978, P=0,000
Υποκλίμακα Κατάθλιψης (0 – 21)	9,4(±5,43)	4,34 (±3,45)	-5,06 (±3,63)	Z=-5,871, P=0,000
HADS (0 – 42)	17,96 (±8,54)	7,68 (±5,86)	-10,28 (±5,71)	Z=-6,096, P=0,000

4.5 Συγχρονικές Συγκρίσεις Δημογραφικών, Κοινωνικών και Κλινικών Χαρακτηριστικών με τη Βαθμολογία HADS

4.5.1 Συγχρονικές Συγκρίσεις Δημογραφικών, Κοινωνικών και Κλινικών Χαρακτηριστικών με τη Βαθμολογία της Υποκλίμακας Άγχους

Στον πίνακα 9 παρουσιάζεται η σχέση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία της υποκλίμακας Άγχους κατά τη 1^η και τη 2^η μέτρηση, καθώς και με τη διαφορά την 2 μετρήσεων. Από τη συγκριτική μελέτη βρέθηκε ότι:

- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ ανδρών και γυναικών κατά την 1^η μέτρηση ($8,2 \pm 3,4$ έναντι $8,8 \pm 4,2$; $p=0,605$) και κατά τη 2^η μέτρηση ($3,0 \pm 2,7$ έναντι $3,6 \pm 3,0$; $p=0,462$). Επίσης, η μέση διαφορά της βαθμολογίας της υποκλίμακας άγχους μεταξύ των δύο μετρήσεων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ ανδρών και γυναικών ($-5,2 \pm 2,9$ έναντι $-5,2 \pm 2,8$; $p=0,462$).
- Οι συμμετέχοντες με ηλικία άνω των 45 ετών σημείωσαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία κατά την πρώτη και δεύτερη μέτρηση της υποκλίμακας άγχους σε σχέση με τους συμμετέχοντες των άλλων ηλικιακών ομάδων, ωστόσο μόνο στη δεύτερη μέτρηση η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0,017$). Η μέση διαφορά (Τ.Α.) της βαθμολογίας της υποκλίμακας άγχους μεταξύ των δύο μετρήσεων ήταν $-5,8 (\pm 2,2)$ για τους συμμετέχοντες ηλικίας 18 με 25 ετών, $-5,6 (\pm 3,2)$ για τους συμμετέχοντες ηλικίας 26 με 35 ετών, $-4,7 \pm 2,9$ για τους συμμετέχοντες ηλικίας 36 με 45 ετών και $-5,3 \pm 2,9$ για τους συμμετέχοντες ηλικίας > 45 ετών, ωστόσο δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους ($p=0,793$).
- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους κατά τη πρώτη δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων ($p=0,250$), ωστόσο κατά τη δεύτερη μέτρηση οι διαζευγμένοι είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη μέση βαθμολογία [$5,0 (\pm 2,9)$] σε σχέση με τους άγαμους [$2,3 (\pm 2,2)$] και τους παντρεμένους [$3,9 (\pm 3,1)$]. Η μέση διαφορά (Τ.Α.) της βαθμολογίας της υποκλίμακας άγχους μεταξύ των δύο μετρήσεων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων ($p=0,128$).
- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ εκείνων που έμεναν μόνοι τους και εκείνων που συγκατοικούσαν με κάποιον άλλον

τόσο κατά τη πρώτη την πρώτη μέτρηση ($8,1\pm 2,8$ έναντι $8,8\pm 4,3$, $p=0,434$), όσο και κατά τη δεύτερη μέτρηση ($2,9\pm 2,6$ έναντι $3,6\pm 3,05$, $p=0,439$). Η μέση διαφορά (Τ.Α.) της βαθμολογίας της υποκλίμακας άγχους μεταξύ των δύο μετρήσεων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ εκείνων που έμεναν μόνοι τους και εκείνων που συγκατοικούσαν με κάποιον ($-5,1\pm 3,0$ έναντι $-5,3\pm 2,7$, $p=0,872$).

- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους, τόσο κατά τη πρώτη ($p=0,122$), όσο και κατά τη δεύτερη μέτρηση ($p=0,159$) δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης. Η μέση διαφορά (Τ.Α.) της βαθμολογίας της υποκλίμακας άγχους μεταξύ των δύο μετρήσεων για τους απόφοιτους δημοτικού/ γυμνασίου ήταν $-6,0(\pm 2,9)$, για τους απόφοιτους λυκείου $-4,8(\pm 2,9)$, και για τους απόφοιτους ΑΕΙ/ΤΕΙ $-5,3(\pm 2,5)$, ωστόσο δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ των τριών ομάδων ($p=0,489$).
- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους, τόσο κατά τη πρώτη ($p=0,211$), όσο και κατά τη δεύτερη μέτρηση ($p=0,142$) δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων. Η μέση διαφορά (Τ.Α.) της βαθμολογίας της υποκλίμακας άγχους μεταξύ των δύο μετρήσεων για εκείνους που εργάζονταν ήταν $-4,8(\pm 3,1)$, για εκείνους που ήταν άνεργοι ή ασχολιόντουσαν με οικιακά ήταν $-5,8(\pm 2,9)$, και για τους συνταξιούχους $-5,2(\pm 2,4)$, ωστόσο δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ των τριών ομάδων ($p=0,548$).

Πίνακας 10: Συγχρονικές συγκρίσεις δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους

Μεταβλητή	Υποκλίμακα Άγχους					
	1 ^η μέτρηση		2 ^η μέτρηση		Διαφορά	
	MT±TA	p-value	MT±TA	p-value	MT±TA	p-value
Φύλο						
Ανδρας	8,2±3,4	p=0,605 ^a	3,0±2,7	p=0,462	-5,2±2,9	p=0,462 ^a
Γυναίκα	8,8±4,2		3,6±3,0		-5,2±2,8	
Ηλικία						
18-25 ετών	7,8±3,1	p=0,155 ^b	2,0±2,0	p=0,017	-5,8±2,2	p=0,793
26-35 ετών	7,4±3,9		1,9±1,9		-5,6±3,2	
36-45 ετών	7,3±4,4		2,6±2,8		-4,7±2,9	
>45 ετών	9,9±3,2		4,6±2,9		-5,3±2,9	
Οικογενειακή Κατάσταση						
Άγαμος	7,8±3,6	p=0,250 ^b	2,3±2,2	p=0,019	-5,5±2,9	p=0,128 ^b
Έγγαμος	9,9±3,9		3,9±3,1		-5,9±2,4	
Διαζευγμένος	8,7±3,8		5,0±2,9		-3,7±2,7	
Μένετε μόνος;						
Ναι	8,1±2,8	p=0,434 ^a	2,9±2,6	p=0,439	-5,1±3,0	p=0,872 ^a
Όχι	8,8±4,3		3,6±3,05		-5,3±2,7	
Επίπεδο Εκπαίδευσης						
Απόφοιτος Δημοτικού/ Γυμνασίου	10,5±2,6	p=0,122 ^b	4,5±2,8	p=0,159	-6,0±2,9	p=0,489 ^b
Απόφοιτος Λυκείου	8,0±4,2		3,2±3,1		-4,8±2,9	
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	7,8±3,4		2,5±2,1		-5,3±2,5	
Επάγγελμα						
Εργαζόμενος	7,47±4,07	p=0,211 ^b	2,7±3,1	p=0,142	-4,8±3,1	p=0,548 ^b
Άνεργος/ Οικιακά	9,6±3,9		3,8±3,1		-5,8±2,9	
Συνταξιούχος	9,0±2,5		3,8±1,9		-5,2±2,4	

^a t-test, ^b Ανονα, σ' όλες τις άλλες περιπτώσεις πραγματοποιήθηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες

Συνοπτικά, η βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους κατά την 1^η μέτρηση, καθώς και η διαφορά μεταξύ των δύο μετρήσεων, δε διέφερε σημαντικά ανάλογα με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την συγκατοίκηση, το επίπεδο εκπαίδευσης και το επάγγελμα. Από την άλλη, η βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους κατά τη δεύτερη μέτρηση διέφερε σημαντικά ανάλογα με την ηλικία και με την οικογενειακή κατάσταση.

Στον πίνακα 11 παρουσιάζεται η σχέση των κλινικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία της υποκλίμακας Άγχους κατά τη 1^η και τη 2^η μέτρηση, καθώς και με τη διαφορά την 2 μετρήσεων. Από τη συγκριτική μελέτη βρέθηκε ότι:

- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τη διάγνωση τόσο κατά την 1^η μέτρηση ($p=0,432$), όσο και κατά τη 2^η μέτρηση ($p=0,836$). Αναλυτικότερα, κατά την πρώτη μέτρηση η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους για τους ασθενείς διαταραχές συναισθήματος ήταν $8,0(\pm 2,9)$, για τους ασθενείς που διαγνώστηκαν με σχιζοφρένεια/ ψύχωση $8,9(\pm 5,4)$ και για τους ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς $10,0(\pm 2,9)$. Κατά τη 2^η μέτρηση η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους για τους ασθενείς διαταραχές συναισθήματος ήταν $3,4(\pm 2,8)$, για τους ασθενείς που διαγνώστηκαν με σχιζοφρένεια/ ψύχωση $3,1(\pm 3,2)$ και για τους ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς $3,4\pm 2,6$. Επίσης, η μέση διαφορά της βαθμολογίας της υποκλίμακας άγχους μεταξύ των δύο μετρήσεων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τη διάγνωση ($p=0,183$).
- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα τη διάρκεια νοσηλείας τόσο κατά την 1^η μέτρηση ($p=0,643$), όσο και κατά τη 2^η μέτρηση ($p=0,480$). Ακόμα, η μέση διαφορά της βαθμολογίας της υποκλίμακας άγχους μεταξύ των δύο μετρήσεων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τη διάρκεια νοσηλείας ($p=0,967$).
- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ εκείνων που είχαν συμμετέχει κατά το παρελθόν σε προγράμματα ομαδικής ψυχοθεραπείας και εκείνων που δεν είχαν συμμετέχει τόσο κατά τη πρώτη ($8,5\pm 3,8$ έναντι $8,6\pm 3,8$, $p=0,961$), όσο και κατά τη δεύτερη μέτρηση ($3,2\pm 3,1$ έναντι $3,4\pm 2,8$, $p=0,628$). Η μέση διαφορά ($\pm T.A.$) της βαθμολογίας της υποκλίμακας άγχους μεταξύ των δύο μετρήσεων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ εκείνων που είχαν συμμετέχει κατά το παρελθόν σε προγράμματα ομαδικής ψυχοθεραπείας και εκείνων που δεν είχαν συμμετέχει ($-5,4\pm 2,7$ έναντι $-5,2\pm 2,9$, $p=0,776$).
- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ εκείνων που είχαν νοσηλευτεί κατά το παρελθόν σε ψυχιατρική κλινική και εκείνων που δεν είχαν νοσηλευτεί τόσο κατά τη πρώτη ($8,9\pm 4,4$ έναντι $8,2\pm 3,2$, $p=0,547$), όσο

και κατά τη δεύτερη μέτρηση ($3,7 \pm 3,2$ έναντι $3,0 \pm 2,5$, $p=0,491$). Η μέση διαφορά ($\pm T.A.$) της βαθμολογίας της υποκλίμακας άγχους μεταξύ των δύο μετρήσεων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ εκείνων που είχαν νοσηλευτεί κατά το παρελθόν σε ψυχιατρική κλινική και εκείνων που δεν είχαν νοσηλευτεί ($-5,2 \pm 3,1$ έναντι $-5,2 \pm 2,6$, $p=0,995$).

- Ο συνολικός αριθμός συνεδριών ομαδικής ψυχοθεραπείας δε σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με τη βαθμολογία της υποκλίμακας του άγχους κατά την πρώτη μέτρηση ($r_{ho}=0,276$, $p=0,053$) και με τη διαφορά της βαθμολογίας των δύο μετρήσεων ($r_{ho}=-0,087$, $p=0,547$). Ωστόσο, ο συνολικός αριθμός συνεδριών ομαδικής ψυχοθεραπείας σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με τη βαθμολογία της υποκλίμακας του άγχους κατά τη δεύτερη μέτρηση ($r_{ho}=0,357$, $p=0,011$), δηλαδή οι ασθενείς που παρακολουθήσαν περισσότερες συνεδρίες ομαδικής ψυχοθεραπείας, έτειναν να σημειώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία στην υποκλίμακα άγχους κατά τη δεύτερη μέτρηση.

Πίνακας 11: Συγχρονικές συγκρίσεις κλινικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους

Μεταβλητή	Υποκλίμακα Άγχους					
	1 ^η μέτρηση		2 ^η μέτρηση		Διαφορά	
	MT±TA	p-value	MT±TA	p-value	MT±TA	p-value
Διάγνωση						
Διαταραχές συναισθήματος	8,0±2,9		3,4±2,8		-4,6±2,5	
Σχιζοφρένεια/ Ψυχώσεις Διατ.	8,9±5,4	p=0,432	3,1±3,2	p=0,836	-5,8±3,4	p=0,183
προσωπικότητας/ συμπεριφοράς	10,0±2,9		3,4±2,6		-6,5±2,8	
Διάρκεια Νοσηλείας						
1 – 5 ημέρες	6,3±4,7		1,0±1,7		-5,3±4,5	
6 – 10 ημέρες	7,6±4,7	p=0,643 ^β	2,9±2,9	p=0,480	-4,7±3,2	p=0,967 ^β
11 – 15 ημέρες	7,8±3,0		3,0±2,2		-4,9±1,2	
15 – 20 ημέρες	9,2±4,0		3,9±3,4		-5,3±2,9	
> 20 ημέρες	9,1±3,3		3,4±2,6		-5,6±3,2	
Παρελθόν Ομάδες						
Ναι	8,5±3,8	p=0,961 ^α	3,2±3,1	p=0,628	-5,4±2,7	p=0,776 ^α
Όχι	8,6±3,8		3,4±2,8		-5,2±2,9	
Προηγούμενη Νοσηλεία						
Ναι	8,9±4,4	p=0,547 ^α	3,7±3,2	p=0,491	-5,2±3,1	p=0,995 ^α
Όχι	8,2±3,2		3,0±2,5		-5,2±2,6	
Σύνολο Συνεδριών	rho=0,276, P=0,053		rho=0,357, P=0,011		rho=-0,87, P=0,547	

^α t-test, ^β Ανονα, σ' όλες τις άλλες περιπτώσεις πραγματοποιήθηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες

Εν συντομία, η μόνη στατιστικά σημαντική συσχέτιση που βρέθηκε, ήταν μεταξύ της βαθμολογίας άγχους κατά τη 2^η μέτρηση και τον αριθμό συνεδριών. Αναλυτικότερα βρέθηκε, ότι οι ασθενείς που παρακολούθησαν περισσότερες συνεδρίες ομαδικής ψυχοθεραπείας, έτειναν να σημειώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία στην υποκλίμακα άγχους κατά τη δεύτερη μέτρηση.

4.5.2 Συγχρονικές Συγκρίσεις Δημογραφικών, Κοινωνικών και Κλινικών Χαρακτηριστικών με τη Βαθμολογία της Υποκλίμακας Κατάθλιψης

Στον πίνακα 12 παρουσιάζεται η σχέση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης κατά τη 1^η και τη 2^η μέτρηση, καθώς και με τη διαφορά των 2 μετρήσεων. Από τη συγκριτική μελέτη βρέθηκε ότι:

- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ ανδρών και γυναικών κατά την 1^η μέτρηση ($8,5 \pm 5,2$ έναντι $10,3 \pm 5,7$; $p=0,235$) και κατά τη 2^η μέτρηση ($4,0 \pm 3,3$ έναντι $4,6 \pm 3,7$; $p=0,591$). Επίσης, η μέση διαφορά της βαθμολογίας της υποκλίμακας άγχους μεταξύ των δύο μετρήσεων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ ανδρών και γυναικών ($-4,4 \pm 3,5$ έναντι $-5,7 \pm 3,7$; $p=0,231$).
- Οι συμμετέχοντες με ηλικία άνω των 45 ετών σημείωσαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη μέση βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης κατά την πρώτη μέτρηση σε σχέση με τους συμμετέχοντες των άλλων ηλικιακών ομάδων ($p=0,05$). Η μέση διαφορά (T.A.) της βαθμολογίας της υποκλίμακας κατάθλιψης μεταξύ των δύο μετρήσεων ήταν $-5,2 (\pm 3,5)$ για τους συμμετέχοντες ηλικίας 18 με 25 ετών, $-5,3 (\pm 4,1)$ για τους συμμετέχοντες ηλικίας 26 με 35 ετών, $-3,6 (\pm 3,1)$ για τους συμμετέχοντες ηλικίας 36 με 45 ετών και $-5,8 (\pm 3,8)$ για τους συμμετέχοντες ηλικίας > 45 ετών, ωστόσο δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους ($p=0,389$).
- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων τόσο κατά τη πρώτη μέτρηση ($p=0,207$), όσο και κατά τη δεύτερη μέτρηση ($p=0,138$). Η μέση διαφορά (T.A.) της βαθμολογίας της υποκλίμακας κατάθλιψης μεταξύ των δύο μετρήσεων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων ($p=0,479$).
- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ εκείνων που έμεναν μόνοι τους και εκείνων που συγκατοικούσαν με κάποιον άλλον τόσο κατά τη πρώτη την πρώτη μέτρηση ($8,4 \pm 5,9$ έναντι $10,1 \pm 5,1$, $p=0,263$), όσο και κατά τη δεύτερη μέτρηση ($3,9 \pm 3,4$ έναντι $4,7 \pm 3,5$, $p=0,367$). Η μέση διαφορά (\pm T.A.) της βαθμολογίας της υποκλίμακας κατάθλιψης μεταξύ των δύο μετρήσεων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ εκείνων που έμεναν μόνοι τους και εκείνων που συγκατοικούσαν με κάποιον ($-4,5 \pm 4,2$ έναντι $-5,5 \pm 3,2$, $p=0,186$).

- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης, τόσο κατά τη πρώτη ($p=0,117$), όσο και κατά τη δεύτερη μέτρηση ($p=0,342$) δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης. Η μέση διαφορά (T.A.) της βαθμολογίας της υποκλίμακας κατάθλιψης μεταξύ των δύο μετρήσεων για τους απόφοιτους δημοτικού/γυμνασίου ήταν $-6,5(\pm 4,6)$, για τους απόφοιτους λυκείου $-5,0(\pm 3,1)$, και για τους απόφοιτους ΑΕΙ/ΤΕΙ $-3,8\pm 3,5$, ωστόσο δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ των τριών ομάδων ($p=0,179$).
- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης, τόσο κατά τη πρώτη ($p=0,071$), όσο και κατά τη δεύτερη μέτρηση ($p=0,431$) δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων. Ωστόσο, η μέση διαφορά (\pm T.A.) της βαθμολογίας της υποκλίμακας κατάθλιψης μεταξύ των δύο μετρήσεων ήταν σημαντικά μεγαλύτερη για εκείνους που ήταν άνεργοι ή ασχολιόντουσαν με οικιακά $[-6,9(\pm 3,4)]$ σε σχέση με εκείνους που εργάζονταν $[-3,6(\pm 3,4)]$ και εκείνους που ήταν συνταξιούχοι $[-4,9(\pm 3,2)]$ ($p=0,017$).

Πίνακας 12: Συγχρονικές συγκρίσεις δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης

Μεταβλητή	Υποκλίμακα Κατάθλιψης					
	1 ^η μέτρηση		2 ^η μέτρηση		Διαφορά	
	MT±TA	p-value	MT±TA	p-value	MT±TA	p-value
Φύλο						
Ανδρας	8,5±5,2	p=0,235 ^a	4,0±3,3	p=0,591	-4,4±3,5	p=0,231 ^a
Γυναίκα	10,3±5,7		4,6±3,7		-5,7±3,7	
Ηλικία						
18-25 ετών	7,7±5,0	p=0,05^b	2,5±1,6	p=0,071	-5,2±3,5	p=0,389
26-35 ετών	9,1±6,7		3,9±3,3		-5,3±4,1	
36-45 ετών	6,8±5,3		3,1±2,8		-3,6±3,1	
>45 ετών	11,5±4,7		5,7±3,8		-5,8±3,8	
Οικογενειακή Κατάσταση						
Άγαμος	8,1±4,8	p=0,207 ^b	3,4±2,1	p=0,138	-4,7±3,5	p=0,479 ^b
Έγγαμος	10,1±5,8		4,0±3,4		-6,1±4,1	
Διαζευγμένος	11,5±6,1		6,8±4,9		-4,6±3,2	
Μένετε μόνος;						
Ναι	8,4±5,9	p=0,263 ^a	3,9±3,4	p=0,367	-4,5±4,2	p=0,186
Όχι	10,1±5,1		4,7±3,5		-5,5±3,2	
Επίπεδο Εκπαίδευσης						
Απόφοιτος Δημοτικού/Γυμνασίου	11,3±5,2	p=0,117 ^b	4,8±3,1	p=0,342	-6,5±4,6	p=0,179 ^b
Απόφοιτος Λυκείου	9,7±5,3		4,7±3,9		-5,0±3,1	
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	6,8±5,2		3,1±2,7		-3,8±3,5	
Επάγγελμα						
Εργαζόμενος	7,6±6,4	p=0,071	4,0±3,9	p=0,431	-3,6±3,4	p=0,017
Άνεργος/ Οικιακά	11,6±4,2		4,7±2,5		-6,9±3,4	
Συνταξιούχος	9,3±4,0		4,4±4,0		-4,9±3,2	

^a t-test, ^b ΑνοVA, σ' όλες τις άλλες περιπτώσεις πραγματοποιήθηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες

Συνοπτικά, η βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης κατά την 1^η μέτρηση διέφερε σημαντικά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, ενώ η διαφορά της κατάθλιψης μεταξύ των δύο μετρήσεων διέφερε ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων. Από την άλλη, η βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης κατά τη δεύτερη μέτρηση δε διέφερε σημαντικά ανάλογα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Στον πίνακα 13 παρουσιάζεται η σχέση των κλινικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης κατά τη 1^η και τη 2^η μέτρηση, καθώς και με τη διαφορά των 2 μετρήσεων. Από τη συγκριτική μελέτη βρέθηκε ότι:

- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τη διάγνωση τόσο κατά την 1^η μέτρηση ($p=0,284$), όσο και κατά τη 2^η μέτρηση ($p=0,558$). Αναλυτικότερα, κατά την πρώτη μέτρηση η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους για τους ασθενείς διαταραχές συναισθήματος ήταν $8,6(\pm 4,9)$, για τους ασθενείς που διαγνώστηκαν με σχιζοφρένεια/ ψύχωση $9,7(\pm 5,9)$ και για τους ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς $12,1(\pm 6,1)$. Κατά τη 2^η μέτρηση, η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους για τους ασθενείς διαταραχές συναισθήματος ήταν $3,8(\pm 3,1)$, για τους ασθενείς που διαγνώστηκαν με σχιζοφρένεια/ ψύχωση $4,7(\pm 3,1)$ και για τους ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς $5,7(\pm 5,1)$. Επίσης, η μέση διαφορά της βαθμολογίας της υποκλίμακας κατάθλιψης μεταξύ των δύο μετρήσεων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τη διάγνωση ($p=0,799$).
- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα τη διάρκεια νοσηλείας τόσο κατά την 1^η μέτρηση ($p=0,619$), όσο και κατά τη 2^η μέτρηση ($p=0,584$). Ακόμα, η μέση διαφορά της βαθμολογίας της υποκλίμακας κατάθλιψης μεταξύ των δύο μετρήσεων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τη διάρκεια νοσηλείας ($p=0,588$).
- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ εκείνων που είχαν συμμετέχει κατά το παρελθόν σε προγράμματα ομαδικής ψυχοθεραπείας και εκείνων που δεν είχαν συμμετέχει τόσο κατά τη πρώτη ($9,2\pm 5,7$ έναντι $9,5\pm 5,4$, $p=0,849$), όσο και κατά τη δεύτερη μέτρηση ($4,6\pm 4,0$ έναντι $4,2\pm 3,1$, $p=0,976$). Η μέση διαφορά ($\pm T.A.$) της βαθμολογίας της υποκλίμακας άγχους μεταξύ των δύο μετρήσεων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ εκείνων που είχαν συμμετέχει κατά το παρελθόν σε προγράμματα ομαδικής ψυχοθεραπείας και εκείνων που δεν είχαν συμμετέχει ($-4,6\pm 3,8$ έναντι $-5,3\pm 3,5$, $p=0,310$).
- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ εκείνων που είχαν νοσηλευτεί κατά το παρελθόν σε ψυχιατρική κλινική και εκείνων που δεν είχαν νοσηλευτεί τόσο κατά τη πρώτη ($10,7\pm 5,3$ έναντι $8,3\pm 5,4$, $p=0,108$), όσο και κατά τη δεύτερη μέτρηση ($5,1\pm 3,6$ έναντι $3,6\pm 3,2$, $p=0,126$). Η

μέση διαφορά (\pm T.A.) της βαθμολογίας της υποκλίμακας κατάθλιψης μεταξύ των δύο μετρήσεων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ εκείνων που είχαν νοσηλευτεί κατά το παρελθόν σε ψυχιατρική κλινική και εκείνων που δεν είχαν νοσηλευτεί ($-5,6\pm 3,7$ έναντι $-4,6\pm 3,6$, $p=0,329$).

- Ο συνολικός αριθμός συνεδριών ομαδικής ψυχοθεραπείας δε σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με τη βαθμολογία της υποκλίμακας της κατάθλιψης κατά την πρώτη μέτρηση ($rho=0,075$, $p=0,605$), με τη βαθμολογία της υποκλίμακας της κατάθλιψης κατά τη δεύτερη μέτρηση ($rho=0,011$, $p=0,937$) και με τη διαφορά της βαθμολογίας των δύο μετρήσεων ($rho=-0,073$, $p=0,615$).

Πίνακας 13: Συγχρονικές συγκρίσεις κλινικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης

Μεταβλητή	Υποκλίμακα Κατάθλιψης					
	1 ^η μέτρηση		2 ^η μέτρηση		Διαφορά	
	MT \pm TA	p-value	MT \pm TA	p-value	MT \pm TA	p-value
Διάγνωση						
Διαταραχές συναισθήματος	8,6 \pm 4,9		3,8 \pm 3,1		-4,8 \pm 3,1	
Σχιζοφρένεια/ Ψυχώσεις	9,7 \pm 5,9	$p=0,284^b$	4,7 \pm 3,1	$p=0,558$	-5,0 \pm 4,0	$p=0,799$
Διαταραχή προσωπικότητας/ συμπεριφοράς	12,1 \pm 6,1		5,7 \pm 5,1		-6,4 \pm 4,8	
Διάρκεια Νοσηλείας						
1 – 5 ημέρες	8,3 \pm 4,7		2,3 \pm 1,5		-6,0 \pm 4,4	
6 – 10 ημέρες	10,3 \pm 5,9	$p=0,619^b$	5,7 \pm 5,0		-4,6 \pm 3,0	$p=0,588^b$
11 – 15 ημέρες	7,1 \pm 6,4		3,4 \pm 3,9	$p=0,584$	-3,8 \pm 3,0	
15 – 20 ημέρες	10,6 \pm 4,9		4,8 \pm 3,2		-6,0 \pm 3,9	
> 20 ημέρες	8,8 \pm 5,8		4,3 \pm 2,8		-4,5 \pm 3,8	
Παρελθόν Ομάδες						
Ναι	9,2 \pm 5,7	$p=0,849^a$	4,6 \pm 4,0	$p=0,976$	-4,6 \pm 3,8	$p=0,310$
Όχι	9,5 \pm 5,4		4,2 \pm 3,1		-5,3 \pm 3,5	
Προηγούμενη Νοσηλεία						
Ναι	10,7 \pm 5,3	$p=0,108^a$	5,1 \pm 3,6	$p=0,126$	-5,6 \pm 3,7	$p=0,329^a$
Όχι	8,3 \pm 5,4		3,6 \pm 3,2		-4,6 \pm 3,6	
Σύνολο Συνεδριών	$rho=0,075$, $P=0,605$		$rho=0,011$, $P=0,937$		$rho=-0,073$, $P=0,615$	

^a t-test, ^b Ανονα, σ' όλες τις άλλες περιπτώσεις πραγματοποιήθηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες

Κατά τις συγχρονικές συγκρίσεις των κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών με τη βαθμολογία της κατάθλιψης κατά την 1^η και τη 2^η μέτρηση, καθώς και με τη διαφορά των δύο μετρήσεων, δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά.

4.6 Συναισθηματική Κατάσταση Συμμετεχόντων πριν και μετά από την Ομαδική Ψυχοθεραπεία

Όσον αφορά τη συναισθηματική κατάσταση των συμμετεχόντων, κατά την πρώτη μέτρηση χαρά αισθάνονταν 15 (30,0%) συμμετέχοντες, απογοήτευση 4 (8,0%), ανησυχία 24 (48,0%), θυμό 6 (12,0%) και επιθετικότητα / έντονο θυμό 1 (2,0%). Μετά τις συνεδρίες ομαδικής ψυχοθεραπείας, κατά τη δεύτερη μέτρηση, χαρά αισθάνονταν 42 (84,0%) συμμετέχοντες, απογοήτευση 5 (10,0%), ανησυχία 2 (4,0%), θυμό 1 (2,0%) και επιθετικότητα, έντονο θυμό δεν αισθανόταν κανένας συμμετέχοντας (Πίνακας 14).

Η μέση βαθμολογία (\pm TA) του θερμομέτρου συναισθημάτων ήταν 2,48(\pm 1,1) κατά την πρώτη μέτρηση και 1,24(\pm 0,6) κατά τη δεύτερη μέτρηση. Κατά το στατιστικό έλεγχο Wilcoxon, βρέθηκε ότι η μέση βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων ήταν σημαντικά μικρότερη στη δεύτερη μέτρηση σε σχέση με την πρώτη ($p=0,000$) (Πίνακας 15).

Πίνακας 14: Κατανομή των ασθενών ανάλογα με το συναίσθημα που βίωναν πριν και μετά τη συμμετοχής τους στις ομάδες ψυχοθεραπείας

Συναίσθημα	Βαθμολογία	
	1 ^η Μέτρηση	2 ^η Μέτρηση
Κατηγορίες Συναισθήματος		
Χαρά	15 (30,0%)	42 (84,0%)
Απογοήτευση	4 (8,0%)	5 (10,0%)
Ανησυχία	24 (48,0%)	2 (4,0%)
Θυμός	6 (12,0%)	1 (2,0%)
Επιθετικότητα, έντονος θυμός	1 (2,0%)	0 (0,0%)

Πίνακας 15: Βαθμολογία θερμομέτρου συναισθημάτων κατά την 1^η και 2^η μέτρηση

Συναίσθημα	Βαθμολογία Θερμομέτρου Συναισθημάτων			Στατιστικός Έλεγχος Wilcoxon
	1 ^η Μέτρηση	2 ^η Μέτρηση	Διαφορά	
Θερμόμετρο Συναισθημάτων	2,48(\pm 1,1)	1,24(\pm 0,6)	-1,24(\pm 1,3)	Z=-4,573, p=0,000

Στον πίνακα 16 παρουσιάζεται η συσχέτιση της βαθμολογίας του θερμομέτρου συναισθημάτων με τη βαθμολογία των υποκλιμάκων Άγχους και Κατάθλιψης, καθώς και με τη συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας HADS. Δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση του θερμομέτρου συναισθημάτων με τη βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους, με τη βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης και με τη συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας HADS.

Πίνακας 16: Συσχέτιση θερμομέτρου συναισθημάτων με την κλίμακα HADS.

	Θερμόμετρο Συναισθημάτων (1^η μέτρηση)	Θερμόμετρο Συναισθημάτων (1^η μέτρηση)
Υποκλίμακα Άγχους (1^η μέτρηση)	rho=0,136 p-value=0,348	rho=0,257 p-value=0,072
Υποκλίμακα Κατάθλιψης (1^η μέτρηση)	rho=0,150 p-value=0,299	rho=0,234 p-value=0,101
Υποκλίμακα Άγχους (2^η μέτρηση)	rho=0,138 p-value=0,339	rho=0,191 p-value=0,185
Υποκλίμακα Κατάθλιψης (2^η μέτρηση)	rho=0,191 p-value=0,185	rho=0,236 p-value=0,099
HADS (1^η μέτρηση)	rho=0,154 p-value=0,287	rho=0,253 p-value=0,076
HADS (2^η μέτρηση)	rho=0,177 p-value=0,218	rho=0,241 p-value=0,092

4.7 Συσχέτιση Δημογραφικών, Κοινωνικών και Κλινικών Δεδομένων με τη Συναισθηματική Κατάσταση των Συμμετεχόντων

Στον πίνακα 17 παρουσιάζεται η σχέση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων κατά τη 1η και τη 2η μέτρηση, καθώς και με τη διαφορά την 2 μετρήσεων. Από τη συγκριτική μελέτη βρέθηκε ότι:

- Η μέση βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ ανδρών και γυναικών κατά την 1^η μέτρηση ($2,7 \pm 1,1$ έναντι $2,2 \pm 1,1$; $p=0,149$) και κατά τη 2^η μέτρηση ($1,2 \pm 0,6$ έναντι $1,2 \pm 0,5$; $p=0,976$). Επίσης, η μέση διαφορά της βαθμολογίας του θερμομέτρου συναισθημάτων μεταξύ των δύο μετρήσεων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ ανδρών και γυναικών ($-1,4 \pm 1,5$ έναντι $-1,0 \pm 1,2$; $p=0,116$).

- Η μέση βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων τόσο κατά τη πρώτη μέτρηση ($p=0.475$), όσο και κατά τη δεύτερη μέτρηση ($p=0,966$). Η μέση διαφορά (T.A.) της βαθμολογίας του θερμομέτρου συναισθημάτων μεταξύ των δύο μετρήσεων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων ($p=0,509$).
- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας κατάθλιψης δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ εκείνων που έμεναν μόνοι τους και εκείνων που συγκατοικούσαν με κάποιον άλλον τόσο κατά τη πρώτη την πρώτη μέτρηση ($2,4\pm 1,1$ έναντι $2,5\pm 1,2$, $p=0,857$), όσο και κατά τη δεύτερη μέτρηση ($1,3\pm 0,8$ έναντι $1,2\pm 0,5$, $p=0,568$). Η μέση διαφορά (\pm T.A.) της βαθμολογίας του θερμομέτρου συναισθημάτων μεταξύ των δύο μετρήσεων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ εκείνων που έμεναν μόνοι τους και εκείνων που συγκατοικούσαν με κάποιον ($-1,9\pm 1,5$ έναντι $-1,3\pm 1,2$, $p=0,816$).
- Η μέση βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων, τόσο κατά τη πρώτη ($p=0,855$), όσο και κατά τη δεύτερη μέτρηση ($p=0,778$) δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης. Η μέση διαφορά (\pm T.A.) της βαθμολογίας του θερμομέτρου συναισθημάτων μεταξύ των δύο μετρήσεων για τους απόφοιτους δημοτικού/ γυμνασίου ήταν $-1,3(\pm 1,4)$, για τους απόφοιτους λυκείου $-1,3(\pm 1,3)$, και για τους απόφοιτους ΑΕΙ/ΤΕΙ $-1,1(\pm 1,6)$, ωστόσο δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ των τριών ομάδων ($p=0,989$).
- Η μέση βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων, τόσο κατά τη πρώτη ($p=0,187$), όσο και κατά τη δεύτερη μέτρηση ($p=0,683$) δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων. Η μέση διαφορά (\pm T.A.) της βαθμολογίας του θερμομέτρου συναισθημάτων μεταξύ των δύο μετρήσεων για τους ανέργους ή για εκείνους που ασχολούνταν με οικιακά ήταν $-1,1(\pm 1,3)$, για εκείνους που εργάζονταν $-1,1(\pm 1,5)$ και για εκείνους που ήταν συνταξιούχοι $-1,8(\pm 0,9)$, ωστόσο δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ των τριών ομάδων ($p=0,209$).

Πίνακας 17: Συγχρονικές συγκρίσεις δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία συναισθηματικής κατάστασης

Μεταβλητή	Θερμόμετρο Συναισθημάτων					
	1 ^η μέτρηση		2 ^η μέτρηση		Διαφορά	
	MT±TA	p-value	MT±TA	p-value	MT±TA	p-value
Φύλο						
Ανδρας	2,7±1,1	p=0,149	1,2±0,6	p=0,976	-1,4±1,5	p=0,116
Γυναίκα	2,2±1,1		1,2±0,5		-1,0±1,2	
Ηλικία						
18-25 ετών	2,2±1,6	p=0,115	1,7±0,4	p=0,204	-1,0±1,7	p=0,176
26-35 ετών	2,3±1,3		1,7±1,1		-0,6±2,1	
36-45 ετών	2,1±1,1		1,4±0,5		-0,9±1,3	
>45 ετών	2,9±0,9		1,7±0,5		-1,7±0,8	
Οικογενειακή Κατάσταση						
Άγαμος	2,3±1,2	p=0,475	1,2±0,6	p=0,966	-1,1±1,5	p=0,509
Έγγαμος	2,7±1,1		1,2±0,6		-1,5±1,3	
Διαζευγμένος	2,5±1,0		1,3±0,6		-1,3±1,0	
Μένετε μόνος;						
Ναι	2,4±1,1	p=0,857	1,3±0,8	p=0,568	-1,9±1,5	p=0,816
Όχι	2,5±1,2		1,2±0,5		-1,3±1,2	
Επίπεδο Εκπαίδευσης						
Απόφοιτος Δημοτικού/ Γυμνασίου	2,5±0,9	p=0,855	1,3±0,6	p=0,778	-1,3±1,4	p=0,989
Απόφοιτος Λυκείου	2,5±1,2		1,2±0,5		-1,3±1,3	
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	2,3±1,1		1,2±0,9		-1,1±1,6	
Επάγγελμα						
Εργαζόμενος	2,3±1,1	p=0,187	1,2±0,7	p=0,683	-1,1±1,3	p=0,209
Άνεργος/ Οικιακά	2,3±1,3		1,3±0,6		-1,1±1,5	
Συνταξιούχος	3,0±0,8		1,2±0,6		-1,8±0,9	

Σ' όλες τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες

Κατά τις συγχρονικές συγκρίσεις των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των ασθενών με τη βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων κατά την 1^η και τη 2^η μέτρηση, καθώς και με τη διαφορά των δύο μετρήσεων, δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά.

Στον πίνακα 18 παρουσιάζεται η σχέση των κλινικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων κατά τη 1^η και τη 2^η μέτρηση, καθώς και με τη διαφορά των 2 μετρήσεων. Από τη συγκριτική μελέτη βρέθηκε ότι:

- Η μέση βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τη διάγνωση τόσο κατά την 1^η μέτρηση ($p=0,073$), όσο και κατά τη 2^η μέτρηση ($p=0,459$). Επίσης, η μέση διαφορά της βαθμολογίας του θερμομέτρου συναισθημάτων μεταξύ των δύο μετρήσεων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τη διάγνωση ($p=0,350$).
- Η μέση βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα τη διάρκεια νοσηλείας τόσο κατά την 1^η μέτρηση ($p=0,212$), όσο και κατά τη 2^η μέτρηση ($p=0,235$). Ακόμα, η μέση διαφορά της βαθμολογίας του θερμομέτρου συναισθημάτων μεταξύ των δύο μετρήσεων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τη διάρκεια νοσηλείας ($p=0,216$).
- Η μέση βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ εκείνων που είχαν συμμετέχει κατά το παρελθόν σε προγράμματα ομαδικής ψυχοθεραπείας και εκείνων που δεν είχαν συμμετέχει κατά τη πρώτη μέτρηση ($2,3\pm 1,3$ έναντι $2,6\pm 1,0$, $p=0,849$). Ωστόσο, κατά τη δεύτερη μέτρηση αυτοί που είχαν συμμετέχει κατά το παρελθόν σε συνεδρίες ομαδικής ψυχοθεραπείας είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στο θερμοόμετρο συναισθημάτων σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν συμμετέχει ($1,5\pm 0,9$ έναντι $1,1\pm 0,3$, $p=0,010$). Η μέση διαφορά ($\pm T.A.$) της βαθμολογίας του θερμομέτρου συναισθημάτων μεταξύ των δύο μετρήσεων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ εκείνων που είχαν συμμετέχει κατά το παρελθόν σε προγράμματα ομαδικής ψυχοθεραπείας και εκείνων που δεν είχαν συμμετέχει ($-0,8\pm 1,7$ έναντι $-1,5\pm 1,1$, $p=0,153$).
- Η μέση βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ εκείνων που είχαν νοσηλευτεί κατά το παρελθόν σε ψυχιατρική κλινική και εκείνων που δεν είχαν νοσηλευτεί κατά τη πρώτη μέτρηση ($2,4\pm 1,2$ έναντι $2,6\pm 1,1$, $p=0,502$). Ωστόσο, κατά τη δεύτερη μέτρηση αυτοί που είχαν νοσηλευτεί κατά το παρελθόν σε ψυχιατρική κλινική είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στο θερμοόμετρο συναισθημάτων σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν νοσηλευτεί ($1,5\pm 0,8$ έναντι $1,0\pm 0,2$, $p=0,010$). Η μέση διαφορά ($\pm T.A.$) της βαθμολογίας του θερμομέτρου συναισθημάτων μεταξύ των δύο μετρήσεων δε διέφερε στατιστικά

σημαντικά μεταξύ εκείνων που είχαν νοσηλευτεί κατά το παρελθόν σε ψυχιατρική κλινική και εκείνων που δεν είχαν νοσηλευτεί (-0,9±1,5 έναντι -1,6±1,1, p=0,135).

- Ο συνολικός αριθμός συνεδριών ομαδικής ψυχοθεραπείας δε σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με τη βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων κατά την πρώτη μέτρηση (rho=0,217, P=0,131), με τη βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων κατά τη δεύτερη μέτρηση (rho=0,001, p=0,884) και με τη διαφορά της βαθμολογίας των δύο μετρήσεων (rho=-0,200, p=0,164).

Πίνακας 18: Συγχρονικές συγκρίσεις κλινικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία της συναισθηματικής κατάστασης

Μεταβλητή	Θερμόμετρο Συναισθημάτων					
	1 ^η μέτρηση		2 ^η μέτρηση		Διαφορά	
	MT±TA	p-value	MT±TA	p-value	MT±TA	p-value
Διάγνωση						
Αγχώδεις Διαταραχές	2,3±1,3		1,2±0,7		-1,1±1,5	
Σχιζοφρένεια/ Ψυχώσεις	2,5±1,2	p=0,073	1,2±0,5	p=0,459	-1,3±1,2	p=0,350
Διατ. προσωπικότητας/ συμπεριφοράς	3,3±0,5		1,4±0,8		-1,9±0,9	
Διάρκεια Νοσηλείας						
1 – 5 ημέρες	2,0±1,7		1,0		-1,0±1,7	
6 – 10 ημέρες	2,3±1,7	p=0,212	1,7±1,3	p=0,235	-0,5±1,8	p=0,216
11 – 15 ημέρες	3,4±0,7		1,1±0,4		-2,25±0,7	
15 – 20 ημέρες	2,4±1,2		1,3±0,6		-1,8±1,4	
> 20 ημέρες	2,2±1,1		1,0		-1,2±1,1	
Παρελθόν Ομάδες						
Ναι	2,3±1,3	p=0,546	1,5±0,9	p=0,016	-0,8±1,7	p=0,153
Όχι	2,6±1,0		1,1±0,3		-1,5±1,1	
Προηγούμενη Νοσηλεία						
Ναι	2,4±1,2	p=0,502	1,5±0,8	p=0,010	-0,9±1,5	p=0,135
Όχι	2,6±1,1		1,0±0,2		-1,6±1,1	
Σύνολο Συνεδριών	rho=0,217, P=0,131		rho=0,001, P=0,884		Rho=-0,200. P=0,164	

Συνοπτικά, κατά τις συγχρονικές συγκρίσεις των κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών με τη βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων κατά την 1^η μέτρηση, καθώς και με τη διαφορά των δύο μετρήσεων, δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά. Η

βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ των ασθενών που κατά το παρελθόν είχαν νοσηλευτεί ή όχι σε ψυχιατρική κλινική και μεταξύ των ασθενών που κατά το παρελθόν είχαν συμμετέχει ή όχι σε συνεδρίες ομαδικής ψυχοθεραπείας.

4.8 Αποτελέσματα Γραμμικής Παλινδρόμησης με Εξαρτημένη Μεταβλητή την Υποκλίμακα Άγχους

Στον πίνακα 19 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους κατά τη δεύτερη μέτρηση και ανεξάρτητες μεταβλητές την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και το σύνολο των συνεδριών. Κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση, βρέθηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση ($p=0,025$) και ο αριθμός των συνεδριών ($p=0,004$) προβλέπουν ανεξάρτητα τη βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους κατά τη 2^η μέτρηση.

Πίνακας 19: Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους κατά τη δεύτερη μέτρηση

Παράμετρος	Unstandardized Coefficients		t	Sig.	95% CI (lower, upper)
	B	Std. Error			
Μονοπαραγοντική Ανάλυση					
Ηλικία	1,037	0,365	2,839	0,007	0,302, 1,771
Οικογενειακή Κατάσταση	1,395	0,469	2,075	0,005	0,452, 2,338
Σύνολο Συνεδριών	0,351	0,176	1,996	0,052	-0,002, 0,704
Πολυπαραγοντική Ανάλυση					
Ηλικία	0,747	0,378	1,979	0,054	-0,013, 1,507
Οικογενειακή Κατάσταση	1,137	0,490	2,320	0,025	0,150, 2,124
Σύνολο Συνεδριών	0,464	0,155	2,995	0,004	0,152, 0,777

4.9 Αποτελέσματα Γραμμικής Παλινδρόμησης με Εξαρτημένη Μεταβλητή το Θερμόμετρο Συναισθημάτων

Στον πίνακα 20 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία του θερμόμετρου συναισθημάτων κατά τη δεύτερη μέτρηση και ανεξάρτητες μεταβλητές τη συμμετοχή σε ομάδες κατά το παρελθόν και την προηγούμενη νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική. Κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση, καμία μεταβλητή δε βρέθηκε να προβλέπει ανεξάρτητα τη βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων κατά τη 2^η μέτρηση.

Πίνακας 20: Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων κατά τη 2^η μέτρηση

Παράμετρος	Unstandardized Coefficients		t	Sig.	95% CI (lower, upper)
	B	Std. Error			
Μονοπαραγοντική Ανάλυση					
Παρελθόν ομάδες	-0,462	0,171	-2,695	0,010	-0,806, -0,117
Προηγούμενη νοσηλεία	-0,441	0,167	-2,636	0,011	-0,778, -0,105
Πολυπαραγοντική Ανάλυση					
Παρελθόν ομάδες	-0,286	0,234	-1,220	0,228	-0,757, 0,185
Προηγούμενη νοσηλεία	-0,251	0,228	-1,102	0,276	-0,710, 0,207

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ομαδική θεραπεία, εδώ και αρκετά χρόνια, αποτελεί κοινή συνιστώσα της θεραπείας ασθενών με σοβαρή ψυχική ασθένεια και κατέχει σημαντική θέση στη ψυχιατρική (Caruso et al., 2013). Η ομαδική ψυχοθεραπεία στοχεύει στη βελτίωση των διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων των ατόμων και στην εξάλειψη συναισθημάτων απομόνωσης, άγχους και κατάθλιψης (Σεργέδου, 2012). Παράλληλα, η ομαδική ψυχοθεραπεία φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα αλλαγής της συμπεριφοράς ή/και της προσωπικότητας (Caruso et al., 2013).

Η ομαδική θεραπεία παρέχεται ευρέως σε ψυχιατρικές μονάδες και αποτελεί σημαντικό μέρος των θεραπευτικών εμπειριών των ενδονοσοκομειακών ασθενών (Caruso et al., 2013). Οι ομάδες μπορούν να οργανωθούν με πολλούς τρόπους σε μια αίθουσα. Οι στόχοι κάθε ομάδας ποικίλλουν, αλλά όλες έχουν ένα κοινό σκοπό να αυξήσουν την ευαισθητοποίηση των ασθενών μέσω της αλληλεπίδρασης με άλλα μέλη της ομάδας που παρέχουν ανατροφοδότηση σχετικά με τη συμπεριφορά τους, να παρέχουν στους ασθενείς βελτιωμένες διαπροσωπικές κοινωνικές δεξιότητες και να μειώνουν την απομόνωση (Kanas, 2005).

Μέσα από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η ομαδική ψυχοθεραπεία στους ενδονοσοκομειακούς ψυχιατρικούς ασθενείς φαίνεται να επιδρά σημαντικά στην ψυχολογία και στη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών, στην ικανοποίηση, στη συμμόρφωση στην αγωγή καθώς και στην επανεισαγωγή των ασθενών (Veltro et al., 2006; Peng et al., 2010; Deatrich et al., 2016). Ωστόσο μέχρι σήμερα δεν έχει δημοσιευτεί καμία μελέτη που να εξετάζει την αποτελεσματικότητα της ενδονοσοκομειακής ομαδικής θεραπείας σε ψυχιατρικούς ασθενείς στην Ελλάδα. Επίσης, οι διεθνείς μελέτες που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα της ομαδικής θεραπείας σε ενδονοσοκομειακούς ψυχιατρικούς ασθενείς αφορούν σε μία διαγνωστική κατηγορία ασθενών.

Σκοπός, λοιπόν, της παρούσας έρευνας ήταν η μελέτη της αποτελεσματικότητας της ομαδικής ψυχοθεραπείας σε ενήλικες ενδονοσοκομειακούς ασθενείς και η επιρροή η οποία αυτή δύναται να έχει στο επίπεδο του άγχους και της κατάθλιψης των ασθενών. Αναλυτικότερα, επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν να αξιολογηθούν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και η συναισθηματική κατάσταση νοσηλευόμενων ψυχιατρικών ασθενών πριν και μετά από τη συμμετοχή τους σε ομαδικές ψυχοθεραπείες και να εξεταστεί αν η υπάρχει μεταβολή στα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και της συναισθηματικής κατάστασης που

βιώνουν οι ασθενείς πριν και μετά από τις ομαδικές ψυχοθεραπείες. Επίσης, διερευνήθηκε αν τα δημογραφικά, κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών σχετίζονται με το άγχος, την κατάθλιψη και τη συναισθηματική κατάσταση των νοσηλευόμενων ασθενών πριν και μετά από τις ομαδικές ψυχοθεραπείες.

Ένα από τα κυριότερα ευρήματα της παρούσας μελέτης ήταν ότι το άγχος και η κατάθλιψη των ασθενών, καθώς και το θερμομέτρο συναισθημάτων, μειώθηκαν σημαντικά μετά την ολοκλήρωση των συνεδριών ομαδικής θεραπείας. Αναλυτικότερα μετά την ολοκλήρωση των συνεδριών ομαδικής θεραπείας, η βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους μειώθηκε κατά 5,22 μονάδες, η βαθμολογία υποκλίμακας κατάθλιψης μειώθηκε κατά 5,06, η συνολική βαθμολογία της κλίμακας HADS μειώθηκε κατά 10,28 και η βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων μειώθηκε κατά 1,24. Συνεπώς, φαίνεται ότι το άγχος, η κατάθλιψη και η συναισθηματική κατάσταση των ενδονοσοκομειακών ψυχιατρικών ασθενών βελτιώνονται με τη συμμετοχή τους σε συνεδρίες ομαδικής ψυχοθεραπείας. Σε παρόμοια αποτελέσματα έχουν καταλήξει και άλλες μελέτες που αφορούν στην επίδραση του διαπροσωπικού μοντέλου ομαδικής ενδονοσοκομειακής ψυχοθεραπείας στο άγχος και στην κατάθλιψη των ασθενών.

Στην μελέτη των DiMascio et al (1979) βρέθηκε ότι η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία μειώνει σημαντικά την κατάθλιψη των ασθενών σε σχέση με την «μη προγραμματισμένη θεραπεία», ωστόσο δε διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά στη μονοετή παρακολούθηση (DiMascio et al., 1979). Επίσης, οι Schramm et al (2007) κατέληξαν ότι οι ασθενείς που λάμβαναν διαπροσωπική ψυχοθεραπεία είχαν σημαντικά μεγαλύτερη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων την 5^η εβδομάδα θεραπείας. Παράλληλα, οι ασθενείς που ανταποκρίθηκαν αρχικά στη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία εμφάνισαν μεγαλύτερα οφέλη στη θεραπεία κατά την τριμηνιαία παρακολούθηση, καθώς μόνο το 3% αυτών των ασθενών υποτροπίασαν, έναντι του 25% που έλαβε φαρμακοθεραπεία και εντατική κλινική διαχείριση. Ωστόσο, 9 μήνες αργότερα, αυτή η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική (Schramm et al., 2007). Στη μελέτη της Σεργέδου (2012) βρέθηκε ότι η ομαδική ψυχοθεραπεία σε ενδονοσοκομειακούς ψυχιατρικούς ασθενείς βελτιώνει τη λειτουργικότητα, τη θετική και αρνητική συμπτωματολογία, την ποιότητα ζωής, τις υποτροπές-νοσηλείες και την παρουσία ψυχοπαθολογικών στοιχείων στις ζωγραφιές των ψυχωτικών ασθενών ένα χρόνο μετά την παρακολούθηση της (Σεργέδου, 2012).

Ωστόσο, και άλλα είδη ομαδικής ψυχοθεραπείας, όπως η μουσικοθεραπεία και η γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία έχει βρεθεί να επιδρούν θετικά στα συμπτώματα των ενδονοσοκομειακών ψυχιατρικών ασθενών. Στη μελέτη των Ulrich et al. (2007), όπου αξιολογήθηκε η επίδραση της ομαδικής μουσικοθεραπείας σε 37 σχιζοφρενείς ασθενείς που νοσηλεύονταν σε οξεία ψυχιατρική, βρέθηκε ότι ασθενείς που έλαβαν ομαδική μουσικοθεραπεία είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση της διαπροσωπικής επαφής ($p=0,03$), και σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση των αρνητικών συμπτωμάτων σε σύγκριση με τους ασθενείς που έλαβαν τη συνήθη φροντίδα (Ulrich et al., 2007). Από την άλλη, στην μελέτη των Peng et al (2010) βρέθηκε ότι οι ασθενείς που έλαβαν ομαδική μουσικοθεραπεία και συνήθη φροντίδα για την οξεία σχιζοφρένεια είχαν σημαντική μείωση της σοβαρότητας της νόσου σε σύγκριση με εκείνους της ομάδας ελέγχου. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που έλαβαν ομαδική μουσικοθεραπεία βελτίωσαν τα συμπτώματα που σχετίζονται με την ανησυχία, την εννοιολογική αποδιοργάνωση, την παραισθησιολογική συμπεριφορά, και την έλλειψη συνεργασίας. (Peng et al., 2010). Οι Costa et al (2011) αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας σε ένα δείγμα 37 ασθενών με διπολική διαταραχή τύπου I και τύπου II. Οι ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς παρουσίασαν σημαντικά λιγότερα συμπτώματα μανίας, κατάθλιψης και άγχους, καθώς και λιγότερα και μικρότερα επεισόδια αλλαγής της διάθεσης (Costa et al., 2011). Επίσης, στη μελέτη των Page και Hooke (2012) βρέθηκε ότι η μέση βαθμολογία της κλίμακας BDI μειώθηκε σημαντικά στους ασθενείς που έλαβαν γνωστική συμπεριφορική ομαδική θεραπεία ($p=0,003$) (Page and Hooke, 2012). Επιπρόσθετα, οι Thimm and Andonsen (2014) διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας σε ένα δείγμα 88 ασθενών με κατάθλιψη που νοσηλεύονταν σε νοσοκομείο της Νορβηγίας. Η μέση βαθμολογία της κλίμακας BDI μειώθηκε από 28,5, πριν τη θεραπεία, σε 18,5, μετά τη θεραπεία (Thimm and Antonsen, 2014). Τέλος, σε μία πρόσφατη μελέτη της Abeditehrani (2018) βρέθηκε ότι το ψυχόγραμμα βελτιώνει το άγχος σε μακροχρόνια νοσηλεύόμενους ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Τέλος, σε μία πρόσφατη μετα-ανάλυση βρέθηκε ότι η ομαδική ψυχοθεραπεία σε οξεία ψυχιατρικά τμήματα συμβάλλει σε μικρή έως μέτρια βελτίωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων στο τέλος της θεραπείας, αλλά το αποτέλεσμα ήταν μικρότερο και όχι σημαντικό κατά το follow-up. Επίσης, η ομαδική ψυχοθεραπεία συσχετίστηκε με μείωση της κατάθλιψης, του άγχους και των επανεισαγωγών (Paterson et al., 2018).

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα της μελέτης ήταν ότι η βαθμολογία της υποκλίμακας άγχους κατά τη 2η μέτρηση διέφερε σημαντικά ανάλογα με την ηλικία των συμμετεχόντων, την οικογενειακή κατάσταση και τον αριθμό συνεδριών ομαδικής ψυχοθεραπείας. Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι οι ασθενείς που παρακολούθησαν περισσότερες συνεδρίες έτειναν να σημειώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία στην υποκλίμακα άγχους κατά τη 2^η μέτρηση. Πιθανόν αυτό οφείλεται στη θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση της διάρκειας νοσηλείας με τον αριθμό συνεδριών, δηλαδή οι ασθενείς που νοσηλεύονταν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα παρακολουθούσαν περισσότερες συνεδρίες. Ωστόσο, σύμφωνα με μελέτες έχει βρεθεί ότι μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας είχαν οι ασθενείς που είχαν μεγαλύτερη σοβαρότητα συμπτωμάτων (Wolff et al., 2015). Γι' αυτό μελλοντικά, σε παρόμοιες μελέτες, καλό θα ήταν να διεξαχθούν μελέτες που να αξιολογείται και η βαρύτητα των ασθενών.

Ένα άλλο εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν ότι η βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων κατά τη δεύτερη μέτρηση διέφερε σημαντικά μεταξύ εκείνων που είχαν ή όχι παρακολουθήσει συνεδρίες ομαδικής ψυχοθεραπείας κατά το παρελθόν και μεταξύ εκείνων που είχαν ή όχι νοσηλευτεί κατά το παρελθόν. Ωστόσο, κανένα άλλο μελετώμενο δημογραφικό, κοινωνικό και κλινικό δεδομένο δε σχετίστηκε σημαντικά με το άγχος, την κατάθλιψη και το θερμομέτρο συναισθημάτων πριν και μετά την ομαδική ψυχοθεραπεία. Η συσχέτιση των δημογραφικών και κλινικών δεδομένων έχει αποτελέσει αντικείμενο και άλλων μελετών.

Στη μελέτη των Thimm και Antonsen (2014) βρέθηκε ότι οι ασθενείς που επωφελήθηκαν από την ομαδική θεραπεία είχαν υψηλότερες βαθμολογίες BDI-II πριν τη θεραπεία σε σχέση με εκείνους που δεν ωφεληθήκαν. Ωστόσο, δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές στις υπόλοιπες μεταβλητές που εξεταστήκαν, δηλαδή στα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, διάγνωση, προηγούμενη νοσηλεία) και στον αριθμό συνεδριών, μεταξύ των ασθενών που έλαβαν θεραπεία και βελτιώθηκαν τα συμπτώματά τους και των ασθενών που έλαβαν θεραπεία, αλλά δε βελτιώθηκαν τα συμπτώματά τους (Thimm and Antonsen, 2014). Επίσης, στη μελέτη του Kamiński (2001) βρέθηκε ότι η βελτίωση των συμπτωμάτων μετά την ομαδική ψυχοθεραπεία δε σχετίζεται με το είδος της διάγνωσης των ενδονοσοκομειακών ψυχιατρικών ασθενών (Kamiński, 2001). Ωστόσο, σε μία μετα-ανάλυση που αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα της θεραπείας ομαδικής νοσηλείας βρέθηκε ότι υπάρχει ανομοιογένεια στη βελτίωση των ασθενών με διαφορετικές διαγνώσεις.

Παρατηρήθηκε εγαλύτερη βελτίωση στους ασθενείς με διαταραχές διάθεσης σε σύγκριση με μικτή, ψυχοσωματική, διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) και σχιζοφρενείς ασθενείς που αναπαράγουν πρόσφατα ευρήματα από μετα-αναλύσεις ομαδικής θεραπείας σε εξωτερικούς ασθενείς (Kösters et al., 2006).

Περιορισμοί Μελέτης

Παρά το γεγονός ότι η συγκεκριμένη μελέτη κατέληξε σε σημαντικά και πρωτότυπα συμπεράσματα, εντούτοις χαρακτηρίζεται από μια σειρά περιορισμών ως προς τη γενίκευσή τους. Κύριοι περιορισμοί της μελέτης ήταν ότι η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε μία μόνο ψυχιατρική κλινική, η μελέτη διήρκησε μόνο δύο μήνες, η επιλογή των συμμετεχόντων ήταν ευκολίας και δεν υπήρξε τυχαιοποίηση, καθώς και το δείγμα της μελέτης ήταν μικρό. Παράλληλα, η κύρια ερευνήτρια ήταν μέλος της θεραπευτικής ομάδας της κλινικής που διεξήχθη η μελέτη και πραγματοποιεί η ίδια τις συνεδρίες ομαδικής ψυχοθεραπείας, καθώς η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης σχετίζεται με την αποτελεσματικότητα της ομαδικής ψυχοθεραπείας. Ένας άλλος περιορισμός της μελέτης ήταν ότι δεν υπήρχε ομάδα ελέγχου, ώστε να ελεγχθεί αν η ομαδική ψυχοθεραπεία υπερτερεί της συνήθους φαρμακευτικής θεραπείας. Τέλος, άλλος περιορισμός της μελέτης ήταν ότι το άγχος και η κατάθλιψη αξιολογούνταν όταν οι ασθενείς εισάγονταν στη μελέτη και όταν επρόκειτο να λάβουν εξιτήριο, και όχι αμέσως πριν και μετά από τη συνεδρία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

6.1 Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε την επίδραση της ομαδικής ψυχοθεραπείας στα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης, καθώς και στη συναισθηματική κατάσταση ενδονοσοκομειακών ψυχιατρικών ασθενών. Αποτελεί την πρώτη μελέτη στη χώρα μας όπου αξιολογούνται τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και η συναισθηματική κατάσταση ενδονοσοκομειακών ψυχιατρικών ασθενών πριν και μετά την συμμετοχή τους σε συνεδρίες ομαδικής ψυχοθεραπείας. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι το άγχος, η κατάθλιψη και το θερμομέτρο συναισθημάτων βελτιώνονται σημαντικά μετά την παρακολούθηση των συνεδριών ομαδικής θεραπείας. Τα κύρια συμπεράσματα της μελέτης ήταν ότι:

- τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης μειώθηκαν σημαντικά μετά τη συμμετοχή των ενδονοσοκομειακών ψυχιατρικών ασθενών στις συνεδρίες ομαδικής ψυχοθεραπείας,
- η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών μετά την παρακολούθηση των συνεδριών ομαδικής ψυχοθεραπείας αισθάνονταν χαρά,
- τα χαρακτηριστικά που σχετίστηκαν σημαντικά με το άγχος μετά την ομαδική ψυχοθεραπεία ήταν η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και ο αριθμός συνεδριών ομαδικής ψυχοθεραπείας που είχαν παρακολουθήσει οι ασθενείς. Οι ασθενείς που συμμετείχαν σε περισσότερες συνεδρίες έτειναν να σημειώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία στην υποκλίμακα άγχους κατά τη 2η μέτρηση σε σχέση με εκείνους που παρακολούθησαν λιγότερες συνεδρίες, όπως και οι άνω των 45 ετών και οι διαζευμένοι
- η βαθμολογία του θερμομέτρου συναισθημάτων διέφερε σημαντικά μεταξύ εκείνων που είχαν ή όχι παρακολουθήσει συνεδρίες ομαδικής ψυχοθεραπείας κατά το παρελθόν και μεταξύ εκείνων που είχαν ή όχι νοσηλευτεί κατά το παρελθόν. Οι ασθενείς που είχαν παρακολουθήσει κατά το παρελθόν ομαδική ψυχοθεραπεία, καθώς και οι ασθενείς είχαν νοσηλευτεί κατά το παρελθόν είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία κατάθλιψης στη 2^η μέτρηση, και
- η οικογενειακή κατάσταση και ο αριθμός των συνεδριών φαίνεται να προβλέπουν ανεξάρτητα το άγχος μετά την ομαδική ψυχοθεραπεία.

6.2 Μελλοντικές ερευνητικές κατευθύνσεις

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε την επίδραση της ομαδικής ψυχοθεραπείας στα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης, καθώς και στη συναισθηματική κατάσταση ενδονοσοκομειακών ψυχιατρικών ασθενών. Μελλοντικά, καλό θα ήταν να διεξαχθεί μία παρόμοια μελέτη σε μεγαλύτερο δείγμα και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Επίσης, οι μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να αξιολογούν το άγχος και η κατάθλιψη αμέσως πριν και μετά από κάθε συνεδρία ομαδικής ψυχοθεραπείας, αλλά και μετά την έξοδο του ασθενούς από την κλινική. Παράλληλα, πρέπει να διερευνηθεί η επίδραση της ομαδικής ψυχοθεραπείας στα συμπτώματα της νόσου, στην ικανοποίηση των ασθενών και στην επανεισαγωγή των ασθενών. Επιπρόσθετα, για την εις βάθος κατανόηση της επίδρασης της ομαδικής ψυχοθεραπείας στην ψυχολογική και συναισθηματική κατάσταση τους, χρήσιμη θα ήταν η συλλογή δεδομένων και μέσω προσωπικών συνεντεύξεων. Μέσω μιας ποιοτικής μελέτης μπορούν να διερευνηθούν εκτενέστερα οι απόψεις και οι αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με το που αποδίδουν τη μεταβολή των συναισθημάτων και των συμπτωμάτων τους, αλλά και είναι οι παράγοντες των ομαδικών προγραμμάτων που συμβάλλουν στη βελτίωση των συναισθημάτων τους (όπως αποδοχή, συνεκτικότητα) και ποιοι παράγοντες συμβάλλουν σε αρνητικά ποιοτικά χαρακτηριστικά των θεραπευτικών προγραμμάτων. Τέλος, θα ήταν ενδιαφέρον να διερευνηθεί πως επιδρά η θεραπευτική σχέση θεραπευτή – θεραπευμένου στη βελτίωση των συμπτωμάτων και των συναισθημάτων τους.

6.3 Κλινικές κατευθύνσεις

Όπως προαναφέρθηκε, στη παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης μειώθηκαν σημαντικά μετά τη συμμετοχή των ενδονοσοκομειακών ψυχιατρικών ασθενών στις συνεδρίες ομαδικής ψυχοθεραπείας, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών μετά την παρακολούθηση των συνεδριών ομαδικής ψυχοθεραπείας αισθάνονταν χαρά. Συνεπώς, φαίνεται ότι η ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να αποτελέσει σημαντικό μέρος της θεραπείας των ενδονοσοκομειακών ψυχιατρικών ασθενών. Γι' αυτό το λόγο καλό θα ήταν στις ψυχιατρικές κλινικές να οργανώνονται προγράμματα ομαδικής ψυχοθεραπείας με διαφορετικούς σκοπούς το καθένα, προγράμματα ανάπτυξης δεξιοτήτων, ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων, ψυχοεκπαίδευσης, ή αντιμετώπισης προβλημάτων. Ωστόσο, για την

επιτυχή έκβαση της ομαδικής ψυχοθεραπείας σημαντικό είναι τα προγράμματα να υποστηρίζονται απ' όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας της ψυχιατρικής κλινικής.

BIBΛIOΓΡΑΦΙΑ

- Aho-Mustonen, K., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Ryyänen, O.-P., Miettinen, R., Rätty, H., 2011. Group psychoeducation for long-term offender patients with schizophrenia: an exploratory randomised controlled trial. *Crim Behav Ment Health* 21, 163–176. <https://doi.org/10.1002/cbm.788>
- Cameron, P.M., Ennis, J., Deadman, J., 1998. *Standards and Guidelines for the Psychotherapies*. University of Toronto Press.
- Caruso, R., Grassi, L., Biancosino, B., Marmai, L., Bonatti, L., Moscara, M., Rigatelli, M., Carr, C., Priebe, S., 2013. Exploration of experiences in therapeutic groups for patients with severe mental illness: development of the Ferrara group experiences scale (FE-GES). *BMC Psychiatry* 13, 242. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-242>
- Center for Substance Abuse Treatment., 1999. *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse, SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols*. Rockville, US.
- Costa, R.T. da, Cheniaux, E., Rosaes, P.A.L., Carvalho, M.R. de, Freire, R.C. da R., Versiani, M., Rangé, B.P., Nardi, A.E., 2011. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in treating bipolar disorder: a randomized controlled study. *Braz J Psychiatry* 33, 144–149.
- Czabała, J.C., 2016. Psychological counseling versus psychoterapy. *Annals of Psychology* 19, 535–548. <https://doi.org/10.18290/rpsych.2016.19.3-4en>
- Deatrich, K.G., Prout, M.F., Boyer, B.A., Yoder, S.E., 2016. Effectiveness of Group Music Therapy in a Psychiatric Hospital: A Randomized Pilot Study of Treatment Outcome. *International Journal of Group Psychotherapy* 66, 592–617. <https://doi.org/10.1080/00207284.2016.1190239>
- DiMascio, A., Weissman, M.M., Prusoff, B.A., Neu, C., Zwilling, M., Klerman, G.L., 1979. Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 36, 1450–1456. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1979.01780130068008>
- Ezhumalai, S., Muralidhar, D., Dhanasekarapandian, R., Nikketha, B.S., 2018. Group interventions. *Indian J Psychiatry* 60, S514–S521. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_42_18

- Gallon, S., Bryan, M.A., 2004. Approaches to Group Therapy. *NFATTC ADDICTION MESSENGER* 7, 1–11.
- Hajek, K., 2006. Interpersonal group therapy on acute inpatient wards. *Whiting & Birch Ltd* 17, 7–13.
- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J.J., Sawyer, A.T., Fang, A., 2012. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res* 36, 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Kamiński, R., 2001. [Effect of group psychotherapy on changes in symptoms and personality traits in patients with anxiety syndromes]. *Ann Acad Med Stetin* 47, 177–188.
- Kanas, N., 2005. Group Therapy for Patients with Chronic Trauma-Related Stress Disorders. *Int J Group Psychother* 55, 161–165. <https://doi.org/10.1521/ijgp.55.1.161.56551>
- Kösters, M., Burlingame, G., Nachtigall, C., Strauss, B., 2006. A Meta-Analytic Review of the Effectiveness of Inpatient Group Psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice* 10, 146–163. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.10.2.146>
- Koukourikos, K., Pasmatzi, E., 2014. Group therapy in psychotic inpatients. *HEALTH SCIENCE JOURNAL* 8, 9.
- Lee, S., 2017. Inpatient group facilitation guide: staff development and processing, connecting body and brain (masters). University of Northern British Columbia. <https://doi.org/10.24124/2017/19396>
- Mahon, L., Leszcz, M., 2017. The Interpersonal Model of Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy* 67, S121–S130. <https://doi.org/10.1080/00207284.2016.1218286>
- Page, A.C., Hooke, G.R., 2012. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Modified for Inpatients with Depression. *ISRN Psychiatry* 2012. <https://doi.org/10.5402/2012/461265>
- Paterson, C., Karatzias, T., Dickson, A., Harper, S., Dougall, N., Hutton, P., 2018. Psychological therapy for inpatients receiving acute mental health care: A systematic review and meta-analysis of controlled trials. *Br J Clin Psychol* 57, 453–472. <https://doi.org/10.1111/bjc.12182>

- Peng, S.-M., Koo, M., Kuo, J.-C., 2010. Effect of group music activity as an adjunctive therapy on psychotic symptoms in patients with acute schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 24, 429–434. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.04.001>
- Radcliffe, J., Bird, L., 2016. Talking therapy groups on acute psychiatric wards: patients' experience of two structured group formats. *BJPsych Bull* 40, 187–191. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.114.047274>
- Roback, H.B., 2000. Adverse Outcomes in Group Psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 9, 113–122.
- Schramm, E., van Calker, D., Dykieriek, P., Lieb, K., Kech, S., Zobel, I., Leonhart, R., Berger, M., 2007. An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *Am J Psychiatry* 164, 768–777. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.5.768>
- Thimm, J.C., Antonsen, L., 2014. Effectiveness of cognitive behavioral group therapy for depression in routine practice. *BMC Psychiatry* 14, 292. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0292-x>
- Ulrich, G., Houtmans, T., Gold, C., 2007. The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study. *Acta Psychiatr Scand* 116, 362–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01073.x>
- Veltro, F., Falloon, I., Vendittelli, N., Oricchio, I., Scinto, A., Gigantesco, A., Morosini, P., 2006. Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy for inpatients. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2, 16. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-2-16>
- Vlastelica, M., Urlić, I., Pavlović, S., 2001. The assessment of the analytic group treatment efficiency according to Yalom's classification. *Coll Antropol* 25, 227–237.
- Whitfield, G., 2010. Group cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression. *Advances in Psychiatric Treatment* 16, 219–227. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.108.005744>
- Wolff, J., McCrone, P., Patel, A., Kaier, K., Normann, C., 2015. Predictors of length of stay in psychiatry: analyses of electronic medical records. *BMC Psychiatry* 15, 238. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0623-6>
- Yalom, I.D., 2006. Θεωρία και πράξη της ομαδικής ψυχοθεραπείας. Άγρα, Αθήνα.
- Yalom, I.D., 1983. *Inpatient Group Psychotherapy*, 1 edition. ed. Basic Books, New York.

- Young, C., 2011. Twenty Different Definitions of European Psychotherapy. *Journal of the European Association of Psychotherapy* 15, 23–41.
- Μάνου, 1997. ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ. UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη.
- Ντούλα, Κ.-Θ., 2017. Η αξιολόγηση των ομαδικών διαδικασιών ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος σε μαθητές δημοτικού σχολείου με στόχο τη μείωση του άγχους και αύξηση του ευ ζην με τη χρήση του χιούμορ (Μεταπτυχιακή Εργασία). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα.
- Σεργέδου, Ε., 2012. Ομαδική ψυχοθεραπεία σε ασθενείς με χρόνιες σοβαρές ψυχικές διαταραχές (Διδακτορική Διατριβή). Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Ελλάδα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Έντυπο ενημέρωσης/συγκατάθεσης

Καλείστε να συμμετάσχετε σε ερευνητική μελέτη με τίτλο: « Η αποτελεσματικότητα της ομαδικής ψυχοθεραπείας σε ενδονοσοκομειακούς ψυχιατρικούς ασθενείς» που θα διεξαχθεί από την Σταματουλάκη Όλγα για την απόκτηση μεταπτυχιακού διπλώματος, στο μεταπτυχιακό εκπαιδευτικό πρόγραμμα « Ψυχική Υγεία» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Ο γενικός σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της ομαδικής ψυχοθεραπείας σε ενήλικες ενδονοσοκομειακούς ασθενείς της Ψυχιατρικής κλινικής ΠΑΓΝΗ, καθώς και η επιρροή που αυτή δύναται να έχει στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των ασθενών αυτών.

Το δείγμα της έρευνας περιλαμβάνει νοσηλευόμενους ασθενείς, με διάφορα ψυχιατρικά προβλήματα στην ψυχιατρική κλινική του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ηρακλείου. Οι ασθενείς αυτοί θα είναι λειτουργικοί, θα έχουν την ικανότητα να λαμβάνουν οι ίδιοι αποφάσεις για τον εαυτό τους και δε θα χρειάζονται κηδεμονία ετέρου προσώπου.

Για τη διεκπεραίωση της έρευνας θα χρησιμοποιηθεί δομημένο ερωτηματολόγιο καθώς και ένα θερμόμετρο συναισθημάτων. Η συμμετοχή σας στην συμπλήρωση του είναι εθελοντική και θα πραγματοποιηθεί σε χρόνο τέτοιο ώστε να μην διαταραχθεί η ομαλή λειτουργία του τμήματος. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου συλλογής δεδομένων θα έχει διάρκεια 10 λεπτά της ώρας.

Επιπλέον, η συμπλήρωση και η επιστροφή του ερωτηματολογίου αποτελούν την συγκατάθεση συμμετοχής σας, στην παρούσα έρευνα.

Δεν υπάρχουν προβλέψιμοι κίνδυνοι που προκύπτουν από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα. Επιπλέον, δεν έχετε κάποιο άμεσο και οικονομικό όφελος από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα.

Μπορείτε να επιλέξετε να συμμετάσχετε ή όχι στην παρούσα έρευνα. Αν συμμετάσχετε εθελοντικά σε αυτή την έρευνα, μπορείτε να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια. Μπορείτε επίσης να αρνηθείτε να απαντήσετε σε οποιοσδήποτε ερωτήσεις δεν επιθυμείτε να απαντήσετε και να παραμείνετε στην έρευνα. Ο ερευνητής μπορεί να σας ζητήσει να αποσυρθείτε από την έρευνα, αν ανακύψουν περιστάσεις που το απαιτούν.

Για τη διασφάλιση και προστασία των προσωπικών δεδομένων και στοιχείων των υποκειμένων, τα ερωτηματολόγια που θα συλλεχθούν θα κωδικοποιηθούν και θα χρησιμοποιηθούν ανώνυμα. Θα διαβεβαιωθούν οι συμμετέχοντες για την σωστή διαχείριση των αποτελεσμάτων και οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν, θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την παρούσα μελέτη, Σε περίπτωση που τα αποτελέσματα της έρευνας δημοσιευτούν ή παρουσιαστούν σε συνέδρια δεν θα συμπεριληφθούν πληροφορίες που θα αποκαλύπτουν την ταυτότητα σας.

Μπορείτε να αποσύρετε τη συγκατάθεση σας οποιαδήποτε στιγμή και να διακόψετε τη συμμετοχή σας χωρίς να υποστείτε καμία κύρωση.

Σε περίπτωση ερωτήσεων σχετικών με την έρευνα, επικοινωνήστε με τον συντάκτη της έρευνας:

Όνοματεπώνυμο: Σταματουλάκη Όλγα

Τηλ: 697798143

Email: olgastama@hotmail.com

Υπογραφή: Σταματουλάκη Όλγα

Έχω διαβάσει και κατανοήσει πλήρως όλα τα παραπάνω και αποδέχομαι τη συμμετοχή μου στην έρευνα.

Ημερομηνία.....

Όνοματεπώνυμο.....

Υπογραφή.....

Ερωτηματολόγιο

Δημογραφικές Ερωτήσεις

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
2. Ηλικία: 18-25 26-35 36-45 >45
3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;
- Άγαμος/η Έγγαμος/η Διαζευγμένος/η Χήρος/α
4. Μένετε μόνος/η;
- Ναι Όχι
5. Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;
- Αγράμματος Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο
- ΑΕΙ/ΑΤΕΙ Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό
6. Ποιο είναι το επάγγελμά σας;
- Αγρότης Ελ. Επαγγελματίας Ιδ. Υπάλληλος
- Δημ. Υπάλληλος Άνεργος Οικιακά Συνταξιούχος
7. Έχετε συμμετάσχει στο παρελθόν σε αντίστοιχες ομάδες;
- Ναι Όχι
8. Συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας:
- 1-5 ημέρες 6-10 ημέρες 11-15 ημέρες 15-20 ημέρες
- >20 ημέρες
9. Έχετε νοσηλευτεί ξανά στο παρελθόν: Ναι Όχι
10. Ποιο είναι το πρόβλημα που αντιμετωπίζετε;
- Αγχώδεις διαταραχές Κατάθλιψη Διπολική διαταραχή
- Σχιζοφρένεια Άλλο:.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ HADS

1Α. Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος

- Τον περισσότερο καιρό
- Πολύ καιρό
- Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά
- Καθόλου

2D. Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου

- Σχεδόν όλο τον καιρό
- Πολύ συχνά
- Μερικές φορές
- Καθόλου

3D. Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω

- Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό
- Όχι στον ίδιο βαθμό
- Λίγο μόνο
- Καθόλου

4A. Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω «πεταλούδες» στο στομάχι μου

- Καθόλου
- Περιστασιακά
- Αρκετά συχνά
- Πολύ συχνά

5A. Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί

- Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό
- Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά
- Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί
- Καθόλου

6D. Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου

- Ακριβώς
- Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε
- Ίσως δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε

Την φροντίζω όπως πάντοτε

7D. Μπορώ να γελώ και να βλέπω τη χαρωπή όψη των πραγμάτων

Βεβαίως, έτσι όπως πάντα μπορούσα

Μάλλον όχι τόσο, όπως στο παρελθόν

Σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ

Καθόλου

8A. Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι

Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό

Σε αρκετά μεγάλο βαθμό

Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό

Καθόλου

9A. Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου

Πάρα πολύ καιρό

Πολύ καιρό

Όχι τόσο συχνά

Πολύ λίγο

10D. Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα

Τόσο όπως και στο παρελθόν

Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα

Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιζα

Καθόλου

11D. Νιώθω κεφάτος

Ποτέ

Όχι συχνά

Μερικές φορές

Τον περισσότερο καιρό

12A. Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού

Πράγματι πολύ συχνά

Αρκετά συχνά

Όχι τόσο συχνά

Καθόλου

13A. Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος

- Ακριβώς
- Συνήθως
- Όχι συχνά
- Καθόλου

14D. Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα

- Συχνά
- Μερικές φορές
- Όχι συχνά
- Πολύ σπάνια

ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

Επιλέξτε ένα από τα παρακάτω χρώματα για να δηλώσετε το συναίσθημα που σας εκφράζει περισσότερο.

- 1.Μπλε= Χαρά
- 2.Πράσινο= Απογοήτευση
- 3.Κίτρινο= Ανησυχία
- 4.Πορτοκαλί= Θυμός
- 5.Κόκκινο= Πολύ έντονος θυμός, Επιθετικότητα

