

ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΕΥΠ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟ ΦΟΙΤΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ:

ΜΙΑ ΔΙΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ ΤΟΥ

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΒΡΕΤΤΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΓΟΥΡΝΑΡΗ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

ΛΟΥΚΑ ΙΩΑΝΝΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Δρ ΣΙΚΕΛΙΑΝΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

ΠΑΤΡΑ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α΄ ΜΕΡΟΣ:ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

- 1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ
- 1.2 ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ
- 1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ
- 1.4 ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II: “ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ”

- 2.1 ΒΙΟΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
- 2.2 ΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
- 2.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
- 2.4 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
- 2.5 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III: “ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ”

- 3.1 ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΘΕΣΗΣ
 - 3.1.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ
 - 3.1.2 ΠΑΛΙΟΤΕΡΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ
 - 3.1.2.1 ΕΝΔΟΓΕΝΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΕΝΑΝΤΙ
ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

3.1.2.2 ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΕΝΑΝΤΙ ΝΕΥΡΩΤΙΚΗΣ
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

3.1.2.3 ΔΙΕΓΕΡΜΕΝΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΕΝΑΝΤΙ
ΕΠΙΒΡΑΔΥΝΟΜΕΝΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

3.1.2.4 ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΕΝΑΝΤΙ
ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

3.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

3.3 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

3.3.1 ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

3.3.2 ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

3.3.3 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ

3.4 ΔΙΠΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

3.5 ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

3.5.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ
ΣΕ ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

3.5.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ
ΣΕ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

3.5.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΜΗ
ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: “ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΘΕΣΗΣ”

4.1 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

4.1.1 ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

4.1.2 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

4.1.3 ΓΝΩΣΤΙΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

4.1.4 ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ-ΥΠΑΡΞΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

4.2 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

4.2.1 ΧΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

4.2.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΦΩΤΟΣ

4.2.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΩ ΤΕΧΝΗΣ

4.2.3.1 ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

4.2.3.2 ΨΥΧΟΔΡΑΜΑ

Β΄ ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

5.1 ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

5.1.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

5.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.3 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ-ΔΕΙΓΜΑ

5.1.3 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

5.5 ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

5.6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.7 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΥΠΟΟΜΑΔΩΝ ΤΟΥ
ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

5.8 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.9 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.10 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

5.11 ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη είναι μια σοβαρή διαταραχή της διάθεσης η οποία παρουσιάζει έξαρση τις τελευταίες δεκαετίες. Εμφανίζεται σε όλες τις ηλικίες και συνήθως εκδηλώνεται στις γυναίκες και σε άτομα νεαρής ηλικίας. Στόχος της εργασίας αυτής είναι να διερευνηθούν και να διαπιστωθούν στοιχεία ή συμπτώματα της κατάθλιψης στη νεαρή ηλικία και ειδικότερα στους φοιτητές του Τ.Ε.Ι της Πάτρας.

Συγκεκριμένα, η εργασία αυτή είναι μια διερευνητική μελέτη που αποσκοπεί στην διεξαγωγή ποσοτικών (στατιστικών) αποτελεσμάτων για την εμφάνιση της κατάθλιψης στους νέους και αποτελείται από δύο μέρη: **το θεωρητικό μέρος και το ερευνητικό μέρος**. Το θεωρητικό μέρος αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια και το ερευνητικό μέρος εμπεριέχει ένα κεφάλαιο.

Αναφορικά με το **θεωρητικό μέρος**:

Στο **πρώτο κεφάλαιο** εμπεριέχονται η εισαγωγή της εργασίας αυτής και ο σκοπός για τον οποίο γίνεται η συγκεκριμένη μελέτη. Επίσης, αναφέρονται η ιστορική ανασκόπηση της κατάθλιψης και διάφοροι ορισμοί εννοιών για την καλύτερη κατανόηση της συγκεκριμένης εργασίας.

Στο **δεύτερο κεφάλαιο** αυτής της πτυχιακής αναφέρονται τα χαρακτηριστικά των νέων ηλικίας 18 έως 25 ετών. Δηλαδή οι αλλαγές στην ανάπτυξη των νέων της συγκεκριμένης ηλικίας σε διάφορους τομείς όπως τον βιολογικό, τον ψυχοκοινωνικό, τον συναισθηματικό και τον γνωστικό τομέα.

Στο **τρίτο κεφάλαιο** αναφέρονται και αναλύονται οι διαταραχές διάθεσης όπως αυτές ταξινομούνται σύμφωνα με το διαγνωστικό εγχειρίδιο Ψυχιατρικής DSM – IV. Υπογραμμίζονται τα αίτια της εμφάνισης των διαταραχών διάθεσης, τα συμπτώματά τους, οι επιπλοκές τους και τα διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών διάθεσης.

Τέλος, **στο τέταρτο κεφάλαιο** επισημαίνονται οι μέθοδοι θεραπείας των διαταραχών διάθεσης και οι θεωρίες που αιτιολογούν την εκδήλωση κατάθλιψης.

Στο ερευνητικό μέρος της εργασίας περιλαμβάνονται τα εξής: ο γενικός στόχος της έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα και οι ερευνητικές υποθέσεις, η σημαντικότητα της έρευνας, η μεθοδολογία, όπου περιλαμβάνονται το είδος και η μέθοδος έρευνας και το ερευνητικό εργαλείο (ερωτηματολόγιο). Τέλος, παρουσιάζονται τα στατιστικά αποτελέσματα της έρευνας των οποίων η ανάλυση έγινε με βάση το S. P. S. S. (Στατιστικό πακέτο για κοινωνικές επιστήμες), τα συμπεράσματα και οι εισηγήσεις – προτάσεις.

1.2 ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκόπος της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθούν και να διαπιστωθούν στοιχεία ή συμπτώματα κατάθλιψης σε νέους ηλικίας 18 έως 25 ετών και ειδικότερα στο φοιτητικό πληθυσμό του ΑΤΕΙ Πάτρας.

Ειδικότερα μας ενδιέφερε να μελετήσουμε:

- Τα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης στη νεανική ηλικία.
- Την ύπαρξη σημείων ή συμπτωμάτων της κατάθλιψης στο φοιτητικό πληθυσμό του ΑΤΕΙ Πάτρας στους τομείς ανάπτυξης, βιοσωματικό, ψυχοσυναισθηματικό και ψυχοκοινωνικό τομέα.
- Τη δυνατότητα ή όχι αναγνώρισης των σημείων ή συμπτωμάτων της κατάθλιψης από τους ίδιους τους σπουδαστές.

1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Σύμφωνα με τον Gilbert (1999), οι αρχαίοι έλληνες θεωρούσαν ότι η κατάθλιψη προκαλείται από πολύ ψηλά επίπεδα μέλαινας χολής στο σώμα. Θεωρούσαν ότι υπάρχουν άνθρωποι που από τη φύση τους έχουν περισσότερη μέλαινα χολή, είναι δηλαδή μελαγχολικοί. Αλλά πίστευαν επίσης ότι και το άγχος, η διατροφή και οι εποχιακές αλλαγές είναι δυνατόν να επηρεάσουν την ποσότητα της μέλαινας χολής στο σώμα. Οι αρχαίοι έλληνες αναγνώριζαν ότι τα διάφορα γεγονότα της προκαλούν αναστάτωση και η αναστάτωση αυτή επηρεάζει τις σωματικές λειτουργίες, δηλαδή τα επίπεδα της μέλαινας χολής.

Επίσης, οι Loo και Gallarda (1998) αναφέρουν ότι κατά τον Μεσαίωνα η κατάθλιψη μπορούσε να θεωρηθεί άμεση ανταπόδοση για την αμαρτία. Επιπλέον, οι άνθρωποι της εκκλησίας συμφωνούσαν σχετικά με τη θείκη ή σατανική προέλευση της κατάθλιψης.

Σήμερα, ο Gilbert (1999) αναφέρει ότι μιλάμε για χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο ή για να χρησιμοποιήσουμε τον επιστημονικό όρο, για τη νευροχημεία του εγκεφάλου. Ορισμένοι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη προκαλείται αποκλειστικά και μόνο από αλλαγές στη χημεία του εγκεφάλου. Αλλά παρότι γνωρίζουμε πολύ περισσότερα για το τι συμβαίνει στον εγκέφαλο ενός καταθλιπτικού ατόμου, δεν μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι τα αίτια της κατάθλιψης είναι αυτές οι χημικές αλλαγές που συμβαίνουν στον εγκέφαλο.

Αυτό το στοιχείο που συχνά απουσιάζει από τις διάφορες θεωρίες για την κατάθλιψη είναι η έννοια της αλληλεπίδρασης μεταξύ του κόσμου στον οποίο ζούμε, του τρόπου με τον οποίο σκεπτόμαστε και νοηματοδοτούμε τα πράγματα και του σώματος μας (Gilbert 1999).

Τέλος ορισμένοι ψυχολόγοι αποδίδουν την κατάθλιψη αποκλειστικά στον τρόπο σκέψης μας ή στις σχέσεις μας. Αυτοί δεν δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στο γεγονός ότι όταν έχουμε κατάθλιψη ο εγκέφαλός μας λειτουργεί

διαφορετικά. Αλλά το σώμα και ο νους είναι ένα. Με άλλα λόγια, σε κάθε ψυχολογική κατάσταση αναλογεί διαφορετική κατάσταση του εγκεφάλου.

1.4 ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

Αυτοκτονία: Το να δίνει κανείς ο ίδιος τέλος στη ζωή του (Το Παπυράκι).

Αυτοκτονία: η πράξη του να αφαιρέσει κάποιος μόνος του κ με την θέλησή του τη ζωή του. Αυτό συμβαίνει με μια ορισμένη συχνότητα κυρίως στους νευρασθενικούς, στους παράφρονες και σε αυτούς που πάσχουν από κατάθλιψη, μελαγχολία ή πρόωρη γεροντική άνοια (Εγκυκλοπαίδεια δομή) .

Γνωστική: Είναι ένα είδος ψυχοθεραπείας και υποστηρίζει ότι ανώμαλες γνωστικές διαδικασίες διαιωνίζουν ή και επαναφέρουν τα συμπτώματα, τα οποία θα αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά μόνο εάν διορθωθούν τα ελαττωματικά γνωστικά σχήματα (Βοσνιάδου Σ. 2005).

Γνωστική: Είναι μια σχετικά νέα μορφή ψυχοθεραπείας. Βασίζεται στη θεωρία του Beck, που υποστηρίζει ότι η βάση για την καταθλιπτική συμπεριφορά και συμπτωματολογία είναι τα αρνητικά παραμορφωμένα γνωστικά σχήματα (Μάνος Ν. 1997) .

Διαταραχή: ανωμαλία στην κανονική λειτουργία του οργανισμού (Το Παπυράκι).

Εναλλακτικός: Αυτός που εναλλάσσεται με άλλον, που προσφέρει τη δυνατότητα επιλογής ανάμεσα σε δύο δυνατότητες (Το Παπυράκι).

Θεραπεία: Κάθε μέτρο που αποσκοπεί στην ίαση μιας νόσου. Διακρίνεται βασικά σε αιτιολογική και συμπτωματική (Το Παπυράκι).

Θεραπεία: Σύνολο μέτρων ικανών να προλάβουν την εκδήλωση ή να καταπολεμήσουν με επιτυχία μια παθολογική κατάσταση και τα συμπτώματά της (Εγκυκλοπαίδεια δομή).

Κατάθλιψη: η κατάθλιψη ορίζεται ως μια κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών (Κλεφτάρας. Γ 1998).

Κατάθλιψη: Είναι ένα όρος «ομπρέλα» τον οποίο χρησιμοποιούμε για να καλύψουμε μια ποικιλία οδυνηρών καταστάσεων. Μπορεί να αναφέρεται σε μια παροδική κατάσταση δυσθυμίας ή σε μια πιο μόνιμη κατάσταση δυστυχίας. Τα σχετικά συναισθήματα που συμβαδίζουν με αυτή την κατάσταση μπορεί να παρουσιάζονται χωρίς να υπάρχει προφανής λόγος ή να αναδύονται σε μια συγκεκριμένη κατάσταση (Salzberger, Wittenberg 1995) .

Νεανική ηλικία: Περίοδος της ανάπτυξης της ζωής του ατόμου (Το Παπυράκι).

Συμπεριφορισμός: Αντίληψη σύμφωνα με την οποία το πεδίο της ψυχολογίας περιορίζεται στην επιστήμη της συμπεριφοράς και στηρίζεται στην παρατήρηση, αποκλείοντας τα δεδομένα της ενδοσκόπησης (Το Παπυράκι).

Συμπεριφορισμός: Κατεύθυνση της ψυχολογίας η οποία εμφανίστηκε στις αρχές του 20ού αιώνα ως αντίδραση στις θεωρίες της ενδοσκόπησης. Ο συμπεριφορισμός ότι ο ψυχισμός ενός ατόμου μπορεί να μελετηθεί με ακρίβεια μόνο μέσω της ανάλυσης της συμπεριφοράς, για την οποία υπάρχουν αντικειμενικές μέθοδοι (παρατήρηση, πείραμα), και όχι μέσω της εξέτασης βιωμάτων και περιγραφών που προκύπτουν από την αυτοπαρατήρηση και προσδιορίζονται υποκειμενικά (Εγκυκλοπαίδεια δομή).

Ψυχοθεραπεία: Είναι μορφή θεραπείας των ψυχικών διαταραχών στην οποία ένα εκπαιδευμένο άτομο εγκαθιστά μια συμφωνία συνεργασίας με τον ασθενή και μέσα από μια καθορισμένη θεραπευτική επικοινωνία – λεκτική και μη λεκτική – επιχειρεί ν' ανακουφίσει την ψυχική διαταραχή, ν' αντιστρέψει ή να μεταβάλει τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά και να ενθαρρύνει την πρόοδο και την ανάπτυξη της προσωπικότητας (Μάνος Ν. 1997).

Ψυχοθεραπεία: Είναι μια συστηματική αλληλεπίδραση ανάμεσα σ' ένα ειδικά εκπαιδευμένο άτομο το οποίο έχει εξουσιοδοτήσει η κοινωνία να αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα και σ' ένα ή περισσότερα άτομα που έχουν ή δημιουργούν ψυχολογικά προβλήματα (Βοσνιάδου Σ. 2005).

Ψυχανάλυση: Ανήκει στην ψυχοδυναμική θεωρία και προσπαθεί να επιφέρει μεταβολή στην συμπεριφορά του ατόμου χρησιμοποιώντας

ψυχολογικές μεθόδους όπως η διευκρίνιση, η ερμηνεία και η αντιπαράθεση δηλαδή η κατά μέτωπο αντιμετώπιση των βιωμάτων του ατόμου (Μάνος Ν. 1997)

Ψυχανάλυση: Μέθοδος ψυχολογικής έρευνας με σκοπό τη διευκρίνιση της υποσυνείδητης σημασίας μιας συμπεριφοράς, θεμελιωμένη στη θεωρία για την ψυχική ζωή που διατυπώθηκε από τον Ζ. Φρόυντ (Το Παπυράκι).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ:ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ **ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

Μέχρι πρόσφατα, η ώριμη ηλικία θεωρούνταν ότι άρχιζε στο 21^ο έτος. Σήμερα, όμως, η ενηλικίωση επέρχεται στο 18^ο έτος. Στην πραγματικότητα, τα συγκεκριμένα αυτά χρονικά όρια ηλικίας δεν σημαίνουν πολλά πράγματα, γιατί κάθε άτομο προχωρά προς την ώριμη ηλικία με το δικό του τρόπο. Υπάρχουν όμως μερικές αλλαγές κοινές στους περισσότερους νεαρούς ενηλίκους, αν και τα άτομα διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τον τρόπο που χειρίζονται τις αλλαγές αυτές (Κουρκούτας, 2001).

Σ' αυτό το σημείο θα παρουσιαστούν τα χαρακτηριστικά της νεανικής ηλικίας, σύμφωνα με τους τομείς ανάπτυξης του ατόμου.

2.1 ΒΙΟΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Οι αλλαγές στον βιοσωματικό τομέα ανάπτυξης του κάθε ατόμου συντελούνται στην κυρίως εφηβεία (13/14-18^ο έτος). Η κυρίως εφηβεία είναι ο χρόνος αναμόρφωσης του ατόμου σε όλα τα επίπεδα (Κουρκούτας, 2001).

Κατά τον Oster (1995), βέβαια, οι έφηβοι φθάνουν στην εφηβεία σε νεαρότερη ηλικία (γύρω στα 11 χρόνια). Η πρόωρη αυτή έναρξη της εφηβείας αυξάνει το «σκαλοπάτι» μεταξύ φυσικής και συναισθηματικής ωριμότητας αφήνοντας εκτεθειμένους τους νέους περισσότερο στον κίνδυνο της σύγχυσης και της χαμηλής αυτοεκτίμησης.

Σύμφωνα με τον Κουρκούτα (2001), η ανάπτυξη στην εφηβεία αγγίζει όλους τους τομείς της βιοσωματικής ύπαρξης, όπως και τους ψυχοπνευματικούς και διανοητικούς μηχανισμούς του ατόμου.

Στην εφηβεία συντελείται πλήρης ανάπτυξη της συμβολικής σκέψης. Το άτομο μπορεί πλέον να κάνει υποθετικούς-λογικούς χειρισμούς στο μυαλό του. Μπορεί να κάνει χρήση αφηρημένων εννοιών και γενικά η ωρίμανση των γνωστικών δομών του εξασφαλίζει τις βάσεις για την ανάπτυξη μια ικανότητας σκέψης παρόμοια με αυτήν του ενηλίκου. Ακόμα η γλωσσική ικανότητα του ατόμου έχει φθάσει στο απόγειό της, με την χρήση ενός πλούσιου λεξιλογίου (Κουρκούτας, 2001).

Κατά τον Κουρκούτα (2001) έχοντας ο έφηβος τις παραπάνω δυνατότητες, επιδίδεται στην επεξεργασία κοσμοθεωριών ή ερωτημάτων γύρω από τη ζωή, όπως και άλλων ιδεαλιστικών σκέψεων που έχουν λογική βάση, όσο ουτοπικά και να φαίνονται αυτά τα φαινόμενα.

Όσον αφορά τη σωματική ανάπτυξη στην εφηβεία γίνεται λόγος για το περίφημο «αυξητικό τίναγμα», όπου αυξάνεται δραματικά ο ρυθμός ανάπτυξης του σώματος: το βάρος, το ύψος και η μορφή του σώματος.(Κουρκούτας, 2001). Σύμφωνα με τον Oster (1995), οι αλλαγές αυτές συχνά προξενούν αδεξιότητες που οδηγούν σε αμηχανία. Ακόμα, μικρότερες ή μεγαλύτερες αλλαγές παρατηρούνται και σε όλα τα οργανικά

συστήματα. Σε σωματικό επίπεδο, τα χαρακτηριστικά του προσώπου των εφήβων καθορίζονται και σταθεροποιούνται. Επίσης διαφοροποιήσεις παρατηρούνται ανάμεσα στα δύο φύλα σε όλα σχεδόν τα σωματικά χαρακτηριστικά (Κουρκούτας, 2001).

Το φαινόμενο της ήβης διαρκεί περίπου 2 χρόνια και η έναρξή της πυροδοτείται από την ωρίμανση του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια-γανάδες, που έχει ως αποτέλεσμα την έκκριση των στεροειδών ορμονών του φύλου. Η συγκεκριμένη ορμονική δραστηριότητα προκαλεί την έναρξη της κορυφαίας βιοσωματικής αλλαγής που συμβαίνει κατά την περίοδο της εφηβείας και εκφράζεται μέσα από την ωρίμανση των γεννητικών οργάνων και την αύξηση της γενετήσιας ορμής (Κουρκούτας, 2001).

Η βιοσωματική ανάπτυξη του ατόμου επηρεάζεται, σύμφωνα με τον Κουρκούτα (2001), από κάποιους παράγοντες. Αυτοί είναι: η γενική σωματική υγεία, η διατροφή, οι κλιματολογικές συνθήκες, η κοινωνική και οικονομική κατάσταση, η οικογενειακή και φυλετική κληρονομικότητα, η λειτουργία των ενδοκρινών αδένων κ.λπ.

Από το 18^ο έτος και μετά δεν παρατηρούνται αλλαγές στον βιοσωματικό τομέα ανάπτυξης του ατόμου αλλά αποκρυσταλλώνονται οριστικά η ήδη υπάρχουσες αλλαγές (Κουρκούτας, 2001).

2.2 ΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Όπως αναφέρει και ο Tucker (1999), η «ρευστή» νοημοσύνη είναι η ικανότητα του ατόμου να σκέπτεται με ταχύτητα. Αυτή αξιολογείται με τεστ που απαιτούν νοητική ευελιξία και κορυφώνεται στην αρχή της ενήλικης ζωής.

Σε γενικές γραμμές, το επίπεδο της νοημοσύνης παραμένει σταθερό ανάμεσα στην εφηβεία και στην ώριμη ηλικία. Παρατηρείται, όπως επισημαίνει και ο Tucker (1999), μια ελαφριά κάμψη της επίδοσης σε τεστ ταχύτητας μετά την ηλικία των 25 ετών, αλλά η συλλογιστική ικανότητα συχνά βελτιώνεται κατά την διάρκεια της ώριμης ηλικίας. Οι Rabbit και Goward (1994) υποστηρίζουν ότι οποιαδήποτε μείωση στη νοημοσύνη με την πάροδο της ηλικίας είναι συνήθως περισσότερο ταχεία στα άτομα που ήδη δεν είναι τόσο ευφυή. Τα άτομα με υψηλή νοημοσύνη, αντίθετα, δεν εμφανίζουν αξιοσημείωτη πτώση του δείκτη νοημοσύνης τους με την ηλικία.

Από την ηλικία των 12 – 13 ετών περίπου η νοημοσύνη αρχίζει να κατακτά μορφές νοητικών διαδικασιών (συστήματα δυνατών συνδυασμών, κατάστρωση συλλογισμών βασισμένων σε υποθέσεις, πιθανότητες και συσχετισμούς, που προχωρούν από το ειδικό στο γενικό και αντίστροφα, κ.λπ.) που χαρακτηρίζουν τη σκέψη του ενηλίκου (www. Google. gr) .

Η εξέλιξη της νοημοσύνης έχει ως αποτέλεσμα και την αλλαγή της σχέσης του εφήβου με τον περιβάλλοντα κόσμο. Το πραγματικό και συγκεκριμένο που ως τότε κυριαρχούσε στη σκέψη του, υποτάσσεται πλέον στο «δυνατό γένεσθαι». Η ανάγκη της έκφρασης του έχει ως αποτέλεσμα την αναζήτηση λεκτικών σχημάτων και διατυπώσεων επειδή μέσω αυτών είναι πλέον δυνατό να δομηθούν οι συλλογισμοί (www. Google. gr).

Οι πολυπλοκότερες αυτές μορφές νοητικών διαδικασιών επιτρέπουν στον έφηβο να επεξεργάζεται τα συναισθήματα του, ν' αποκαλύπτει το δικό του σύστημα κοινωνικών αξιών που προσομοιάζουν ή διαφοροποιούνται από τις υπάρχουσες, να προχωρεί στην κατανόηση ότι η κοινωνική του ένταξη δεν απειλεί τη μοναδικότητά του ως άτομο (www. Google. gr) .

2.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Μία εύρωστη οικονομία προσφέρει ελπίδα και στήριξη στους νεαρούς ενηλίκους, ενώ η μεγάλη ανεργία μπορεί να οδηγήσει σε απελπισία και απόγνωση. Οι φυλετικές διακρίσεις λειτουργούν σε βάρος των μαύρων ενηλίκων, οι οποίοι έχουν λιγότερες ευκαιρίες να βρουν εργασία. Οι νεαροί ενήλικοι που προέρχονται από μειονότητες ενδέχεται να βιώνουν και αυτοί συγκρούσεις ανάμεσα στα πρότυπα της κοινωνίας στην οποία ζουν και στα πρότυπα της δικής τους κουλτούρας (Tucker, 1999).

Στην μεταεφηβική περίοδο επέρχεται η προσαρμογή στη νέα κοινωνική πραγματικότητα και η τελική ωριμότητα της ενηλικίωσης. Τα τελευταία εφηβικά χρόνια είναι όπως και η σχολική ηλικία, περίοδος παραγωγικότητας και εκμάθησης κοινωνικών και επαγγελματικών γνώσεων (Σηφάκη 2001).

Ο νεαρός ενήλικος ο οποίος έχει αναπτύξει μια ασφαλή αίσθηση της ταυτότητάς του είναι έτοιμος και πρόθυμος να δημιουργήσει σχέσεις οικειότητας με άλλους ανθρώπους με τη μορφή φιλίας ή με τη μορφή ερωτικής σχέσης (Σηφάκη 2001).

Όταν οι σχέσεις που δημιουργεί το άτομο αυτής της ηλικίας είναι ανταγωνιστικές ή μέσα από αυτές προσπαθεί να δημιουργήσει την ταυτότητά του με υποχωρήσεις ή με αποβολές, τότε οδηγείται σταθερά στην απομόνωση (Σηφάκη 2001).

Σ' αυτή την ηλικία το άτομο χαρακτηρίζεται από την ικανότητά του να μοιράζεται με τους άλλους, να ανήκει στην κοινωνική ομάδα χωρίς να απειλείται ή να χάνει την αίσθηση της προσωπικής του ταυτότητας, να αναπτύσσει έναν ξεκάθαρο ρόλο, μία ξεκάθαρη λειτουργία και ένα ξεκάθαρο κοινωνικό επίπεδο να δίνει και να παίρνει αναγνώριση εξίσου (Σηφάκη 2001).

Σύμφωνα με την ψυχοκοινωνική θεωρία του Erikson η βασική σύγκρουση της περιόδου αυτής είναι μεταξύ συντροφικότητας (Οικειότητας) – απομόνωσης. Μόνο ο άνθρωπος που είναι σίγουρος για την ταυτότητά του, που χαράζει μια δική του πορεία στη ζωή, που στηρίζεται σε μια βαθύτερη αντίληψη, του τι είναι η ζωή και πως μπορεί να την αντιμετωπίσει, μπορεί να

δημιουργήσει σχέσεις οικειότητας με άλλους ανθρώπους – είτε με τη μορφή φιλίας είτε με τη μορφή ερωτικής σχέσης. Αν ο άνθρωπος δεν πετύχει να αναπτύξει στενές σχέσεις συντροφικότητας και αμοιβαιότητας με άλλα άτομα, ιδιαίτερα με το αντίθετο φύλο, χωρίς να χάνει την αυτονομία του εαυτού του, τότε θα οδηγηθεί στην απομόνωση, με αρνητικές επιπτώσεις στην μετέπειτα πορεία του (Σηφάκη 2001, Νασιάκου 2000).

Επίσης, η Νασιάκου (2000) αναφέρει ότι η νεότητα είναι η φάση όπου το άτομο είτε θα ενταχθεί στην κοινωνία που ζει, είτε θα επιλέξει μια επαναστατική έξοδο. Αναφέρει ότι σ' αυτά τα χρόνια της ελληνικής ζωής ο άνθρωπος συνεχίζει να αναζητά την ταυτότητά του. Μόνο στα χρόνια της νεότητας οι άνθρωποι καλούνται ν' αναλάβουν πολύ πιο συγκεκριμένους κοινωνικούς ρόλους: επιλογή επαγγέλματος και σταδιοδρομίας, επιλογή συντρόφου στο γάμο, συζυγικό ρόλο και γονεϊκό ρόλο αποκτώντας το πρώτο τους παιδί.

2.4 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Τα άτομα αυτής της ηλικιακής βαθμίδας ενδιαφέρονται έντονα και για τον εαυτό τους, καθώς μερικές φορές νιώθουν να απειλούνται από άλλους που εισβάλουν στον προσωπικό τους χώρο και τους πλησιάζουν υπερβολικά ή έχουν πάρα πολλές απαιτήσεις από αυτούς. Αυτή η συγκεκριμένη ένταση που βιώνουν στη ζωή τους ονομάζεται από τον Erikson (1968) «οικειότητα-απομόνωση», εφόσον στην ηλικία αυτή υπάρχει συνήθως μια ανάγκη τόσο για στενές συναισθηματικές σχέσεις όσο και για ανεξαρτησία.

Για ορισμένους νεαρούς ενήλικους, η απελευθέρωση από την κυριαρχία των γονέων τούς κάνει να αισθάνονται ανασφάλεια. Μια πραγματικά ασφαλής αίσθηση της ταυτότητας δεν θα θεμελιωθεί πριν το 30^ο έτος και ορισμένα άτομα που βρίσκονται στη δεκαετία των 20-30 ετών έχουν ακόμη έντονες ανησυχίες για το ποιοι είναι και τι θέλουν από τη ζωή τους. Τέτοιου είδους ανησυχίες είναι δυνατό να κάνουν τη δεκαετία αυτή μια αμήχανη εποχή. Ωστόσο, όταν ερωτώνται, τα περισσότερα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα απαντούν ότι θα προτιμούσαν περισσότερο να επιστρέψουν στη δεκαετία των 20-30 ετών παρά στην εφηβεία τους (Tucker, 1999).

Σ' αυτή την ηλικία η πραγματικότητα αντικαθιστά την φαντασία και το άτομο με όσα και όποια εφόδια έχει αποκτήσει στα προηγούμενα χρόνια εισέρχεται στην ώριμη ηλικία. Με το τέλος της εφηβείας θα πρέπει να έχει επιτευχθεί η ψυχολογική ανεξαρτητοποίηση από τους γονείς, η εγκατάσταση μιας προσωπικής ταυτότητας και η ικανότητα δημιουργίας ικανοποιητικών διαπροσωπικών σχέσεων (Σηφάκη 2001).

Η ωριμότητα που περιλαμβάνει συναισθηματική σταθερότητα, ανεπτυγμένη κρίση, αποφασιστικότητα, συναίσθημα ευθύνης, επικοινωνία με άλλα άτομα σε πολύμορφες σχέσεις βοηθά το άτομο στη λήψη των κρίσιμων αποφάσεων που απαιτεί αυτό το στάδιο και που θα καθορίσουν το μέλλον του. Οι αποφάσεις αυτές σχετίζονται κύρια με το ξεκίνημα επαγγελματικής σταδιοδρομίας, την επιλογή ερωτικού συντρόφου και τη δημιουργία οικογένειας. Παράλληλα η ανάληψη ενός συγκεκριμένου κοινωνικού ρόλου, συμβατού με το κοινωνικό – πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο το άτομο ζει,

προϋποθέτει την προσαρμογή στις επιταγές της εξωτερικής πραγματικότητας (Σηφάκη 2001).

2.5 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Εργασία και ανεργία

Τις μεγαλύτερες επιδράσεις στους ενήλικους τις ασκούν όχι οι βιολογικές αλλαγές (από την εφηβεία επιβραδύνονται και, γενικά, γίνονται όλο και πιο σταδιακές), αλλά οι αλλαγές που προκύπτουν από την αλληλεπίδραση με τον έξω κόσμο, ιδίως σε σχέση με την εργασία (Tucker (1999)).

Η εργασία, εκτός από το ότι εξασφαλίζει ένα εισόδημα και κοινωνικές επαφές, διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην αίσθηση της προσωπικής αξίας του ατόμου, τόσο όπως την αντιλαμβάνεται το ίδιο το άτομο όσο και οι άλλοι γύρω του. Άλλωστε σε αυτή την ηλικία οι περισσότεροι ενήλικοι τελειώνουν τις σπουδές τους και η αναζήτηση εργασίας προκαλεί συναισθήματα άγχους και ανασφάλειας (Tucker 1999).

Ο Tucker (1999) υποστηρίζει, πως ενώ η εργασία μπορεί να προσφέρει μεγάλη προσωπική ικανοποίηση, η μη ευνοϊκές εργασιακές συνθήκες είναι δυνατό να οδηγήσουν σε δυστυχία και ενίοτε σε προβλήματα ψυχικής υγείας. Η αποτυχία ενός ατόμου να προαχθεί επαγγελματικά μπορεί να του δημιουργήσει πικρία, αλλά και η προαγωγή που συνεπάγεται μεγαλύτερες απαιτήσεις ή μια ανεπιθύμητη μετάθεση είναι δυνατό να οδηγήσουν σε άγχος.

Επιπρόσθετα, έχει βρεθεί ισχυρή σχέση ανάμεσα στην μακροχρόνια ανεργία, την καταθλιπτική παθητικότητα και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση. Μεταξύ των πιο νεαρών ενήλικων η ανεργία οδηγεί συνήθως σε αύξηση της εγκληματικότητας. Η απογοήτευση από τη φτώχεια και η χαμηλή κοινωνική θέση ερμηνεύουν το γεγονός ότι τα εγκλήματα που διαπράττονται με οικονομικό κίνητρο αυξάνονται πάντοτε σε περιόδους ανεργίας (Tucker,1999).

Σήμερα η παράταση των σπουδών, οι δυσκολίες στην επαγγελματική αποκατάσταση, τα οικονομικά προβλήματα σε συνδυασμό με την πρόθεση δημιουργίας οικογένειας, η αυξημένη ευμάρεια των γονέων είναι μερικοί μόνο από λόγους που έχουν οδηγήσει τους νέους αυτής της ηλικίας σε άγχος,

εντάσεις, ματαιώσεις και ανασφάλεια. Οι συναισθηματικές θύελλες είναι βιαιότητες και διαστήματα κακής διάθεσης ακόμα και αρκετά μεγάλα, είναι φυσιολογικά. Η κατάθλιψη σαν αρρώστια πρέπει να μας ανησυχήσει αν αυτά τα διαστήματα αποκτήσουν χαρακτήρα μονιμότητας (D' Agostini, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III: ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

3.1 ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Οι διαταραχές της διάθεσης (Συναισθηματικές Διαταραχές) είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο (Μάνος 1997).

Σημειώνουμε από την αρχή, ότι σε ένα καταθλιπτικό ασθενή μπορεί να μην είναι η καταθλιπτική διάθεση πάντα εμφανής ή ακόμα και παρούσα (μολονότι φυσικά είναι η πιο συχνή εμπειρία) και άλλα συμπτώματα, πχ. από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, τη σκέψη κτλ. να μας οδηγήσουν στην διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία (Μάνος 1997).

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης τα οποία, άλλοτε είναι εμφανή και άλλοτε όχι, παρουσιάζονται παρακάτω και χωρίζονται σε κατηγορίες. Συγκεκριμένα: ως προς το συναίσθημα, το φυτικό (αυτόνομο) νευρικό σύστημα, την κινητοποίηση και την σκέψη – αντίληψη.

Ειδικότερα:

- **Συναίσθημα**

Καταθλιπτική διάθεση

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997) το άτομο που βρίσκεται σε καταθλιπτική διαταραχή συνήθως περιγράφει τη διάθεσή του σαν καταθλιπτική, λέγοντας ότι νιώθει λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία κτλ. Η καταθλιπτική αυτή διάθεση χαρακτηριστικά κυριαρχεί στη ζωή του ατόμου. Συχνά είναι έτσι και τα εύκολα κλάματα. Μπορεί όμως το άτομο να περιγράψει τη διάθεσή του και με λόγια όπως «δεν με νοιάζει πια» ή μπορεί ακόμη να μας λέει ότι δεν νιώθει θλίψη. Το τελευταίο είναι ιδιαίτερα συχνό σε παιδιά που όμως δείχνουν την

κατάθλιψη στο πρόσωπό τους. Όπως, ήδη τονίσαμε, σε άτομα που δεν την παρουσιάζουν αλλά πιστεύουμε ότι πάσχουν από κατάθλιψη. Επίσης, όπως στη συνέντευξη με κάποιο σχιζοφρενικό ασθενή που δεν έχει χαρακτηριστικά συμπτώματα η αίσθηση παράξενου στον κλινικό εξεταστή μπορεί να βοηθήσει, έτσι και στην επικοινωνία με καταθλιπτικό ασθενή, ο εξεταστής μπορεί να νιώσει θλίψη, πολλές φορές αφόρητη, ενώ ο ασθενής δεν αναφέρει θλίψη.

Σύμφωνα με τους Loo και Gallarda (1998), η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από μια αλλαγή της διάθεσης. Η θλίψη της κατάθλιψης διαφοροποιείται από την αντιδραστική θλίψη ως προς την διάρκεια και την ικανότητά της να επηρεάζει το σύνολο της ψυχικής ζωής και να χρωματίζει όλη τη συμπεριφορά. Ακόμα, η θλίψη μπορεί να είναι μετριοπαθής, κατασταλαμένη, κρυμμένη αλλά μπορεί και να εκφράζεται στο παρουσιαστικό του καταθλιπτικού. Οι εκφράσεις του είναι παγωμένες, ο τόνος του μονότονος και η κίνησή του επιβραδυμένη. Επίσης, υπάρχει μια βαθιά αίσθηση αδυναμίας και αποτυχίας όπως επίσης αίσθηση μη ικανοποίησης, αισθήματα αναξιοσύνης και αυτομείωσης.

- **Ανηδονία**

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997) η απώλεια της ευχαρίστησης (=ανηδονία) σε δραστηριότητες που προηγουμένα ήταν ευχάριστες αποτελεί βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης και χρειάζεται προσοχή γιατί το άτομο μπορεί να μην το έχει συναισθανθεί και αν μην παραπονιέται γι' αυτό.

Η οικογένειά του μπορεί όμως να το έχει προσέξει (Μάνος, 1997).

Δραστηριότητες που παύουν να είναι ευχάριστες είναι το φαγητό, το σεξ, τα χόμπυ, τα σπορ, κοινωνικές και οικογενειακές εκδηλώσεις. Ανάλογη προς την ανηδονία είναι και η απώλεια ενδιαφέροντος σε διάφορες δραστηριότητες (Μάνος, 1997).

Σύμφωνα με τον Gilbert (1999) η γενική αντίληψη που επικρατεί είναι ότι η κατάθλιψη σχετίζεται μόνο με κακή διάθεση ή με το αίσθημα ότι δεν πάει άλλο. Το κύριο σύμπτωμα της κατάθλιψης ονομάζεται *ανηδονία*, δηλαδή η απώλεια της δυνατότητας βίωσης οποιαδήποτε ευχαρίστησης. Παρ' ότι, χάνουμε τη

δυνατότητα βίωσης θετικών συναισθημάτων, τα αρνητικά μας συναισθήματα αυξάνονται, ιδίως ο θυμός. Γινόμαστε τρομερά ευερέθιστοι, μιλούμε απότομα στα παιδιά μας και στα άλλα μέλη της οικογένειας μας, και σε ορισμένες περιπτώσεις λογομαχούμε ή ερχόμαστε σε σύγκρουση μαζί τους.

- **Άγχος**

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς νιώθουν άγχος με μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικείμενου κινδύνου, ευερεθιστότητας ή ακόμη και προσβολών πανικού με συνοδά φυτικά συμπτώματα όπως ιδρώτες, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία κτλ. Η συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης μπορεί να κάνει δύσκολη τη διάκριση ποιο από τα δύο αποτελεί τη βασική διαταραχή (Μάνος, 1997).

- **Φυτικό (Αυτόνομο) Νευρικό Σύστημα**

Συχνή είναι η παρουσία συμπτωμάτων από το φυτικό νευρικό σύστημα. Η αναγνώρισή τους είναι σημαντική τόσο για τη διάγνωση, όσο και για τη θεραπεία της κατάθλιψης (Μάνος, 1997).

- i. Διαταραχή του ύπνου*

Οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν κάποιας μορφής διαταραχή του ύπνου, συνήθως αϋπνία, μερικές φορές και υπεραϋπνία (ιδιαίτερα παιδιά, νεαρά άτομα και ασθενείς με Διπολική Διαταραχή). Η αϋπνία μπορεί να συνίσταται σε δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί (αρχική αϋπνία) και σε *αφύπνιση νωρίς το πρωί* (τελική αϋπνία), που είναι ιδιαίτερα συχνή και ενοχλητική καθώς το άτομο ξυπνά στις τέσσερις, πέντε ή έξι το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί (Μάνος, 1997).

Όπως αναφέρουν οι Loo και Gallarda (1998), ο ύπνος διαταράσσεται σχεδόν πάντα. Είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα συναγερμού: δυσκολία να κοιμηθεί κανείς, πολλά νυχτερινά ξυπνήματα, πρώιμο ξύπνημα το πρωί, είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης. Αντίθετα, υπάρχουν και ασθενείς που καταφεύγουν σε υπερβολικό ύπνο, που όμως δεν τους ξεκουράζει.

ii. Διαταραχή της όρεξης

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν ανορεξία που συνοδεύεται ή όχι από απώλεια βάρους. Η απώλεια βάρους μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική για τη ζωή. Λιγότερο συχνή είναι η αύξηση της όρεξης, που μπορεί να οδηγήσει και σε πρόσληψη σημαντικού βάρους-ιδιαίτερα σε νεαρές γυναίκες και σε άτομα με Διπολική Διαταραχή (Μάνος, 1997).

iii. Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας)

Συχνό παράπονο των καταθλιπτικών ασθενών είναι ένα αίσθημα κόπωσης ή εξάντλησης, σαν όλη η ζωτικότητα ή ενέργεια που έχουν μέσα τους να έχει φύγει. Αυτό το αίσθημα, που πολλές φορές είναι ανυπόφορο, μπορεί να παρακολουθεί τις ημερήσιες διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης, οπότε χαρακτηριστικά μπορεί να έχουμε μεγαλύτερη κατάθλιψη και κόπωση-εξάντληση το πρωί και βελτίωση και των δύο καθώς προχωρά η ημέρα (Μάνος, 1997).

iv. Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido)

Συχνή είναι η ελάττωση της libido, που ιδιαίτερα στους άντρες, καθώς μπορεί να εκφράζεται και με διαταραχή της στύσης, τραυματίζει ακόμη περισσότερο την αυτοεκτίμησή τους (Μάνος, 1997).

v. Ψυχοκινητική επιβράδυνση

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου και των κινήσεων. Έτσι, οι απαντήσεις τους είναι φτωχές ή και μονολεκτικές, ο λόγος γίνεται μονότονος και βραδύς, το βλέμμα είναι απλανές, οι κινήσεις του σώματος αργές και η όλη εικόνα μπορεί να φθάσει να μοιάζει την κατατονία (Μάνος, 1997).

vi. Ψυχοκινητική διέγερση

Ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς-ιδιαίτερα ηλικιωμένα άτομα-παρουσιάζουν εκνευρισμό, ανησυχία, ένταση ή και διέγερση αντί για επιβράδυνση. Έτσι οι ασθενείς αυτοί βηματίζουν πάνω κάτω, στριφογυρνούν τα χέρια τους, τραβούν τα μαλλιά τους, το δέρμα τους, τα ρούχα τους, παραπονιούνται έντονα ή φωνάζουν (Μάνος, 1997).

- **Κινητοποίηση**

- i. **Απώλεια του ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες***

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν όχι μόνο μια απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση, αλλά επίσης και μια ελάττωση της κινητοποίησης σ' όλες τις εκφράσεις της ζωής. Εργασία, οικογενειακή ζωή, σπορ κτλ. χάνουν το ενδιαφέρον τους και το άτομο νιώθει ότι δεν έχει την ικανότητα-διάθεση να εκτελέσει συνηθισμένες ασχολίες (Μάνος, 1997).

- ii. **Ανημπόρια, έλλειψη ελπίδας***

Χαρακτηριστικά το καταθλιπτικό άτομο νιώθει ανήμπορο να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις του, ακόμη και απλά καθήκοντα-μέχρι και το πώς να φροντίσει την εμφάνισή του και την υγιεινή του. Επίσης, νιώθει χωρίς ελπίδα για το μέλλον ή για την κατάστασή του (Μάνος, 1997).

- iii. **Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας***

Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών είναι οπωσδήποτε η αυτοκτονία. Η συχνότητα των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών είναι μεγάλη. Υπολογίζεται ότι 1% των καταθλιπτικών ασθενών πεθαίνει αυτοκτονώντας μέσα σε 12 μήνες από την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου. Σε ασθενείς που υποφέρουν από υποτροπιάζοντα επεισόδια κατάθλιψης το ποσοστό ανεβαίνει στο 15%. Ιδιαίτερα επικίνδυνο είναι το γεγονός ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για αυτοκτονία είναι στην περίοδο των 6 έως 9 μηνών που ακολουθεί τη συμπτωματική βελτίωση των ασθενών. Κι αυτό, αν και φαίνεται παράδοξο, οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα στο ότι στην περίοδο αυτή ο ασθενής έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα για να ολοκληρώσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας, ενώ δεν έχει αλλάξει σημαντικά η

θεώρηση της ζωής του, που τη θεωρεί αρκετά αρνητική ώστε να θέλει έντονα να αυτοκτονήσει (Μάνος, 1997).

Όπως αναφέρουν οι Loo και Gallarda(1998), ένας καταθλιπτικός δεν μπορεί να προσβλέπει στο μέλλον θετικά και ενεργά. Η απώλεια ελπίδας, η ανικανότητα για προσδοκία και για θετική προβολή στο μέλλον, μπορούν να οδηγήσουν σε μια απόπειρα αυτοκτονίας. Όταν είναι εναρκτήρια έναρξη το πέραςμα στην πράξη αυτοκτονίας μπορεί να προκαλέσει μεγάλη έκπληξη στο περιβάλλον. Η αξιολόγηση του κινδύνου αυτοκτονίας είναι αρκετά δύσκολη.

Σύμφωνα με τον Gilbert (1999) η κατάθλιψη επηρεάζει το βαθμό κινητοποίησης του ανθρώπου για διάφορα πράγματα όπως τα κίνητρά του για δράση. Μπορεί να αισθάνεται απάθεια ή να νιώθει ότι δεν έχει τις δυνάμεις ή το ενδιαφέρον να εμπλακούμε σε οποιαδήποτε δραστηριότητα, μπορεί να έχουμε την αίσθηση αν δεν αξίζει να κάνουμε τίποτα και ότι όλα είναι ανούσια και άσκοπα. Επίσης, τα ίδια επαγγελματικά σχέδια που κάποτε μας γέμιζαν ενθουσιασμό μας φαίνονται βαρετά όταν έχουμε κατάθλιψη.

- **Σκέψη-Αντίληψη**

- i. Αισθήματα-σκέψης ενοχής ή/και αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση***

Όπως αναφέρει ο Μάνος (1997) οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά εκφράζουν αισθήματα και σκέψης ενοχής για τρέχουσες ή παρελθούσες αποτυχίες ή λάθη. Ο βαθμός αυτοκατηγορίας, όμως, είναι υπερβολικός, που φαίνεται είτε από το ότι τα γεγονότα στα οποία αναφέρεται ο ασθενής είναι μηδαμικά είτε από το ότι ο ασθενής αποδίδει στον εαυτό του περισσότερη ευθύνη από το αναλογεί. Επίσης το αίσθημα αναξιότητας, το οποίο παρουσιάζουν πολλοί ασθενείς, κυμαίνεται από αίσθημα ανεπάρκειας μέχρι έντονη αρνητική εκτίμηση της προσωπικής αξίας του ατόμου. Ανάλογα επηρεάζεται και η αυτοεκτίμηση καθώς οι ασθενείς είναι ανίκανοι να εκτιμήσουν ρεαλιστικά την απόδοσή τους στις καθημερινές υποχρεώσεις (που είναι όμως και μειωμένη), αλλά και σαν συνέπεια των προηγούμενων. Ενοχή, αναξιότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, όταν φθάσουν στο σημείο να είναι σε

σταθερή και ακλόνητη διάσταση με την πραγματικότητα, αποτελούν πια παραληρητικές ιδέες.

Στο θέμα της σκέψης-αντίληψης αναφέρεται και ο Gilbert (1999). Πιο συγκεκριμένα αναφέρει ότι η κατάθλιψη επηρεάζει τις σκέψεις για τον εαυτό μας, το μέλλον και τον κόσμο. Το μέλλον για τους καταθλιπτικούς μοιάζει σκοτεινό, ένα κενό ή ένας ατέλειωτος κύκλος μταιιώσεων και απωλειών.

ii. Δυσκολία στη συγκέντρωση

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς μπορεί να είναι τόσο έντονα ενασχολημένοι με τις καταθλιπτικές τους σκέψεις που δυσκολεύονται να προσέξουν τι γίνεται γύρω τους. Επίσης, παραπονιούνται για «έκπτωση της μνήμης» ή για δυσκολία συγκέντρωσης που φαίνεται στην προσπάθειά τους να διαβάσουν, να δουν τηλεόραση κτλ. Επειδή τα ανοϊκά άτομα ουσιαστικά έχουν δυσκολία με τη μνήμη και τη συγκέντρωση, μερικές φορές είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνώσει κανείς την κατάθλιψη από την άνοια στα ηλικιωμένα άτομα (Μάνος, 1997).

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επίσης συχνά και επιβράδυνση της σκέψης και αναποφασιστικότητα (Μάνος, 1997).

iii. Ψύχωση

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι αρκετά βαριά, ώστε να περιλαμβάνει ψυχωτικά συμπτώματα, κυρίως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Το περιεχόμενο αυτών των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών συνήθως είναι σύντονο με την κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες **σύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση**). Π.χ. το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν επειδή είναι αμαρτωλό ή ανεπαρκές ή έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις που το κατηγορούν για αμαρτίες ή λάθη του. Μπορεί επίσης να εμφανιστούν μηδενιστικές παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις καρκίνου ή άλλης σοβαρής ασθένειας, παραληρητικές ιδέες φτώχειας (Μάνος, 1997).

Λιγότερο συχνά, το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών δεν έχει σχέση με την κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες **ασύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση**). Π.χ. το

άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν χωρίς να μπορεί να εξηγήσει τον λόγο κτλ. (Μάνος, 1997).

- **Σωματικά ενοχλήματα**

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), εκτός από τα κλασικά συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα που αναφέραμε παραπάνω, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός σωματικών συμπτωμάτων που αποτελούν έκφραση του καταθλιπτικού συνδρόμου. Στην κλινική πράξη, παθολόγοι, γενικοί ιατροί κ.ά. βομβαρδίζονται με τέτοια ενοχλήματα, όπως πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, μυϊκοί σπασμοί (κράμπες), ναυτία, έμετος, δυσκοιλιότητα, οπισθοστερνικό κάψιμο, δυσκολία στην αναπνοή, υπέρπνοια, πόνος στο στήθος κ.ά. Μεγάλος αριθμός εξετάσεων γίνεται χωρίς λόγο και τελικά ο γιατρός καταλήγει ότι όλα αυτά ήταν «ψυχολογικά». Ο όρος «καλυμμένη κατάθλιψη» έχει χρησιμοποιηθεί για τις περιπτώσεις αυτές. Δεν πρόκειται, όμως, για άλλου είδους κατάθλιψη. Απλά, ο γιατρός πρέπει να σκεφθεί ότι το άτομο με τέτοια συμπτώματα μπορεί να έχει κατάθλιψη, *οπότε ρωτώντας για άλλα συμπτώματα κατάθλιψης-εκτός των πόνων κτλ.-οδηγείται στη διάγνωσή.*

Όπως αναφέρουν οι Loo και Gallarda (1998), στην κατάθλιψη παρατηρούνται προβλήματα του σώματος και του πνεύματος. Πολλοί καταθλιπτικοί χάνουν την όρεξή τους ή δεν βλέπουν καμιά διαφορά ανάμεσα στα φαγητά που προτιμούσαν και στα υπόλοιπα. Η απώλεια βάρους που συνδέεται με αυτή την σφαιρική ανορεξία μπορεί να είναι σοβαρή, να φτάσει μέχρι τα δέκα κιλά μέσα σε μια βδομάδα και να γίνει αιτία, για παράδειγμα ενός καρκίνου του πεπτικού συστήματος.

Τέλος, παρατηρούνται σωματικά προβλήματα χωρίς οργανική αιτιολογία, τα λεγόμενα «λειτουργικά», που μπορούν να εμφανιστούν σε καταθλιπτικό οποιασδήποτε ηλικίας. Επίσης, ο καταθλιπτικός εκφράζει μια «αίσθηση άδειου κεφαλιού» ή μηρυκάζει αδιάκοπα θλιβερές σκέψεις, επικεντρωμένες σε στερεότυπα θέματα. Η διαδοχή των σκέψεων μπορεί να γίνει δύσκολη άσκηση. Οι συνειρμοί των ιδεών εμποδίζονται. Ο καταθλιπτικός νιώθει ότι έχει φτωχύνει πνευματικά, ότι είναι ανίκανος να συγκεντρωθεί αποτελεσματικά και να κάνει λογικές σκέψεις (Loo, Gallarda 1998).

3.1.1: Ταξινόμηση των Καταθλιπτικών Διαταραχών

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997) η ανασκόπηση της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης, που παραθέσαμε παραπάνω, κάνει σαφή την τεράστια ποικιλία συμπτωμάτων που τη χαρακτηρίζει. Αν αναλογισθούμε επιπλέον την ποικιλία των τύπων της κατάθλιψης ανάλογα με την ύπαρξη και τη μορφή των εκλυτικών παραγόντων, το οικογενειακό ιστορικό και την κλινική πορεία, το φάσμα γίνεται πραγματικά απεριόριστο. Έτσι, μερικοί άνθρωποι πέφτουν σε κατάθλιψη μετά από σαφή τραυματικά γεγονότα, ενώ άλλοι φαίνονται να βυθίζονται σε κατάθλιψη χωρίς φανερή αιτία. Μερικοί ασθενείς έχουν οικογενειακό δέντρο φορτωμένο με καταθλιπτικούς συγγενείς, ενώ άλλοι έχουν οικογενειακό ιστορικό εντελώς ελεύθερο από ψυχική ασθένεια. Άλλοι ασθενείς βιώνουν σαφώς περιγεγραμμένα επεισόδια κατάθλιψης, ενώ άλλοι παραπονιούνται ότι ήταν καταθλιπτικοί σ' όλη τους τη ζωή.

Εξαιτίας αυτής της ποικιλομορφίας έχουν προταθεί μέχρι σήμερα πολλές ταξινομήσεις της κατάθλιψης, οι περισσότερες βασισμένες σε θεωρίες της αιτιολογίας της κατάθλιψης, που όμως δεν αποδείχθηκαν. Έτσι, υπάρχουν τα παλιότερα συστήματα, που αν και ουσιαστικά όχι ακριβή, εντούτοις χρησιμοποιούνται ακόμα από πολλούς κλινικούς και το νεότερο σύστημα που περιέχεται στο DSM-III, DSM-III-R και στο DSM-IV, που είναι ακριβέστερο καθώς βασίζεται στα συμπτώματα και στην κλινική πορεία (Μάνος, 1997).

3.1.2: Παλιότερα συστήματα ταξινόμησης

3.1.2.1: Ενδογενής κατάθλιψη έναντι αντιδραστικής κατάθλιψης

Ως *ενδογενής κατάθλιψη*, όπως αναφέρει ο Μάνος (1997) ορίζεται το σύνδρομο που θεωρείται ότι προέρχεται από μέσα από τον άρρωστο, δηλαδή ότι είναι αποτέλεσμα βιολογικών παραγόντων και ότι έχει πορεία και εξέλιξη ανεξάρτητη από περιβαλλοντικές επιδράσεις. Τα κύρια χαρακτηριστικά της ενδογενούς κατάθλιψης είναι έντονες διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ύπνος, όρεξη, ενέργεια), απουσία περιβαλλοντικών εκλυτικών

παραγόντων (θάνατοι, προσωπικές απώλειες) και σταθερή προνοσηρή προσωπικότητα χωρίς υποχονδρίαση, αυτολύπηση κτλ.

Η *αντιδραστική κατάθλιψη*, αντίθετα, αναφέρεται στο σύνδρομο εκείνο που εκλύεται από παράγοντες στο περιβάλλον του ασθενή (παρά από βιολογικούς παράγοντες). Χαρακτηριστικά της κατάθλιψης αυτής είναι η αναγνώριση εμφανών εκλυτικών γεγονότων και στρες της ζωής, η απουσία σημαντικών φυτικών διαταραχών, η διακύμανση των συμπτωμάτων ανάλογα με ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και η ασταθής «νευρωτική» προνοσηρή προσωπικότητα (Μάνος, 1997)

Η αξία της διάκρισης της κατάθλιψης σε ενδογενή ή αντιδραστική βρίσκεται στο ότι τονίζει τη σημασία των φυτικών σημείων, δηλαδή της διαταραχής ύπνου, της απώλειας βάρους, της εξάντλησης και της ψυχοκινητικής επιβράδυνσης ή διέγερσης και στην έμφαση της ευνοϊκής απάντησης των συμπτωμάτων αυτών στα αντικαταθλιπτικά και την ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Το πρόβλημα, όμως, είναι ότι πολύ λίγο ασθενείς μπορούν να ενταχθούν στη μία ή στην άλλη κατηγορία, γιατί οι περισσότεροι αν πιεσθούν μπορούν να αναφέρουν κάποια γεγονότα που μπορεί να θεωρηθούν εκλυτικά και πολλοί έχουν και εμφανή στρεσογόνα συμβάντα, τα οποία τελικά δεν αποτελούν αντένδειξη. Έτσι, ουσιαστικά, οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς βρίσκονται σε κάποιο σημείο ενός συνεχούς του οποίου τα άκρα αποτελούν η ενδογενής και η αντιδραστική κατάθλιψη (Μάνος, 1997).

3.1.2.2: Ψυχωτική κατάθλιψη έναντι νευρωτικής κατάθλιψης

Ο όρος *ψυχωτική κατάθλιψη* χρησιμοποιείται αρκετά εξειδικευμένα για τη μορφή της κατάθλιψης στην οποία το άτομο έχει χάσει την ικανότητα του ελέγχου της πραγματικότητας, οπότε και παρουσιάζονται παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή βαθιά σύγχυση. Αδρά 20% των καταθλιπτικών ασθενών έχουν ψυχωτικά συμπτώματα. Στην καθημερινή πράξη, όμως, ο όρος χρησιμοποιείται πολύ πιο πλατιά για κάθε κατάθλιψη που παρουσιάζει έκπτωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας, αδυναμία

εκτέλεσης των βασικών καθημερινών καθηκόντων και απόσυρση από τον κόσμο-δηλαδή «βαριά» κατάθλιψη. Οι ψυχωτικές καταθλίψεις θεωρούνται ότι έχουν βιολογική βάση (Μάνος, 1997).

Στη *νευρωτική κατάθλιψη*, ο έλεγχος της πραγματικότητας παραμένει ανέπαφος και σε πιο ευρεία χρήση του όρου η καθημερινή λειτουργικότητα δεν παραβλάπεται σε σημαντικό βαθμό. Ο όρος υποδηλώνει κοινωνικο-ψυχολογική προέλευση της κατάθλιψης παρά βιολογική αιτιολογία (Μάνος, 1997).

Και αυτή η ταξινόμηση-διάκριση έχει περιορισμένη χρησιμότητα. Η εφαρμογή του όρου «ψυχωτικός» στην κατάθλιψη είναι τελικά ασαφής, γιατί μπορεί να αναφέρεται είτε σε συγκεκριμένα ψυχωτικά συμπτώματα είτε στη βαρύτητα του συνδρόμου. Επίσης, αν λάβει κανείς υπόψη την ευρύτητα του φάσματος της βαρύτητας των καταθλιπτικών διαταραχών, είναι μάλλον αυθαίρετο το να αποφασίσει κανείς ότι ένα άτομο έχει κατάθλιψη ψυχωτικού επιπέδου και ένα άλλο άτομο νευρωτικού (Μάνος, 1997).

Παρόλα αυτά, η παρουσία ή απουσία συγκεκριμένων ψυχωτικών συμπτωμάτων είναι σημαντικό στοιχείο για την κλινική εκτίμηση κάθε καταθλιπτικού ασθενή (γί'αυτό και προσδιορίζονται στην ταξινόμηση κατά DSM-IV). Εκτός από τη σημασία τους για τη θεραπευτική αγωγή του ασθενή, η παρουσία ψυχωτικών συμπτωμάτων θα έπρεπε να προειδοποιήσει τον κλινικό για αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας και για σοβαρή αντιμετώπιση της απόφασης για νοσηλεία του ασθενή (Μάνος, 1997).

3.1.2.3: Διεγερμένη κατάθλιψη έναντι επιβραδυνόμενης κατάθλιψης

Η *διεγερμένη κατάθλιψη* είναι η μορφή της κατάθλιψης, της οποίας η κλινική εικόνα περιλαμβάνει ψυχοκινητική διέγερση-υπερβολική, μη παραγωγική και με σκοπό την ανακούφιση της έντασης δραστηριότητας, όπως στριφογύρισμα των χεριών, τράβηγμα των μαλλιών, δάγκωμα των νυχιών, βηματισμό πάνω κάτω, αναστεναγμούς, βογγητά (Μάνος, 1997).

Διεγερμένες καταθλίψεις είναι πολύ πιο συχνές στα ηλικιωμένα άτομο (50-70 ετών) και συχνά περιλαμβάνουν ψυχωτικά συμπτώματα. Το ηλεκτροσόκ και τα αντιψυχωτικά σε συνδυασμό με τα αντικαταθλιπτικά βοηθούν στη θεραπεία τους (Μάνος, 1997).

Η *επιβραδυμένη κατάθλιψη* αναφέρεται στην κλινική εικόνα που περιλαμβάνει ψυχοκινητική επιβράδυνση-αργή, χωρίς αυθορμητισμό σκέψη και δραστηριότητα. Η παρουσία ψυχοκινητικής επιβράδυνσης θεωρείται καλό προγνωστικό σημείο για την απάντηση σε τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (Μάνος, 1997).

Και αυτή η διάκριση έχει περιορισμένη χρησιμότητα γιατί πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν μίγμα σημείων διέγερσης και επιβράδυνσης. Επίσης, πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς έχουν φυσιολογικό επίπεδο ψυχοκινητικότητας, οπότε δεν μπορούν να ενταχθούν σε καμία από τις δύο κατηγορίες (Μάνος, 1997).

3.1.2.4: Πρωτοπαθής κατάθλιψη έναντι δευτεροπαθούς κατάθλιψης

Ο όρος *πρωτοπαθής κατάθλιψη* αναφέρεται στην κατάθλιψη της οποίας δεν προηγείται και η οποία δεν συνδυάζεται με άλλη ψυχιατρική διαταραχή- ψύχωση, νεύρωση, αλκοολισμό κτλ. *Δευτεροπαθής κατάθλιψη* θεωρείται η κατάθλιψη όπου από το ιστορικό ή την εξέταση αναγνωρίζεται η ύπαρξη και άλλης ψυχιατρικής διαταραχής (Μάνος, 1997).

3.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Ο Freud υποστηρίζει ότι οι ρίζες της κατάθλιψης σχετίζονται με την καθήλωση στο στοματικό στάδιο, η οποία οδηγεί στην τάση να εξαρτάται το άτομο υπερβολικά στους άλλους ανθρώπους για την διατήρηση της αυτοεκτίμησής του (Flach, 1974).

Συσχετίζει την κατάθλιψη με το πένθος και υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη είναι αντίδραση σε μια απώλεια (πραγματική ή συμβολική), αλλά στην οποία η θλίψη και η οργή παραμένουν ασυνείδητες, και συνεπώς αποδυναμώνουν το εγώ. Έτσι, η βασική φροϋδική υπόθεση για την κατάθλιψη αποτελεί μια στροφή της επιθετικότητας προς τον εαυτό (<http://users.auth.gr>).

Υπάρχουν αρκετές σύγχρονες ψυχοδυναμικές θεωρίες για την κατάθλιψη, οι οποίες μοιράζονται κάποιες βασικές παραδοχές:

1. Η κατάθλιψη έχει τις ρίζες της σε ένα πρώιμο έλλειμμα, που σχετίζεται με την απώλεια ή την απειλή της απώλειας ενός γονιού.
2. Το παλιό αυτό πλήγμα αναζωπυρώνεται από μια πρόσφατη απώλεια η οποία «γυρνά» το άτομο στο παιδικό τραύμα.
3. Μια βασική συνέπεια αυτής της παλινδρόμησης είναι συναισθήματα αβοηθησίας και απελπισίας, που αντανακλούν την πραγματική συνθήκη όσο αφορά ένα παιδί. Αυτή η αίσθηση έλλειψης ελέγχου, οδηγεί το άτομο να αποσυρθεί.
4. Η αμφιθυμία προς τα ενδοβλημένα αντικείμενα θεωρείται θεμελιώδης στην κατάθλιψη.
5. Η απώλεια της αυτοεκτίμησης, είναι βασικό χαρακτηριστικό της κατάθλιψης και ότι το άτομο προσπαθεί να αντισταθμίσει τη χαμηλή αυτοεκτίμηση με την αγάπη και την αποδοχή των άλλων.
6. Η κατάθλιψη έχει κάποια λειτουργία όσο αφορά τη διαχείριση των σχέσεων (<http://users.auth.gr>).

Έχει διαπιστωθεί ότι η πορεία που ακολουθεί η κατάθλιψη δεν είναι ευθεία και μονόδρομη αλλά ότι η κατάθλιψη αποτελεί μάλλον το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μιας σειράς γεγονότων.

Υπάρχουν διάφορες θεωρίες που εξηγούν την εμφάνιση της κατάθλιψης. Μία από αυτές είναι η **γνωσιακή θεωρία**, η οποία σύμφωνα με τον Κακούρο και την Μανιαδάκη (2003), επικεντρώνεται στον ρόλο των αρνητικών και δυσλειτουργικών αντιλήψεων για την εμφάνιση και την πορεία της κατάθλιψης.

Η πρώτη γνωσιακή θεραπεία για την κατάθλιψη προτάθηκε από τον Beck σύμφωνα με τον οποίο τα άτομα με κατάθλιψη ερμηνεύουν με λανθασμένο τρόπο τα γεγονότα της ζωής επειδή χρησιμοποιούν λανθασμένες αντιλήψεις ως ερμηνευτικά φίλτρα για την κατανόηση των γεγονότων αυτών και έτσι κάνουν αρνητικές «αυτόματες σκέψεις.» Τα γνωστικά προβλήματα των ατόμων με κατάθλιψη εμφανίζονται σε τρεις τομείς. Πρώτον, τα άτομα αυτά κάνουν λάθη στον τρόπο που επεξεργάζονται τις πληροφορίες διότι επικεντρώνονται επιλεκτικά στα αρνητικά ερεθίσματα. Δεύτερον, η κατάθλιψη σχετίζεται με τη λεγόμενη «αρνητική τριάδα», δηλαδή τα άτομα αυτά αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως ανάξιο ή ανίκανο, τον κόσμο ως άδικο ή κακό και το μέλλον χωρίς ελπίδα. Τρίτον, τα άτομα αυτά αναπτύσσουν αρνητικά γνωστικά σχήματα, τα οποία είναι σταθερές δομές στη μνήμη, οι οποίες ανθίστανται στην αλλαγή και καθοδηγούν την επεξεργασία των πληροφοριών προς την αρνητική αυτοκριτική (Κακούρος – Μανιαδάκη 2003).

Μια άλλη ευρέως διαδεδομένη γνωσιακή θεωρία για την κατάθλιψη είναι αυτή του «μαθημένου αβοήθητου». Η θεωρία αυτή αναπτύχθηκε από τον Seligman και υποστηρίζει ότι η έκθεση του ατόμου σε αρνητικά και ανεξέλεγκτα γεγονότα μπορεί να το οδηγήσει στην γενικευμένη πεποίθηση ότι δεν είναι σε θέση να ελέγξει τη ζωή του (Κακούρος – Μανιαδάκη 2003).

Τέλος, σύμφωνα με την θεωρία του αυτοελέγχου, τα άτομα με κατάθλιψη αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην αυτοπαρατήρηση, την αυτοαξιολόγηση και την αυτοενίσχυσή τους κατά την προσπάθεια επίτευξης ενός στόχου, με αποτέλεσμα να θέτουν εξαιρετικά υψηλούς στόχους, να είναι

εξαιρετικά αυστηροί με τον εαυτό τους και να μη βιώνουν ικανοποίηση με τα επιτεύγματά τους (Κακούρος – Μανιαδάκη 2003).

Μια ακόμη θεωρία για την αιτιολογία της κατάθλιψης είναι η **θεωρία των διαπροσωπικών σχέσεων**.

Ο Κακούρος και η Μανιαδάκη (2003) αναφέρουν ότι η κεντρική ιδέα των θεωριών των διαπροσωπικών σχέσεων είναι ότι η κατάθλιψη αποτελεί μια αντίδραση στις δυσκολίες που βιώνει το άτομο στην αλληλεπίδρασή του με το κοινωνικό περιβάλλον, ιδιαίτερα στα πλαίσια της οικογένειας, ενώ, ταυτόχρονα, η καταθλιπτική συμπεριφορά συμβάλλει στην παγίωση και επιδείνωση των δυσκολιών αυτών.

Η πρώτη θεωρία η οποία συσχέτισε την κατάθλιψη με τη διατάραξη των διαπροσωπικών σχέσεων ήταν η ψυχαναλυτική θεωρία, σύμφωνα με την οποία η αντικειμενική ή υποκειμενική απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου προς το οποίο το άτομο τρέφει αμφιθυμικά συναισθήματα, οδηγεί σε βιώματα επιθετικότητας που στρέφονται προς τον ίδιο τον εαυτό με τη μορφή της αυτοκριτικής και άλλων συμπτωμάτων της κατάθλιψης (Κακούρος – Μανιαδάκη 2003).

Μια τελευταία θεωρία που αναφέρεται στον λόγο ανάπτυξης της κατάθλιψης είναι η **περιβαλλοντική θεωρία**.

Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία η κατάθλιψη συσχετίζεται με αρνητικά γεγονότα όπως είναι το διαζύγιο ή ο θάνατος των γονέων, οι κακές συνθήκες διαβίωσης, κάποιο σοβαρό ατύχημα ή ακόμη και η αλλαγή σχολείου ή γειτονιάς (Κακούρος – Μανιαδάκη 2003).

Οι ίδιοι αναφέρουν ότι η σχέση μεταξύ αρνητικών γεγονότων και κατάθλιψης δεν είναι ευθύγραμμη καθώς οι αντιδράσεις των ανθρώπων στο ίδιο αρνητικό γεγονός δεν είναι ίδιες. Η οξεία ή χρόνια φύση των αρνητικών γεγονότων, η ένταση της σοβαρότητάς τους, η πραγματική απειλή που τα συνοδεύει, επηρεάζουν την αντίδραση του ατόμου. Επίσης ο υποκειμενικός τρόπος με τον οποίο το κάθε άτομο βιώνει το αρνητικό γεγονός συμβάλλει στην εμφάνιση της κατάθλιψης.

Τέλος σύμφωνα με νεότερες θεωρίες η κατάθλιψη θεωρείται ως το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο άγχος που επιβάλλουν οι εξωτερικές συνθήκες και στο βαθμό ευαισθησίας και αντοχής του ατόμου. Ο βαθμός ευαισθησίας στο άγχος θεωρείται ως ένα χαρακτηριστικό της ιδιοσυγκρασίας του κάθε ατόμου (Κακούρος – Μανιαδάκη 2003) .

3.3 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

3.3.1 ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Σύμφωνα με το DSM-IV οι Καταθλιπτικές Διαταραχές διακρίνονται στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, στη Δυσθυμική Διαταραχή και στην Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, που περιγράφονται πιο κάτω (Μάνος, 1997).

- **Διάγνωση**

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997) το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα (Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Μανιακό Επεισόδιο) ή περισσότερα (Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα) Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια, χωρίς ιστορικό Μανιακού, Μεικτού ή Υπομανιακού Επεισοδίου. Αν επισυμβεί κάποιο Μανιακό, Μεικτό ή Υπομανιακό Επεισόδιο η διάγνωση αλλάζει σε Διπολική Διαταραχή (εκτός βέβαια, αν υπεύθυνη για την αλλαγή της διάθεσης είναι κάποια αντικαταθλιπτική αγωγή, κάποια ουσία ή τοξίνη ή κάποια γενική ιατρική κατάσταση, οπότε η διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής παραμένει και μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση της Διαταραχής της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες, Με Μανιακά ή Με Μεικτά Στοιχεία ή της Διαταραχής της Διάθεσης Οφειλόμενης σε Γενική Ιατρική Κατάσταση Με Μανιακά ή Μεικτά Στοιχεία).

- **Συνοδά συμπτώματα και σημεία. Συνοδές διαταραχές.**

Άτομα που βρίσκονται σε ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο συχνά παρουσιάζουν, εκτός των συμπτωμάτων που αναφέρονται στα διαγνωστικά κριτήρια, και άλλα συμπτώματα (όπως ήδη αναφέρθηκαν στα Συμπτώματα της κατάθλιψης), όπως εύκολο κλάμα, ευερεθιστότητα, νοσηρή ενασχόληση με κάθε είδους προβλήματα, άγχος, φοβίες, υπερβολικό νοιάξιμο και

στενοχώρια για τη σωματική τους υγεία, διάφορους πόνους (πονοκεφάλους, αρθρικούς, κοιλιακούς ή άλλους πόνους) ή και Προσβολές Πανικού (που μπορεί να πληρούν τα κριτήρια για Διαταραχή Πανικού) (Μάνος, 1997).

Διαταραχές που μπορεί να συνυπάρχουν με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή είναι Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες, Διαταραχή Πανικού, Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, Ψυχογενής Ανορεξία ή Βουλιμία, Μεταιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας και κυρίως Δυσθυμική Διαταραχή. Υπολογίζεται ότι σε 10%-25% των περιπτώσεων Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής προηγείται Δυσθυμική Διαταραχή και ότι κάθε χρόνο περίπου το 10% των ατόμων με Δυσθυμική Διαταραχή αναπτύσσουν το πρώτο τους Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (Μάνος, 1997).

Επίσης η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί να συνδέεται με χρόνιες γενικές ιατρικές καταστάσεις. Αναφέρεται ότι 20%-25% των ατόμων με γενικές ιατρικές καταστάσεις όπως π.χ. διαβήτη, έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρκίνος ή εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να αναπτύξουν Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή κατά την πορεία της σωματικής τους αρρώστιας (Μάνος, 1997).

Εργαστηριακά, ουσιαστικά, δεν υπάρχουν ευρήματα που να είναι παθογνωμονικά για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο. Εντούτοις, σε άτομα με Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια (άσχετα αν έχουν Μείζονα Καταθλιπτική ή Διπολική I ή II Διαταραχή) έχουν βρεθεί ορισμένα ευρήματα που θεωρούνται παθολογικά σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Τέτοια ευρήματα είναι οι ανωμαλίες στο ΗΕΓ ύπνου που αναφέραμε προηγουμένως, τα ευρήματα από τις μετρήσεις των νευροδιαβιβαστών και των μεταβολιτών τους στο αίμα, εγκεφαλονωτιαίο υγρό ή ούρα και από τη λειτουργία των υποδοχέων τους, τα ευρήματα από τη DST, από τις νευροαπεικονιστικές τεχνικές, από τα προκλητά δυναμικά κ.ά. (Μάνος, 1997).

- **Ορισμένα χαρακτηριστικά σχετικά με την ηλικία**

Όπως αναφέρει ο Μάνος στο βιβλίο του «Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής» (1997) αν και τα βασικά χαρακτηριστικά ενός Μείζονος

Καταθλιπτικού Επεισοδίου είναι τα ίδια στα νήπια, στα παιδιά, στους εφήβους και στους ενήλικες, εντούτοις υπάρχουν ορισμένα συμπτώματα που διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία.

Έτσι, σωματικά ενοχλήματα, ευερεθιστότητα και κοινωνική απόσυρση είναι πιο συχνά στα παιδιά, ενώ ψυχοκινητική επιβράδυνση, υπερυπνία και παραληρητικές ιδέες είναι λιγότερο συχνά στην προεφηβεία από ότι στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή. Σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια συχνά εμφανίζονται μαζί με άλλες ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα Διαταραχές Ελαττωματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς και Αγχώδεις Διαταραχές. Σε εφήβους, τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια συχνά εμφανίζονται μαζί με Διαταραχές Ελαττωματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς, με Αγχώδεις Διαταραχές, με Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες και με Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής (Μάνος, 1997).

Έτσι, στα προεφηβικά χρόνια μπορεί να αναπτυχθεί άγχος αποχωρισμού και να κάνει το παιδί να προσκολληθεί, να αρνείται να πάει στο σχολείο και να φοβάται ότι οι γονείς του θα πεθάνουν. Σε εφήβους, μπορεί να εμφανιστεί αρνητική ή καθαρά αντικοινωνική συμπεριφορά. Τάσεις φυγής από το σπίτι, αισθήματα έλλειψης κατανόησης και επιδοκίμασίας, ανησυχία, εκνευρισμός, ευερεθιστότητα και επιθετικότητα είναι συχνά, όπως και η απομάκρυνση από κοινωνικές δραστηριότητες, η απομόνωση και προβλήματα με το σχολείο. Η προσωπική εμφάνιση μπορεί να παραμεληθεί. Μπορεί να εμφανιστεί ιδιαίτερη ευαισθησία στην απόρριψη στις ετεροφυλικές σχέσεις. Μπορεί να αναπτυχθεί εξάρτηση σε ψυχοδραστικές ουσίες (Μάνος, 1997).

Σε ηλικιωμένα άτομα, όπως ήδη αναφέρθηκε, η έκπτωση της προσοχής, της συγκέντρωσης και η «έκπτωση της μνήμης» η εικόνα δηλαδή της ψευδοάνοιας είναι συχνή και χρειάζεται διαφοροδιάγνωση από την Άνοια (Μάνος, 1997).

- **Επιδημιολογία**

Κίνδυνος νοσηρότητας, Επιπολασμός και Φύλο. Ο κίνδυνος εμφάνισης Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής σ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (επιπολασμός ζωής) είναι 10%-25% για τις γυναίκες και 5%-12% για τους άνδρες, δηλαδή είναι διπλάσιος για τις γυναίκες. Ο επιπολασμός (σημείου) της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής είναι 5%-9% για τις γυναίκες και 2%-3% για τους άνδρες. Τα ποσοστά αυτά δεν φαίνεται να επηρεάζονται από την εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, την οικονομική κατάσταση ή από το αν το άτομο είναι ανύπαντρο, παντρεμένο, χωρισμένο ή σε χηρεία (Μάνος 1997, Carr 2002).

Ηλικία έναρξης. Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί να αρχίσει σε οποιαδήποτε ηλικία. Η μέση ηλικία έναρξης είναι γύρω στα 25. Είναι δύο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες απ'ότι σε εφήβους και ενήλικους άνδρες, αλλά είναι το ίδιο συχνή σε αγόρια και κορίτσια στην προεφηβική ηλικία. Η υψηλότερη συχνότητα και για άνδρες και για γυναίκες είναι μεταξύ 25 και 44 ετών, ενώ ελαττώνεται και για τους δύο μετά τα 65 (Μάνος, 1997).

Οικογενειακό ιστορικό. Όπως ήδη αναφέραμε, η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή είναι 1,5-3 φορές συχνότερη στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων μ' αυτήν τη διαταραχή απ'ότι στον γενικό πληθυσμό. Μελέτες έχουν δείξει, επίσης, ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για Εξάρτηση από Αλκοόλ στους ενήλικους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού και ενδεχομένως για Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας στα παιδιά, των ατόμων μ' αυτήν τη διαταραχή (Μάνος, 1997).

- **Κλινική πορεία**

Τα συμπτώματα ενός Μείζονα Καταθλιπτικού Επεισοδίου αναπτύσσονται συνήθως μέσα σε μια περίοδο ημερών ή εβδομάδων. Μπορεί, όμως ν' αναπτυχθούν αρκετά ξαφνικά και απότομα, ιδιαίτερα μετά από ένα σοβαρό στρες της ζωής. Του καταθλιπτικού επεισοδίου μερικές φορές προηγούνται για μήνες ηπιότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, άγχος, φοβίες ή προσβολές πανικού (Μάνος, 1997).

Τα περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια (τα δύο τρίτα περίπου των περιπτώσεων) αυτοπεριορίζονται και έχουν καλή πρόγνωση, ακόμη και χωρίς ειδική θεραπεία. Οποσδήποτε, όμως, ειδικές σωματικές θεραπείες, όπως αντικαταθλιπτικά και ηλεκτροσόκ, ελαττώνουν την ένταση των συμπτωμάτων και επιταχύνουν την ανάρρωση. Πριν την εμφάνιση των σωματικών θεραπειών τα περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια διαρκούσαν 6 ως 8 μήνες. Με τη βοήθεια των θεραπειών αυτών τα επεισόδια διαρκούν τώρα μόνον εβδομάδες (Μάνος, 1997).

Στο ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια υποχωρούν μερικά (προσδιορισμός: Με Μερική Ύφεση) ή καθόλου. Τα άτομα που έχουν μερική μόνον ύφεση κινδυνεύουν περισσότερο να έχουν και άλλα επεισόδια και επίσης να συνεχίσουν το σχήμα της μερικής ανάρρωσης μεταξύ των επεισοδίων.

Έτσι, ο προσδιορισμός της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής Με ή Χωρίς Πλήρη Ανάρρωση Μεταξύ των Επεισοδίων έχει προγνωστική σημασία (Μάνος, 1997).

Μελέτες έχουν δείξει ότι 1 χρόνο μετά τη διάγνωση ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου 40% των ατόμων εξακολουθούν να πληρούν τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (αν τα άτομα αυτά συνεχίσουν να τα πληρούν για 2 χρόνια (το 5% ως 10%), τότε η διαταραχή προσδιορίζεται ως Χρόνια), περίπου 20% βρίσκονται σε Μερική Ύφεση και 40% δεν έχουν πια καθόλου συμπτώματα. Όσο πιο βαρύ το αρχικό Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο τόσο είναι πιο επίμονο. Χρόνιες γενικές ιατρικές καταστάσεις επίσης αποτελούν παράγοντα κινδύνου για περισσότερα επίμονα επεισόδια.

Άτομα με προϋπάρχουσα Δυσθυμική Διαταραχή πριν από το πρώτο τους Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο είναι πιο πιθανό να έχουν κι άλλα επεισόδια, να έχουν φτωχότερη ανάρρωση ανάμεσα στα επεισόδια και μπορεί να χρειαστούν επιπρόσθετη θεραπεία κατά τη διάρκεια του επεισοδίου και πιο μακρόχρονη θεραπεία για να πετύχουν και να διατηρήσουν φυσιολογική διάθεση (Μάνος, 1997).

Όπως αναφέραμε παραπάνω, Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια μπορεί να συμβούν μετά από ψυχοκοινωνικά στρες, όπως θάνατοι, χωρισμοί, διαζύγια. Ο τοκετός επίσης, μπορεί να προκαλέσει Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (προσδιορισμός: με Επιλόχεια Έναρξη). Χρόνιες γενικές ιατρικές καταστάσεις και Εξάρτηση από Ουσίες, ιδιαίτερα από Αλκοόλ ή Κοκαΐνη, μπορεί να συμβάλουν στην πρόκληση Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής. Σ' ένα σημαντικό αριθμό γυναικών τα συμπτώματα ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου χειροτερεύουν μερικές μέρες πριν την εμμηνορρυσία (Μάνος, 1997).

Η πορεία τώρα της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, Υποτροπιάζουσας ποικίλλει. Ορισμένα άτομα έχουν μεμονωμένα επεισόδια κι ανάμεσά τους πολλά χρόνια χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα, άλλοι έχουν αλληπάλληλα επεισόδια και άλλοι συνεχώς και περισσότερα επεισόδια καθώς προχωρά η ηλικία τους. ο αριθμός των προηγούμενων επεισοδίων προλέγει την πιθανότητα για επόμενο επεισόδιο. Περίπου το 50% ως 60% των ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο αναμένεται να έχουν ένα δεύτερο επεισόδιο. Το ποσοστό αυτό γίνεται 70% (να έχουν τρίτο) αν έχουν δεύτερο και 90% (να έχουν τέταρτο) αν έχουν τρίτο. Περίπου 5% ως 10% των ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο αναπτύσσουν αργότερα Μανιακό Επεισόδιο, δηλαδή Διπολική I Διαταραχή (και το ποσοστό ανεβαίνει στο 10%-15%, αν τα καταθλιπτικά επεισόδια υποτροπιάζουν). Η πιθανότητα για ανάπτυξη Διπολικής Διαταραχής σε ένα νέο άτομο με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή φαίνεται ν' αυξάνει όσο πιο οξεία είναι η έναρξη της κατάθλιψης, ιδιαίτερα αν συνυπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία, ψυχοκινητική επιβράδυνση και έλλειψη προεφηβικής ψυχοπαθολογίας, καθώς επίσης και εφόσον υπάρχει οικογενειακό ιστορικό Διπολικής Διαταραχής (Μάνος, 1997).

- **Επιπλοκές**

Άτομα με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, ιδιαίτερα Υποτροπιάζουσα, μπορεί να παρουσιάζουν ελαττωμένη ενέργεια και ενεργητικότητα, φτωχή συγκέντρωση, έλλειψη ενδιαφέροντος, φτωχή απόδοση στην εργασία ή στο σχολείο, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και στις κοινωνικές συναναστροφές. Η απάθεια και οι σεξουαλικές δυσκολίες (π.χ. ανοργασμία στις γυναίκες, διαταραχή της στύσης στους άντρες) οδηγούν σε ένταση στη συζυγική ζωή. Σαν αποτέλεσμα των παραπάνω μπορεί να υπάρξουν συζυγικά προβλήματα (π.χ. διαζύγιο), εργασιακά προβλήματα (π.χ. απώλεια της δουλειάς), σχολικά προβλήματα (π.χ. σκασιαρχείο, αποτυχίες στα μαθήματα), κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών ή αυξημένη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών. Μπορεί, επίσης, να υπάρξει μια αύξηση της συχνότητας πρόωρου θανάτου από γενικές ιατρικές καταστάσεις (Μάνος, 1997).

Η πιο σοβαρή, όμως, επιπλοκή είναι *αυτοκτονία*. Ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι ιδιαίτερα υψηλός σε άτομα με ψυχωτικά στοιχεία, με ιστορικό προηγούμενων αποπειρών, με οικογενειακό ιστορικό πετυχημένων αυτοκτονιών, με ταυτόχρονη χρήση ουσιών, που ζουν μόνα τους ή είναι διαζευγμένα ή χωρισμένα και που έχουν προετοιμάσει ένα (λεπτομερειακό) σχέδιο αυτοκτονίας (Μάνος, 1997, Χριστοδούλου, 2001).

Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή έχει υψηλή θνησιμότητα. Μέχρι και 15% των ατόμων με σοβαρή Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή πεθαίνουν αυτοκτονώντας. Μελέτες έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας μεγαλώνει με την ηλικία και φθάνει στο τετραπλάσιο σε άτομα πάνω από 55 ετών. Υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε άτομα με διαταραχές της διάθεσης γενικά είναι 30 φορές μεγαλύτερος απ'ότι στον γενικό πληθυσμό (Μάνος, 1997).

- **Διαφορική Διάγνωση**

Η διαφορική διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής σύμφωνα με τον Μάνο (1997) θα γίνει κυρίως από τις παρακάτω διαταραχές και καταστάσεις:

Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σ Γενική Ιατρική Κατάσταση.

Τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής θα διαφοροδιαγνωστούν από αυτήν τη διαταραχή με βάση το ότι σ' αυτήν η διαταραχή της διάθεσης κρίνεται ότι είναι η άμεση φυσιολογική συνέπεια μιας συγκεκριμένης γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. πολλαπλή σκλήρυνση, εγκεφαλικό επεισόδιο, υποθυρεοειδισμός). Για την απόφαση αυτή απαραίτητο είναι το προσεκτικό ιστορικό, οι εργαστηριακές εξετάσεις και η φυσική εξέταση. Καλό, λοιπόν, είναι η κλινική διερεύνηση του καταθλιπτικού ασθενή να περιλαμβάνει ορισμένες εξετάσεις ρουτίνας(π.χ. ιατρικό ιστορικό-συμπεριλαμβανόμενης της χρήσης φαρμάκων-ουσιών, φυσική εξέταση, γενική αίματος, βιοχημικές εξετάσεις αίματος, έλεγχος λειτουργίας θυρεοειδούς, ανάλυση ούρων), καθώς και επιπρόσθετες εξετάσεις αν το ιστορικό ή η κλινική εικόνα του ασθενή προτείνουν κάποια συγκεκριμένη γενική ιατρική κατάσταση (π.χ. νευρολογική εξέταση, ακτινογραφία θώρακος, ηλεκτροκαρδιογράφημα, αξονική τομογραφία, νευροψυχολογικές δοκιμασίες) (Μάνος, 1997).

Αν, τώρα, κρίνεται ότι υπάρχει και Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο και κάποια γενική ιατρική κατάσταση, αλλά ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν είναι η άμεση φυσιολογική συνέπεια της γενικής ιατρικής κατάστασης, τότε η πρωτοπαθής διαταραχή της διάθεσης δηλαδή η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή αναγράφεται στον Άξονα I και η γενική ιατρική κατάσταση (έμφραγμα του μυοκαρδίου) στον Άξονα III. Μπαίνουν δηλαδή και οι δύο διαγνώσεις. Η περίπτωση αυτή παρουσιάζεται όταν π.χ. το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο θεωρείται ότι είναι η ψυχολογική συνέπεια της γενικής ιατρικής κατάστασης ή όταν δεν υπάρχει αιτιολογική σχέση ανάμεσα στο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο και τη γενική ιατρική κατάσταση (Μάνος, 1997).

Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες. Η διαταραχή αυτή διακρίνεται από Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής από το γεγονός ότι κάποια ουσία (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο, τοξίνη) θεωρείται ότι σχετίζεται αιτιολογικά με τη διαταραχή της διάθεσης. Η απόφαση αυτή θα βασισθεί στο ιστορικό, στη φυσική εξέταση και στα εργαστηριακά ευρήματα. Έτσι, π.χ. καταθλιπτική διάθεση που συμβαίνει μόνο κατά το στερητικό σύνδρομο από κοκαΐνη θα διαγνωστεί ως Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Κοκαΐνη, Με Καταθλιπτικά Στοιχεία, Με Έναρξη Κατά τη Διάρκεια Στερητικού Συνδρόμου (Μάνος, 1997).

Μανιακά Επεισόδια με ευερέθιστη διάθεση ή Μεικτά Επεισόδια. Αυτά θα διαφοροδιαγνωστούν από Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια με προεξάρχουσα ευερέθιστη διάθεση με την προσεκτική εκτίμηση της παρουσίας μανιακών συμπτωμάτων. Αν, βέβαια, τα κριτήρια πληρούνται και για Μανιακό Επεισόδιο και για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (εκτός από την διάρκεια των 2 εβδομάδων) σχεδόν κάθε μέρα, για περίοδο τουλάχιστον 1 εβδομάδας, τότε αυτό το επεισόδιο είναι ένα Μεικτό Επεισόδιο. Έτσι, η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή θα διαφοροδιαγνωστεί από τη **Διπολική I Διαταραχή** με βάση την ύπαρξη ή όχι στο ιστορικό Μανιακού ή Μεικτού Επεισοδίου. Από τη **Διπολική II Διαταραχή**, πάλι, από την ύπαρξη ή όχι στο ιστορικό **Υπομανιακού Επεισοδίου** (Μάνος, 1997).

Δυσθυμική Διαταραχή. Η διαφοροδιάγνωση αυτή θα γίνει με βάση τη βαρύτητα, τη χρονιότητα και την επιμονή της διαταραχής και είναι οπωσδήποτε δύσκολη καθώς τα συμπτώματα στις δύο διαταραχές είναι παρόμοια και δεν μπορούν ν' αξιολογηθούν με ακρίβεια αναδρομικά. Πέρα, λοιπόν, από το ότι η καταθλιπτική διάθεση στο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής πρέπει να είναι παρούσα για το μεγαλύτερο μέρος της μέρας, σχεδόν κάθε μέρα, για μια περίοδο τουλάχιστον 2 εβδομάδων, ενώ στη Δυσθυμική Διαταραχή για τις περισσότερες μέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια, συνήθως στο ιστορικό η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή θα χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα διακριτά Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια που ξεχωρίζουν από τη «συνηθισμένη» λειτουργικότητα του ατόμου, ενώ η Δυσθυμική Διαταραχή θα

χαρακτηρίζεται από χρόνια, λιγότερο σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα, που είναι παρόντα για πολλά χρόνια (Μάνος, 1997).

Αν, τώρα, βέβαια, η αρχική έναρξη των χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι αρκετά σοβαρή ώστε να πληροί τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, η διάγνωση θα είναι Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Χρονία (αν πληρούνται ακόμα τα κριτήρια για 2 τουλάχιστον χρόνια) ή Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Σε Μερική Ύφεση (αν δεν πληρούνται πια τα κριτήρια). Η διάγνωση της Δυσθυμικής Διαταραχής μπορεί να μπει μετά τη διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής μόνον αν: α) η Δυσθυμική Διαταραχή είχε εγκατασταθεί πριν από το πρώτο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (δηλ. δεν υπήρξαν Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων χρόνων των δυσθυμικών συμπτωμάτων) ή β) υπήρξε πλήρης ύφεση του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου (δηλ. που να διαρκεί 2 τουλάχιστον μήνες) πριν την έναρξη της Δυσθυμικής Διαταραχής. Η περίπτωση α) είναι αυτή που λέγεται και «διπλή κατάθλιψη». Αν, τώρα, υπήρξε πλήρης ύφεση του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου που επικάθησε στη Δυσθυμική Διαταραχή (της περίπτωσης α) η διάγνωση είναι (όπως και στην περίπτωση β) μόνον Δυσθυμική Διαταραχή (Μάνος, 1997).

Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Αυτή θα διαφοροδιαγνωστεί από τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Με Ψυχωτικά Στοιχεία από το ότι στη Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 2 εβδομάδες παραληρητικών ιδεών ή ψευδαισθήσεων με απουσία προεξάρχοντων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης (Μάνος, 1997).

Σχιζοφρένεια, Παραληρητική Διαταραχή, Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Τις περισσότερες φορές τα καταθλιπτικά συμπτώματα που παρατηρούνται στις διαταραχές αυτές θεωρούνται ότι είναι συνοδά τους συμπτώματα και δεν χρειάζονται ξεχωριστή διάγνωση. Αν, όμως τα καταθλιπτικά πληρούν τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (ή έχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία) τότε μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Όσον αφορά τη διαφοροδιάγνωση της Σχιζοφρένειας, Κατατονικού Τύπου από τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Με Κατατονικά Στοιχεία, που είναι οπωσδήποτε

δύσκολη, μπορεί να βοηθήσουν το προηγούμενο ιστορικό και το οικογενειακό ιστορικό (Μάνος, 1997).

Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας. Καθώς η διαταραχή της προσοχής και η χαμηλή ανοχή στη στέρηση συμβαίνουν και σ' αυτήν τη διαταραχή και στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, μπορεί να μπουν και οι δύο διαγνώσεις, αν πληρούνται τα κριτήρια και για τις δύο διαταραχές. Χρειάζεται πάντως προσοχή να μη διαγνωσθεί εύκολα και Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή σε παιδιά με Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας, στα οποία η διαταραχή της διάθεσης χαρακτηρίζεται από ευερεθιστότητα μάλλον παρά από θλίψη ή απώλεια του ενδιαφέροντος (Μάνος, 1997).

Διαταραχή της Προσαρμογής Με Καταθλιπτική Διάθεση. Η διαταραχή αυτή θα διαφοροδιαγνωστεί από ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο που συμβαίνει σαν απάντηση σε ένα ψυχοκοινωνικό στρες από το ότι δεν συμπληρώνονται σ' αυτήν τα πλήρη κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (Μάνος, 1997).

Πένθος. Ακόμα κι αν πληρούνται τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, δεν θα μπει η διάγνωσή του, εφόσον τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά την απώλεια ενός αγαπημένου ατόμου, εκτός αν επιμένουν περισσότερο από 2 μήνες ή χαρακτηρίζονται από έντονη απώλεια της λειτουργικότητας, νοσηρή ενασχόληση με αναξιότητα, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωτικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση (Νταλάτζας, 2006).

Περίοδοι θλίψης. Είναι γνωστό ότι καταθλιπτικά συναισθήματα νιώθουν όλοι οι άνθρωποι. Μόνον, όταν πληρούνται τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, όσον αφορά τη βαρύτητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων, καθώς και την κλινικά σημαντική ενόχληση ή λειτουργική έκπτωση που προκαλούν, θα μπει η διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (Νταλάτζας, 2006).

Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Η διάγνωση αυτή θα μπει όταν υπάρχει καταθλιπτική διάθεση μαζί με κλινικά

σημαντική έκπτωση, που όμως δεν πληρούν τα κριτήρια της διάρκειας ή της βαρύτητας του Μείζονα Καταθλιπτικού Επεισοδίου (Μάνος, 1997)

3.3.2 ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

- **Διάγνωση**

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997) το βασικό χαρακτηριστικό της Δυσθυμικής Διαταραχής είναι μία χρόνια καταθλιπτική διάθεση, που το άτομο την έχει το μεγαλύτερο μέρος της μέρας, τις περισσότερες μέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια.

- **Συνοδά συμπτώματα και σημεία. Συνοδές διαταραχές**

Τα συμπτώματα της Δυσθυμικής Διαταραχής τα συνοδεύουν αισθήματα ανεπάρκειας, γενικευμένη απώλεια των ενδιαφερόντων ή της ευχαρίστησης, κοινωνική απόσυρση, αισθήματα ενοχής ή νοσηρή ενασχόληση με το παρελθόν, ευερεθιστότητα ή θυμός και ελαττωμένη δραστηριότητα, παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα. Φυτικά συμπτώματα μπορεί να υπάρχουν, αλλά είναι λιγότερο συχνά από ότι σε άτομα με Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια (Μάνος, 1997).

Στους ενήλικους, η Δυσθυμική Διαταραχή μπορεί να συνδυάζεται με Μεταιχμιακή, Δραματική, Ναρκισσιστική, Αποφευκτική ή Εξαρτημένη Διαταραχή της Προσωπικότητας και με Εξάρτηση από Ουσίες, ενώ στα παιδιά με Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας, Διαταραχή της Διαγωγής, Αγχώδεις Διαταραχές και Διανοητική Καθυστέρηση (Μάνος, 1997).

- **Επιδημιολογικά στοιχεία και Χαρακτηριστικά σχετικά με την ηλικία**

Ο επιπολασμός ζωής της Δυσθυμικής Διαταραχής (με ή όχι επικαθήμενη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή) είναι περίπου 6%. Ο επιπολασμός (σημείου) είναι περίπου 3%. Στα παιδιά, η Δυσθυμική Διαταραχή απαντάται εξίσου και στα δύο φύλα και είναι υπεύθυνη για έκπτωση στη σχολική απόδοση και στις κοινωνικές συναναστροφές. Παιδιά και έφηβοι με Δυσθυμική Διαταραχή είναι συνήθως ευερέθιστοι και ταυτόχρονα καταθλιπτικοί, με χαμηλή αυτοεκτίμηση, απαισιοδοξία και έκπτωση στις κοινωνικές δεξιότητες. Στους ενήλικους, οι γυναίκες είναι δύο με τρεις φορές πιθανότερο να αναπτύξουν Δυσθυμική Διαταραχή απ' ό,τι οι άντρες (Μάνος, 1997).

Η Δυσθυμική Διαταραχή είναι πιο συχνή στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό (Μάνος, 1997).

- **Κλινική πορεία**

Η Δυσθυμική Διαταραχή συχνά αρχίζει νωρίς και ύπουλα, δηλαδή στην παιδική ηλικία, στην εφηβεία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής. Η πορεία της είναι χρόνια και συχνά σ' αυτήν επικάθεται Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, που είναι και η αιτία που συνήθως ο ασθενής θα ζητήσει θεραπεία (Μάνος, 1997).

Εάν η Δυσθυμική Διαταραχή προηγείται της έναρξης της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, υπάρχει μικρότερη πιθανότητα να συμβεί πλήρης ανάρρωση ανάμεσα στα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια και μεγαλύτερη πιθανότητα για πιο συχνά επεισόδια (Μάνος, 1997).

- **Διαφορική Διάγνωση**

Η βασική διαφοροδιάγνωση της Δυσθυμικής Διαταραχής όπως αναφέρει ο Μάνος (1997) θα γίνει από τη **Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή**. Όσον αφορά τις **Χρόνιες Ψυχωτικές Διαταραχές** (π.χ. Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή, Σχιζοφρένεια, Παραληρητική Διαταραχή), που μπορεί να συνοδεύονται από καταθλιπτικά συμπτώματα, δεν δίνεται ξεχωριστή διάγνωση Δυσθυμική Διαταραχή, εφόσον τα συμπτώματα της κατάθλιψης υπάρχουν μόνον κατά την πορεία της ψυχωτικής διαταραχής (συμπεριλαμβανομένων και των υπολοίπων φάσεων). Η Δυσθυμική Διαταραχή θα διαφοροδιαγνωστεί από τη **Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση** και από τη **Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες** από την ανεύρεση κάποιας γενικής ιατρικής κατάστασης ή κάποιας ουσίας που με φυσιολογικό μηχανισμό προκαλούν την κατάθλιψη. Αν, βέβαια, υπάρχει μόνο ψυχολογική σχέση ή καθόλου σχέση της Δυσθυμικής Διαταραχής με κάποια χρόνια γενική ιατρική κατάσταση, τότε μπαίνει η διάγνωση Δυσθυμική Διαταραχή στον Άξονα I και η διάγνωση της γενικής ιατρικής κατάστασης στον Άξονα III. Επειδή συχνά συνυπάρχει κ κάποια Διαταραχή της Προσωπικότητας μπαίνουν και οι δύο διαγνώσεις.

3.3.3. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ

Η κατηγορία αυτή του DSM-IV περιλαμβάνει διαταραχές με καταθλιπτικά στοιχεία που δεν πληρούν τα κριτήρια για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Δυσθυμική Διαταραχή, Διαταραχή της Προσαρμογής Με Καταθλιπτική Διάθεση ή Διαταραχή της Προσαρμογής Μεικτή Με Άγχος και Καταθλιπτική Διάθεση. Μερικές φορές καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να παρουσιάζονται σαν μέρος της Αγχώδους Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς (Μάνος, 1997).

Παραδείγματα της Καταθλιπτικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς είναι τα παρακάτω:

1. Προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή: κατά τη διάρκεια του προηγούμενου χρόνου, στους περισσότερους εμμηνορυσιακούς κύκλους, συστηματικά υπήρξαν συμπτώματα (π.χ. έντονη καταθλιπτική διάθεση, έντονο άγχος, έντονη συναισθηματική ευμεταβλητότητα, ελαττωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες) κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας της ωχρινικής φάσης (και υποχώρησαν μέσα σε λίγες μέρες μετά την έναρξη της εμμηνορρυσίας). Τα συμπτώματα αυτά πρέπει να είναι αρκετά σοβαρά, ώστε να παρεμποδίζουν έντονα την εργασία, το σχολείο ή τις συνηθισμένες δραστηριότητες και να είναι παντελώς απόντα για 1 τουλάχιστον εβδομάδα μετά την εμμηνορρυσία (Μάνος, 1997).
2. Ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή: επεισόδια τουλάχιστον 2 εβδομάδων με καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά με λιγότερα από πέντε από αυτά που απαιτούνται για τη διάγνωση Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (Μάνος, 1997).
3. Υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή: καταθλιπτικά επεισόδια που διαρκούν από 2 μέρες μέχρι 2 βδομάδες, που συμβαίνουν τουλάχιστον μια φορά τον μήνα για 12 μήνες (που δεν συνδέονται με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο) (Μάνος, 1997).
4. Μεταψυχωτική καταθλιπτική διαταραχή της Σχιζοφρένειας: ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης της Σχιζοφρένειας (Μάνος, 1997).
5. Ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο επικαθήμενο σε Παραληρητική Διαταραχή, σε Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς ή στην ενεργό φάση της σχιζοφρένειας (Μάνος, 1997).
6. Καταστάσεις στις οποίες ο κλινικός έχει καταλήξει στο ότι κάποια καταθλιπτική διαταραχή είναι παρούσα, αλλά δεν μπορεί να προσδιοριστεί αν είναι πρωτοπαθής, οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση ή προκαλούμενη από ουσίες (Μάνος, 1997).

3.4 ΔΙΠΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997) οι Διπολικές Διαταραχές είναι ασθένειες που χαρακτηρίζονται από δύο ακραίες συναισθηματικές διαθέσεις: έξαρση και κατάθλιψη. Στην τυπική τους μορφή, οι ασθενείς περνούν από κύκλους ή φάσεις έντονης μανίας που εναλλάσσονται με κύκλους ή φάσεις βαθιάς κατάθλιψης. Ουσιαστικά, όμως, οι Διπολικές Διαταραχές είναι ένα φάσμα κλινικών εικόνων ποικίλης έντασης, συχνότητας και μορφές.

Στις Διπολικές Διαταραχές ανήκουν: η Διπολική I Διαταραχή, η Διπολική II Διαταραχή, η Κυκλοθυμική Διαταραχή και η Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (Μάνος, 1997).

Όπως αναφέρουν οι Μάνος (1997) και Κλεφτάρας (1998), η Διπολική I Διαταραχή χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα Μανιακά ή Μεικτά Επεισόδια, που συνήθως εναλλάσσονται με Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια. Αντίθετα, η Διπολική II Διαταραχή χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια, συνοδευόμενα από τουλάχιστον ένα Υπομανιακό Επεισόδιο.

Στην Κυκλοθυμική Διαταραχή υπάρχουν εναλλακτικά περίοδοι με υπομανιακά ή καταθλιπτικά συμπτώματα, που διαρκούν τουλάχιστον δύο χρόνια και που δεν ικανοποιούν τα κριτήρια για ένα μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο αντίστοιχα (Μάνος 1997, Κλεφτάρας 1998).

Τέλος, σύμφωνα με τον Κλεφτάρα (1998), η Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς αναφέρεται σε διαταραχές με διπολικά χαρακτηριστικά, που όμως δεν ικανοποιούν τα κριτήρια για καμία από τις Διπολικές Διαταραχές.

3.5 ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Εκτός από δύο μεγάλες κατηγορίες των Διαταραχών Διάθεσης-τις Καταθλιπτικές Διαταραχές και τις Διπολικές Διαταραχές-υπάρχουν και άλλες τρεις διαταραχές που συγκαταλέγονται στις Διαταραχές Διάθεσης. Αυτές είναι η Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, η Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Ψυχοδραστικές Ουσίες και η Διαταραχή της Διάθεσης Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Στη συνέχεια περιγράφονται οι παραπάνω Διαταραχές της Διάθεσης.

3.5.1 Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση

Όπως αναφέρει ο Κλεφτάρας στο βιβλίο του «Η Κατάθλιψη Σήμερα» (1998), η Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση χαρακτηρίζεται από μια προεξάρχουσα και επίμονη διαταραχή της διάθεσης, που αποδίδεται σε οργανική αιτιολογία και αποτελεί άμεση συνέπεια μιας γενικότερης ιατρικής κατάστασης.

3.5.2 Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Ψυχοδραστικές Ουσίες

Στη Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Ψυχοδραστικές Ουσίες η προεξάρχουσα και επίμονη διαταραχή στη διάθεση θεωρείται ως η άμεση συνέπεια της κατάχρησης μιας χημικής ουσίας, ενός φαρμάκου, μιας άλλης σωματικής αντιμετώπισης της κατάθλιψης ή μιας τοξίνης (Κλεφτάρας 1998) (Μάνος 1997).

3.5.3 Διαταραχή της Διάθεσης Μη Προσδιοριζόμενη

Αλλιώς

Η Διαταραχή της Διάθεσης Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, όπως αναφέρει ο Κλεφτάρας (1998), αναφέρεται σε διαταραχές με συμπτώματα διάθεσης που όμως δεν ανταποκρίνονται στα κριτήρια για καμία από τις διαταραχές της Διάθεσης και όπου είναι δύσκολο να γίνει επιλογή μεταξύ Καταθλιπτικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς και Διπολικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ **ΔΙΑΘΕΣΗΣ**

4.1 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), η ψυχοθεραπεία είναι μια μορφή θεραπείας των ψυχικών διαταραχών στην οποία ένα εκπαιδευμένο άτομο εγκαθιστά μια συμφωνία συνεργασίας με τον ασθενή και μέσα από μια καθορισμένη θεραπευτική επικοινωνία – λεκτική και μη λεκτική – επιχειρεί να ανακουφίσει την ψυχική διαταραχή, να ‘ αντιστρέψει ή να μεταβάλει τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά και να ενθαρρύνει την πρόοδο και την ανάπτυξη της προσωπικότητας.

Η ανθρώπινη σχέση και η ανθρώπινη επικοινωνία είναι η βάση της ψυχοθεραπείας. Αν αυτό φαίνεται παράξενο, μπορούμε να προσδιορίσουμε ορισμένους βασικούς παράγοντες που εμπεριέχονται στην ανθρώπινη σχέση και επικοινωνία και που θεωρούνται θεραπευτικοί. Αυτοί οι παράγοντες είναι η *βάση* ή *προϋπόθεση* πάνω στην οποία εφαρμόζεται η ιδιαίτερη θεωρία και τεχνική της κάθε ψυχοθεραπείας (Μάνος 1997).

Μη ειδικοί θεραπευτικοί παράγοντες που βασίζονται στην ανθρώπινη σχέση:

1. Ο ασθενής έρχεται στη θεραπεία με την ελπίδα να βοηθηθεί και περιμένει από τον θεραπευτή, που οπωσδήποτε τον θεωρεί μια καλοήγη και δυναμική μορφή, να τον οδηγήσει σε περίοδο εξάρτησης που κάθε άτομο πέρασε μικρό στην οικογένεια του και είναι σαφώς (αλλά όχι αποκλειστικά) θετική προς τον θεραπευτή.
2. Κάθε μορφή ψυχοθεραπείας προσφέρει ένα ερμηνευτικό πλαίσιο στον ασθενή για να εξηγήσει συναισθήματα, σκέψεις ή συμπεριφορά, που του φαίνονται ακατανόητα. Έτσι, ο ασθενής ανακουφίζεται και αποκτά έλεγχο σε προηγούμενα ανεξήγητα φαινόμενα.
3. Ο θεραπευτής πολλές φορές αντίθετα με άλλες μορφές του περιβάλλοντος, προσφέρει την ήρεμη πεποίθηση του ότι ο ασθενής μπορεί να αλλάξει θετικά.

4. Η θεραπεία και το πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης είναι ένας προστατευμένος τόπος όπου απαγορευμένα συναισθήματα, τάσεις και εμπειρίες μπορούν να ανιχνευθούν, επιφυλακτικότητα και δυσπιστία προς τους ανθρώπους να αμφισβητήσουν και νέες προσαρμοστικές συμπεριφορές να επιχειρηθούν.
5. Η θεραπευτική σχέση είναι το άγαρ όπου το άτομο μπορεί να συνεχίσει την ανάπτυξη του, να αναδομήσει τον εαυτό του, να αναθεωρήσει ή να επαναπροσανατολίσει τους στόχους του και τις δυνατότητες του (Μάνος 1997).

Υπάρχουν πολλά είδη ψυχοθεραπείας. Μερικά από αυτά τα είδη θα αναφέρουμε και θα περιγράψουμε παρακάτω.

4.1.1 ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία και η ψυχοδυναμική θεωρία στην οποία βασίζεται και που ξεκίνησε από τον S. Freud εξακολουθεί να έχει ιδιαίτερη θέση σε σχέση με τις άλλες ψυχοθεραπείες.

Η ψυχοδυναμική θεραπεία είναι στην ουσία ένα φάσμα θεραπειών. Όλες οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που την αποτελούν βασίζονται στην υπόθεση ότι το παρόν διαμορφώνεται και κυβερνάται από το παρελθόν (Μάνος 1997).

Πολλές από τις ψυχολογικές διεργασίες γίνονται ή ωθούνται στο ασυνείδητο, πρόκειται δηλαδή για ασυνείδητες φαντασίες, συναισθήματα, προσδοκίες, μνήμες, τάσεις. Σύμφωνα με την ψυχοδυναμική θεωρία, οι ψυχολογικές αυτές διαστάσεις γίνονται ασυνείδητες γιατί θεωρούνται την εποχή της εμφάνισής τους ότι δεν μπορούν να γίνουν αποδεκτές (Μάνος 1997).

Επίσης, η έννοια της σύγκρουσης είναι βασική για την ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία και αφορά πάντα αντιθετικές και ασυμφιλίωτες δυνάμεις.

Τέλος, η ψυχαναλυτική θεωρία υποστηρίζει ότι η σύγκρουση οδηγεί στην ανάπτυξη συμπτωμάτων σε τρία στάδια: πρώτα δημιουργείται η

σύγκρουση που δεν έχει λύση, δεύτερο γίνεται προσπάθεια ν' απωθηθεί η σύγκρουση, τρίτο η απωθημένη σύγκρουση επιστρέφει στο συνειδητό με μεταμφιεσμένη μορφή – ως σύμπτωμα π.χ. άγχος, φοβία ή ως παθολογικά στοιχεία προσωπικότητας π.χ. παθητική – επιθετικά στοιχεία. Η μορφή του συμπτώματος χαρακτηρίζεται από τους αμυντικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της σύγκρουσης, όπως φαίνεται παραστατικά π.χ. στη φοβία (Μάνος 1997, Χριστοδούλου, 2001).

Υπάρχουν διάφοροι τύποι ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας όπως η ψυχανάλυση και η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία.

Τόσο η ψυχανάλυση όσο και η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία βασίζονται στην ψυχαναλυτική (ψυχοδυναμική) θεωρία και προσπαθούν να επιφέρουν μεταβολή στην συμπεριφορά του ατόμου χρησιμοποιώντας ψυχολογικές μεθόδους όπως η διευκρίνιση, η ερμηνεία και η αντιπαράθεση δηλαδή η κατά μέτωπο αντιμετώπιση των βιωμάτων του ατόμου (Μάνος 1997).

Βασικά θα λέγαμε ότι η ψυχανάλυση και η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία αποτελούν τμήματα μιας συνέχειας, που έχει στο ένα άκρο της την κλασική ψυχανάλυση με αυστηρούς κανόνες επιλογής ασθενών και τεχνικής, στο άλλο άκρο την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία με τη χρησιμοποίηση κυρίως υποστηρικτικών μέσων και ανάμεσα τις διάφορες αποχρώσεις της λιγότερο ή περισσότερο αποκαλυπτικής ή υποστηρικτικής ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας (Μάνος 1997).

Ψυχανάλυση

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), η συχνότητα των θεραπευτικών συνεδριών στην ψυχανάλυση είναι τέσσερις ως πέντε φορές τη βδομάδα και η διάρκεια της θεραπείας δύο ως πέντε ή και περισσότερα χρόνια. Προϋποθέσεις για την επιλογή των ασθενών είναι: 1) η σχετικά νεαρή ηλικία, συνήθως κάτω από σαράντα, ώστε να υπάρχει δυνατότητα αλλαγής της προσωπικότητας, 2) η ικανότητα του ατόμου για αντοχή στη στέρηση της ικανοποίησης των επιθυμιών, που χαρακτηρίζει την ανάλυση, 3) η ύπαρξη ισχυρού εγώ που να μπορεί να παλινδρομήσει και να συνειδητοποιήσει απωθημένα, βιώματα της παιδικής ηλικίας χωρίς να διασπασθεί, 4) η ύπαρξη ενός πλαισίου ζωής που να μπορεί ρεαλιστικά ν' αλλάξει.

Η ψυχανάλυση χρησιμοποιεί τον ονομαζόμενο βασικό κανόνα σύμφωνα με τον οποίο ο αναλυμένος δέχεται να αναφέρει ελεύθερα στον αναλυτή οτιδήποτε αυθόρμητα σκέπτεται και νιώθει χωρίς τίποτε να αποκρύπτει ή να επιλέγει. Η σωστή παρακολούθηση του βασικού κανόνα οδηγεί στον ελεύθερο συνειρμό, που προσφέρει πλούσιο ασυνείδητο υλικό (Μάνος 1997).

Σκοπός της ψυχανάλυσης είναι η άρση της απώθησης, η επάνοδος στο συνειδητό ξεχασμένων, δηλαδή απωθημένων, βιωμάτων και κυρίως η προοδευτική σύνθεση του προηγούμενα απωθημένου υλικού με τα δομικά στοιχεία της προσωπικότητας, η οποία αρχίζει έτσι να μεταβάλλεται (Μάνος 1997).

Η ψυχαναλυτική διεργασία χαρακτηρίζεται 1) από την ανάπτυξη έντονης μεταβίβασης, τη μεταβιβαστική δηλαδή νεύρωση, 2) από τη θεραπευτική συμμαχία, που στηρίζεται στην ανάπτυξη βασικής εμπιστοσύνης από τον αναλυμένο προς τον αναλυτή και χαρακτηρίζεται από την ολοκληρωτική συνεργασία μαζί του, 3) από την αντίσταση στην ανάλυση και 4) από τη θεραπευτική επεξεργασία, που αναφέρεται στην ανάγκη για συνεχείς και επανειλημμένες παρεμβάσεις του αναλυτή. Η τελική φάση της θεραπείας είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς απευθύνεται στη λύση της μεταβιβαστικής νεύρωσης και στην καλύτερη προσαρμογή του ασθενή (Μάνος 1997).

Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), οι βασικές διαφορές της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας από την ψυχανάλυση είναι οι εξής: 1) Ενώ η ψυχανάλυση έχει ως βασικό σκοπό την αποκάλυψη και θεραπευτική επεξεργασία συγκρούσεων της πρώτης παιδικής ηλικίας καθώς αυτές παρουσιάζονται στη μεταβιβαστική νεύρωση, η ψυχαναλυτική θεραπεία εστιάζεται κυρίως σε τρέχουσες συγκρούσεις. 2) Ενώ η ψυχανάλυση χρησιμοποιεί τον ελεύθερο συνειρμό και την ανάλυση της μεταβιβαστικής νεύρωσης, η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιεί τεχνικές συνέντευξης και συζήτησης, που κάνουν λιγότερο συχνά χρήση του ελεύθερου συνειρμού. 3) Ενώ η ερμηνεία της μεταβίβασης είναι η κύρια επικέντρωση της ψυχανάλυσης, η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία περιορίζεται στην ερμηνεία γενικά πιο επιπόλαιων μεταβιβαστικών αντιδράσεων προς τον ψυχοθεραπευτή.

Η συχνότητα των συνεντεύξεων στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία είναι μια ως τρεις φορές την εβδομάδα και η διάρκεια της θεραπείας από λίγες εβδομάδες ως πολλά χρόνια, συνήθως όμως μήνες ως δύο χρόνια (Μάνος 1997) .

Στη ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία περιλαμβάνονται η αποκαλυπτική ψυχοθεραπεία, η ψυχοθεραπεία σχέσης και η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Αναλυτικότερα:

1. Αποκαλυπτική ψυχοθεραπεία: Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), η αποκαλυπτική ψυχοθεραπεία προϋποθέτει ασθενείς με αρκετά ισχυρό εγώ καθώς χαρακτηρίζεται από την αποκάλυψη ασυνειδητών συγκρούσεων με τη χρησιμοποίηση σε μεγάλο βαθμό της ερμηνείας. Ερμηνεύοντας κυρίως τα διαπροσωπικά γεγονότα, αρκετά όμως και τα μεταβιβαστικά προς τον ψυχοθεραπευτή ή άλλα άτομα στοιχεία. Οι ενδείξεις της είναι ελαστικότερες από τις ενδείξεις της ψυχανάλυσης και περιλαμβάνουν και ψυχωτικούς ασθενείς και σοβαρές διαταραχές της προσωπικότητας.
2. Ψυχοθεραπεία σχέσης: Προϋποθέτει λιγότερο ισχυρό εγώ από την αποκαλυπτική ψυχοθεραπεία. Συζητούνται και διευκρινίζονται κυρίως τα διαπροσωπικά γεγονότα και πολύ λιγότερο οι μεταβιβαστικές αντιδράσεις. Βασίζεται στη δημιουργία κλίματος αποδοχής και στην επικοινωνία στον ασθενή της αξίας του ως ανθρώπου στις διορθωτικές συναισθηματικές εμπειρίες του ασθενή μ' ένα θεραπευτή που δεν απαντά με τον τρόπο που συνήθισε να περιμένει ο ασθενής (Μάνος 1997) .
3. Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία: Προσφέρει υποστήριξη στον ασθενή που βρίσκεται σε μια κατάσταση φυσικής αρρώστιας, εσωτερικής αναταραχής ή εσωτερικής αποδιοργάνωσης. Έχει ως σκοπό την ανακούφιση του άγχους και την αποκατάσταση ή ενίσχυση των αμυντικών μηχανισμών και των συνθετικών λειτουργιών του Εγώ, που έχουν διαταραχθεί. Μπορεί να χρησιμοποιήσει συμβουλές, νοσηλεία και φαρμακευτική αγωγή (Μάνος 1997).

4.1.2 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σύμφωνα με τους συμπεριφοριστές, η κατάθλιψη οφείλεται γενικά στη σταδιακή εξαφάνιση των θετικών ενισχύσεων, και αυτό συχνά παίρνει τη μορφή της γενικής ποσοτικής και ποιοτικής μείωσης τους και αφορά κυρίως την ελάττωση των κοινωνικών ενισχύσεων. Σε αντίθεση με τις ψυχοδυναμικές θεωρίες της κατάθλιψης, που επικεντρώνονται στις πρώτες εμπειρίες του ατόμου και στις ενδοψυχικές διαδικασίες, οι συμπεριφορικές θεωρίες προσπαθούν να εξηγήσουν την κατάθλιψη με βάση έννοιες όπως η ενίσχυση, η αντίδραση και η υπεργενίκευση του ερεθίσματος. Για τους συμπεριφοριστές η κατάθλιψη συνδέεται με μια υπεργενικευμένη απάντηση (π.χ. απώλεια ενδιαφέροντος για μια μεγάλη γκάμα δραστηριοτήτων, απώλεια της όρεξης, μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον, χαμηλή αυτοεκτίμηση) σε ένα συγκεκριμένο ερέθισμα, όπως για παράδειγμα η απώλεια εργασίας. Αυτό το πρόβλημα της υπεργενίκευσης έχει μελετηθεί από αρκετούς ψυχολόγους, αλλά δεν υπάρχει ομοφωνία σχετικά με τις εξηγήσεις που προτείνουν. Οι καταθλιπτικές αντιδράσεις είναι συνήθως αποτέλεσμα ενός ή συνδυασμού περισσότερων από τους παρακάτω παράγοντες : α) οι προσπάθειες του ατόμου για θετική ενίσχυση είναι ανεπαρκείς, β) η αντίληψη του ατόμου για την ικανότητα του να ελέγχει το περιβάλλον του είναι αλλοιωμένη και διαστρεβλωμένη, και γ) το περιβάλλον του δεν αντιδρά ικανοποιητικά ή καθόλου, με την έννοια ότι περιέχει λίγες ενισχύσεις (Κλεφτάρας, 1998).

Σύμφωνα με τον Κλεφτάρα (1998) ο Skinner υπήρξε ένας από τους πρώτους συμπεριφοριστές που ασχολήθηκαν με την κατάθλιψη και υποστήριξε ότι αυτή είναι αποτέλεσμα της εξασθένησης της μη καταθλιπτικής συμπεριφοράς, η οποία οφείλεται στη διακοπή της εγκαθιδρυμένης αλληλουχίας συμπεριφορών που είχαν θετικά ενισχυθεί από το κοινωνικό περιβάλλον. Αυτή η αρχική θεώρηση, σύμφωνα με την οποία η κατάθλιψη είναι το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας απόσβεσης, υιοθετήθηκε στη συνέχεια και από άλλους θεωρητικούς.

Για παράδειγμα, ο Fester υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη οφείλεται στη μείωση της συχνότητας ορισμένων τύπων προσαρμοσμένων αντιδράσεων ή

δραστηριοτήτων που θα μπορούσαν να δεχτούν θετική ενίσχυση. Σύμφωνα με τον ίδιο, το καταθλιπτικό άτομο βρίσκεται σε μία διαδικασία απόσβεσης, όπου δέχεται μειωμένο βαθμό ενίσχυσης. Πιστεύει επίσης ότι η αποτυχία του καταθλιπτικού να παράγει προσαρμοσμένες συμπεριφορές μπορεί να οφείλεται σε έναν αριθμό παραγόντων που περιλαμβάνουν : α) απότομες περιβαλλοντικές αλλαγές που απαιτούν την εγκαθίδρυση νέων πηγών ενίσχυσης, β) εμπλοκή σε συμπεριφορές που προκαλούν αποστροφή και τιμωρία και που αποκλείουν ευκαιρίες για θετική ενίσχυση ,και γ) ανακριβή παρατήρηση του περιβάλλοντος που οδηγεί σε κοινωνικά ακατάλληλη συμπεριφορά και σε χαμηλή συχνότητα θετικής ενίσχυσης από τους άλλους, γεγονός που περιορίζει ακόμα περισσότερο τη δυνατότητα υπερνίκησης των ήδη μειωμένων θετικών ενισχύσεων που δέχεται το άτομο (Κλεφτάρας, 1998).

Ο Fester χρησιμοποίησε την έννοια της αλυσίδας για να εξηγήσει τη γενίκευση της αντίδρασης που ακολουθεί μία μάλλον συγκεκριμένη απώλεια ενίσχυσης. Ο Fester υποστηρίζει ότι η απώλεια μιας κύριας πηγής ενίσχυσης οδηγεί σε μια μείωση όλων των συμπεριφορών που συνδέονται ή είναι οργανωμένες γύρω από το χαμένο ενισχυτή. Για παράδειγμα, η απώλεια εργασίας μπορεί να οδηγήσει σε μείωση όλων των συμπεριφορών που συνδέονται με την εργασία. Έτσι ,ένα άτομο που έχασε την δουλεία του μπορεί να έχει δυσκολία να σηκωθεί το πρωί, να βγει με φίλους ή συναδέλφους, να φάει, να προγραμματίσει δραστηριότητες αναψυχής κ.λπ. Εφόσον βεβαίως όλες αυτές οι συμπεριφορές ήταν οργανωμένες γύρω από τη δουλεία, που στην προκειμένη περίπτωση αποτελούσε την κύρια πηγή ενίσχυσής του (Κλεφτάρας,1998).

Βασιζόμενος σε ένα διαφορετικό σκεπτικό, όπως αναφέρει και ο Κλεφτάρας(1998), ο Wolpe και οι Wolpe και Lazarus επικεντρώνονται στο ρόλο της κλασσικής εξάρτησης του άγχους. Δεδομένου ότι μερικά ερεθίσματα μπορούν να προκαλέσουν εξαρτημένες συγκινησιακές αντιδράσεις, τα άτομα αποφεύγουν να έρχονται σε επαφή με αυτά τα ερεθίσματα. Όταν μάλιστα τα συγκεκριμένα ερεθίσματα είναι επίσης συνδεδεμένα και με σημαντικές πηγές ενίσχυσης (π.χ. άτομα του αντίθετου φύλου, συνεντεύξεις εργασίας, ανταγωνιστικές αλληλεπιδράσεις), το άτομο είναι τελικά αποκομμένο από

σημαντικές πηγές ικανοποίησης. Ο Wolpe πιστεύει ότι υπερβολικά υψηλά επίπεδα άγχους μπορούν άμεσα να μετατραπούν σε κατάθλιψη. Αυτή η πεποίθηση του Wolpe για τη σχέση κατάθλιψης και άγχους δείχνει να συμφωνεί με σχετικά πρόσφατες έρευνες, όπου δύο αυτών διαταραχών.

Ο Costello (1972), διαφοροποιημένος κατά κάποιον τρόπο από τον Fester, κάνει το διαχωρισμό μεταξύ της μείωσης του αριθμού των ενισχυτών που είναι διαθέσιμοι στο άτομο και της μείωσης της αποτελεσματικότητας των διαθέσιμων ενισχυτών. Κατ' αυτή τη θεωρία, στο περιβάλλον του καταθλιπτικού μπορεί να υπάρχουν επαρκείς διαθέσιμοι ενισχυτές και το άτομο μπορεί ακόμα και να είναι ικανό να τους προμηθευτεί ,αλλά για κάποιους λόγους οι ενισχυτές αυτοί να έχουν χάσει τη δύναμη τους.

Σύμφωνα με τον Costello (1972), η απώλεια μιας μόνο πηγής ενισχύσεων δεν μπορεί εύκολα να εξηγήσει τη γενική απώλεια ενδιαφέροντος προς το περιβάλλον, την οποία παρουσιάζει το καταθλιπτικό άτομο. Προτείνει λοιπόν ότι η κατάθλιψη οφείλεται στη διάσπαση μιας αλυσίδας συμπεριφορών, που πιθανότατα οφείλεται στην απώλεια ενός από τους ενισχυτές της αλυσίδας. Ο Costello υποστηρίζει ότι η αποτελεσματικότητα του ενισχυτή συνδέεται άμεσα με τη λειτουργία του συνόλου των συμπεριφορών της αλυσίδας. Όταν λοιπόν μία αλυσίδα συμπεριφορών διασπάται, υπάρχει μια απώλεια στην αποτελεσματικότητα των ενισχυτών που συνδέεται και επηρεάζει όλους τους συντελεστές της αλυσίδας. Έτσι ,σύμφωνα με τον Costello, η γενική απώλεια ενδιαφέροντος του καταθλιπτικού προς το περιβάλλον είναι μια εκδήλωση της μείωσης της αποτελεσματικότητας των ενισχυτών.

Σύμφωνα με τον Lewinshon (1970), το χαμηλό ποσοστό θετικής ενίσχυσης που ακολουθεί μία συμπεριφορά – αντίδραση του ατόμου σε σημαντικούς τομείς της ζωής του και το υψηλό ποσοστό απωθητικών εμπειριών οδηγεί στη δυσφορία και στη μείωση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς, καταλήγοντας στην κατάθλιψη.

Ο ίδιος υποστηρίζει ότι υπάρχουν τρεις βασικοί παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε επίπεδο ενίσχυσης: α) το έλλειμμα στο ρεπερτόριο συμπεριφορών ή δεξιοτήτων του ατόμου που εμποδίζουν τους ενισχυτές να

φτάσουν στο άτομο ή μειώνουν την ικανότητα του ατόμου να τα βγάξει πέρα όταν έρχεται αντιμέτωπο με απωθητικές εμπειρίες, β) η έλλειψη των κατάλληλων ενισχυτών στο περιβάλλον του ατόμου, που μπορεί να οφείλεται σε αποδυνάμωση, απώλεια ή σε πλεόνασμα απωθητικών εμπειριών. Ο θάνατος ή η αναχώρηση ατόμων που είχαν προσφέρει κοινωνική ενίσχυση ή η απώλεια εργασίας μπορούν επίσης να προκαλέσουν μια απώλεια ενισχύσεων στο περιβάλλον του ατόμου, γ) Η μείωση της ικανότητας του ατόμου να αντλεί ικανοποίηση και ευχαρίστηση από θετικές εμπειρίες ή ακόμη η αυξημένη ευαισθησία του στα αρνητικά γεγονότα.

Οι καταθλιπτικοί θεωρείται ότι δεν έχουν τις απαραίτητες κοινωνικές δεξιότητες για να αντλήσουν ικανοποίηση και χαρά από τους άλλους, και έτσι γίνονται ευάλωτοι στις μικρές αυξομειώσεις των εξωτερικών ενισχύσεων. Ο Lewinsohn (1970) ορίζει τις κοινωνικές δεξιότητες ως μια πολύπλοκη ικανότητα για εκδήλωση συμπεριφορών που ενισχύονται θετικά ή αρνητικά, και για μη εκδήλωση συμπεριφορών που τιμωρούνται ή αποσβένονται από τους άλλους.

Ένα άτομο θεωρείται ότι έχει κοινωνικές δεξιότητες όταν καταφέρνει αφενός να αποσπά από το κοινωνικό του περιβάλλον θετικές επιδράσεις και αφετέρου να αποφεύγει τις αρνητικές συνέπειες των πράξεων του (Κλεφτάρας, 1998).

Οι καταθλιπτικοί δημιουργούν ένα αρνητικό κοινωνικό περιβάλλον γύρω τους, όπου είτε η υποστήριξη των άλλων χάνεται είτε οι αντιδράσεις τους είναι διφορούμενες, δηλαδή τόσο υποστηρικτικές όσο και εχθρικές (Κλεφτάρας, 1998).

Στην προσπάθειά τους να μειώσουν τόσο τις ενοχές όσο και το θυμό τους, τα μέλη της οικογένειας αντιδρούν στον καταθλιπτικό όχι μόνο με καλυμμένη εχθρότητα, αλλά επίσης και με ψεύτικο καθησυχασμό και υποστηρίζει. Το καταθλιπτικό άτομο αντιλαμβάνεται τα αντικρουόμενα αυτά μηνύματα, τα οποία εκλαμβάνει ως απόρριψη, και στην προσπάθειά του να ξανακερδίσει την υποστήριξη των άλλων η κατάστασή του χειροτερεύει (Κλεφτάρας, 1998) .

Όπως αναφέρει στο βιβλίο του ο Κλεφτάρας (1998), το σημαντικότερο ρόλο στην κατάθλιψη παίζει το χαμηλό επίπεδο θετικής ενίσχυσης που δέχεται το καταθλιπτικό άτομο για μια συγκεκριμένη του συμπεριφορά. Το ρόλο της ενίσχυσης ουσιαστικά έχουν οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και τα ευχάριστα γεγονότα στα οποία εμπλέκεται το άτομο και, κυρίως, αυτά που συνδέονται με τη διάθεση.

Ο Lewinsohn και οι συνεργάτες του (Κλεφτάρας 1998) πρότειναν ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο για την αιτιολογία και τη διατήρηση της κατάθλιψης, το οποίο επιχειρεί να λάβει υπόψη την πολυπλοκότητα αυτής της διαταραχής. Η κατάθλιψη σε αυτό το μοντέλο αντιμετωπίζεται ως αποτέλεσμα τόσο των περιβαλλοντικών όσο και των προδιαθεσικών παραγόντων.

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι σημαντικοί γιατί έχουν το ρόλο της «αφορμής» ή του ερεθίσματος που δίνει την ώθηση για την ενεργοποίηση της διαδικασίας που οδηγεί στην κατάθλιψη. Από την άλλη μεριά οι γνωστικοί παράγοντες έχουν καθοριστικό ρόλο γιατί αποτελούν τους «ρυθμιστές» των επιδράσεων του περιβάλλοντος, είναι δηλαδή, το φίλτρο μέσα από το οποίο το άτομο αξιολογεί υποκειμενικά αυτό που του συμβαίνει, πράγμα που καθορίζει την αντίδρασή του (Κλεφτάρας 1998).

Το πολυπαραγοντικό μοντέλο του Lewinsohn αναγνωρίζει την ύπαρξη σταθερών προδιαθεσικών παραγόντων, ιδιαίτερων για κάθε άτομο, που επίσης έχουν ρυθμιστικό ρόλο στον αντίκτυπο των καταστάσεων και ως, εκ τούτου, στον τύπο και την σοβαρότητα της κατάθλιψης που θα παρουσιαστεί (Κλεφτάρας 1998).

4.1.3 ΓΝΩΣΤΙΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σύμφωνα με τον Κλεφτάρα (1998), ο γνωστικός συμπεριφορισμός αποτελεί ουσιαστικά την φυσιολογική και κατά κάποιον τρόπο αναγκαία εξέλιξη του συμπεριφορισμού.

Ο γνωστικός συμπεριφορισμός εμπεριέχει γνωστικές έννοιες που μέχρι εκείνη τη στιγμή θεωρούνταν από τους συμπεριφοριστές τουλάχιστον «ύποπτες», όπως ήταν οι προσδοκίες, οι γνωστικές διεργασίες, οι δυσλειτουργικές στάσεις, οι αυτόματες σκέψεις, οι λανθασμένες και παράλογες σκέψεις, πεποιθήσεις (Κλεφτάρας 1998).

Όσον αφορά την κατάθλιψη, οι θεωρίες του γνωστικού συμπεριφορισμού τονίζουν τις καλυμμένες συμπεριφορές, όπως στάσεις, σκέψεις, εικόνες, μνήμες, πιστεύω, πεποιθήσεις. Επίσης, οι ίδιες θεωρούν τις δυσπροσάρμοστες και παράλογες σκέψεις, καθώς και τις γνωστικές παραποιήσεις ως κάποιες από τις αιτίες της κατάθλιψης. (Κλεφτάρας 1998)

Στο βιβλίο του ο Κλεφτάρας (1998) αναφέρει το μοντέλο του «αυτοελέγχου» (Rehm) το οποίο δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη διαταραγμένη και προβληματική λειτουργία ορισμένων διαδικασιών, όπως η αυτοκαταστροφή ή η αυτοπαρατήρηση, η αυτοεκτίμηση και η αυτοενίσχυση.

Το μοντέλο αυτό, είναι βασισμένο σε τρία στάδια. Ο ίδιος υποστηρίζει ότι διάφορα προβλήματα στις διαδικασίες αυτοκαταστροφής ή αυτοπαρατήρησης, αυτοεκτίμηση και αυτοενίσχυσης μπορούν να εξηγήσουν τα διάφορα συμπτώματα της κατάθλιψης (Κλεφτάρας 1998).

Σύμφωνα με τον Rehm, η συμπεριφορά του καταθλιπτικού μπορεί να χαρακτηρίζεται από ένα μέχρι έξι προβλήματα στη συμπεριφορά αυτοελέγχου:

- Τα καταθλιπτικά άτομα εστιάζουν την προσοχή τους στα αρνητικά γεγονότα που ακολουθούν τη συμπεριφορά τους. Αυτό το χαρακτηριστικό μπορεί να εξηγεί την απαισιοδοξία και τη σκυθρωπή εμφάνισή τους.

- Τα καταθλιπτικά άτομα εστιάζουν την προσοχή τους στις άμεσες συνέπειες της συμπεριφοράς τους, σε σημείο σχετικού αποκλεισμού των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων, γεγονός που δεν τους επιτρέπει, όταν κάνουν τις επιλογές τους, να δουν πέρα από τις παρούσες απαιτήσεις.
- Τα καταθλιπτικά άτομα παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα σε όλη τη διαδικασία της αυτοεκτίμησης. Οι καταθλιπτικοί θέτουν μη ρεαλιστικά, τελειοθηρικά και σφαιρικά κριτήρια για τους ίδιους πράγμα που δεν κάνει πιθανή την ικανοποίησή τους. Έτσι δεν καταφέρνουν να φτάσουν τους στόχους τους και κατ'επέκταση εκτιμούν τους εαυτούς τους αρνητικά και με έναν σφαιρικό και υπεργενικευμένο τρόπο.
- Οι καταθλιπτικοί φαίνεται να έχουν δυσκολίες στην ακριβή και σωστή απόδοση αιτιών ή ευθυνών για τις επιδόσεις και τα επιτεύγματά τους. Έτσι, όταν η επίδοσή τους είναι πετυχημένη, οι ίδιοι συχνά αποδίδουν αυτή την επιτυχία τους σε εξωτερικούς παράγοντες. Αντίθετα, τείνουν να αποδίδουν τα αίτια για τις αποτυχημένες προσπάθειες τους σε εσωτερικούς παράγοντες, όπως έλλειψη δεξιοτήτων και προσπάθειας.
- Όσον αφορά την αυτοενίσχυση, οι καταθλιπτικοί δεν δίνουν οι ίδιοι την απαραίτητη ενίσχυση στους εαυτούς τους για να διατηρήσουν τις καλά προσαρμοσμένες συμπεριφορές τους.
- Εκτός από την έλλειψη επαρκούς αυτοεκτίμησης οι καταθλιπτικοί εφαρμόζουν υπερβολικά αυστηρές τιμωρίες στους ίδιους τους εαυτούς τους (Κλεφτάρας 1998).

Στο ίδιο βιβλίο ο Κλεφτάρας (1998) αναφέρει το μοντέλο επίλυσης των διαπροσωπικών προβλημάτων και της κατάθλιψης, το οποίο επικεντρώνεται στα προσωπικά ή διαπροσωπικά προβλήματα που αφορούν το καθημερινό κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου.

Η κατάθλιψη ενός ατόμου έχει άμεση σχέση με τη μη αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων εκτιμώμενη μέσα από μια σειρά υποθετικών προβληματικών καταστάσεων όπου το άτομο καλείται να επιλύσει κάποια διαπροσωπικά προβλήματα (Κλεφτάρας 1998, Χριστοδούλου 2001).

Επίσης, τα καταθλιπτικά άτομα σε σχέση με τα μη καταθλιπτικά έχουν λιγότερη εμπιστοσύνη στην ικανότητα να επιλύουν καινούρια προβλήματα, εκτιμούν ότι προσπαθούν λιγότερο ενεργά και συστηματικά να βρουν εναλλακτικές μεθόδους και λύσεις σε ένα πρόβλημα και, τέλος, βρίσκουν λιγότερο αποτελεσματική την ικανότητα διατήρησης του αυτοελέγχου τους σε προβληματικές καταστάσεις (Κλεφτάρας 1998, Χριστοδούλου 2001).

Πιο συγκεκριμένα η κατάθλιψη μπορεί να προέλθει από προβλήματα ή αδυναμίες σε οποιοδήποτε από τα βασικά στάδια της επίλυσης προβλημάτων. Εμφανίζεται όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με δύσκολες καταστάσεις. Η αδυναμία επίλυσης αυτών των καταστάσεων κάνει τη σοβαρότητα και τη διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου μεγαλύτερη (Κλεφτάρας 1998).

Εκτός από την επίλυση διαπροσωπικών προβλημάτων ο Κλεφτάρας (1998) αναφέρει τη θεωρία της μαθημένης ανικανότητας. Ουσιαστικά αυτή η θεωρία στηρίζεται στον συλλογισμό ότι η παθητικότητα ενός ατόμου και η αίσθηση ότι δεν είναι ικανό να δράσει και να ελέγξει τη ζωή του δημιουργούνται μέσα από δυσάρεστες και τραυματικές εμπειρίες, τις οποίες το άτομο προσπάθησε ανεπιτυχώς να ελέγξει. Αυτή η παθητικότητα και η αίσθηση αδυναμίας ελέγχου της προσωπικής ζωής θεωρούνται υπεύθυνες και ικανές να οδηγήσουν ένα άτομο στην κατάθλιψη.

Άτομα που υπέστησαν έντονο θόρυβο και ηλεκτρικό σοκ, τα οποία δεν μπορούσαν να αποφευχθούν, ή που αντιμετώπισαν προβλήματα τα οποία δεν μπορούσαν να επιλυθούν, δεν κατάφεραν αργότερα να αποφύγουν το θόρυβο και τα σοκ που θα μπορούσαν πράγματι να αποφύγουν, ή να επιλύσουν απλά προβλήματα (Κλεφτάρας 1998) .

Ο Seligman (1975) πρότεινε ότι η κατάθλιψη όπως και η μαθημένη ανικανότητα, αποτελεί αντίδραση σε στρεσογόνες καταστάσεις που είναι ή που φαίνεται ότι είναι αδύνατον να αποφευχθούν. Οι συγκεκριμένες στρεσογόνες καταστάσεις μαθαίνουν στο άτομο ότι δεν ασκεί έλεγχο σε αυτές και το αποθαρρύνουν να χρησιμοποιήσει κατάλληλες αντιδράσεις προσαρμογής που οδηγεί στην κατάθλιψη.

Η θεωρία της μαθημένης ανικανότητας παρουσιάζει ορισμένες αδυναμίες. Το μοντέλο αυτό εξηγεί την παθητικότητα που χαρακτηρίζει την κατάθλιψη, όχι την θλίψη, τις ενοχές και τις ιδέες αυτοκτονίας που επίσης αποτελούν χαρακτηριστικό της κατάθλιψης. Επιπλέον, η θεωρία αυτή δεν φαίνεται να μπορεί να εξηγήσει την απώλεια της αυτοεκτίμησης σε άτομα με μαθημένη ανικανότητα, τη γενίκευση της κατάθλιψης σε διάφορες καταστάσεις ή ακόμη τις ατομικές διαφορές στη σοβαρότητα και στη διάρκεια της κατάθλιψης. Είναι φανερό επίσης, ότι τα άτομα που εκτίθενται σε αρνητικά μη ελεγχόμενα γεγονότα δεν γίνονται όλα καταθλιπτικά· μερικά αντιδρούν με άγχος, άλλα με θυμό και κάποια τέλος παρουσιάζουν σχετικά μικρή συγκινησιακή αντίδραση (Κλεφτάρας 1998).

Μια άλλη θεωρία που περιέχεται στο βιβλίο του Κλεφτάρα (1998) είναι η απόδοση αιτιών και μαθημένη ανικανότητα. Σε αυτή τη θεωρία η έκθεση σε μη ελεγχόμενα ερεθίσματα και καταστάσεις είναι ανεπαρκής για να δημιουργήσει δυσλειτουργίες σε γνωστικό και συγκινησιακό επίπεδο, όπως επίσης να προσδοκά ότι και οι μελλοντικές καταστάσεις θα είναι μη ελεγχόμενες για να προκληθεί η μαθημένη ανικανότητα. Όταν ένα άτομο ανακαλύψει ότι βρίσκεται στην κατάσταση της μαθημένης ανικανότητας, αναρωτιέται γιατί. Η απόδοση αιτιών θα καθορίσει τη γενικότητα και τη διάρκεια των δυσλειτουργιών που οφείλονται στη μαθημένη ανικανότητα, καθώς επίσης και τη μετέπειτα αυτοεκτίμησή του.

Η τάση ενός ατόμου για μια συγκεκριμένου τύπου απόδοση αιτιών ονομάζεται «στυλ απόδοσης αιτιών» και θεωρείται ένα σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που έχει τις ρίζες του στην πρώτη παιδική ηλικία. Άτομα με καταθλιπτικό στυλ απόδοσης αιτιών, εμπειρίες και καταστάσεις, αντιδρούν με κατάθλιψη, η δε αυτοεκτίμησή τους μειώνεται κατά πολύ (Κλεφτάρας 1998).

Μια δεύτερη αναθεώρηση της μαθημένης ανικανότητας είναι η θεωρία της έλλειψης ελπίδας ή απελπισίας. Αυτή η θεωρία υποστηρίζει την ύπαρξη ενός τύπου κατάθλιψης που αποκαλείται «κατάθλιψη της έλλειψης ελπίδας». Αυτή η μορφή κατάθλιψης είναι αποτέλεσμα της προσδοκίας ότι θετικά και επιθυμητά γεγονότα και πράγματα δεν θα συμβούν ή ότι αρνητικά και

ανεπιθύμητα γεγονότα και καταστάσεις θα συμβούν, και ότι κανενός είδους διαθέσιμη αντίδραση δεν θα αλλάξει την κατάσταση. Στην προκειμένη περίπτωση, η ύπαρξη αρνητικών γεγονότων στη ζωή του ατόμου λειτουργεί ως αφορμή για να αισθανθεί το άτομο απελπισμένο (Κλεφτάρας 1998).

Ο Κλεφτάρας (1998) αναφέρει ότι η έλλειψη ελπίδας επέρχεται στο βαθμό που το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως μη δυνάμενο να επηρεάσει τα γεγονότα και τις καταστάσεις του περιβάλλοντός του. Επίσης, τονίζει ότι ένα άτομο δεν θα αναπτύξει κατάθλιψη έλλειψης ελπίδας αν αφενός δεν έχει την προδιάθεση και αφετέρου δεν έρθει αντιμέτωπο με στρεσογόνα αρνητικά γεγονότα.

Μια άλλη έννοια που επίσης φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην κατάθλιψη, είναι αυτή του «κέντρου ελέγχου», η οποία αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι οι ενισχύσεις εξαρτώνται από τη δική του συμπεριφορά. Ο «εσωτερικός έλεγχος» περιγράφει τα άτομα που πιστεύουν ότι οι ενισχύσεις εξαρτώνται από τη δική τους συμπεριφορά, ικανότητες και δεξιότητες. Αντίθετα, ο «εξωτερικός έλεγχος» αναφέρεται στα άτομα που πιστεύουν ότι οι ενισχύσεις δεν έχουν σχέση με τους ίδιους, αλλά μάλλον με τον έλεγχο ο οποίος ασκείται στα άτομα που κατέχουν εξουσία, από την τύχη και το πεπρωμένο (Κλεφτάρας 1998).

Με άλλα λόγια μιλάμε για εσωτερικό έλεγχο όταν ένα άτομο αντιλαμβάνεται μια αιτιολογική σχέση μεταξύ των δικών του πράξεων και των αποτελεσμάτων που προέρχονται από αυτές και για εξωτερικό όταν ένα άτομο δεν αντιλαμβάνεται μια τέτοια σχέση και αποδίδει τις ενισχύσεις στην επενέργεια της τύχης, του πεπρωμένου ή μιας εξωτερικής δύναμης (Κλεφτάρας 1998).

Όπως αναφέρει ο Rotter (1966), η παρουσία ή απουσία της πεποίθησης για έναν προσωπικό έλεγχο των γεγονότων εξαρτάται από τις προηγούμενες εμπειρίες ενίσχυσης του ατόμου, που τελικά διαμορφώνεται σε μια στάση ή μια γενική προδιάθεση η οποία μπορεί να ιδωθεί ως μια διάσταση ή χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που επηρεάζει τη συμπεριφορά όπως αυτή εκδηλώνεται μέσα σε μια ευρεία γκάμα καταστάσεων. Σύμφωνα λοιπόν με τις εμπειρίες ενίσχυσης του παρελθόντος, ένα άτομο αναπτύσσει μία

σταθερή στάση που τείνει είτε προς μια εσωτερική αναπαράσταση της προέλευσης των ενισχύσεων. Έτσι, ένα άτομο που πιστεύει στον εξωτερικό έλεγχο είναι αδύναμο να επιλύσει μια προβληματική κατάσταση. Αυτό το γεγονός μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη.

Επιπλέον, μεταξύ των γνωστικών – συμπεριφορικών θεωριών της κατάθλιψης, η θεωρία του Beck θεωρείται ότι είναι η πιο γνωστικά προσανατολισμένη. Ο Beck ανακάλυψε λοιπόν ότι οι καταθλιπτικοί χαρακτηρίζονται από έναν ιδιαίτερο τρόπο σκέψης: έχουν την τάση να θεωρούν τον εαυτό τους «χαμένο» και συνεχώς «ματαιωμένο», «αποστερημένο» και «εμποδισμένο». Οι προοπτικές τους για το μέλλον, όπως οι ίδιοι τις εκτιμούν, είναι συνήθως σκοτεινές και απαισιόδοξες, και αισθάνονται σχεδόν ανίκανοι να βελτιώσουν την τύχη τους. Επίσης, παρατήρησε ότι οι καταθλιπτικοί εμπλέκονται σε έναν τυπικά σταθερό αρνητικό τρόπο σκέψης όσον αφορά τους εαυτούς τους και το μέλλον τους· μάλιστα, σχολίασε τη μαζοχιστική φύση του περιεχομένου των ονείρων και των ελεύθερων συνειρμών των καταθλιπτικών.

Επίσης, ο ίδιος διαπίστωσε ότι οι καταθλιπτικοί κάνουν μερικά λάθη λογικού συλλογισμού και συμπέρανε ότι οι αρνητικές σκέψεις και ιδέες που τυπικά χαρακτηρίζουν τον καταθλιπτικό, όπως και η τάση για αρνητική ερμηνεία των γεγονότων βρίσκονται πιθανόν στη βάση της καταθλιπτικής διάθεσης (Κλεφτάρας 1998).

Σ' αυτή τη θεωρία αναφέρεται ότι η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται ως συνέπεια της διαταραχής στις «σκέψεις» και στις «ιδέες» ενός ατόμου. Με τους όρους «σκέψεις» και «ιδέες» εννοούμε κάθε νοητική δραστηριότητα της οποίας το περιεχόμενο είναι λεκτικό ή αποτελείται από εικόνες. Συνεπώς, η κατάθλιψη δεν θεωρείται μια διαταραχή της διάθεσης, αλλά μάλλον η συνέπεια των αρνητικών, λανθασμένων και παράλογων ερμηνειών της πραγματικότητας και των αντικειμενικών εμπειριών και γεγονότων (Κλεφτάρας 1998).

Όπως αναφέρει ο Beck, η συναισθηματική αντίδραση ενός ατόμου καθορίζεται από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αυτό δομεί και οργανώνει τις εμπειρίες του. Η διαφορά μεταξύ του φυσιολογικού και του παθολογικού

βρίσκεται στον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η πραγματικότητα: οι καταθλιπτικοί για παράδειγμα αντιλαμβάνονται τα γεγονότα με έναν τρόπο λανθασμένο και μη ρεαλιστικό (Κλεφτάρας 1998).

Η θεωρία αυτή επικεντρώνεται σε τρεις αλληλένδετες πλευρές του τρόπου σκέψης των καταθλιπτικών ατόμων: α) τη «γνωστική τριάδα», β) τα «γνωστικά σχήματα ή πεποιθήσεις» και γ) τις «γνωστικές παραποιήσεις ή λανθασμένη πρόσληψη/ επεξεργασία πληροφοριών» (Κλεφτάρας 1998).

Η γνωστική τριάδα αναφέρεται σε τρεις βασικούς τύπους σκέψεων και ιδεών όπου το καταθλιπτικό άτομο εκδηλώνει μια αρνητική θεώρηση για: α) τον εαυτό του, β) τον κόσμο και την τρέχουσα κατάσταση και εμπειρίες του και γ) το μέλλον του. Ο Beck υποστηρίζει ότι η γνωστική τριάδα είναι υπεύθυνη για πολλά από τα χαρακτηριστικά καταθλιπτικά συμπτώματα, μέσα στα οποία συμπεριλαμβάνονται και οι ανεπάρκειες σε επίπεδο κινήτρων, όπως και σε επίπεδο συναισθηματικής, συμπεριφορικής και οργανικής λειτουργικότητας (Κλεφτάρας 1998).

Σε πρώτη φάση, η αρνητική θεώρηση του εαυτού αναφέρεται στο γεγονός ότι ο καταθλιπτικός αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως ανεπαρκή, ανάξιο και ελλειμματικό, και τείνει να αποδίδει τις δυσάρεστες εμπειρίες σε νοητικά, σωματικά, κοινωνικά και ηθικά μειονεκτήματα και αδυναμίες του. Θεωρεί τον εαυτό του ανεπιθύμητο, χωρίς αξία, και τείνει να τον απορρίπτει εξαιτίας των υποτιθέμενων μειονεκτημάτων του (Κλεφτάρας 1998).

Όσον αφορά την αρνητική θεώρηση του κόσμου και της τρέχουσας κατάστασης, ο καταθλιπτικός έχει την τάση να βλέπει έναν κόσμο που έχει υπερβολικές απαιτήσεις από αυτόν, που στερείται χαράς και ικανοποίησης, και που παρουσιάζει ανυπέρβλητα εμπόδια στην πραγματοποίηση των στόχων και των φιλοδοξιών του. Αντιλαμβάνεται με αρνητικό τρόπο την τρέχουσα κατάσταση και τις εμπειρίες του και ερμηνεύει τις αλληλεπιδράσεις του με το περιβάλλον ως αποτυχημένες (Κλεφτάρας 1998).

Το τρίτο μέρος της γνωστικής τριάδας αφορά την αρνητική θεώρηση του μέλλοντος, καθώς ο καταθλιπτικός περιμένει ότι οι δυσκολίες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει αυτή τη στιγμή θα παραμείνουν και θα είναι

κατά κάποιον τρόπο τα ίδια για πάντα. Αναφερόμενος στο μέλλον βλέπει μια ζωή ατέλειωτων δυσκολιών, στερήσεων και ματαιώσεων (Κλεφτάρης 1998).

Η έννοια του «σχήματος» έχει μια μεγάλη ιστορία στη γνωστική ψυχολογία. Ουσιαστικά, τα σχήματα θεωρούνται ότι είναι αναπαραστάσεις μνήμης που βοηθούν να καλυφθούν οι λεπτομέρειες οι οποίες χάνονται κατά τη διάρκεια των προσπαθειών (Κλεφτάρης 1998).

Το σχήμα είναι μια έννοια που έχει χρησιμοποιηθεί τόσο πολύ και έχει αλλοιωθεί, σε σημείο που δεν υπάρχει πιθανόν ένας ομόφωνα αποδεκτός ορισμός.

Ο Beck (1967) ορίζει το γνωστικό σχήμα ως μια σταθερή δομή που χρησιμοποιείται για την επιλογή, κωδικοποίηση και αξιολόγηση των πολυάριθμων ερεθισμάτων με τα οποία ένα άτομο έρχεται συνεχώς αντιμέτωπο. Στα πλαίσια της κατάθλιψης, τα σχήματα θεωρείται ότι παίζουν έναν αιτιολογικό ρόλο, επηρεάζοντας, όπως προαναφέρθηκε, την επιλογή, την κωδικοποίηση, την οργάνωση και την αξιολόγηση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος, με αρνητικό όμως και απαισιόδοξο τρόπο· αυτό οδηγεί με τη σειρά του στο καταθλιπτικό συναίσθημα.

Τα σχήματα αυτά συνεχίζουν να υπάρχουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου και λειτουργούν ως παράγοντες ευαλωτότητας ή προδιάθεσης για κατάθλιψη. Επανενεργοποιούνται όταν το άτομο εκτεθεί στο κατάλληλο στρεσογόνο ερέθισμα. Κάθε φορά δηλαδή που ένα άτομο αντιμετωπίζει μια δύσκολη κατάσταση ή ένα ιδιαίτερο γεγονός μπαίνει σε λειτουργία (Beck 1967).

Τα αρνητικά σχήματα υποτίθεται ότι επηρεάζουν την αντίληψη και την οργάνωση των εμπειριών, και οι καταθλιπτικοί τα χρησιμοποιούν στην προσπάθειά τους να ερμηνεύσουν τις πληροφορίες που δέχονται από το περιβάλλον, έτσι ώστε αυτές να συμφωνούν με τα σχήματα, έστω και αν αυτό σημαίνει αλλοίωση των πληροφοριών προκειμένου να επιτευχθεί αυτή η συμφωνία. Έτσι, θετικά ερεθίσματα μπορεί επιλεκτικά να αποκλειστούν και αρνητικές ή ουδέτερες πληροφορίες να γίνουν αντιληπτές ως πιο αρνητικές από ότι πράγματι είναι. Τα αρνητικά σχήματα λοιπόν θεωρούνται ότι παίζουν

έναν πολύ σημαντικό ρόλο στο να προδιαθέτουν ένα άτομο για κατάθλιψη (Beck 1967).

Άλλη μία αλληλένδετη πλευρά της σκέψης του ατόμου σύμφωνα με τον Κλεφτάρα (1998) είναι οι γνωστικές παραποιώσεις – λανθασμένη πρόσληψη/ επεξεργασία πληροφοριών. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, τα καταθλιπτικά άτομα χαρακτηρίζονται από γνωστικές παραποιώσεις και αλλοιώσεις λόγω της λανθασμένης πρόσληψης/ επεξεργασίας πληροφοριών. Πιο συγκεκριμένα οι καταθλιπτικοί ερμηνεύουν συστηματικά τις καταστάσεις με αρνητικό τρόπο.

Δηλαδή, όταν ζητηθεί από ένα καταθλιπτικό άτομο να σκεφτεί εναλλακτικές εξηγήσεις, αυτό μπορεί να συνειδητοποιήσει ότι η αρχική του ερμηνεία είναι προκατειλημμένη ή ότι στηρίζεται σε ένα απίθανο συμπέρασμα. (Κλεφτάρας 1998)

Επιπλέον ο Κλεφτάρας (1998) επισημαίνει, ότι οι καταθλιπτικοί κάνουν κάποια λάθη στην ερμηνεία των πληροφοριών. Τα πιο σημαντικά είναι:

- *Αυθαίρετα συμπεράσματα* που είναι μια διαδικασία εξαγωγής ενός συμπεράσματος με ανεπαρκή ή και ανύπαρκτα στοιχεία, ή ακόμα και όταν τα διαθέσιμα στοιχεία είναι αντίθετα προς το συμπέρασμα.
- *Επιλεκτική αφαίρεση* που πρόκειται για την επικέντρωση του ατόμου σε μια λεπτομέρεια η οποία αποσπάται από το πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται. Το άτομο αγνοώντας τα πιο σημαντικά και φανερά χαρακτηριστικά της κατάστασης, ξανασυλλαμβάνει την όλη κατάσταση με βάση τη συγκεκριμένη λεπτομέρεια.
- *Υπεργενίκευση ή υπερβολική γενίκευση*. Πρόκειται για μια διαδικασία εξαγωγής ενός γενικού και σφαιρικού συμπεράσματος με βάση ένα μοναδικό και ίσως ασήμαντο συμβάν.
- *Μεγέθυνση και ελαχιστοποίηση* στην οποία παρατηρείται ανακριβής εκτίμηση της σχετικής σπουδαιότητας ενός συγκεκριμένου γεγονότος. Με άλλα λόγια, η μεγέθυνση και η ελαχιστοποίηση αναφέρονται στην τάση των καταθλιπτικών ατόμων να υπερβάλλουν τη σημασία των αρνητικών εμπειριών, ενώ ταυτόχρονα υποτιμούν το μέγεθος και τη σημασία των θετικών εμπειριών.

- *Προσωποποίηση* είναι η τάση του ατόμου να σκέπτεται με απόλυτο τρόπο, του τύπου ή όλα ή τίποτα. Το άτομο που χρησιμοποιεί αυτό το λάθος λογικής τείνει να κρίνει τις εμπειρίες και τα γεγονότα με τρόπο άκαμπτο και διχοτομικό.

Τέλος οι γνωστικές παραποιήσεις ή λάθη λογικής είναι γνωστά και ως «αυτόματες σκέψεις», και χαρακτηρίζονται από την ταχύτητα τους και από το γεγονός ότι το άτομο δεν μπορεί να τις αποφύγει, είναι ακούσιες και συνειδητές και φαίνονται λογικές και πιθανές στα μάτια των καταθλιπτικών ατόμων (Κλεφτάρας 1998).

Μια ακόμη θεωρία της κατάθλιψης είναι η «Υπόθεση της Διαφοροποιημένης Ενεργοποίησης» σύμφωνα με την οποία όλοι οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν κάποια στιγμή στη ζωή τους αρνητικά γεγονότα και καταστάσεις, που αναπόφευκτα προκαλούν κάποια ήπια τουλάχιστον και παροδική κατάθλιψη. Από αυτούς όμως μόνο μια μειοψηφία αναπτύσσει κατάθλιψη (Κλεφτάρας 1998).

Ο Teasdale (1988) υποστηρίζει ότι λόγω των αρνητικών τύπων ή προτύπων σκέψης που πιθανότατα κάποια άτομα αδυνατούν να ξεφύγουν από την κατάθλιψη. Ως αρνητικοί τύποι και πρότυπα σκέψης στην προκειμένη περίπτωση ορίζονται οι αποθηκευμένες στη μνήμη πεποιθήσεις, σκέψεις και αναμνήσεις που είναι αποτέλεσμα μάθησης κατά την παιδική ηλικία και έχουν ως χαρακτηριστικό τη σύνδεση του καταθλιπτικού συναισθήματος και αρνητικών σκέψεων και ιδεών.

Πιο αναλυτικά, στην Υπόθεση της Διαφοροποιημένης Ενεργοποίησης οι γνωστικές μεταβλητές ενεργοποιούνται από την ίδια την καταθλιπτική κατάσταση, αφού πρώτα αυτή έχει εγκαθιδρυθεί. Στη συνέχεια, ο αρνητικός τρόπος σκέψης επιδεινώνει την καταθλιπτική συμπτωματολογία και η κατάθλιψη γίνεται ακόμη πιο σοβαρή, οι γνωστικές διεργασίες και ο τρόπος σκέψης αυτών των ατόμων γίνονται ακόμη πιο αρνητικά και οι δυσμενείς και αρνητικές αναμνήσεις και εμπειρίες ευκολότερα προσιτές. Πρόκειται λοιπόν για μια συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ της καταθλιπτικής διάθεσης και δυσλειτουργικών γνωστικών διεργασιών (Κλεφτάρας 1998).

4.1.4 ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ-ΥΠΑΡΞΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ανθρωπιστική και η υπαρξιακή θεώρηση απορρίπτουν την έννοια του προκαθορισμού της ανθρώπινης συμπεριφοράς και σκέψης, που χαρακτηρίζει τις ψυχοδυναμικές και συμπεριφορικές προσεγγίσεις. Οι ανθρωπιστές δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην ανθρώπινη ατομικότητα και ενσυνείδηση, στην ικανότητα για ανάπτυξη και ολοκλήρωση, στην ελευθερία του κάθε ανθρώπου να επιλέγει την τύχη του και στην προσωπική του ευθύνη για τις αποφάσεις του. Οι υπαρξιστές, στην προσπάθειά τους να εξηγήσουν την κατάθλιψη, φαίνεται να δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην αίσθηση «μη ύπαρξης» του καταθλιπτικού, που απορρέει από την αποτυχία του να ζήσει αυθεντικά και με πληρότητα με όποιο τρόπο ο ίδιος την εννοεί. Με άλλα λόγια, η κατάθλιψη είναι μια αναμενόμενη αντίδραση σε μια μη αυθεντική ύπαρξη και τρόπο ζωής, όπου κυριαρχεί η αίσθηση ότι κάποιος δεν αξιοποιεί και δεν ζει σύμφωνα με το πραγματικό του δυναμικό. Σύμφωνα με τους υπαρξιστές και τους ανθρωπιστές, οι καταθλιπτικοί δεν έχουν απλώς, όπως οι ίδιοι υποστηρίζουν, αισθήματα ενοχής, αλλά είναι ένοχοι, γιατί απέτυχαν να κάνουν επιλογές, να αξιοποιήσουν το δυναμικό τους και να πάρουν την ευθύνη για την ζωή του (Κλεφτάρας, 1998) .

Ο φόβος της μοναχικότητας είναι ένας από τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να εκδηλωθεί η έλλειψη αυθεντικότητας. Οι καταθλιπτικοί εξαρτώνται συχνά από άλλους και η κατάθλιψη συχνά ακολουθεί την απώλεια μιας σημαντικής σχέσης. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η μοναξιά αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα της κατάθλιψης και ότι βρίσκεται σε στατιστικά σημαντική συνάφεια με αυτήν. Φαίνεται, μάλιστα, ότι η μοναξιά επηρεάζει τα καταθλιπτικά συμπτώματα με δύο τρόπους: α) άμεσα, λόγω της αδυναμίας του ατόμου να δημιουργήσει μια ουσιαστική σχέση που να του προσφέρει επαρκή οικειότητα, και β) έμμεσα, λόγω των επιπτώσεων που η μοναξιά μπορεί να έχει στην αυτοεκτίμηση του ατόμου, που με την σειρά της συχνά αναφέρεται ως σημαντικός παράγοντας στην κατάθλιψη (Κλεφτάρας, 1998).

Σύμφωνα με τους υπαρξιστές, η μοναξιά αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ανθρώπινης φύσης και ως τέτοια θα πρέπει να γίνει αποδεκτή και να

χρησιμοποιηθεί ως μέσο προσωπικής εξέλιξης και ολοκλήρωσης. Βεβαίως η μοναξιά είναι οδυνηρή και οι άνθρωποι γενικά έχουν μεγάλη δυσκολία να αναγνωρίσουν και ακόμη περισσότερο να δεχτούν την αξία της, συχνά μάλιστα εμπλέκονται σε ένα μάταιο αγώνα ανούσιων και επιφανειακών κοινωνικών δραστηριοτήτων προκειμένου να την αποφύγουν, γεγονός που αποτελεί, σύμφωνα με τους υπαρξιστές, έναν από τους παράγοντες που οδηγούν στην κατάθλιψη (Κλεφτάρας, 1998).

Συνεπώς, σύμφωνα με την υπαρξιακή θεραπεία της κατάθλιψης, ο καταθλιπτικός πρέπει : α) να αντιληφθεί ότι δεν θα μπορέσει ποτέ να αισθανθεί εσωτερική ικανοποίηση αν συνεχώς προσπαθεί να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των άλλων, και ότι μόνο αν λειτουργεί με αυθεντικότητα, δηλαδή με βάση τις δικές του αξίες και πεποιθήσεις, θα μπορέσει να έχει κάποια στιγμή την αίσθηση της προσωπικής ολοκλήρωσης, και β) να καταλάβει ότι η μοναξιά είναι συνυφασμένη με την ανθρώπινη ύπαρξη, να αναγνωρίσει την αξία της και να τη δεχτεί ως στοιχείο ποιότητας και ως κίνητρο εξέλιξης και επίτευξης των προσωπικών του στόχων (Κλεφτάρας, 1998).

Όπως αναφέρει και ο Κλεφτάρας(1998) ένας από τους πιο γνωστούς υπαρξιστές είναι ο Viktor Frankl, ο οποίος μέσα από την εμπειρία που είχε στα στρατόπεδα συγκέντρωσης των Ναζιστών ανέπτυξε την θεωρία του. Στα στρατόπεδα συγκέντρωσης παρατήρησε ότι οι φυλακισμένοι που ήταν ικανοί να επιβιώσουν ψυχολογικά και να αντισταθούν στην απελπισία ήταν αυτοί που μπορούσαν να βρουν κάποιο πνευματικό νόημα στον πόνο τους.

Η έμφαση στο πνευματικό νόημα αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό της υπαρξιακής θεωρίας του Frankl. Σύμφωνα με τον ίδιο, το βασικό κίνητρο της ανθρώπινης συμπεριφοράς είναι η αναζήτηση νοήματος ή, με άλλα λόγια, ο αγώνας των ανθρώπων να βρουν κάποιο λόγο ή κάποιο « γιατί» για την ταραγμένη, μπερδεμένη και πεπερασμένη ύπαρξή τους. Ο Frankl πιστεύει ότι τα ψυχοπαθολογικά προβλήματα και η κατάθλιψη επέρχονται όταν το άτομο δεν έχει σκοπό στη ζωή του. Η θεραπευτική του προσέγγιση αποκαλείται «λογοθεραπεία». Η λογοθεραπεία προσπαθεί να φέρει το άτομο, και, και στην προκειμένη περίπτωση τον καταθλιπτικό, αντιμέτωπο με την προσωπική

του ευθύνη για την ύπαρξη του και να τον βοηθήσει να επιλέξει αξίες. Αυτή η απαιτητική διαδικασία απαλύνεται από τη φύση της σχέσης θεραπευτή-θεραπευμένου. Σύμφωνα με τον Frankl, αυτή η σχέση είναι ένας υπαρξιακός «συνεταιρισμός», όπου ο θεραπευτής διερευνά τον κόσμο του καταθλιπτικού μαζί με αυτόν. Και οι δύο μαζί στη συνέχεια προσπαθούν να διορθώσουν τις ατέλειες στον τρόπο με τον οποίο ο καταθλιπτικός προσεγγίζει τη ζωή, έτσι ώστε να μπορέσει πάλι να ξαναρχίσει να αναζητά νόημα μέσα από τις αξίες (Frankl, 1975).

Η λογοθεραπεία αποσκοπεί λοιπόν στην απόδοση νοήματος στη ζωή του καταθλιπτικού. Αυτό επιτυγχάνεται: α) με την αποδοχή της υποκειμενικής εμπειρίας του «πόνου» που βιώνει το άτομο ως κάτι το φυσιολογικό και όχι ως κάτι αρρωστημένο ή λανθασμένο, και β) με την βοήθεια που δέχεται το άτομο για να βρει κάποιο νόημα στον πόνο που βιώνει, τοποθετώντας τον σε ένα ευρύτερο πλαίσιο ή φιλοσοφία ζωής, μέσα στην οποία αναλαμβάνει την ευθύνη για την ύπαρξη του και για τη συνέχιση των αξιών που είναι συνυφασμένες με τη ζωή. Αναλαμβάνοντας την ευθύνη της ζωής τους και αναζητώντας κάποιο νόημα ακόμη και σε περιστάσεις «δοκιμασίας», οι καταθλιπτικοί μπορούν να επιτύχουν μια αίσθηση ελέγχου και επάρκειας απαραίτητης για την ανάπτυξη μιας αποδεκτής από τους ίδιους ύπαρξης (Κλεφτάρας, 1998).

Η ανθρωπιστική-υπαρξιακή προσέγγιση έχει κατά καιρούς δεχτεί αρκετές αρνητικές κριτικές. Ίσως η πιο σημαντική επίκριση είναι ότι πρόκειται για μια μη επιστημονική θεωρία. Για παράδειγμα, η επιμονή τόσο των ανθρωπιστών όσο και των υπαρξιστών στην ελεύθερη βούληση του ανθρώπου έρχεται άμεσα σε αντίθεση με την κυρίαρχη τάση των επιστημονικών ιδεών της εποχής μας. Ένα άλλο σημείο επίκρισης είναι η έμφαση που δίνεται στην ενσυναίσθηση, με την έννοια ότι ο θεραπευτής δεν μπορεί να επαληθεύσει αφενός αν πράγματι αντιλαμβάνεται τον εσωτερικό κόσμο του καταθλιπτικού και αφετέρου, στην περίπτωση που αυτό συμβεί, αν αυτή η ενσυναίσθηση έχει όντως θεραπευτική αξία (Bootzin, Acocella&Alloy, 1993).

Ένα από τα κύρια επιχειρήματα των υποστηρικτών της ανθρωπιστικής-υπαρξιακής προσέγγισης αφορά την αμφισβήτησή τους για το ότι η θεραπευτική διαδικασία μπορεί να κριθεί με βάση επιστημονικά κριτήρια, γιατί πολύ σημαντικά ανθρώπινα θέματα όπως βούληση, αξίες, στόχοι και νόημα, δεν φαίνεται, προς το παρόν τουλάχιστον, να μπορούν να εκτιμηθούν αξιόπιστα από τις υπάρχουσες επιστημονικές μεθόδους. Παρ' όλα αυτά, έρευνες που έγιναν σε ασθενείς στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους επιβεβαίωσαν τον ισχυρισμό των υπαρξιστών για τη σημασία του πνευματικού νοήματος και των αξιών, καθώς και της υπερβάσης του ίδιου του εαυτού στην ψυχική υγεία του ατόμου (Κλεφτάρας, 1998).

4.2 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

4.2.1 ΧΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα χρώματα επηρεάζουν την ψυχολογία του ανθρώπου και κατ' επέκταση την φυσική του κατάσταση. Ουσιαστικά δεν είναι το σώμα που « ζητά» τα χρώματα, αλλά ο νους. Οι γιατροί και οι ψυχολόγοι συμφωνούν πως οτιδήποτε μπορεί να επηρεάσει την ψυχολογία και τον νου ενός ανθρώπου, μπορεί να επηρεάσει και την φυσική του κατάσταση. Δεν είναι λίγα τα πειράματα που έχουν γίνει σχετικά με το τι επιρροή έχουν τα χρώματα στον άνθρωπο. Έχει παρατηρηθεί για παράδειγμα, ότι οι άνθρωποι που περιβάλλονται για συνέχεια από ζωντανά χρώματα, χαίρουν καλύτερης φυσικής κατάστασης και ψυχικής ηρεμίας από εκείνους που περιβάλλονται από σκούρα και μουντά χρώματα. Έχει παρατηρηθεί επίσης ότι ο άνθρωπος επιλέγει να διακοσμήσει τον χώρο του ή να ντυθεί με τα χρώματα που εναρμονίζονται τέλεια στην κατάστασή του. Για παράδειγμα, ένας άνθρωπος που πάσχει από κατάθλιψη θα προτιμήσει τα σκούρα χρώματα (www.nea-acropoli-heraklio.gr).

Πως χαρακτηρίζει η ψυχολογία, βάση των χρωμάτων που προτιμούν και που αποφεύγουν:

Λευκό

Άνθρωποι που το προτιμούν χαρακτηρίζονται από: αθωότητα, αγνότητα, καθαρότητα, νεότητα, αλήθεια, απλότητα, ανυπαρξία, μοναδικότητα. Για μερικές κουλτούρες, το λευκό είναι το χρώμα του θανάτου και του πένθους.

Άνθρωποι που το αποφεύγουν χαρακτηρίζονται από περισσότερο ενδιαφέρον για τον ρεαλισμό, αρνούνται να αποδεχτούν ότι δεν μπορεί να εξηγήσει η λογική. Γνωρίζουν και αποδέχονται τα ελαττώματά τους, αλλά δεν επιθυμούν να τα διορθώσουν.

Κίτρινο

Άνθρωποι που το προτιμούν χαρακτηρίζονται από: ζωντάνια, ενεργητικότητα, ευτυχία, περιέργεια, εναλλαγή, προσαρμοστικότητα, ευελιξία, πρόοδο, διασκέδαση, επικοινωνία.

Άνθρωποι που το αποφεύγουν χαρακτηρίζονται από: απογοητεύονται εύκολα, προσπαθούν να εξηγήσουν τα συναισθήματα με την λογική, δεν αποκλείεται να αδιαφορούν για την φιλοσοφία και τη γνώση σε βάθος.

Πορτοκαλί

Άνθρωποι που το προτιμούν χαρακτηρίζονται από: Διασκέδαση, άνεση. Αφθονία, απόλαυση, θέρμη, κοινωνικότητα, δυναμισμό, ανεξαρτησία.

Άνθρωποι που το αποφεύγουν χαρακτηρίζονται από: υλισμό, ανεκτικότητα, είναι πιθανό να έχουν καταπιεσμένα σεξουαλικά συναισθήματα ή άλλα συναισθήματα σχετικά με την απόλαυση της ζωής.

Κόκκινο

Άνθρωποι που το προτιμούν χαρακτηρίζονται από: πάθος, σεξουαλικότητα, ενεργητικότητα, αυθορμητισμό, διέγερση, επιθετικότητα, δύναμη, κίνδυνο, φιλοδοξία, επαναστατικότητα.

Άνθρωποι που το αποφεύγουν χαρακτηρίζονται από: υπερβολική ενεργητικότητα και αυθορμητισμό, κυκλοθυμία, εγωκεντρισμό, ή να έχουν έντονο πρόβλημα να συναναστραφούν με ανθρώπους που έχουν αυτά τα χαρακτηριστικά.

Δεν αποκλείεται να έχουν φοβίες που δεν έχουν καταφέρει ακόμα να αντιμετωπίσουν και να απορρίπτουν την ίδια τους την δυναμικότητα.

Φούξια

Άνθρωποι που το προτιμούν χαρακτηρίζονται από: αυτογνωσία, δυνατά μα και ελεγχόμενα πάθη και συναισθήματα, τόλμη, φιλοδοξία.

Άνθρωποι που το αποφεύγουν χαρακτηρίζονται από: αδιαλλαξία ή/ και έντονα αρνητικά συναισθήματα όπως ζήλια. Δεν αποκλείεται να δυσκολεύονται να εκφράσουν τα βαθιά τους συναισθήματα

Ροζ

Άνθρωποι που το προτιμούν χαρακτηρίζονται από: θηλυκότητα, τρυφερότητα, αθωότητα, νεότητα.

Άνθρωποι που το αποφεύγουν χαρακτηρίζονται από: δυσκολία να συμβιβαστούν με την θηλυκή τους πλευρά και να εκφράσουν συναισθήματα τρυφερότητας.

Πράσινο

Άνθρωποι που το προτιμούν χαρακτηρίζονται από: ειρήνη, ανάπαυση, ελπίδα, άνεση, θαλπωρή, γαλουχία, αρμονία.

Άνθρωποι που το αποφεύγουν χαρακτηρίζονται από: προτίμηση στην ανεξαρτησία και την αυτοβελτίωση παρά στην αφοσίωση και την οικογενειακή ζωή. Είναι άνθρωποι που δεν μπορούν να ανοιχτούν και να δοθούν ολοκληρωτικά σε έναν άλλον άνθρωπο.

Τιρκουάζ

Άνθρωποι που το προτιμούν χαρακτηρίζονται από: εσωστρέφεια, αναγέννηση, καινοτομία, πρόοδος, ανθρωπιά, απέχθεια στους περιορισμούς.

Άνθρωποι που το αποφεύγουν χαρακτηρίζονται από: αναζήτηση για σταθερότητα και ασφάλεια, κυρίως μέσα από την οικογένεια.

Μπλε

Άνθρωποι που το προτιμούν χαρακτηρίζονται από: ψυχραιμία, ονειροπόληση, ειρήνη, ανάπαυση, αφοσίωση, οργάνωση, λογική, νοσταλγία, αλήθεια. Το σκούρο μπλε χαρακτηρίζει μελαγχολία.

Άνθρωποι που το αποφεύγουν χαρακτηρίζονται από: πειθαρχία και εργατικότητα. Έχουν αποφασίσει τι θέλουν από την ζωή τους και αρνούνται να αποκλίνουν από αυτόν τους τον στόχο έστω και στο ελάχιστο.

Βιολετί & Μοβ

Άνθρωποι που το προτιμούν χαρακτηρίζονται από: πνευματικότητα, εσωτερισμό, θρησκεία, μυστήριο, ηθική, αυτοθυσία. Οι σκούρες αποχρώσεις χαρακτηρίζουν κατάθλιψη και πένθος.

Άνθρωποι που το αποφεύγουν χαρακτηρίζονται από: σοβαρότητα ίσως και κυνισμό, απόρριψη σε οτιδήποτε δεν εξηγείται επιστημονικά και λογικά. Παρατηρείται μια εντυπωσιακή απουσία ονείρων και ρομαντισμού.

Καφέ

Άνθρωποι που το προτιμούν χαρακτηρίζονται από: πρακτικότητα, σταθερότητα, απλότητα, αφοσίωση. Οι σκούρες αποχρώσεις αν και «ζεστές», χαρακτηρίζουν κατάθλιψη και μεροληψία.

Άνθρωποι που το αποφεύγουν χαρακτηρίζονται από: αποστροφή στην ρουτίνα και την ήσυχη ζωή, αδιαφορία για την αίσθηση ότι κάπου ανήκει.

Γκρι

Άνθρωποι που το προτιμούν χαρακτηρίζονται από: διακριτικότητα αλλά και αδιαφορία, αδιαλλαξία.

Άνθρωποι που το αποφεύγουν χαρακτηρίζονται από: αποστροφή στην διπλωματία και τα έξυπνα ρητορικά τεχνάσματα. Προτιμά την ευθύτητα ακόμα και αν μερικές φορές γίνεται ενοχλητική, εκνευριστική, σκληρή.

Μαύρο

Άνθρωποι που το προτιμούν χαρακτηρίζονται από: σοβαρότητα, μυστικοπάθεια, κατάθλιψη, θάνατο, πένθος, μοναχικότητα.

Άνθρωποι που το αποφεύγουν χαρακτηρίζονται από: φοβία για το άγνωστο, επιθυμία για απελευθέρωση από οτιδήποτε τους δίνει την αίσθηση εξάρτησης, τους παρεμποδίζει, τους «δένει». (www.nea-acropolis-heraklio.gr)

Πως επηρεάζουν τα χρώματα το φυσικό σώμα και την ψυχολογία του ανθρώπου:

Κίτρινο θεραπεία: Διεγείρει τα κύτταρα του νου και το νευρικό σύστημα, ενεργοποιεί τους μυς, επιταχύνει την διαδικασία της πέψης και της αφομοίωσης. Το σκούρο κίτρινο απαλύνει τους νευρικούς πόνους. Ψυχολογία: Ενεργοποιεί και εμπυχώνει ανθρώπους με μελαγχολία ή κατάθλιψη, προσφέρει κέφι για ζωή και δουλειά.

Πορτοκαλί θεραπεία : Διεγείρει τους πνεύμονες, την αναπνοή και την πέψη, αυξάνει την λειτουργία του θυρεοειδή, ανακουφίζει κράμπες και νευρικούς σπασμούς, αυξάνει την παραγωγή μητρικού γάλακτος. Ψυχολογία: Διεγείρει την δημιουργική σκέψη και τον ενθουσιασμό.

Κόκκινο θεραπεία: Προσφέρει αίσθηση ζεστασιάς και ενεργητικότητας για αυτό είναι καλό ενάντια κοπώσεων και κρυολογημάτων. Ενεργοποιεί την καρδιά και το κυκλοφοριακό, βοηθά ενάντια στην υπόταση. Ενεργοποιεί όλες τις αισθήσεις, διεγείρει την ωορρηξία και την εμμηνόρροια. Δεν είναι καθόλου καλό ενάντια στον καρκίνο, μιας και αυξάνει την ανάπτυξη κυττάρων. Ψυχολογία: Αυξάνει την σεξουαλικότητα, το πάθος και την δημιουργικότητα. Μπορεί να προκαλέσει όμως και βίαια συναισθήματα.

Φούξια θεραπεία: Ενεργοποιεί την αδρεναλίνη και την καρδιά. Ψυχολογία: Προσφέρει αίσθηση χρησιμότητας και αγάπης για την ζωή.

Ροζ θεραπεία: Προσφέρει ζωτικότητα σε όλα τα όργανα. Ψυχολογία: Θεραπεύει την λύπη και το πένθος, βοηθά να συνειδητοποιήσουμε τα συναισθήματα μας.

Πράσινο θεραπεία: Ηρεμεί την καρδιά, το στομάχι, το συκώτι και τα νεφρά, βοηθά στην εξισορρόπηση ορμονικών διαταραχών, πέψης, χολής, ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα, ενδυναμώνει το νευρικό σύστημα και τα οστά. Ψυχολογία: Προσφέρει συναισθηματική και ψυχολογική αρμονία, βοηθά την εσωτερική γαλήνη.

Τιρκουάζ θεραπεία: Τονώνει γενικά όλα τα ζωτικά όργανα αλλά κυρίως το ανοσοποιητικό σύστημα. Ψυχολογία: Αυξάνει την διαίσθηση και την συναισθηματική ευαισθησία, χαλαρώνει από το στρες.

Μπλε θεραπεία: Το μπλε είναι «ψυχρό» χρώμα, έτσι βοηθά ενάντια στις φλεγμονές, ρευματισμούς, πυρετό, υπέρταση, αιμορραγίες, πονοκεφάλους, φαγούρες και ερεθισμούς του δέρματος. Ψυχολογία: Ηρεμεί συναισθήματα οργής, επιθετικότητας, υστερίας, επιφέρει συναισθηματική γαλήνη.

Βιολετί & μοβ θεραπεία: Καταπολεμά την ταχυπαλμία, διεγείρει την σπλήνα και τα λευκά αιμοσφαίρια, μειώνει την ευαισθησία στον πόνο, βοηθά την αποτοξίνωση. Ψυχολογία: Βοηθά ενάντια στην μελαγχολία, την υστερία, τις παραισθήσεις, την εξάρτηση (οποιασδήποτε μορφής) , την αϋπνία. Κατευνάζει το στρες και τα έντονα σεξουαλικά συναισθήματα (www.nea-acropoli-heraklio.gr).

4.2.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΦΩΤΟΣ

Κάποιοι ασθενείς με θλίψη/ κατάθλιψη εξελίσσουν/ αναπτύσσουν τα συμπτώματά τους κατά την διάρκεια των σύντομων σκοτεινών ημερών του χειμώνα ή όταν στερούνται το φως για οποιοδήποτε λόγο. Η βασική αρχή που σχετίζεται με την θεραπεία του φωτός είναι να αντικαταστήσει το φως που λείπει και που βοηθά το άτομο με θλίψη να αισθάνεται πιο ενεργητικό και χαρούμενο, όπως αισθανόταν κατά την διάρκεια του καλοκαιριού (Rosenthal, 2006).

Όπως αναφέρει και στο βιβλίο του ο Rosenthal(2006) η θεραπεία του φωτός είναι, συνήθως, μόνο ένα μέρος της λύσης. Για κάποιους ασθενείς η θεραπεία αυτή δεν είναι η απάντηση. Αυτό γιατί είτε δεν ανταποκρίνονται παρά τις καλύτερες προσπάθειες τους είτε είναι ακατάλληλη. Ο πιο αποδοτικός και καλύτερα μελετημένος τρόπος για να επαυξηθεί το φως στο

περιβάλλον του ατόμου είναι ένα ειδικό «κουτί φωτός» ,που είναι και η πιο συνηθισμένη μέθοδος που χρησιμοποιείται στην θεραπεία του φωτός.

Αφού αποδειχθεί ότι ο ασθενής χρειάζεται την θεραπεία του φωτός:

1. Προμηθεύεται το κατάλληλο κουτί φωτός
2. Το τοποθετεί σε ένα κατάλληλο σημείο στο σπίτι ή την δουλειά
3. Κάθεται μπροστά από το κουτί για συγκεκριμένη ώρα(20-90 λεπτά την ημέρα)
4. Βεβαιώνεται ότι κάθεται σε τέτοιο σημείο ώστε το φως να πέφτει στα μάτια του
5. Επαναλαμβάνει το ίδιο κάθε μέρα κατά την διάρκεια της επικίνδυνης περιόδου

Ο ασθενής πρέπει να προσπαθεί να πάρει όσο το δυνατόν περισσότερο φως νωρίς το πρωί εάν γίνεται.

Γενικά τα κουτιά φωτός βγαίνουν σε 2 κατηγορίες: α) Επιτραπέζιο, β) Freestanding .

Αν και ποικίλλει από άτομο σε άτομο, οι περισσότεροι αισθάνονται τις επιδράσεις από την θεραπεία μέσα σε 2 με 4 μέρες από την αρχή της θεραπείας. Σχεδόν όλοι όσοι υποβάλλονται σε αυτήν την θεραπεία πρέπει να αισθάνονται τα οφέλη μέσα σε 2 εβδομάδες (Clinic, 2004).

Η πρώτη αίσθηση που έχει κάποιος στην θεραπεία του φωτός είναι μια φυσική αίσθηση φωτεινότητας στο σώμα, ηρεμία και αυξημένη ενεργητικότητα. Στις μέρες που ακολουθούν, τα άτομα αναφέρουν ότι νιώθουν πως ένα βασικό πρόβλημα έχει διορθωθεί. Τα συμπτώματα της θλίψης εξαφανίζονται ένα-ένα ή όλα μαζί (Rosenthal, 2006).

Οι πιο ανεπιθύμητες επιδράσεις της θεραπείας του φωτός είναι:

- Πονοκέφαλοι
- Υπερδραστηριότητα
- Ευαισθησία
- Αϋπνία
- Ναυτία
- Κούραση

- Ξηρότητα στα μάτια
- Κάψιμο στο δέρμα (Clinic, 2004).

4.2.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΩ ΤΕΧΝΗΣ

Σήμερα πολλές μορφές τέχνης βρίσκονται στην υπηρεσία της θεραπείας και πολλοί άνθρωποι καταφεύγουν σ' αυτές τις τεχνικές. Μπορούμε να αναφέρουμε τη μουσική (μουσικοθεραπεία) και φυσικά το θέατρο (ψυχόδραμα) (www.minima-hania.gr).

Η θεραπεία μέσω της τέχνης αποτελεί μια ειδικευμένη, μη λεκτική τεχνική θεραπείας που χρησιμοποιείται ευρύτατα στο χώρο της ψυχικής υγείας και βοηθά στην απελευθέρωση μέσω συμβολικής φαντασίωσης, καταπιεσμένων συναισθημάτων και ασυνείδητου υλικού. Οι ομάδες τέχνης που δημιουργούνται ολοένα από τις δομές ψυχικής υγείας χρησιμοποιούν στοιχεία από την ψυχοθεραπεία και την τέχνη. Σκοπός τους δεν είναι το καλλιτεχνικό αποτέλεσμα αλλά τα ευρύτερα συγκινήματα και συναισθήματα των μελών και η επεξεργασία τους (www.minima-hania.gr).

Ορισμένες βασικές έννοιες της θεραπείας μέσω των εικαστικών ενθαρρύνουν την απεικονιστική έκφραση της εσωτερικής εμπειρίας και με αυτή την έννοια η τέχνη αναγνωρίζεται ως μια διαδικασία αυθόρμητης αναπαράστασης που αποδεσμεύει το ασυνείδητο και βασίζεται στην αναγνώριση του ότι οι πιο θεμελιώδεις σκέψεις και τα συναισθήματα του ανθρώπου που προέρχονται από το ασυνείδητο, βρίσκουν την έκφραση τους περισσότερο στις εικόνες παρά στις λέξεις (μη λεκτική επικοινωνία). Ορισμένες φορές στην θεραπεία μέσω των εικαστικών η εικόνα χρησιμοποιείται απλώς και μόνο για να διευκολύνει την λεκτική επικοινωνία (Μετάφραση: Γ. Σκαρβέλη, 1995).

Μεγάλη σημασία επίσης σε αυτό το είδος της επικοινωνίας έχει η σωστή χρήση του κάθε μέσου. Τα καλλιτεχνικά υλικά έχουν πολλές χρήσεις και το καθένα έχει ιδιαίτερες θεραπευτικές ιδιότητες. Η εισαγωγή της

ζωγραφικής, της τεχνικής με άμμο ή με πηλό σε κάποια συγκεκριμένη στιγμή της θεραπείας πιθανόν να αποδειχθεί κρίσιμη (Μετάφραση: Γ. Σκαρβέλη 1995).

4.2.3.1 ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η μουσικοθεραπεία ορίζεται ως η επιστήμη που ενδιαφέρεται για τα μετρήσιμα αποτελέσματα της επίδρασης της μουσικής στην ανθρώπινη φυσιολογία. Πχ για την ρύθμιση του κυκλοφορικού, της αρτηριακής πίεσης, του αναπνευστικού, την μεγαλύτερη ανοχή στον σωματικό πόνο, την έκκριση των λεγόμενων ορμονών της ευτυχίας, την μείωση αγχολυτικών και αναισθητικών φαρμάκων, την μείωση του προεγχειρητικού άγχους, την πιο γρήγορη ανάρρωση κ.α.. (www.iator.gr).

Ως διαπροσωπική σχέση (Κλινική προσέγγιση) δανείζεται μεθόδους και τεχνικές από γνωστές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις προκειμένου να προστατεύσει την σχέση εμπιστοσύνης Μουσικοθεραπευτή-Συμμετέχοντος. Χρησιμοποιεί δηλαδή έγκυρο και παγκοσμίως αποδεκτό κώδικα ώστε να εκτιμήσει, αναλύσει, ερμηνεύσει και αξιολογήσει την θεραπευτική πορεία του Συμμετέχοντος σε άμεση σύνδεση με την σχέση του με τον Μουσικοθεραπευτή (www.iator.gr).

Ως τέχνη αγγίζει την καλλιτεχνική φύση του ανθρώπου και δημιουργεί τις κατάλληλες συνθήκες για αυτοπραγμάτωση αφυπνίζοντας την γενετήσια ικανότητα του ανθρώπου για δημιουργική έκφραση και συνύπαρξη με το περιβάλλον του. Η ικανότητα του ανθρώπου για δημιουργία καθώς και για ανταπόκριση στην μουσική είναι γενετήσια και δεν επηρεάζεται από καμία αναπηρία, ασθένεια ή οργανική βλάβη (www.iator.gr).

Πρόκειται λοιπόν για τη δημιουργική πορεία της σχέσης των δυναμικών στοιχείων Μουσικοθεραπευτή – Συμμετέχοντος – Μουσικής με σκοπό να οδηγήσει στην ποθητή αλλαγή του τρόπου ζωής του ανθρώπου. Δια μέσου αυτής της δυναμικής τριάδας ο Θεραπευτής και η μουσική εργάζονται μαζί

προκειμένου να βοηθήσουν τον Συμμετέχοντα, όπως θα λειτουργούσαν δύο γονείς που προσπαθούν να βοηθήσουν το παιδί τους (www.iator.gr).

Η πρώτη Μουσικοθεραπευτική σχέση του κάθε ανθρώπου (όχι φυσικά με την έννοια κλινικής προσέγγισης), είναι η επικοινωνιακή σχέση μητέρας - βρέφους. Στην Κλινική Μουσικοθεραπεία ο Συμμετέχων καλείται να επιλέξει και να παίξει μουσικά όργανα (δεν χρειάζεται να έχει γνώσεις μουσικής). Ο Μουσικοθεραπευτής είναι ειδικά εκπαιδευμένος στο να ακούει το «παιδί-μουσικό» (“music child”, P.Nordoff-C.Robbins) στον άνθρωπο και να συνθέτει την ανάλογη ηχητική εικόνα, στη μοναδικότητα της στιγμής. Ο άνθρωπος είναι σα «μουσικό όργανο» με τη μοναδική μουσική του ταυτότητα η οποία εναρμονίζεται ανάλογα με τις συνθήκες. Η αναπνοή, οι σφυγμοί της καρδιάς, η χροιά, η τοποθέτηση και ένταση της φωνής και των κινήσεων καθώς οι ήχοι των σκέψεων και συναισθημάτων συνθέτουν αυτή τη μουσική ταυτότητα του ανθρώπου προσφέροντας έτσι υλικό στον θεραπευτή για το μουσικό «θέμα» του κλινικού αυτοσχεδιασμού (www.iator.gr).

Ο Συμμετέχων ακούει την οικεία σ’ αυτόν ηχητική εικόνα που δημιουργεί ο Μουσικοθεραπευτής, αισθάνεται ότι ένας άνθρωπος τον «νιώθει», τον «καταλαβαίνει» και μπορεί να συνυπάρξει στο δικό του «θέμα» και εμπλέκεται στη θεραπευτική σχέση χτίζοντας εμπιστοσύνη. «Α! Εσύ δε μου λες τι να κάνω... Εδώ, κάνω εγώ αυτό που θέλω... επιτέλους!», είπε με ενθουσιασμό ένα παιδί με δυσλεξία κατά τη διάρκεια της μουσικοθεραπευτικής διαδικασίας μαζί μου (www.iator.gr).

Στον κλινικό αυτοσχεδιασμό ο Μουσικοθεραπευτής απελευθερώνεται από τις νόρμες της μουσικής σκέψης και χρησιμοποιεί τα μουσικά στοιχεία έτσι ώστε να συνδεθεί και να επικοινωνήσει με το «είναι» του ανθρώπου και να διευκολύνει τη διαδικασία για αλλαγή. Δε γίνεται λοιπόν λόγος για προηχογραφημένη μουσική και γνωστά τραγούδια, όπου ο άνθρωπος μπορεί να «κουρντιστεί» ανάλογα με την μουσική που του προτείνεται και να οδηγηθεί σε πρόσκαιρες αλλαγές οι οποίες δεν απευθύνονται στο «είναι» του (www.iator.gr).

Όπως ο Ψυχαναλυτής δεν χρησιμοποιεί τον οπλισμό των γνώσεών του αλλά περιμένει να αιφνιδιαστεί από τον Αναλυόμενο όταν ο ίδιος θα μεταφέρει

σε λόγο αυτό (το σύμπτωμα) που δεν μπορεί να ειπωθεί, έτσι και ο Μουσικοθεραπευτής περιμένει από τον Συμμετέχοντα να δώσει τον «οπλισμό» της κλίμακας και τον ρυθμό. Ενόσω ο Συμμετέχων βιώνει αυτό που δεν μπορεί να ειπωθεί ενθαρρύνεται από τον Μουσικοθεραπευτή να προχωρήσει σε δημιουργική έκφραση. Η μουσική λειτουργεί ως συμβολική προβολή ασυνείδητων πλευρών του είναι του ανθρώπου - και το «ασυνείδητο είναι δομημένο ως γλώσσα» (Lacan). Από τη γλώσσα της μουσικής ο Συμμετέχων θα περάσει στη συνειδητοποίηση (www.iator.gr).

Η φωνή του ανθρώπου πχ, σύμφωνα με την ψυχαναλυτική γνώση, καθορίζεται από τη σχέση με τη μητέρα και τον τρόπο με τον οποίο η σχέση αυτή συνδέεται με τη συνάντηση με την πραγματικότητα. Ανάλογα λοιπόν με το πώς γίνεται αποδεκτό το αίτημα του παιδιού από τη μητέρα στην πραγματικότητα, διαμορφώνεται και η φωνή του (www.iator.gr).

Στην δυναμική της τριάδας: Μουσικοθεραπευτής – Μουσική – Συμμετέχων χρησιμοποιείται δημιουργικά η «μεταβίβαση» και «αντιμεταβίβαση» της δυναμικής της οικογένειας, όπου, ανάλογα με την ανάγκη που υπάρχει, η μουσική και ο Μουσικοθεραπευτής εμπλέκονται σε εναλλαγές ρόλων (μητέρας, πατέρα κ) με σκοπό την αναβίωση και τον αναπροσδιορισμό της δυναμικής της πυρηνικής οικογένειας. (www.iator.gr)

Στην Ινδία για παράδειγμα ακούνε στο διάστημα της τετάρτης καθαρής τη σχέση μαμάς – παιδιού (κυρίαρχο σημείο αναφοράς στα περισσότερα νανουρίσματα του κόσμου) (www.iator.gr).

Πρόκειται δηλαδή για μια θεραπεία η οποία δεν έχει σα σκοπό να «φυσιολογικοποιήσει» τον άνθρωπο , βγάζοντας τον έξω από την κατάσταση στην οποία βρίσκεται και «κουρντίζοντας» τον έτσι ώστε να προσαρμοστεί σε δικά μας οικεία πρότυπα ζωής. Ο Συμμετέχων γίνεται ενεργητικός σύντροφος του θεραπευτή , (γι αυτό και η παθητική έννοια του όρου «θεραπευόμενος» δεν ισχύει). Συνεργάζεται με τον Μουσικοθεραπευτή και δημιουργούνε μαζί την θεραπεία που θα οδηγήσει στην ποθητή αλλαγή. Με αυτή την έννοια δεν πρόκειται για συνταγές ή τεχνικές που εφαρμόζονται σε όλους τους ανθρώπους με τον ίδιο τρόπο (www.iator.gr).

Όπως η μουσική με την πολυδιάστατη φύση της μπορεί να αγγίξει κάθε άνθρωπο, έτσι και η Μουσικοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον άνθρωπο σε οποιαδήποτε ηλικία και σε οποιαδήποτε ψυχοσωματική κατάσταση: στη σχέση με τον εαυτό του και τους άλλους, στο τρακ, στο άγχος, στην κατάθλιψη, σε συναισθηματικές διαταραχές, σε ψυχοσωματικές διαταραχές, σε εγκεφαλικά, σε καρδιοπάθειες, σε καρκίνο, σε ειδικές ανάγκες, σε ψυχιατρικές παθήσεις κλπ. Για αυτό το λόγο είναι απαραίτητη η δημιουργία μουσικοθεραπευτικών πλαισίων σε χώρους ειδικής αγωγής, σε κλινικές, σε νοσοκομεία, σε ιδρύματα και όπου υπάρχει η ανάγκη για θεραπευτική αγωγή (www.iator.gr).

Λόγω του ότι η Μουσικοθεραπεία βασίζεται στη μη λεκτική επικοινωνία και στην δημιουργικότητα του ανθρώπου, απευθύνεται και σε ανθρώπους που ενδιαφέρονται για προσωπική εξέλιξη και αυτογνωσία (www.iator.gr).

4.2.3.2 ΨΥΧΟΔΡΑΜΑ

Το ψυχόδραμα είναι μια ψυχοθεραπευτική μέθοδος ομαδικής εμπειρίας με στόχο την αυτογνωσία, τη θεραπεία και την καλλιέργεια κοινωνικών δεξιοτήτων. Οφείλει την ύπαρξή του στον ψυχίατρο J.L.Moreno. από τότε μέχρι σήμερα έχει υποστεί πολλές παραλλαγές όπως το κοινωνιόδραμα και το αξιόδραμα. Στην κλασσική του μορφή όπως το δόμησε αρχικά ο δημιουργός του πρόκειται για μια θεατρική παράσταση βασισμένη στις δομές του αρχαίου ελληνικού δράματος. Μέσα στο κλασσικό ψυχόδραμα ζωντανεύουν και αναβιώνουν παλιές εμπειρίες ή φαντασιώσεις/όνειρα, με στόχο την κάθαρση μέσα από την εκτόνωση συναισθημάτων που έχουν μπλοκαριστεί καθώς επίσης και τη διδασχά νέων τρόπων αντιμετώπισης καταστάσεων από τις οποίες ο πρωταγωνιστής δεν φαινόταν να έχει διεξόδους. Είναι συχνό το φαινόμενο «αλυσιδωτών σκηνών» όπου μέσα από συνειρμούς, ο πρωταγωνιστής φτάνει να αναβιώνει κάποια αρχική εμπειρία που του καθόριζε μέχρι σήμερα ένα μη επιθυμητό τρόπο ύπαρξης (www.minimahanania.gr) .

Στην διεργασία ανάπτυξης βιωμάτων οι πρωταγωνιστές εκφράζουν και μύχιες ανησυχίες/προβληματισμούς της ομάδας, αφού η «παράσταση» βασίζεται σε ένα θέμα που επέλεξε η ίδια η ομάδα (www.minima-hania.gr) .

Το ψυχόδραμα είναι ένας ζωντανός αυθεντικός τρόπος προσέγγισης των προβλημάτων της ζωής. Για να συμμετέχει κάποιος σε ομάδα ψυχοδράματος δεν χρειάζεται κανένα απολύτως «ταλέντο». Ο Moreno βάσισε όλη τη δομή του ψυχοδράματος πάνω στον αυτοσχεδιασμό και υποστήριξε πως η ζωή του κάθε ανθρώπου έχει την δική της αξία κ αξιοπρέπεια (www.minima-hania.gr) .

B ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

5.1 ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση πιθανών σημείων ή συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους φοιτητές του ΤΕΙ της Πάτρας

5.1.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Τα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας αυτής αφορούν:

- α. Τα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης στην νεανική ηλικία 18-25.
- β. Την εμφάνιση σημείων ή συμπτωμάτων της κατάθλιψης στο φοιτητικό πληθυσμό του ΤΕΙ Πάτρας.
- γ. Την δυνατότητα αναγνώρισης των σημείων ή των συμπτωμάτων της κατάθλιψης από τους νέους φοιτητές.

5.1.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Η μελέτη αυτή στηρίχθηκε στις παρακάτω ερευνητικές υποθέσεις, οι οποίες αφορούν:

- α. Τις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες των νέων για επαγγελματική αποκατάσταση, η ανεργία, το άγχος για την εύρεση εργασίας μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη κατάθλιψης στους νέους (Tucker, 1999).
- β. Τον λανθασμένο τρόπο ανάπτυξης του εφήβου στον βιοσωματικό, γνωστικό, ψυχοκοινωνικό και συναισθηματικό τομέα, ο οποίος μπορεί να

οδηγήσει στην ανάπτυξη κατάθλιψης στους νέους (Oster 1995, Tucker 1999, Κουρκούτας 2001, Νασιάκου 2000, Σηφάκη 2001).

γ. Τη δυνατότητα που φαίνεται να υπάρχει από το νεαρό φοιτητικό πληθυσμό να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της κατάθλιψης (Κλεφτάρας 1998, Μάνος 1997, Νταλάτζας 2006, Χριστοδούλου 2001, Carr 2002, Gilbert 1999, Loo & Gallarda 1998).

δ. Τη δημιουργία συμβουλευτικών σταθμών στα Ανώτατα Ιδρύματα η οποία φαίνεται ότι έχει βοηθήσει στην ανίχνευση και αντιμετώπιση της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης στους νεαρούς φοιτητές και σπουδαστές.

5.1.3 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μελέτη αυτή θεωρείται σημαντική για δύο λόγους: i) το αντικείμενο το οποίο μελετά θα προσδώσει περισσότερα στοιχεία για την εμφάνιση σημείων ή συμπτωμάτων της κατάθλιψης στο φοιτητικό πληθυσμό και ii) θα βοηθήσει στη διαμόρφωση μιας πιο ολοκληρωμένης άποψης σχετικά με την αναγκαιότητα οργάνωσης Συμβουλευτικού Σταθμού στο ΤΕΙ της Πάτρας.

5.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μελέτη αυτή ήταν ποσοτική και ο στόχος ήταν να εξάγει ποσοτικά (στατιστικά) αποτελέσματα. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της μελέτης αυτής ήταν η επισκόπηση. Οι επισκοπήσεις συλλέγουν δεδομένα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, αποσκοπώντας να περιγράψουν τη φύση των υπαρχουσών συνθηκών ή να εντοπίσουν σταθερές με βάση τις οποίες μπορούν να συγκριθούν οι υπάρχουσες συνθήκες ή να προσδιορίσουν τις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα σε συγκεκριμένα γεγονότα (Cohen-Manion, 1994).

Η επισκόπηση μπορεί να είναι ή μεγάλης κλίμακας και αναλαμβάνει την διεξαγωγή της κάποια κυβερνητική υπηρεσία ή να είναι μικρής κλίμακας και διεξάγεται από ένα μεμονωμένο ερευνητή. Για τη συλλογή πληροφοριών χρησιμοποιείται συνήθως μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες τεχνικές συγκέντρωσης δεδομένων: δομημένες ή ημιδομημένες συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται επιτόπου ή ερωτηματολόγια μέσω ταχυδρομείου, σταθμισμένα τεστ επίδοσης ή γνώσεων και κλίμακες στάσεων (Cohen-Manion, 1994).

Η έρευνα αυτή διήρκησε συνολικά δύο (2) εβδομάδες, από τον Ιανουάριο 2008 (28-1-2008) έως και τον Φεβρουάριο 2008 (8-2-2008) κατά την εξεταστική περίοδο των φοιτητών και πραγματοποιήθηκε στο χώρο του Τ.Ε.Ι Πάτρας. Για την ομαλή διεξαγωγή και την ολοκλήρωση της έρευνας αυτής ήταν σκόπιμο να χωριστεί στις τρεις (3) παρακάτω φάσεις:

Α΄ Φάση

Η πρώτη φάση της έρευνας αφορούσε αρχικά τη διεξαγωγή των ερευνητικών ερωτημάτων, των ερευνητικών υποθέσεων και των ερευνητικών στόχων. Ακολούθησε η ανεύρεση της σχετικής βιβλιογραφίας που θα στήριζε το θεωρητικό μέρος της μελέτης αυτής.

Β΄ Φάση

Κατά τη Β΄ φάση αρχικά επιλέχθηκε ο τόπος διεξαγωγής της έρευνας, δηλαδή το ΤΕΙ της Πάτρας και ειδικότερα το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας απ' όπου θα γινόταν και η δειγματοληψία και η χρονική διάρκεια της μελέτης, δηλαδή από τον Ιανουάριο 2008 (28-1-2008) έως και τον Φεβρουάριο 2008 (8-2-2008) κατά τη χειμερινή εξεταστική περίοδο των σπουδαστών.

Κατόπιν, ακολούθησε η κοινοποίηση προς την προϊσταμένη του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας με σχετικό έγγραφο για την σχετική αναζήτηση και παραχώρηση της άδειας διεξαγωγής της έρευνας.

Στη συνέχεια εκπονήθηκε το ερωτηματολόγιο και μετά το μοίρασμα 350 ερωτηματολογίων στους σπουδαστές.

Τέλος, η φάση αυτή ολοκληρώθηκε με την κωδικοποίηση των απαντήσεων των υποκειμένων της έρευνας και η στατιστική τους ανάλυση με βάση το Στατιστικό Πακέτο για Κοινωνικές Επιστήμες, (Statistical Package for Social Sciences), το S.P.S.S.

Γ΄ Φάση

Στην τελευταία φάση της έρευνας ακολούθησε η διεξαγωγή συμπερασμάτων με βάση τα στατιστικά αποτελέσματα της έρευνας αυτής καθώς και μία συγκριτική θεώρηση (συζήτηση) ανάμεσα στα συμπεράσματα αυτά και τα θεωρητικά δεδομένα, στα οποία στηρίχθηκε η μελέτη.

Τέλος, διεξήχθησαν οι προτάσεις-εισηγήσεις οι οποίες πηγάζουν από τα συμπεράσματα της έρευνας.

5.3 ΠΛΥΘΗΣΜΟΣ –ΔΕΙΓΜΑ

Ο **πληθυσμός** της συγκεκριμένης έρευνας είναι όλοι οι νέοι που σπουδάζουν ηλικίας 18-25 ετών και το δείγμα μας ήταν οι τριακόσιοι σαράντα τέσσερις (344) σπουδαστές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Πάτρας, ειδικότερα πενήντα επτά (57) άντρες και διακόσιες ογδόντα επτά (287) γυναίκες.

Σύμφωνα με την Σαχίνη – Καρδάση (2004), πληθυσμός μιας μελέτης είναι όλα τα μέλη της ομάδας που θα μελετηθεί, τα οποία ικανοποιούν ορισμένα κριτήρια. Δείγμα είναι ένας μικρόκοσμος του πληθυσμού της ερευνητικής μελέτης (Σαχίνη – Καρδάση 2004).

Πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε η **βολική δειγματοληψία** όπου επιλέγονται τα πλησιέστερα άτομα, για να χρησιμεύουν ως απαντώτες, και αυτή η διαδικασία συνεχίζεται μέχρι να αποκτηθεί το απαιτούμενο μέγεθος του δείγματος. Ως απαντώτες σε επισκοπήσεις που βασίζονται στη “βολική” δειγματοληψία συχνά χρησιμεύουν “αιχμάλωτα” ακροατήρια, όπως οι μαθητές ή οι φοιτητές διδασκαλικών σχολών (Cohen, 1994).

Η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε σε αυτή την μελέτη είναι χωρίς πιθανότητα γιατί σύμφωνα με την Σαχίνη-Καρδάση (2004) η δειγματοληψία μη πιθανότητας δεν παρέχει κανέναν τρόπο για υπολογισμό της πιθανότητας ότι κάθε μέλος ή στοιχείο του πληθυσμού θα έχει την ίδια ευκαιρία να συμπεριληφθεί στο δείγμα. Με την προσέγγιση δειγματοληψίας μη πιθανότητας τα αποτελέσματα θα είναι αντιπροσωπευτικά του δείγματος, όχι όμως όλου του πληθυσμού.

Το δείγμα αποτελούνταν από σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας και των οκτώ (8) εξαμήνων φοίτησης και πιο συγκεκριμένα: - σαράντα οκτώ (48) φοιτητές ήταν από το Α΄ Εξάμηνο-πενήντα (50) φοιτητές από το Β΄ Εξάμηνο-σαράντα δύο (42) φοιτητές από το Γ΄ Εξάμηνο-τριάντα επτά (37) φοιτητές από το Δ΄ Εξάμηνο-πενήντα (50) φοιτητές από το Ε΄ Εξάμηνο-σαράντα επτά (47) από το ΣΤ΄ Εξάμηνο-σαράντα πέντε (45) φοιτητές από το Ζ΄ Εξάμηνο και είκοσι πέντε (25) φοιτητές που βρίσκονται στο Πτυχίο.

5.4.ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνας, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο σαράντα (40) ερωτήσεων κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο αυτό βασίστηκε στους τομείς ανάπτυξης του ατόμου, δηλαδή τον βιοσωματικό, τον γνωστικό, τον ψυχοκοινωνικό και τον συναισθηματικό προκειμένου να διερευνηθούν οι παράγοντες εκείνοι, που συμβάλουν στην ανάπτυξη της κατάθλιψης.

Το ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από δύο (2) κύρια μέρη, από τα οποία το καθένα εξετάζει συγκεκριμένα στοιχεία του θέματος. Αναλυτικότερα, στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου εξετάζονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από τις κύριες ερωτήσεις, που χρησιμεύουν στην συγκέντρωση των απαραίτητων πληροφοριών για τη διεξαγωγή αποτελεσμάτων.

5.5 Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων κωδικοποιήθηκαν και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων αυτών έγινε με βάση το στατιστικό πακέτο για κοινωνικές επιστήμες SPSS 13.0.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μια ερώτηση, κωδικοποιήθηκε με έναν ακέραιο ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα, τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές, που η κάθε μία αντιπροσώπευε μια ερώτηση.

Μετά από την επεξεργασία των ποσοτικών μεταβλητών, προσδιορίστηκαν για κάθε ερώτηση οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες που συνδέονται από τα σχετικά διαγράμματα για καλύτερη κατανόηση.

Τέλος, αναλύθηκαν οι σχέσεις των απαντήσεων με βάση τον χρόνο φοίτησης, το φύλο, τον αριθμό των μελών της οικογένειας και τον τόπο κατοικίας των ερωτώμενων.

Για να γίνει αυτό ακολουθήθηκε κάποια διαδικασία, η οποία συμπεριλαμβάνει τα παρακάτω στάδια, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στην συγκεκριμένη έρευνα:

1. Κατοχύρωση των δεδομένων.
2. Έλεγχος των δεδομένων.
3. Διενέργεια στατιστικών ελέγχων.
4. Ανάλυση και μελέτη των αποτελεσμάτων (πίνακες συχνοτήτων και πίνακες συνάφειας).
5. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση, κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα, τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές, που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Κατά τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας αυτής, κρίθηκε σκόπιμος ο καταμερισμός των ερωτήσεων με βάση τους τομείς ανάπτυξης του ατόμου: Βιοσωματικός, Ψυχοσυναισθηματικός και Ψυχοκοινωνικός.

Πιο συγκεκριμένα:

α) Οι ερωτήσεις 26, 28, 29, 31 και 27 αφορούν πληροφορίες σχετικές με τον **βιοσωματικό τομέα ανάπτυξης**: όπως ύπνος, όρεξη, απώλεια-αύξηση βάρους, σεξουαλική δραστηριότητα, αίσθημα κόπωσης.

β) Οι ερωτήσεις 11, 21, 32, 34, 13, 16, 17, 18, 30, 38, 39, 14, 24, 35, 36, 15, 40, 40α, 20 και 19 αφορούν πληροφορίες σχετικές με τον **ψυχοσυναισθηματικό τομέα ανάπτυξης** όπως: το Κυρίαρχο συναίσθημα (ερωτήσεις 11, 21, 32, 34), το Αυτοσυναίσθημα (ερωτήσεις 13, 16, 17, 18, 30, 38, 39), την Ικανοποίηση-Ανηδονία (ερώτηση 14), την Αυτοεικόνα-Εικόνα Σώματος (ερωτήσεις 24, 35, 36), τις Ενοχές (ερώτηση 15) και το Καταθλιπτικό Συναίσθημα (ερωτήσεις 40, 40α, 20, 19).

γ) Οι ερωτήσεις 22, 23, 37, 33, 25 και 12 αφορούν πληροφορίες σχετικές με τον **ψυχοκοινωνικό τομέα ανάπτυξης** όπως: την Ενσυναίσθηση (ερωτήσεις 22, 23, 27), την Κοινωνικότητα (ερώτηση 33), την Εργασία (ερώτηση 25) και τα Σχέδια για το Μέλλον (ερώτηση 12).

5.6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

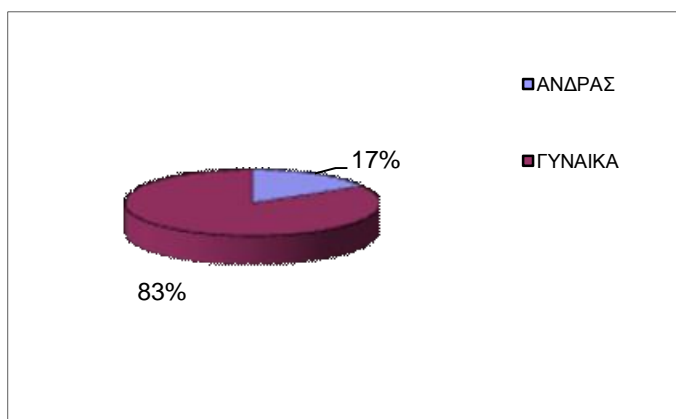
ΕΡΩΤΗΣΗ 1: ΦΥΛΟ

Πίνακας 1

ΦΥΛΟ	F	Fx (%)
ΑΝΔΡΑΣ	57	16,6
ΓΥΝΑΙΚΑ	287	83,4
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι το 16,6% των ερωτηθέντων φοιτητών ήταν άντρες ενώ το 83,4% ήταν γυναίκες.

Σχήμα 1



Στο παραπάνω σχήμα βλέπουμε ότι το 83% των ερωτηθέντων φοιτητών ήταν γυναίκες και το 17% ήταν άντρες. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

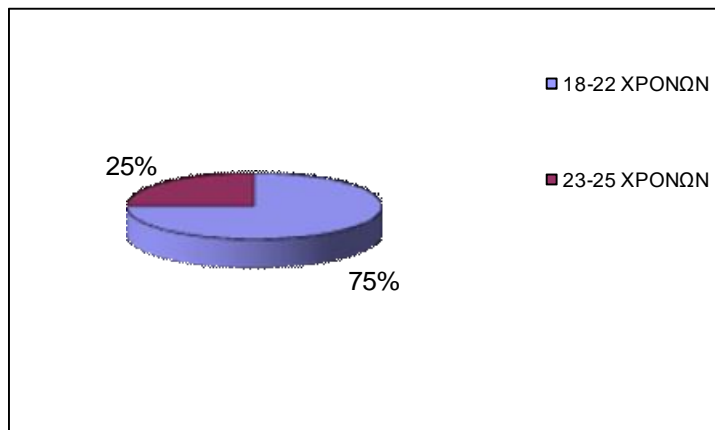
ΕΡΩΤΗΣΗ 2: ΗΛΙΚΙΑ

Πίνακας 2

ΗΛΙΚΙΑ	f	fx (%)
18-22 ΧΡΟΝΩΝ	258	75,0
23-25 ΧΡΟΝΩΝ	86	25,0
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Στον πίνακα αυτόν βλέπουμε ότι το 75% των ερωτηθέντων φοιτητών ήταν ηλικίας 18 έως 22, ενώ το 25% ήταν ηλικίας 23 έως 25.

Σχήμα 2



Στο παραπάνω σχήμα βλέπουμε ότι το 75% των ερωτηθέντων φοιτητών ήταν ηλικίας 18 έως 22, ενώ το 25% ήταν ηλικίας 23 έως 25.

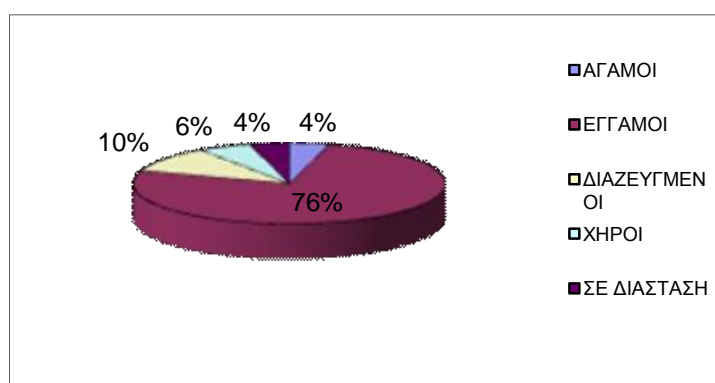
ΕΡΩΤΗΣΗ 3: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΟΝΕΩΝ

Πίνακας 3

<i>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΟΝΕΩΝ</i>	f	fx (%)
ΑΓΑΜΟΙ	14	4,1
ΕΓΓΑΜΟΙ	262	76,2
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΙ	35	10,2
ΧΗΡΟΙ	19	5,5
ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	14	4,1
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Στον πίνακα παρατηρούμε ότι ως προς την οικογενειακή κατάσταση των γονέων των φοιτητών το 4,1% είναι άγαμοι, το 76,2% είναι έγγαμοι, το 10,2% είναι διαζευγμένοι, το 5,5% είναι χήροι και τέλος το 4,1% είναι σε διάσταση.

Σχήμα 3



Στο παραπάνω σχήμα παρατηρούμε ότι ως προς την οικογενειακή κατάσταση των γονέων των φοιτητών το 4% είναι άγαμοι, το 76% είναι έγγαμοι, το 10% είναι διαζευγμένοι, το 6% είναι χήροι και τέλος το 4% είναι σε διάσταση. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

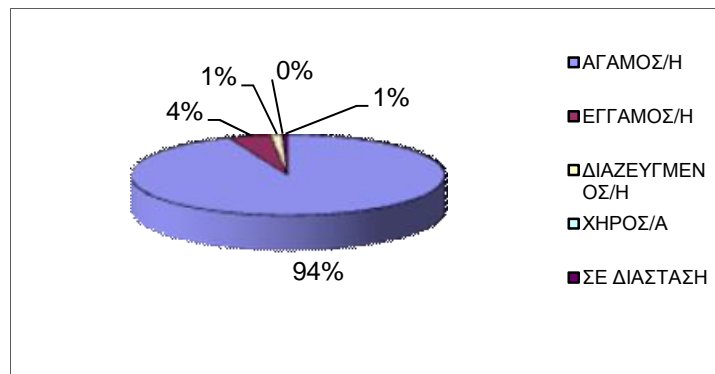
ΕΡΩΤΗΣΗ 4: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ

Πίνακας 4

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ	f	fx (%)
ΑΓΑΜΟΣ/Η	323	93,9
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	15	4,4
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	4	1,2
ΧΗΡΟΣ/Α	0	0
ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	2	0.5
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση του/της φοιτητή/τριας βλέπουμε ότι το 93,9% είναι άγαμος/η, το 4,4% είναι έγγαμος/η, το 1,2% είναι διαζευγμένος/η και το 0,5% είναι σε διάσταση. Ενώ δεν υπάρχει κάποιος/α φοιτητής/τρια που να είναι χήρος/α.

Σχήμα 4



Στο παραπάνω σχήμα βλέπουμε ότι ως προς την οικογενειακή κατάσταση του/της φοιτητή/τριας το 94% είναι άγαμος/η, το 4% είναι έγγαμος/η, το 1% είναι διαζευγμένος/νη και το 1% είναι σε διάσταση. Ενώ δεν υπάρχει κάποιος φοιτητής/τρια που να είναι χήρος/α. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

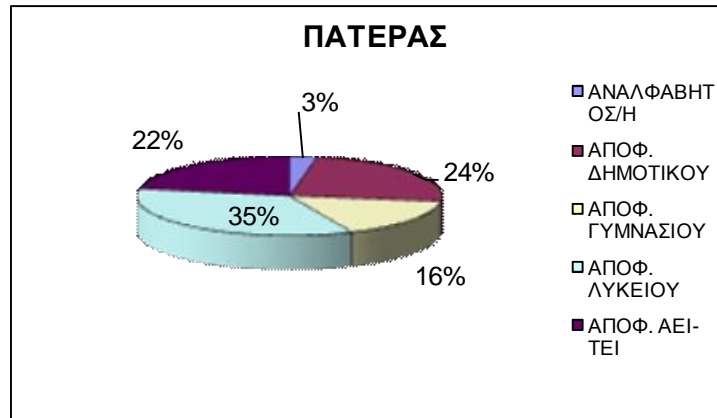
ΕΡΩΤΗΣΗ 5: ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Πίνακας 5

<i>ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ ΓΟΝΕΩΝ</i>	ΠΑΤΕΡΑΣ		ΜΗΤΕΡΑ	
	F	fx (%)	f	fx (%)
ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ/Η	10	2,9	8	2,3
ΑΠΟΦ. ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	84	24,4	77	22,4
ΑΠΟΦ. ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	55	16,0	56	16,3
ΑΠΟΦ. ΛΥΚΕΙΟΥ	119	34,6	122	35,5
ΑΠΟΦ. ΑΕΙ-ΤΕΙ	76	22,1	81	23,5
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0	344	100,0

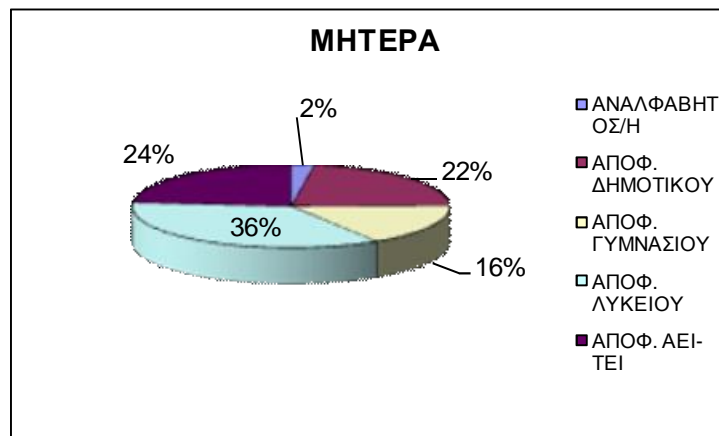
Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται το επίπεδο σπουδών των γονέων των φοιτητών. Συγκεκριμένα το 2,9% είναι αναλφάβητος ως προς τον πατέρα ενώ το 2,3% ως προς την μητέρα. Απόφοιτος/η δημοτικού στον πατέρα είναι το 24,4% και στην μητέρα το 22,4%. Απόφοιτος/η γυμνασίου είναι στον πατέρα το 16% ενώ στην μητέρα το 16,3%. Απόφοιτος/η λυκείου στον πατέρα είναι το 34,6% και στην μητέρα το 35,5%. Τέλος ως προς τον πατέρα το 22,1% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ-ΤΕΙ ενώ ως προς την μητέρα το 23,5%.

Σχήμα 5α



Στο παραπάνω σχήμα βλέπουμε το επίπεδο των σπουδών του πατέρα των φοιτητών. Παρατηρούμε ότι το 35% είναι απόφοιτοι λυκείου, το 24% είναι απόφοιτοι δημοτικού, το 22% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ – ΤΕΙ, το 16% είναι απόφοιτοι γυμνασίου και τέλος το 3% είναι αναλφάβητοι. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

Σχήμα 5β



Στο παραπάνω σχήμα φαίνεται το επίπεδο σπουδών της μητέρας των φοιτητών. Εδώ παρατηρούμε ότι το 36% είναι απόφοιτες λυκείου, το 24% είναι απόφοιτες ΑΕΙ – ΤΕΙ, το 22% είναι απόφοιτες γυμνασίου και μόνο το 2% είναι αναλφάβητες. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

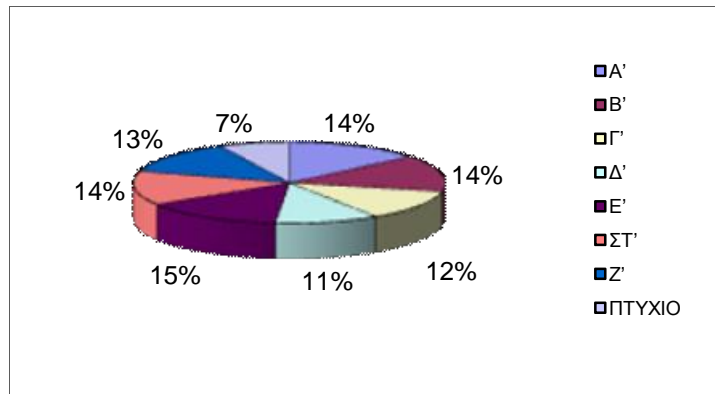
ΕΡΩΤΗΣΗ 6: ΕΞΑΜΗΝΟ ΦΟΙΤΗΣΗΣ

Πίνακας 6

<i>ΕΞΑΜΗΝΟ ΦΟΙΤΗΣΗΣ</i>	<i>f</i>	<i>fx (%)</i>
Α'	48	14,0
Β'	50	14,5
Γ'	42	12,2
Δ'	37	10,8
Ε'	50	14,5
ΣΤ'	47	13,7
Ζ'	45	13,1
ΠΤΥΧΙΟ	25	7,3
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε την συμμετοχή του κάθε εξαμήνου στην έρευνα μας. Πιο συγκεκριμένα το 14% είναι Α' εξαμήνου, το 14,5% είναι Β' εξαμήνου, το 12,2% είναι Γ' εξαμήνου, το 10,8% είναι Δ' εξαμήνου, το 14,5% είναι Ε' εξαμήνου, το 13,7% είναι ΣΤ' εξαμήνου, το 13,1% είναι Ζ' εξαμήνου και τέλος το 7,3% είναι πτυχίο.

Σχήμα 6



Στο παραπάνω σχήμα βλέπουμε ανά εξάμηνο την συμμετοχή των φοιτητών στην έρευνά μας. Πιο συγκεκριμένα παρατηρούμε ότι το 14% είναι Α' εξάμηνο, το 14% είναι Β' εξάμηνο, το 12% είναι Γ' εξάμηνο, το 11% είναι Δ' εξάμηνο, το 14% είναι Ε' εξάμηνο, το 14% είναι ΣΤ' εξάμηνο, το 13% είναι Ζ' εξάμηνο και το 7% είναι στο πτυχίο. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

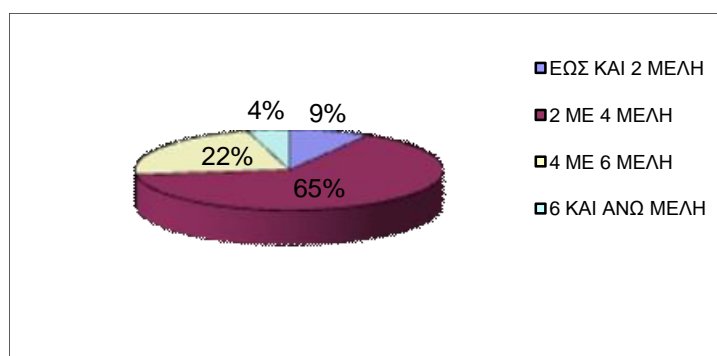
ΕΡΩΤΗΣΗ 7: ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Πίνακας 7

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	f	fx (%)
ΕΩΣ ΚΑΙ 2 ΜΕΛΗ	29	8,4
2 ΜΕ 4 ΜΕΛΗ	223	64,8
4 ΜΕ 6 ΜΕΛΗ	77	22,4
6 ΚΑΙ ΑΝΩ ΜΕΛΗ	15	4,4
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Στον πίνακα αυτόν βλέπουμε τον αριθμό των μελών της οικογένειας. Οι οικογένειες που αποτελούνται από έως και 2 μέλη είναι το 8,4%, οι οικογένειες με 2 με 4 μέλη είναι το 64,8%, με 4 με 6 μέλη είναι το 22,4% και με 6 και άνω μέλη είναι το 4,4%.

Σχήμα 7



Στο σχήμα αυτό φαίνεται ο αριθμός των μελών της οικογένειας. Οι οικογένειες που έχουν 2 έως 4 μέλη αποτελούν το 65%, οικογένειες που έχουν 4 μέλη αποτελούν το 22%, οι οικογένειες που έχουν έως και 2 μέλη αποτελούν το 9% ενώ οι οικογένειες που έχουν από 6 μέλη και άνω αποτελούν το 4% του συνόλου των ερωτηθέντων φοιτητών. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

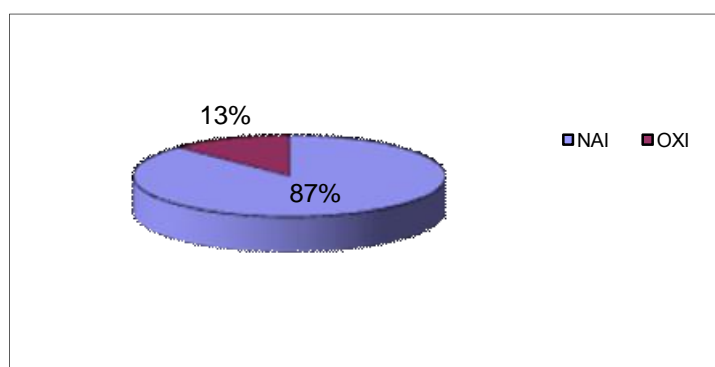
ΕΡΩΤΗΣΗ 8: ΑΔΕΡΦΙΑ

Πίνακας 8

ΑΔΕΡΦΙΑ	f	fx (%)
ΝΑΙ	301	87,5
ΟΧΙ	43	12,5
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σε αυτόν τον πίνακα παρατηρούμε ότι το 87,5% των ερωτηθέντων φοιτητών απάντησαν ότι έχουν αδέρφια ενώ το 12,5% ότι δεν έχουν.

Σχήμα 8



Στο παραπάνω σχήμα παρατηρούμε ότι το 87% των ερωτηθέντων φοιτητών έχουν αδέρφια ενώ το 13% δεν έχουν αδέρφια. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

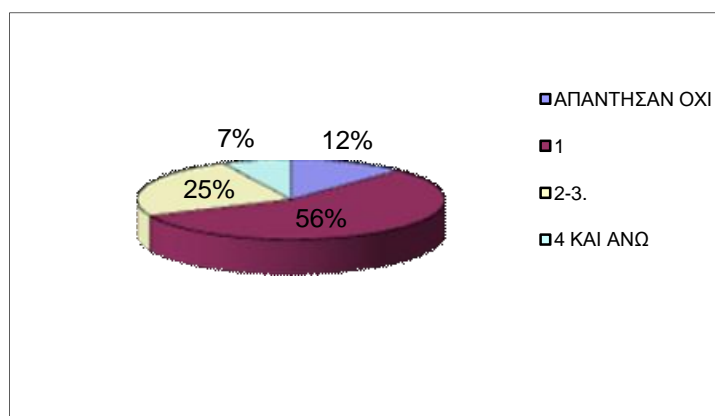
ΕΡΩΤΗΣΗ 8α: ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΔΕΡΦΩΝ

Πίνακας 8α

ΠΟΣΑ ΑΔΕΡΦΙΑ	f	fx (%)
ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ ΟΧΙ	42	12,2
1	193	56,1
2-3	84	24,4
4 ΚΑΙ ΑΝΩ	25	7,3
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Το 56,1% των ερωτηθέντων φοιτητών απάντησαν ότι έχουν 1 αδερφό/ή, το 24,4% ότι έχουν 2-3 αδέρφια ενώ το 7,3% ότι έχουν 4 και άνω αδέρφια.

Σχήμα 8α



Στο παραπάνω σχήμα βλέπουμε ότι το 56% των ερωτηθέντων φοιτητών έχουν ένα αδερφό, το 25% έχουν από δύο έως τρία αδέρφια, το 12% έχουν από τέσσερα αδέρφια και πάνω ενώ τέλος το 7% απάντησαν ότι δεν έχουν καθόλου αδέρφια. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

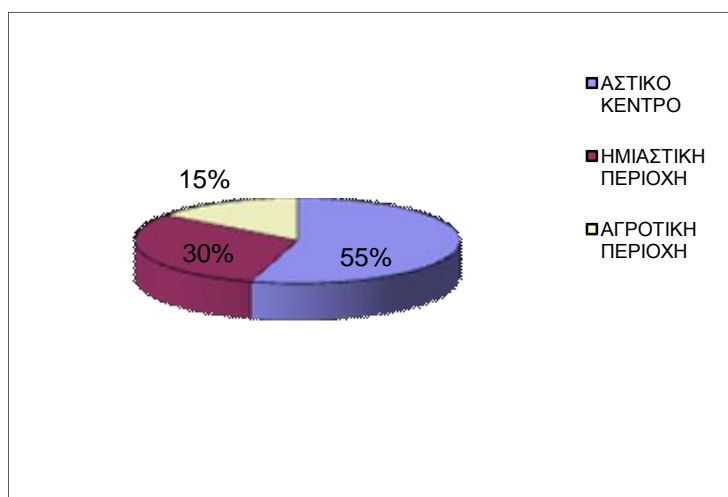
ΕΡΩΤΗΣΗ 9: ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Πίνακας 9

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	f	fx (%)
ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	188	54,7
ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	105	30,5
ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	51	14,8
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σε αυτόν τον πίνακα βλέπουμε ότι το 54,7% των φοιτητών προέρχονται από αστικό κέντρο, το 30,5% από ημιαστική περιοχή και το 14,8% από αγροτική περιοχή.

Σχήμα 9



Στο σχήμα αυτό φαίνεται ότι το 55% των ερωτηθέντων φοιτητών προέρχονται από αστικό κέντρο, το 30% προέρχονται από ημιαστική περιοχή και το 15% προέρχονται από αγροτική περιοχή. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

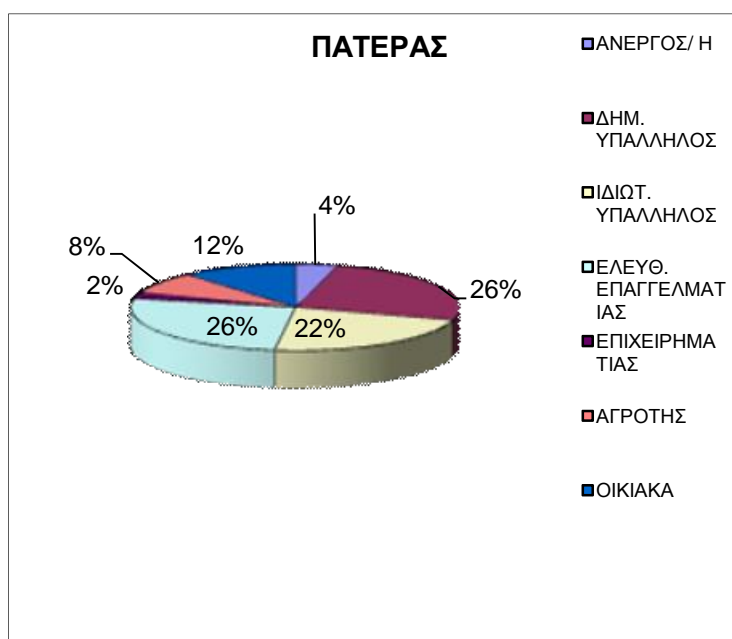
ΕΡΩΤΗΣΗ 10: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΝ

Πίνακας 10

<i>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΝ</i>	ΠΑΤΕΡΑΣ		ΜΗΤΕΡΑ	
	F	fx (%)	f	fx (%)
ΑΝΕΡΓΟΣ/ Η	14	4,1	10	2,9
ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	89	25,9	72	20,9
ΙΔΙΩΤ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	76	22,1	65	18,9
ΕΛΕΥΘ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	90	26,2	67	19,5
ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΑΣ	8	2,3	21	6,1
ΑΓΡΟΤΗΣ	28	8,1	24	7,0
ΟΙΚΙΑΚΑ	39	11,3	85	24,7
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0	344	100,0

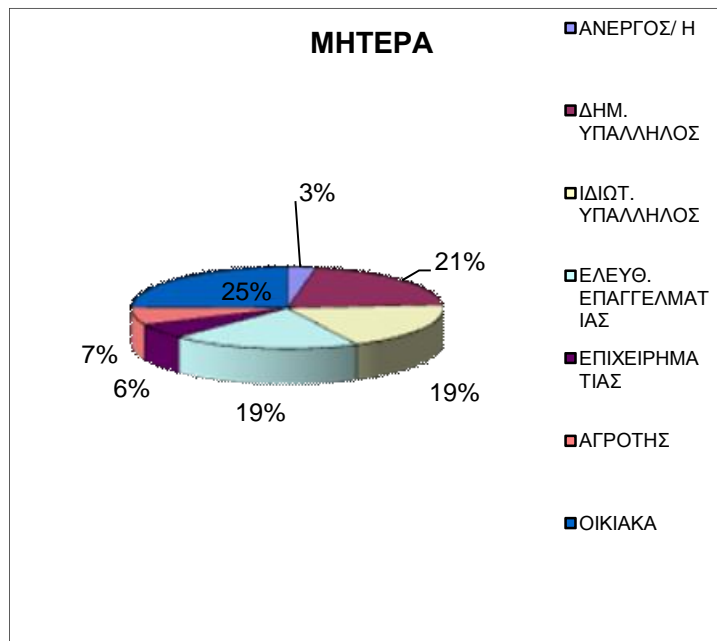
Σε αυτό τον πίνακα βλέπουμε το επάγγελμα των γονέων των φοιτητών. Ως προς τον πατέρα το 4,1% είναι άνεργος, το 25,9% είναι δημ. υπάλληλος, το 22,1% είναι ιδιωτ. υπάλληλος, το 26,2 είναι ελεύθερος επαγγελματίας, το 2,3% επιχειρηματίας, το 8,1% αγρότης και το 11,3% ασχολείται με τα οικιακά. Ως προς την μητέρα το 2,9% είναι άνεργη, το 20,9% είναι δημ. υπάλληλος, το 18,9% είναι ιδιωτ. Υπάλληλος, το 19,5% είναι ελεύθερος επαγγελματίας, το 6,1% είναι επιχειρηματίας, το 7% είναι αγρότης και το 24,7% ασχολείται με τα οικιακά.

Σχήμα 10^α



Στο παραπάνω σχήμα βλέπουμε το επάγγελμα των γονέων των φοιτητών. Ως προς τον πατέρα το 26% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, το 22% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 26% είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 12% ασχολούνται με οικιακά, το 8% είναι αγρότες, το 4% είναι άνεργοι και μόλις το 2% είναι επιχειρηματίες. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

Σχήμα 10β



Στο παραπάνω σχήμα παρατηρούμε το επάγγελμα των γονέων των φοιτητών. Ως προς την μητέρα βλέπουμε ότι το 25% ασχολούνται με τα οικιακά, το 21% είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 19% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, το 7% είναι αγρότισσες, το 6% είναι επιχειρηματίες και τέλος το 3% είναι άνεργες. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

ΒΙΟΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

A. ΥΠΝΟΣ : (ΕΡΩΤΗΣΗ 26)

B. ΟΡΕΞΗ : (ΕΡΩΤΗΣΗ 28)

Γ. ΑΠΩΛΕΙΑ-ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ : (ΕΡΩΤΗΣΗ 29)

Δ. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ : (ΕΡΩΤΗΣΗ 31)

Ε. ΑΙΣΘΗΜΑ ΚΟΠΩΣΗΣ : (ΕΡΩΤΗΣΗ 27)

ΒΙΟΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

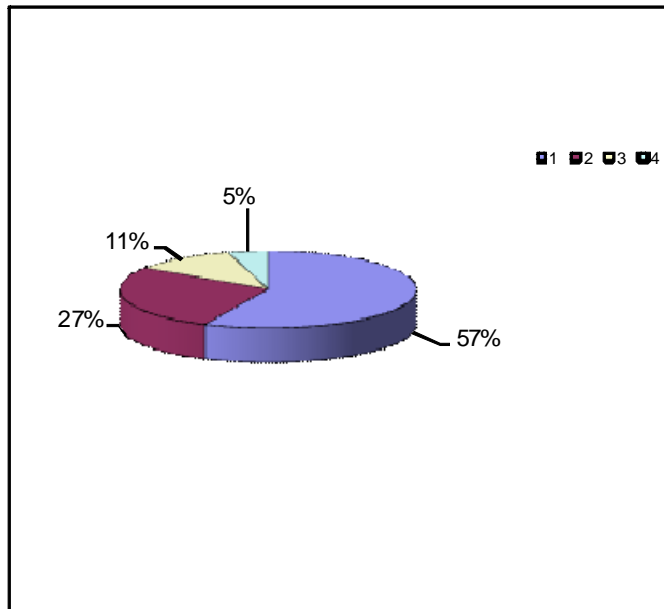
Α. ΥΠΝΟΣ

ΕΡΩΤΗΣΗ 26

Πίνακας 26

ΕΡΩΤΗΣΗ 26η	f	fx (%)
1) ΚΟΙΜΑΜΑΙ ΟΠΩΣ ΠΑΝΤΑ	196	57,0
2) ΔΕΝ ΚΟΙΜΑΜΑΙ ΟΠΩΣ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ	94	27,3
3) ΞΥΠΝΑΩ 1-2 ΩΡΕΣ ΝΩΡΙΤΕΡΑ ΑΠΟ ΟΤΙ ΣΥΝΗΘΙΖΑ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΑ ΜΕ ΞΑΝΑΠΕΡΝΕΙ Ο ΥΠΝΟΣ	39	11,3
4) ΞΥΠΝΑΩ ΑΡΚΕΤΕΣ ΩΡΕΣ ΝΩΡΙΤΕΡΑ ΑΠΟ ΟΤΙ ΣΥΝΗΘΙΖΑ ΚΑΙ ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΞΑΝΑΠΕΣΩ ΓΙΑ ΥΠΝΟ	15	4,4
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 26



Στο παραπάνω σχήμα βλέπουμε ότι το 58% των ερωτηθέντων φοιτητών απάντησε: **ΚΟΙΜΑΜΑΙ ΟΠΩΣ ΠΑΝΤΑ**, το 27% απάντησε **ΔΕΝ ΚΟΙΜΑΜΑΙ ΟΠΩΣ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ**, το 11% απάντησε **ΞΥΠΝΑΩ 1 ΕΩΣ 2 ΩΡΕΣ ΝΩΡΙΤΕΡΑ ΑΠΟ ΟΤΙ ΣΥΝΗΘΙΖΑ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΑ ΜΕ ΞΑΝΑΠΕΡΝΕΙ Ο ΥΠΝΟΣ** και το 4% απάντησε **ΞΥΠΝΑΩ ΑΡΚΕΤΕΣ ΩΡΕΣ ΝΩΡΙΤΕΡΑ ΑΠΟ ΟΤΙ ΣΥΝΗΘΙΖΑ ΚΑΙ ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΞΑΝΑΠΕΣΩ ΓΙΑ ΥΠΝΟ**. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

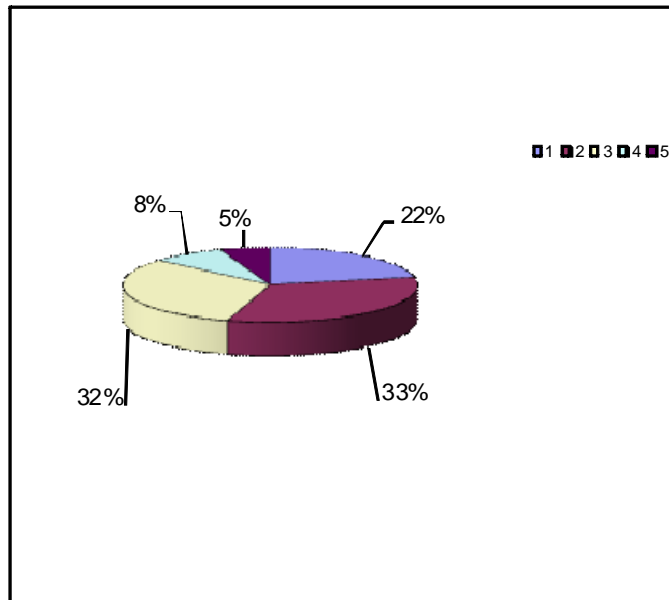
Β. ΟΡΕΞΗ

ΕΡΩΤΗΣΗ 28

Πίνακας 28

ΕΡΩΤΗΣΗ 28η	f	fx (%)
1) Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΕΙΝΑΙ ΟΠΩΣ ΣΥΝΗΘΩΣ	75	21,8
2) Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΟΠΩΣ ΣΥΝΗΘΩΣ	113	32,8
3) Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΕΧΕΙ ΑΥΞΗΘΕΙ ΚΑΤΑ ΠΟΛΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΠΡΙΝ	109	31,7
4) Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥ ΧΕΙΡΟΤΕΡΗ ΤΩΡΑ	28	8,1
5) ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΘΟΛΟΥ ΟΡΕΞΗ	19	5,5
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 28



Όπως φαίνεται στο παραπάνω σχήμα το μεγαλύτερο ποσοστό (33%) απάντησε: **Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΟΠΩΣ ΣΥΝΗΘΩΣ**, το 22% απάντησε **Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΕΙΝΑΙ ΟΠΩΣ ΣΥΝΗΘΩΣ**, το 32% απάντησε **Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΕΧΕΙ ΑΥΞΗΘΕΙ ΚΑΤΑ ΠΟΛΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΠΡΙΝ**, το 8% απάντησε **Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥ ΧΕΙΡΟΤΕΡΗ ΤΩΡΑ** και το 5% απάντησε **ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΘΟΛΟΥ ΟΡΕΞΗ**. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

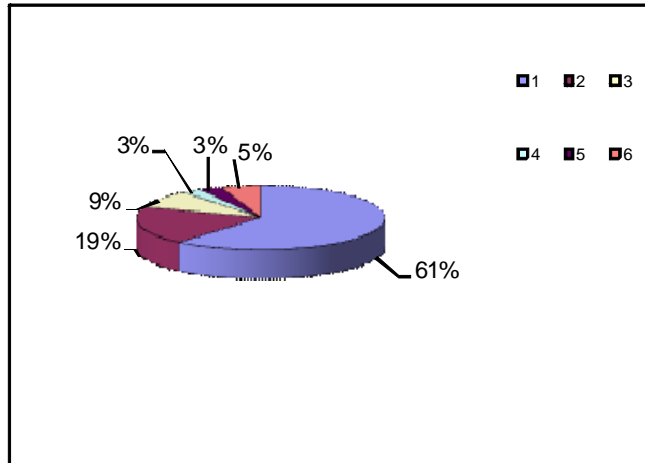
Γ. ΑΠΩΛΕΙΑ-ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ

ΕΡΩΤΗΣΗ 29

Πίνακας 29

ΕΡΩΤΗΣΗ 29η	f	fx (%)
1) ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΒΑΡΟΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ	211	61,3
2) ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΔΥΟ ΚΙΛΑ	65	18,9
3) ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΡΙΑ ΚΙΛΑ	31	9,0
4) ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΠΕΝΤΕ ΚΙΛΑ	9	2,6
5) ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΛΑ ΚΙΛΑ	10	2,9
6) ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΛΑ ΚΙΛΑ (ΑΝΩ ΤΩΝ 10 ΚΙΛΩΝ)	18	5,2
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 29



Στο παραπάνω σχήμα φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων φοιτητών (61%) απάντησε: **ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΒΑΡΟΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ**, το 19% απάντησε **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΔΥΟ ΚΙΛΑ**, το 9% απάντησε **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΡΙΑ ΚΙΛΑ**, το 3% απάντησε **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΠΕΝΤΕ ΚΙΛΑ**, το 3% απάντησε **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΛΑ ΚΙΛΑ** και το 5% **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΛΑ ΚΙΛΑ (ΑΝΩ ΤΩΝ 10 ΚΙΛΩΝ)**. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

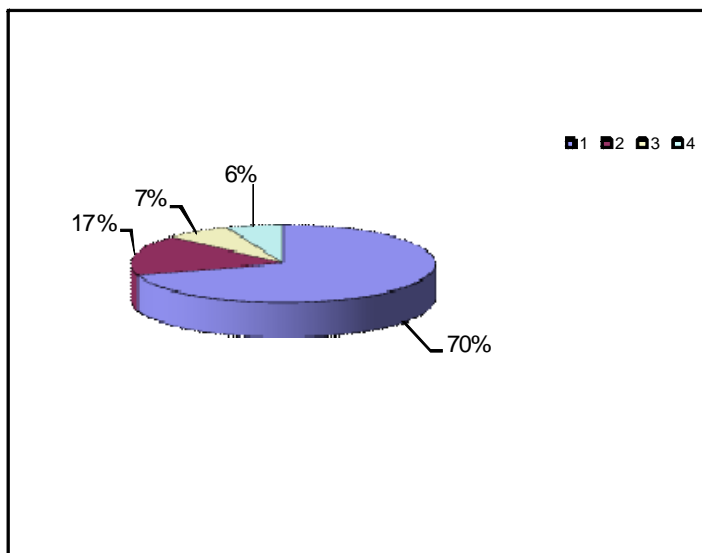
Δ. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

ΕΡΩΤΗΣΗ 31

Πίνακας 31

ΕΡΩΤΗΣΗ 31η	f	fx (%)
1) ΔΕΝ ΕΧΩ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΓΙΑ ΣΕΞ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ	241	70,1
2) ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΑΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΓΙΑ ΤΟ ΣΕΞ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ	58	16,9
3) ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΑΙ ΠΟΛΥ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΓΙΑ ΣΕΞ	24	7,0
4) ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΜΙΑ ΟΡΕΞΗ ΓΙΑ ΣΕΞ	21	6,1
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 31



Σε αυτό το σχήμα παρατηρούμε ότι το 70% των ερωτηθέντων φοιτητών απάντησε: **ΔΕΝ ΕΧΩ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΓΙΑ ΣΕΞ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ**, το 17% απάντησε **ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΑΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΓΙΑ ΤΟ ΣΕΞ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ**, το 7% απάντησε **ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΑΙ ΠΟΛΥ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΓΙΑ ΣΕΞ** και το 6% απάντησε **ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΜΙΑ ΟΡΕΞΗ ΓΙΑ ΣΕΞ**. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

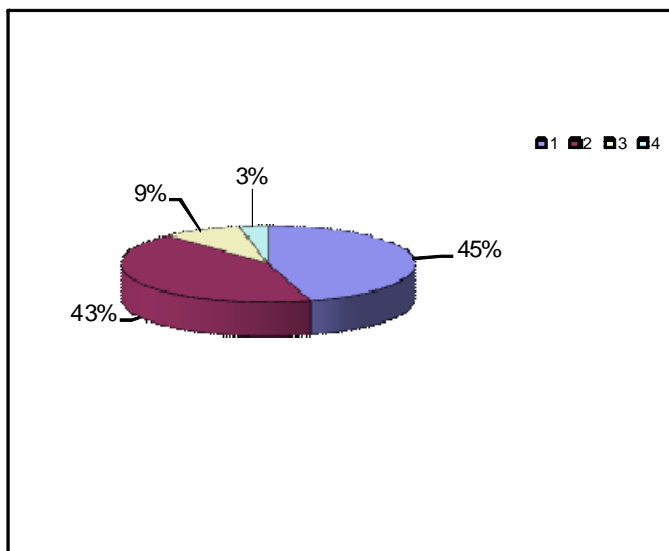
Ε. ΑΙΣΘΗΜΑ ΚΟΠΩΣΗΣ

ΕΡΩΤΗΣΗ 27

Πίνακας 27

ΕΡΩΤΗΣΗ 27 ^η	f	fx (%)
1) ΔΕΝ ΚΟΥΡΑΖΟΜΑΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ	156	45,3
2) ΚΟΥΡΑΖΟΜΑΙ ΕΥΚΟΛΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ	147	42,7
3) ΚΟΥΡΑΖΟΜΑΙ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΚΑΝΩ ΣΧΕΔΟΝ ΤΙΠΟΤΑ	30	8,7
4) ΕΙΜΑΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΚΟΥΡΑΣΜΕΝΟΣ ΓΙΑ ΝΑ ΚΑΝΩ ΟΤΙΔΗΠΟΤΕ	11	3,2
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 27



Στο παραπάνω σχήμα βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων φοιτητών (45%) απάντησε: **ΔΕΝ ΚΟΥΡΑΖΟΜΑΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ**, το 43% απάντησε **ΚΟΥΡΑΖΟΜΑΙ ΕΥΚΟΛΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ**, το 9% απάντησε **ΚΟΥΡΑΖΟΜΑΙ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΚΑΝΩ ΣΧΕΔΟΝ ΤΙΠΟΤΑ** και τέλος το 3% απάντησε **ΕΙΜΑΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΚΟΥΡΑΣΜΕΝΟΣ ΓΙΑ ΝΑ ΚΑΝΩ ΟΤΙΔΗΠΟΤΕ**. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

- A. ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ : (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 11, 21, 32, 34)
- B. ΑΥΤΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ : (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 13, 16, 17, 18, 30, 38, 39)
- Γ. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ-ΑΝΗΔΟΝΙΑ : (ΕΡΩΤΗΣΗ 14)
- Δ. ΑΥΤΟΕΙΚΟΝΑ-ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ : (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 24, 35, 36)
- Ε. ΕΝΟΧΕΣ : (ΕΡΩΤΗΣΗ 15)
- ΣΤ. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ : (40, 40α, 20, 19)

ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

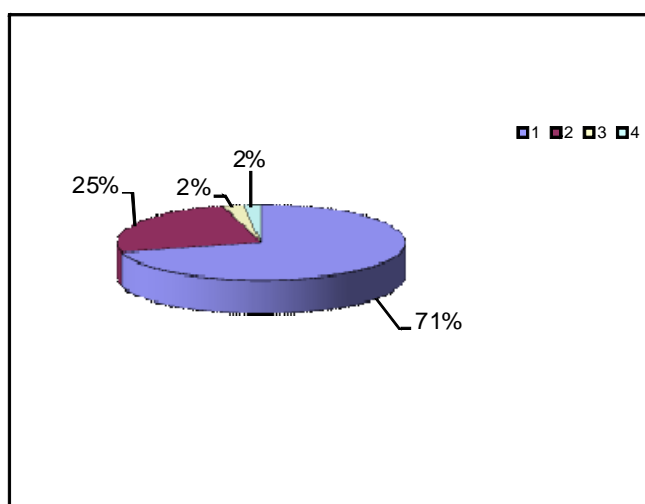
Α. ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΣΗ 11

Πίνακας 11

ΕΡΩΤΗΣΗ 11 ^η	f	fx (%)
1) ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΛΥΠΗΜΕΝΟΣ	243	70,6
2) ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΛΥΠΗΜΕΝΟΣ	86	25,0
3) ΕΙΜΑΙ ΛΥΠΗΜΕΝΟΣ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ ΚΑΙ ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΞΕΦΥΓΩ ΑΠΟ ΑΥΤΟ	8	2,3
4) ΕΙΜΑΙ ΤΟΣΟ ΛΥΠΗΜΕΝΟΣ Η ΔΥΣΤΥΧΙΣΜΕΝΟΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΤΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΩ	7	2,0
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 11



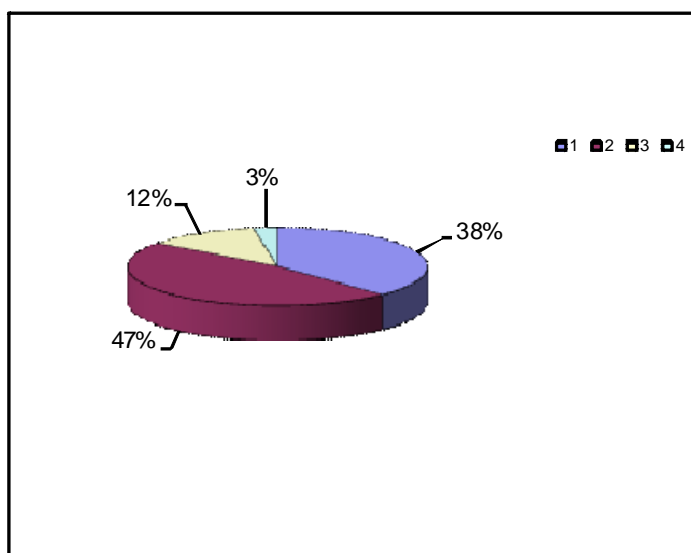
Το μεγαλύτερο ποσοστό (71%) απάντησε: **ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΛΥΠΗΜΕΝΟΣ**. Το 25% απάντησε **ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΛΥΠΗΜΕΝΟΣ**, το 2% απάντησε **ΕΙΜΑΙ ΛΥΠΗΜΕΝΟΣ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ ΚΑΙ ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΞΕΦΥΓΩ ΑΠΟ ΑΥΤΟ**, ενώ το 2% απάντησε **ΕΙΜΑΙ ΤΟΣΟ ΛΥΠΗΜΕΝΟΣ Ή ΔΥΣΤΥΧΙΣΜΕΝΟΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΤΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΩ**. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

ΕΡΩΤΗΣΗ 21

Πίνακας 21

ΕΡΩΤΗΣΗ 21η	f	fx (%)
1) ΔΕΝ ΕΝΟΧΛΟΥΜΑΙ ΑΠΟ ΑΥΤΑ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ	130	37,8
2) ΕΙΜΑΙ ΛΙΓΟ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΑΠΟ ΟΣΟ ΣΥΝΗΘΩΣ	163	47,4
3) ΕΙΜΑΙ ΑΡΚΕΤΑ ΕΝΟΧΛΗΜΕΝΟΣ Η ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΓΙΑ ΠΟΛΥ ΧΡΟΝΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	42	12,2
4) ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΩΡΑ	9	2,6
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 21



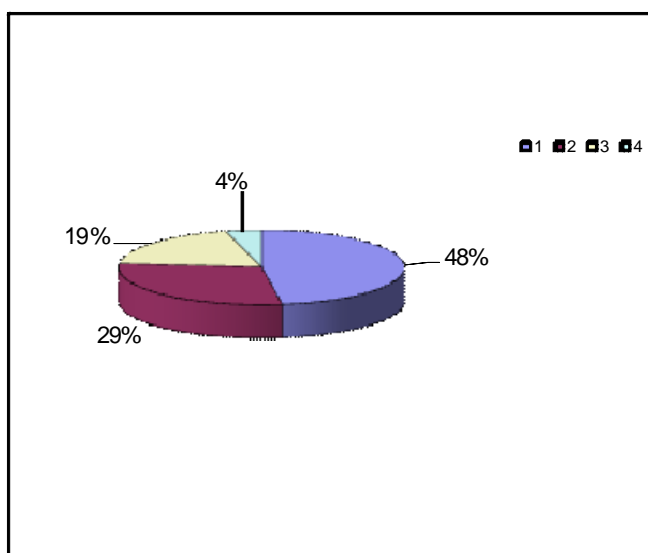
Στο παραπάνω σχήμα παρατηρούμε ότι το 47% των ερωτηθέντων φοιτητών απάντησε **ΕΙΜΑΙ ΛΙΓΟ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΑΠΟ ΟΤΙ ΣΥΝΗΘΩΣ**, το 38% απάντησε **ΔΕΝ ΕΝΟΧΛΟΥΜΑΙ ΑΠΟ ΑΥΤΑ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ**, το 12% απάντησε **ΕΙΜΑΙ ΑΡΚΕΤΑ ΕΝΟΧΛΗΜΕΝΟΣ Ή ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΓΙΑ ΠΟΛΥ ΧΡΟΝΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ**. Τέλος, το 3% απάντησε **ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ**. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

ΕΡΩΤΗΣΗ 32

Πίνακας 32

ΕΡΩΤΗΣΗ 32η	f	fx (%)
1) ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΘΥΜΟ	164	47,7
2) ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΘΥΜΟ	99	28,8
3) ΕΙΜΑΙ ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	67	19,5
4) ΕΙΜΑΙ ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ ΣΥΝΕΧΩΣ ΚΑΙ ΔΕ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΤΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΩ	14	4,1
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 32



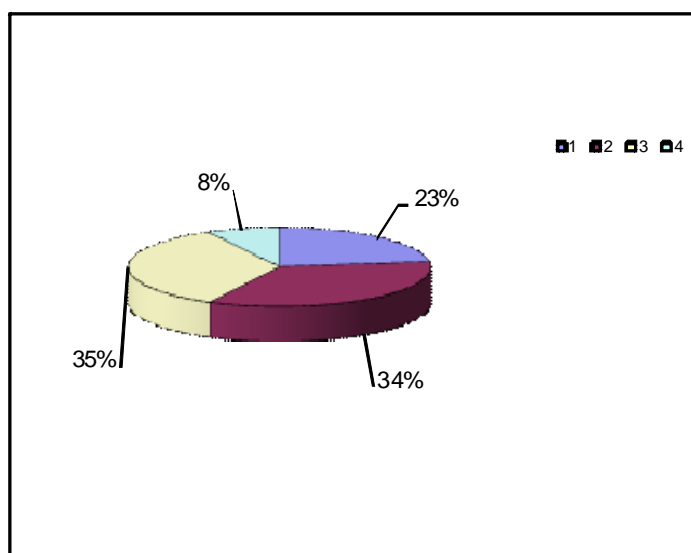
Όπως παρατηρούμε στο σχήμα το 48% των ερωτηθέντων φοιτητών απάντησε **ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΘΥΜΟ**, το 29% απάντησε **ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΘΥΜΟ**, το 19% απάντησε **ΕΙΜΑΙ ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ** και μόλις το 4% απάντησε **ΕΙΜΑΙ ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ ΣΥΝΕΧΩΣ ΚΑΙ ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΤΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΩ**. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

ΕΡΩΤΗΣΗ 34: Πόσο αγχώδεις είστε;

Πίνακας 34

ΕΡΩΤΗΣΗ 34η	f	fx (%)
1) ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	79	23,0
2) ΑΡΚΕΤΑ	119	34,6
3) ΜΕΤΡΙΑ	119	34,6
4) ΚΑΘΟΛΟΥ	27	7,8
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 34



Στο παραπάνω σχήμα παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (35%) απάντησε ότι είναι **ΑΡΚΕΤΑ** αγχώδεις, το 34% απάντησε ότι είναι **ΜΕΤΡΙΑ** αγχώδεις, το 23% απάντησε ότι είναι **ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ** αγχώδεις και το 8% απάντησε ότι δεν είναι αγχώδεις (**ΚΑΘΟΛΟΥ**). (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

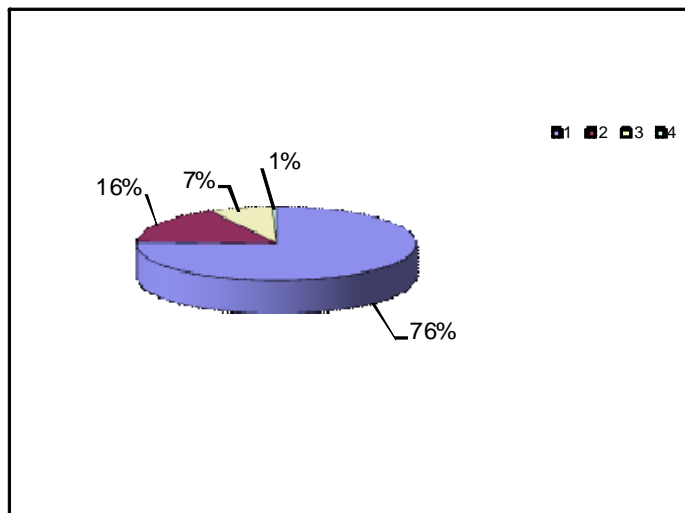
Β. ΑΥΤΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΣΗ 13

Πίνακας 13

ΕΡΩΤΗΣΗ 13^η	f	fx (%)
1) ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΑΠΟΤΥΧΗΜΕΝΟΣ	260	75,6
2) ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΟΤΙ ΕΧΩ ΑΠΟΤΥΧΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ	57	16,6
3) ΟΠΩΣ ΞΑΝΑΒΛΕΠΩ ΤΗ ΖΩΗ ΜΟΥ, ΟΛΑ ΟΣΑ ΘΥΜΑΜΑΙ ΕΙΝΑΙ ΓΕΜΑΤΑ ΑΠΟΤΥΧΙΕΣ	25	7,3
4) ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΟΤΙ ΕΙΜΑΙ ΕΝΤΕΛΩΣ ΑΠΟΤΥΧΗΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ	2	0,6
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 13



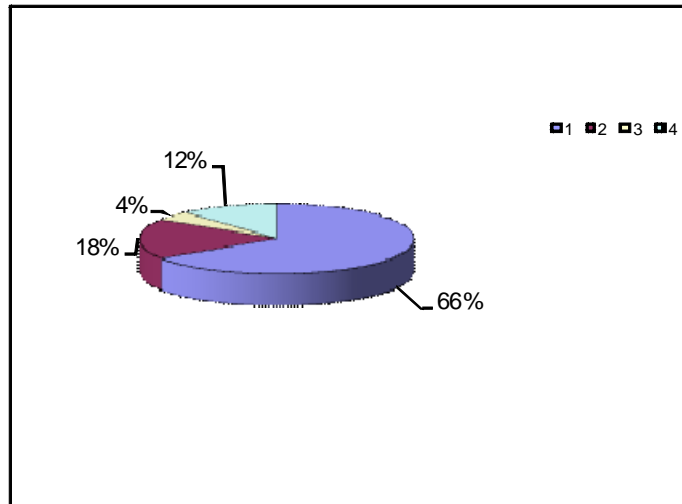
Το μεγαλύτερο ποσοστό (75%) απάντησε: **ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΑΠΟΤΥΧΗΜΕΝΟΣ**, το 17% των ερωτηθέντων φοιτητών απάντησε **ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΟΤΙ ΕΧΩ ΑΠΟΤΥΧΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ**, το 7% απάντησε **ΟΠΩΣ ΞΑΝΑΒΛΕΠΩ ΤΗ ΖΩΗ ΜΟΥ, ΟΛΑ ΟΣΑ ΘΥΜΑΜΑΙ ΕΙΝΑΙ ΓΕΜΑΤΑ ΑΠΟΤΥΧΙΕΣ** και το 1% απάντησε **ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΟΤΙ ΕΙΜΑΙ ΕΝΤΕΛΩΣ ΑΠΟΤΥΧΗΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ**. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

ΕΡΩΤΗΣΗ 16

Πίνακας 16

ΕΡΩΤΗΣΗ 16 ^η	f	fx (%)
1) ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΟΤΙ ΒΑΣΑΝΙΖΟΜΑΙ	226	65,7
2) ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΟΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΤΙΜΩΡΗΘΩ	63	18,3
3) ΠΕΡΙΜΕΝΩ ΟΤΙ ΘΑ ΤΙΜΩΡΗΘΩ	15	4,4
4) ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΟΤΙ ΒΑΣΑΝΙΖΟΜΑΙ	40	11,6
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 16



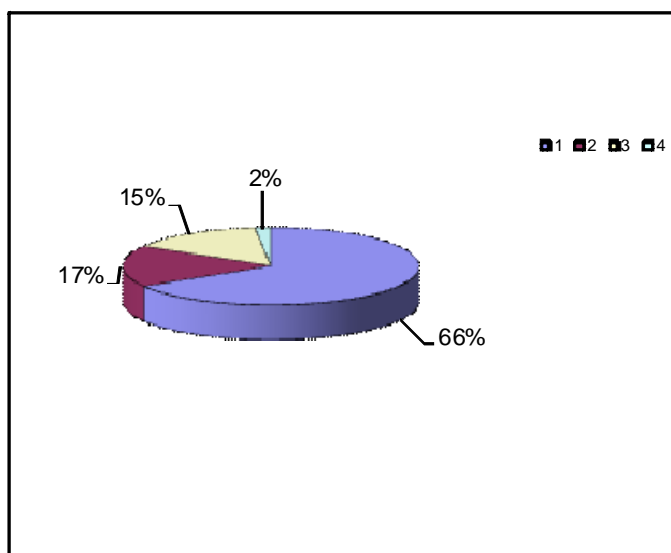
Στο παραπάνω σχήμα παρατηρούμε ότι σ' αυτή την ερώτηση το μεγαλύτερο ποσοστό (66%) απάντησε: **ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΟΤΙ ΒΑΣΑΝΙΖΟΜΑΙ**, το 18% απάντησε **ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΟΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΤΙΜΩΡΗΘΩ**, το 4% απάντησε **ΠΕΡΙΜΕΝΩ ΟΤΙ ΘΑ ΤΙΜΩΡΗΘΩ** και το 12% απάντησε **ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΟΤΙ ΒΑΣΑΝΙΖΟΜΑΙ**. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

ΕΡΩΤΗΣΗ 17

Πίνακας 17

ΕΡΩΤΗΣΗ 17 ^η	f	fx (%)
1) ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ	228	66,3
2) ΕΙΜΑΙ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΜΕΝΑ	59	17,2
3) ΤΑ ΕΧΩ ΒΑΛΕΙ ΜΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ	51	14,8
4) ΜΙΣΩ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ	6	1,7
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 17



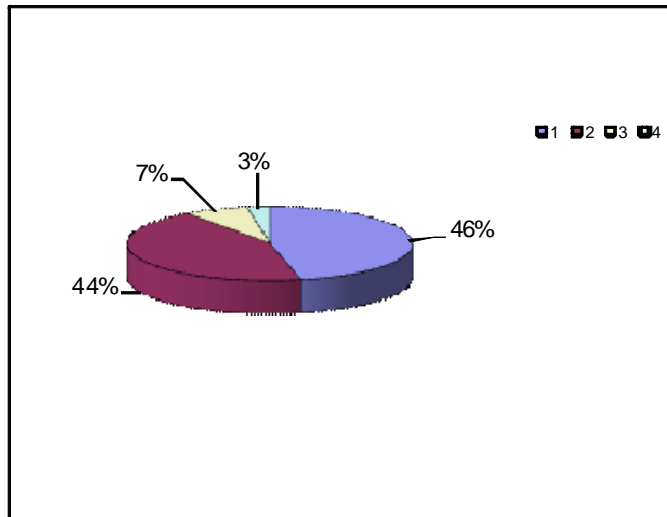
Σ' αυτή την ερώτηση το μεγαλύτερο ποσοστό (66%) απάντησε: **ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ**. Στη συνέχεια το 17% απάντησε **ΕΙΜΑΙ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ**, το 15% απάντησε **ΤΑ ΕΧΩ ΒΑΛΕΙ ΜΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ** και το 2% απάντησε **ΜΙΣΩ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ**. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

ΕΡΩΤΗΣΗ 18

Πίνακας 18

ΕΡΩΤΗΣΗ 18 ^η	f	fx (%)
1) ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΟΤΙ ΕΙΜΑΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΚΑΚΟΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ	160	46,5
2) ΕΙΜΑΙ ΕΠΙΚΡΙΤΙΚΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ Η ΤΑ ΛΑΘΗ ΜΟΥ	150	43,6
3) ΑΥΤΟΚΑΤΗΓΟΡΟΥΜΑΙ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ ΓΙΑ ΤΑ ΕΛΑΤΤΩΜΑΤΑ ΜΟΥ	25	7,3
4) ΚΑΤΗΓΟΡΩ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ ΓΙΑ ΟΛΑ ΤΑ ΚΑΚΑ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ	9	2,6
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 18



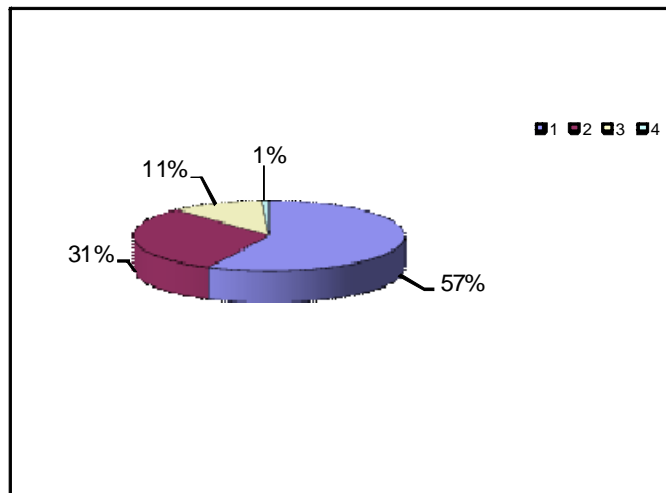
Σ' αυτή την ερώτηση το μεγαλύτερο ποσοστό (46%) απάντησε: **ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΟΤΙ ΕΙΜΑΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΚΑΚΟΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ**. Το αμέσως επόμενο ποσοστό των ερωτηθέντων φοιτητών (44%) απάντησε **ΕΙΜΑΙ ΕΠΙΚΡΙΤΙΚΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ Ή ΤΑ ΛΑΘΗ ΜΟΥ**, το 7% απάντησε **ΑΥΤΟΚΑΤΗΓΟΡΟΥΜΑΙ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ ΓΙΑ ΤΑ ΕΛΛΑΤΩΜΑΤΑ ΜΟΥ** και το 3% απάντησε **ΚΑΤΗΓΟΡΩ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ ΓΙΑ ΟΛΑ ΤΑ ΚΑΚΑ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ**. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

ΕΡΩΤΗΣΗ 30

Πίνακας 30

ΕΡΩΤΗΣΗ 30 ^η	f	fx (%)
1) ΔΕΝ ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ	197	57,3
2) ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΑ ΦΥΣΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΠΩΣ ΠΟΝΟΙ, ΤΟ ΣΤΟΜΑΧΙ, ΤΗ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ	106	30,8
3) ΑΝΗΣΥΧΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΚΟΛΟ ΝΑ ΣΚΕΦΤΩ ΠΟΛΛΑ ΑΛΛΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ	38	11,0
4) ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΣΟ ΠΟΥ ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΣΚΕΦΤΩ ΤΙΠΟΤΕ ΑΛΛΟ	3	0,9
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 30



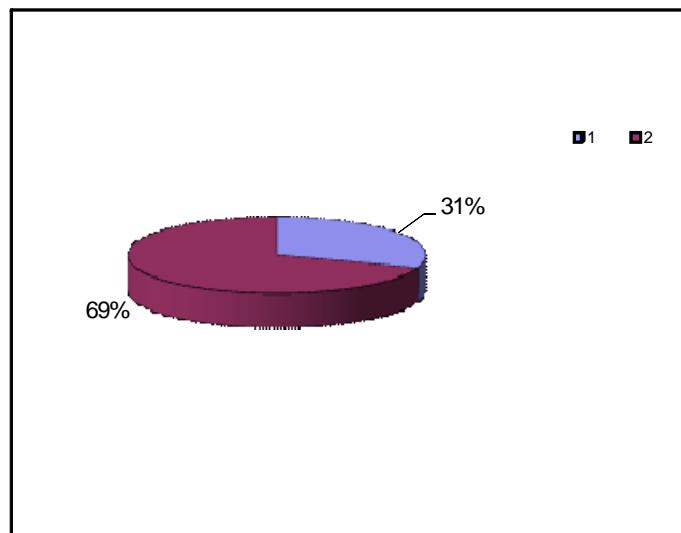
Σ' αυτό το σχήμα φαίνεται ότι το 57% των ερωτηθέντων φοιτητών απάντησε: **ΔΕΝ ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ**, το 31% απάντησε **ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΑ ΦΥΣΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΠΩΣ ΠΟΝΟΙ, ΤΟ ΣΤΟΜΑΧΙ, ΤΗ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ**, το 11% απάντησε **ΑΝΗΣΥΧΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΚΟΛΟ ΝΑ ΣΚΕΦΤΩ ΠΟΛΛΑ ΑΛΛΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ** και το 1% απάντησε **ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΣΟ ΠΟΛΥ ΠΟΥ ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΣΚΕΦΤΩ ΤΙΠΟΤΕ ΑΛΛΟ**. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

ΕΡΩΤΗΣΗ 38: Αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε να υπερνικήσετε τις δυσκολίες που σας παρουσιάζονται;

Πίνακας 38

ΕΡΩΤΗΣΗ 38η	F	fx (%)
1) ΝΑΙ	105	30,5
2) ΟΧΙ	239	69,5
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 38



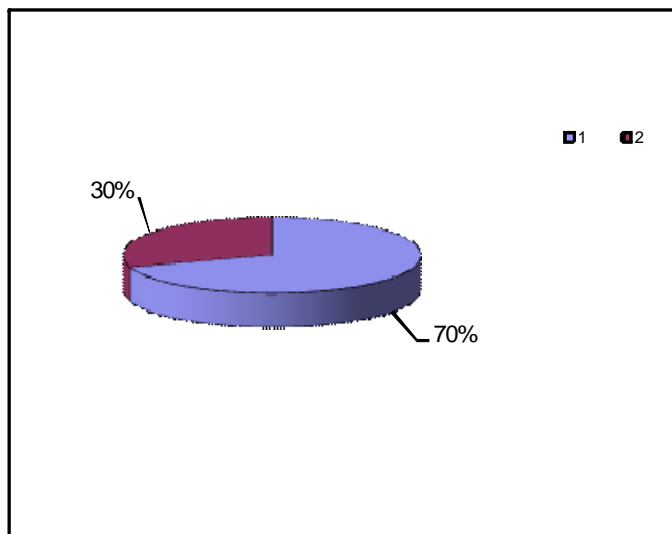
Σ' αυτό το σχήμα παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (69%) απάντησε **ΟΧΙ**, δηλαδή ότι αισθάνεται ότι μπορεί να υπερνικήσει τις δυσκολίες που του παρουσιάζονται ενώ το 31% απάντησε **ΝΑΙ**, ότι δηλαδή δεν μπορεί να υπερνικήσει τις δυσκολίες που του παρουσιάζονται. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

ΕΡΩΤΗΣΗ 39: Πιστεύετε ότι έχετε αυτοπεποίθηση;

Πίνακας 39

ΕΡΩΤΗΣΗ 39η	f	fx (%)
1) ΝΑΙ	240	69,8
2) ΟΧΙ	104	30,2
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 39



Στο παραπάνω σχήμα φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (70%) απάντησε **ΝΑΙ**, ότι δηλαδή έχει αυτοπεποίθηση, ενώ το 30% απάντησε **ΟΧΙ**, δηλαδή ότι δεν έχει αυτοπεποίθηση. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

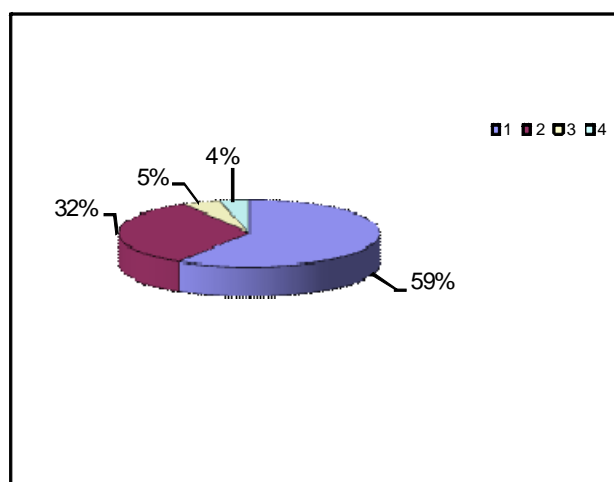
Γ. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ-ΑΝΗΔΟΝΙΑ

ΕΡΩΤΗΣΗ 14

Πίνακας 14

ΕΡΩΤΗΣΗ 14 ^η	f	fx (%)
1) ΙΚΑΝΟΠΟΙΟΥΜΑΙ ΑΠΟ ΑΥΤΑ ΠΟΥ ΚΑΝΩ	203	59,0
2) ΔΕΝ ΑΠΟΛΑΜΒΑΝΩ ΤΗ ΖΩΗ ΟΣΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ	112	32,6
3) ΔΕΝ ΠΑΙΡΝΩ ΑΡΚΕΤΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΠΟΤΑ ΠΙΑ	16	4,7
4) ΕΙΜΑΙ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ Η ΒΑΡΙΕΣΤΗΜΕΝΟΣ ΜΕ ΟΛΑ	13	3,8
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 14



Σ' αυτή την ερώτηση το μεγαλύτερο ποσοστό (59%) απάντησε: **ΙΚΑΝΟΠΟΙΟΥΜΕ ΑΠΟ ΑΥΤΑ ΠΟΥ ΚΑΝΩ**. Στη συνέχεια το 32% απάντησε **ΔΕΝ ΑΠΟΛΑΜΒΑΝΩ ΤΗ ΖΩΗ ΟΣΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ**, το 5% απάντησε **ΔΕΝ ΠΕΡΝΩ ΑΡΚΕΤΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΠΟΤΑ ΠΙΑ** και τέλος το 4% απάντησε **ΕΙΜΑΙ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ Ή ΒΑΡΙΕΣΤΗΜΕΝΟΣ ΜΕ ΟΛΑ**. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

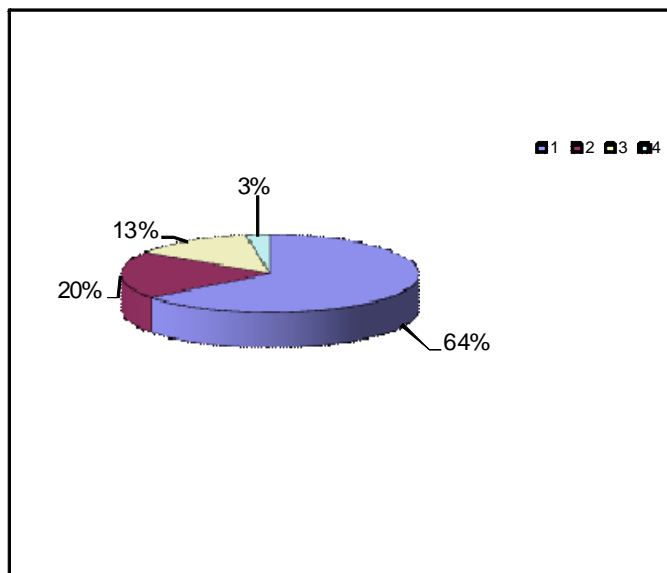
Δ. ΑΥΤΟΕΙΚΟΝΑ-ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ

ΕΡΩΤΗΣΗ 24

Πίνακας 24

ΕΡΩΤΗΣΗ 24η	f	fx (%)
1) ΜΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΟΠΩΣ ΕΙΜΑΙ, ΟΠΩΣ ΠΡΙΝ	222	64,5
2) ΑΝΗΣΥΧΩ ΜΗΠΩΣ ΦΑΙΝΟΜΑΙ ΓΕΡΑΣΜΕΝΟΣ Η ΜΗ ΕΛΚΥΣΤΙΚΟΣ	68	19,8
3) ΘΕΩΡΩ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΟΝΙΜΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΟΥ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΟΥ ΜΗ ΕΛΚΥΣΤΙΚΗ	45	13,1
4) ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΦΑΙΝΟΜΑΙ ΑΠΑΙΣΙΟΣ	9	2,6
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 24



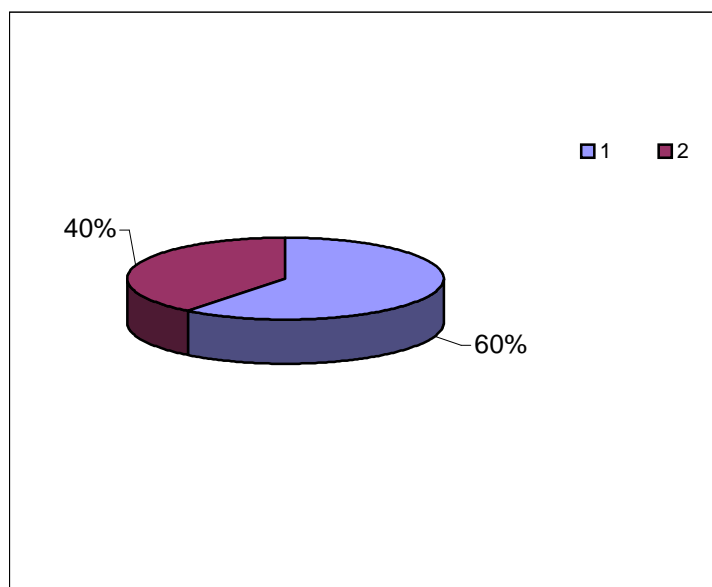
Στο σχήμα αυτό παρατηρούμε ότι το 64% των ερωτηθέντων φοιτητών απάντησε: **ΜΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΟΠΩΣ ΕΙΜΑΙ, ΟΠΩΣ ΠΡΙΝ**. Στη συνέχεια το 20% απάντησε **ΑΝΗΣΥΧΩ ΜΗΠΩΣ ΦΑΙΝΟΜΑΙ ΓΕΡΑΣΜΕΝΟΣ Ή ΜΗ ΕΛΚΥΣΤΙΚΟΣ**, το 13% απάντησε **ΘΕΩΡΩ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΟΝΙΜΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΟΥ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΟΥ ΜΗ ΕΛΚΥΣΤΙΚΗ** και το 3% απάντησε **ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΦΑΙΝΟΜΑΙ ΑΠΑΙΣΙΟΣ**. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

**ΕΡΩΤΗΣΗ 35: Πιστεύετε ότι έχετε την ικανότητα να
συγκεντρώνεστε σε οτιδήποτε κάνετε;**

Πίνακας 35

ΕΡΩΤΗΣΗ 35η	f	fx (%)
1) ΝΑΙ	208	60,5
2) ΟΧΙ	136	39,5
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 35



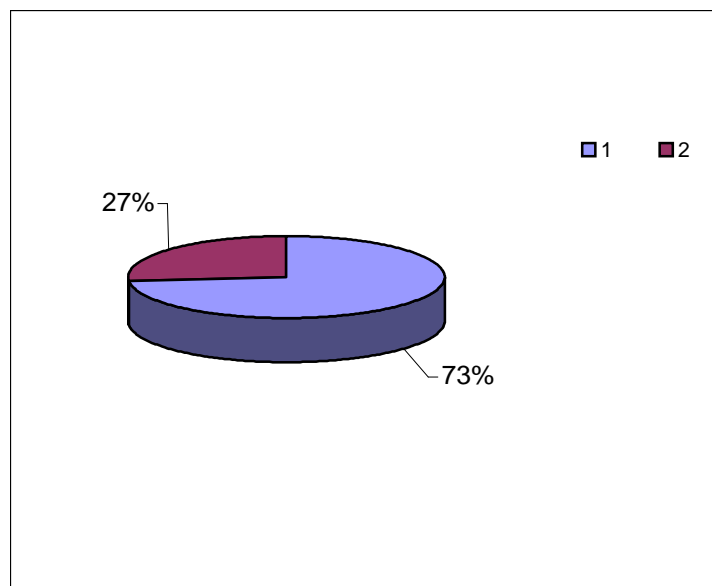
Στο παραπάνω σχήμα φαίνεται ότι το 60% των ερωτηθέντων φοιτητών απάντησε ότι έχει την ικανότητα να συγκεντρώνεται σε οτιδήποτε κάνει (**ΝΑΙ**) και το 40% απάντησε ότι δεν έχει την ικανότητα να συγκεντρώνεται σε οτιδήποτε κάνει (**ΟΧΙ**). (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

**ΕΡΩΤΗΣΗ 36: Αισθάνεστε ότι είστε ικανός να αντιμετωπίζετε
τα προβλήματα σας;**

Πίνακας 36

ΕΡΩΤΗΣΗ 36η	f	fx (%)
1) ΝΑΙ	252	73,3
2) ΟΧΙ	92	26,7
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 36



Στο παραπάνω σχήμα βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (73%) των ερωτηθέντων φοιτητών απάντησε ότι αισθάνεται ικανός να αντιμετωπίζει τα προβλήματα του (**ΝΑΙ**) ενώ το 27% απάντησε ότι αισθάνεται ότι δεν είναι ικανό να αντιμετωπίζει τα προβλήματα του (**ΟΧΙ**). (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

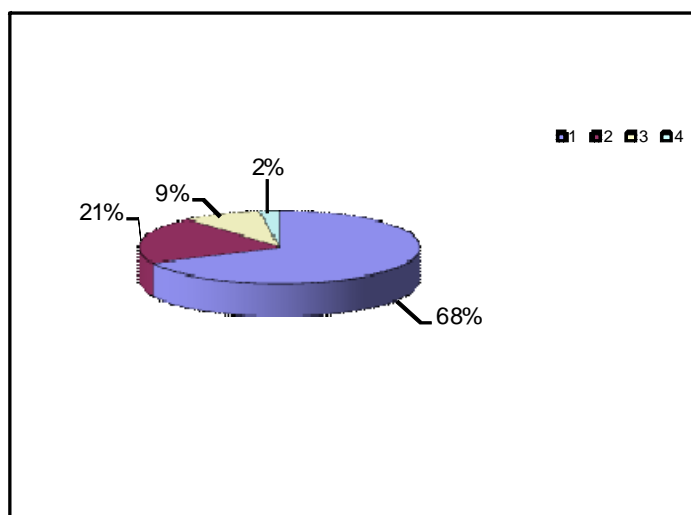
Ε. ΕΝΟΧΕΣ

ΕΡΩΤΗΣΗ 15

Πίνακας 15

ΕΡΩΤΗΣΗ 15 ^η	f	fx (%)
1) ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΕΝΟΧΕΣ	233	67,7
2) ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΕΝΟΧΕΣ ΑΡΚΕΤΟ ΧΡΟΝΟ	72	20,9
3) ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΑΡΚΕΤΑ ΕΝΟΧΕΣ ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΟΡΕΣ	31	9,0
4) ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΕΝΟΧΕΣ ΣΥΝΕΧΩΣ	8	2,3
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 15



Σ' αυτή την ερώτηση το μεγαλύτερο ποσοστό (68%) απάντησε: **ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΕΝΟΧΕΣ**. Το 21% απάντησε **ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΕΝΟΧΕΣ ΑΡΚΕΤΟ ΧΡΟΝΟ**, το 9% απάντησε **ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΑΡΚΕΤΕΣ ΕΝΟΧΕΣ ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΟΡΕΣ** και το 2% απάντησε **ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΕΝΟΧΕΣ ΣΥΝΕΧΩΣ**. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

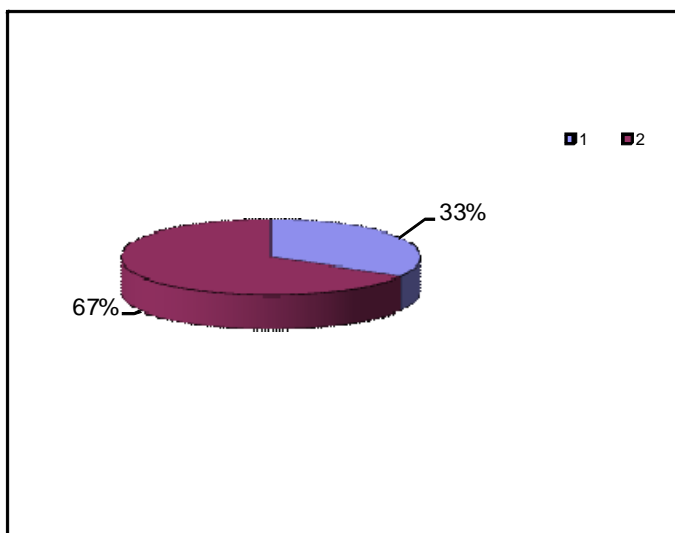
ΣΤ. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΣΗ 40: Έχετε χάσει σχετικά πρόσφατα κάποιο αγαπημένο σας πρόσωπο;

Πίνακας 40

ΕΡΩΤΗΣΗ 40η	f	fx (%)
1) ΝΑΙ	115	33,4
2) ΟΧΙ	229	66,6
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 40



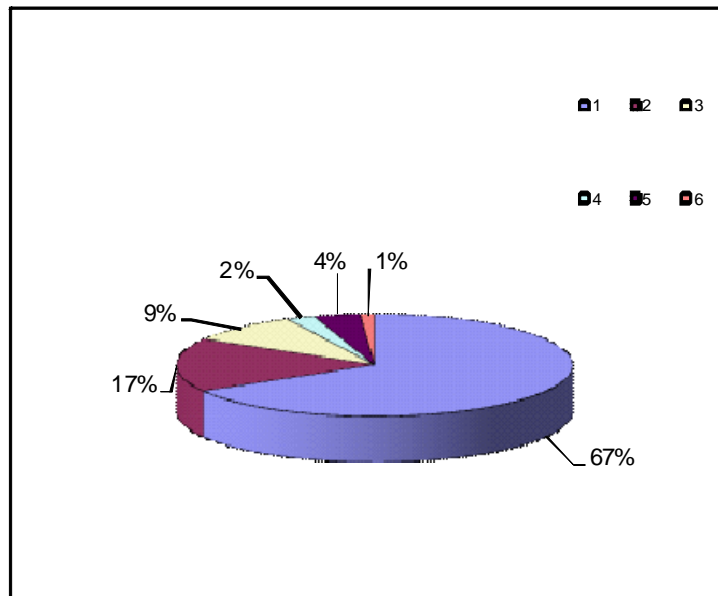
Στο παραπάνω σχήμα φαίνεται ότι το 67% των ερωτηθέντων φοιτητών απάντησε **ΟΧΙ**, δεν έχει πρόσφατα κάποιο αγαπημένο πρόσωπο, ενώ το 33% απάντησε **ΝΑΙ**, έχει χάσει σχετικά πρόσφατα κάποιο αγαπημένο πρόσωπο. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

ΕΡΩΤΗΣΗ 40^α : Αν ναι, ποιο ήταν αυτό;

Πίνακας 40α

ΕΡΩΤΗΣΗ 40α	f	fx (%)
1) ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ ΟΧΙ	229	66,6
2) ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	58	16,9
3) ΦΙΛΟΣ	32	9,3
4) ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ	8	2,3
5) ΖΩΟ	13	3,8
6) ΑΛΛΟ	4	1,2
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 40α



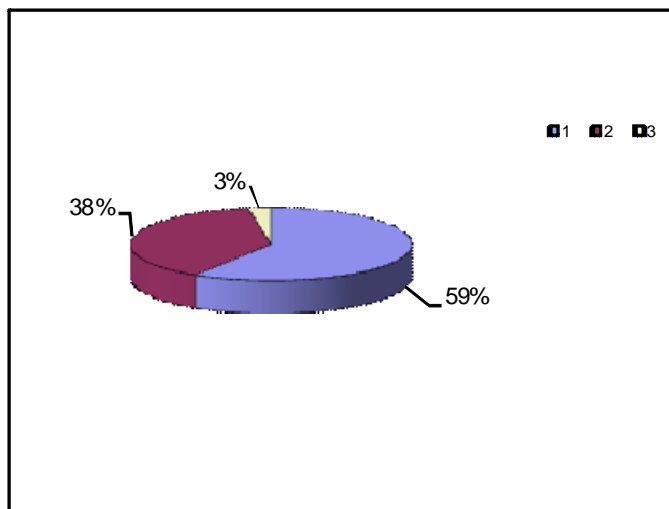
Στο παραπάνω σχήμα φαίνεται ότι το 67% των ερωτηθέντων φοιτητών απάντησε ότι δεν έχει χάσει κάποιο αγαπημένο του πρόσωπο. Το 17% απάντησε ότι έχει χάσει ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ, το 9% απάντησε ότι έχει χάσει ΦΙΛΟ, το 2% απάντησε ότι έχει χάσει ΣΥΝΤΡΟΦΟ, το 4% απάντησε ότι έχει χάσει ΖΩΟ και το 1% απάντησε ότι έχει χάσει ΑΛΛΟ. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

ΕΡΩΤΗΣΗ 20

Πίνακας 20

ΕΡΩΤΗΣΗ 20η	f	fx (%)
1) ΔΕΝ ΚΛΑΙΩ ΜΕ ΤΟ ΠΑΡΑΜΙΚΡΟ	203	59,0
2) ΚΛΑΙΩ ΤΩΡΑ ΠΙΟ ΠΟΛΥ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ	132	38,4
3) ΚΛΑΙΩ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ	9	2,6
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 20



Στο παραπάνω σχήμα παρατηρούμε ότι το 59% των ερωτηθέντων φοιτητών απάντησε **ΔΕΝ ΚΛΑΙΩ ΜΕ ΤΟ ΠΑΡΑΜΙΚΡΟ**, το 38% απάντησε **ΚΛΑΙΩ ΤΩΡΑ ΠΙΟ ΠΟΛΥ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ** και το 35 απάντησε **ΚΛΑΙΩ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ**. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

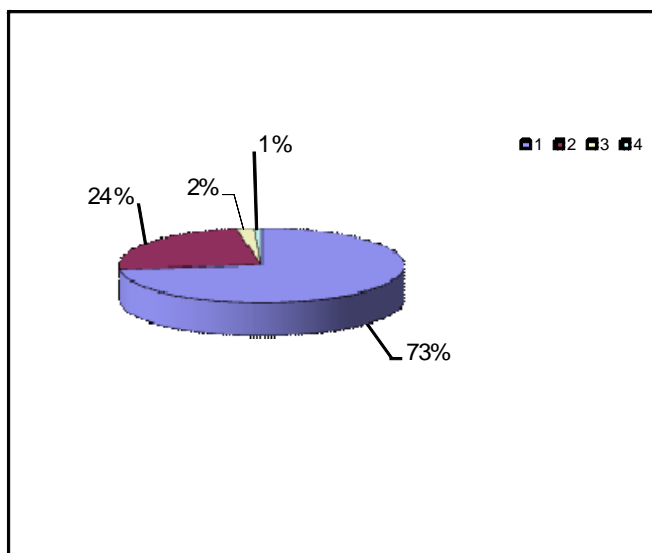
ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ

ΕΡΩΤΗΣΗ 19

Πίνακας 19

ΕΡΩΤΗΣΗ 19η	f	fx (%)
1) ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΚΕΨΕΙΣ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΚΟ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ	252	73,3
2) ΕΧΩ ΣΚΕΨΕΙΣ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΚΟ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ, ΑΛΛΑ ΔΕΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΤΟ ΚΑΝΩ	82	23,8
3) ΘΑ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΑ ΝΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΗΣΩ	7	2,0
4) ΘΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΟΥΣΑ ΕΑΝ ΜΠΟΡΟΥΣΑ	3	0,9
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 19



Το μεγαλύτερο ποσοστό (73%) απάντησε: **ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΚΕΨΕΙΣ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΚΟ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ**, το 24% απάντησε **ΕΧΩ ΣΚΕΨΕΙΣ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΚΟ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ, ΑΛΛΑ ΔΕΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑ ΝΑ ΤΟ ΚΑΝΩ**, το 2% απάντησε **ΘΑ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΑ ΝΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΗΣΩ** και το 1% απάντησε **ΘΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΟΥΣΑ ΕΑΝ ΜΠΟΡΟΥΣΑ**. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

A. ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ : (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 22, 23, 37)

B. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ : (ΕΡΩΤΗΣΗ 33)

Γ. ΕΡΓΑΣΙΑ : (25)

Δ. ΣΧΕΔΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ : (ΕΡΩΤΗΣΗ 12)

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

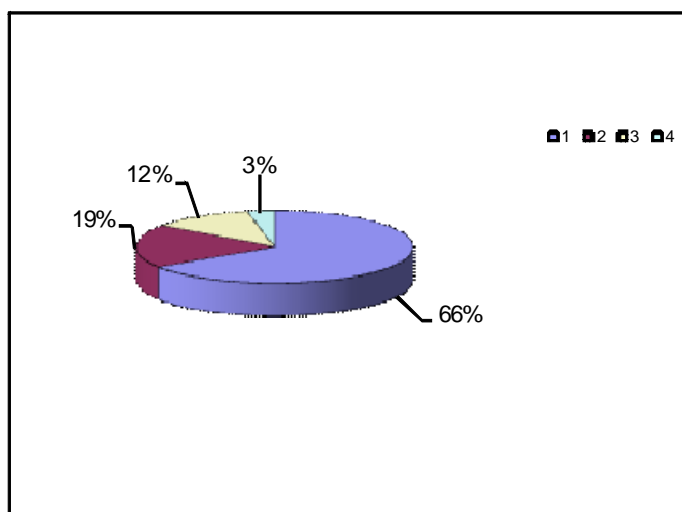
Α. ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

ΕΡΩΤΗΣΗ 22

Πίνακας 22

ΕΡΩΤΗΣΗ 22η	f	fx (%)
1) ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ	226	65,7
2) ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΑΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ	66	19,2
3) ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΜΟΥ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ	41	11,9
4) ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΟΛΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΜΟΥ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ	11	3,2
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 22



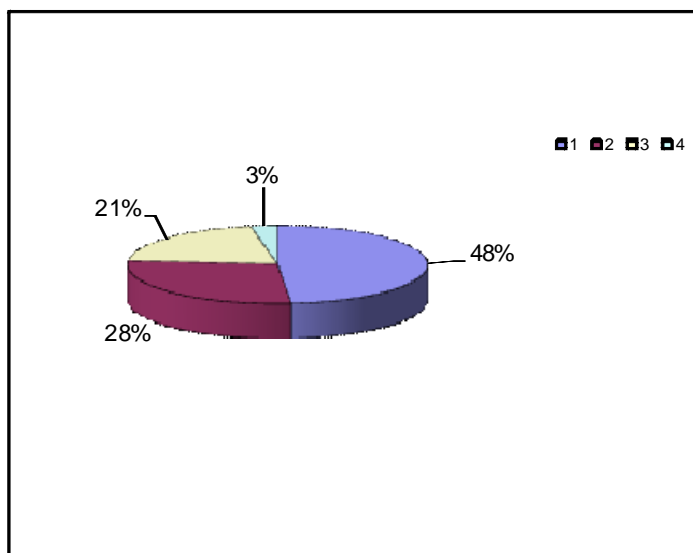
Στο παραπάνω σχήμα φαίνεται ότι το 66% των ερωτηθέντων φοιτητών απάντησε: **ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ**, το 19% απάντησε **ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΑΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ**, το 12% απάντησε **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΜΟΥ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ** και το 3% απάντησε **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΟΛΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ**. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

ΕΡΩΤΗΣΗ 23

Πίνακας 23

ΕΡΩΤΗΣΗ 23η	f	fx (%)
1) ΠΑΙΡΝΩ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΕΥΚΟΛΑ ΟΠΩΣ ΠΑΝΤΑ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ ΜΟΥ	167	48,5
2) ΑΝΑΒΑΛΛΩ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠ ΟΤΙ ΣΥΝΗΘΩΣ	96	27,9
3) ΕΧΩ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΠΡΙΝ	71	20,6
4) ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΠΑΡΩ ΚΑΜΙΑ ΑΠΟΦΑΣΗ	10	2,9
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 23



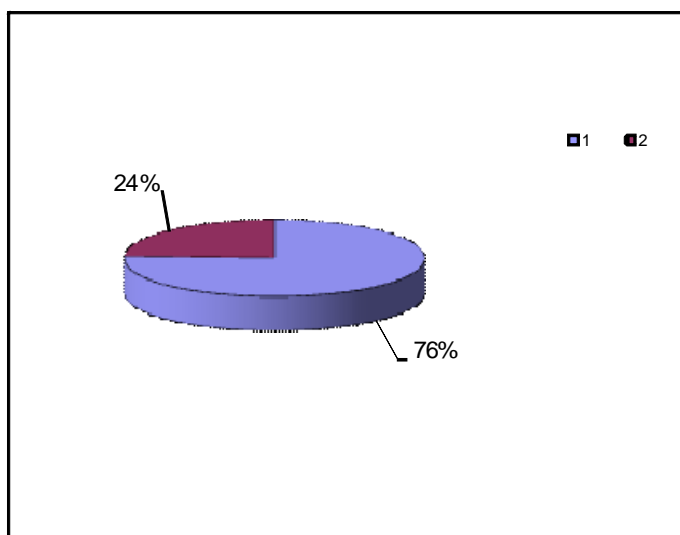
Στο σχήμα αυτό βλέπουμε ότι το 48% των ερωτηθέντων φοιτητών απάντησε: **ΠΑΙΡΝΩ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΕΥΚΟΛΑ ΟΠΩΣ ΠΑΝΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΖΩΗ ΜΟΥ**, το 28% απάντησε **ΑΝΑΛΑΜΒΑΝΩ ΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΟΤΙ ΣΥΝΗΘΩΣ**, το 21% απάντησε **ΕΧΩ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΠΡΙΝ** και το 3% απάντησε **ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΠΑΡΩ ΚΑΜΙΑ ΑΠΟΦΑΣΗ**. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

ΕΡΩΤΗΣΗ 37: Αισθάνεστε ικανός να λαμβάνετε αποφάσεις;

Πίνακας 37

ΕΡΩΤΗΣΗ 37η	f	fx (%)
1) ΝΑΙ	260	75,6
2) ΟΧΙ	84	24,4
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 37



Στο παραπάνω σχήμα βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (76%) απάντησε **ΝΑΙ**, αισθάνεται ικανό να λαμβάνει αποφάσεις ενώ το 24%, απάντησε **ΟΧΙ**, δεν αισθάνεται ικανό να λαμβάνει αποφάσεις. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

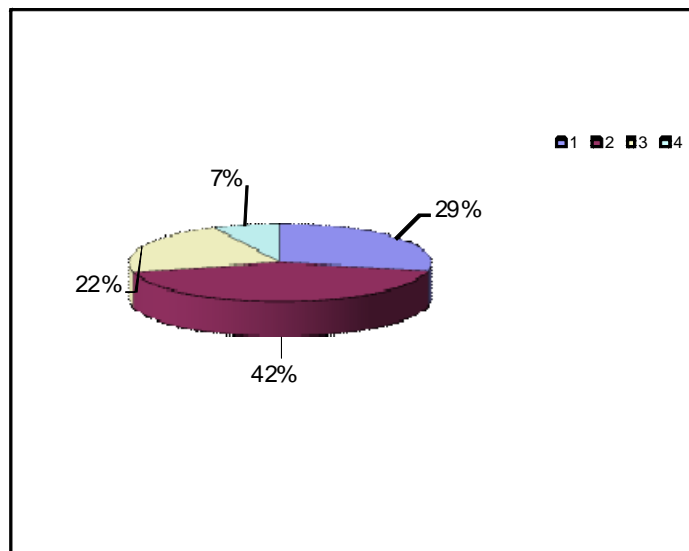
Β. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ

ΕΡΩΤΗΣΗ 33: Πόσο κοινωνικός είστε κατά τη γνώμη σας;

Πίνακας 33

ΕΡΩΤΗΣΗ 33η	f	fx (%)
1) ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	98	28,5
2) ΑΡΚΕΤΑ	146	42,4
3) ΜΕΤΡΙΑ	75	21,8
4) ΚΑΘΟΛΟΥ	25	7,3
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 33



Στο παραπάνω σχήμα φαίνεται ότι το 43% των ερωτηθέντων φοιτητών απάντησε ότι είναι **ΑΡΚΕΤΑ** κοινωνικοί, το 28% απάντησε ότι είναι **ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ** κοινωνικοί, το 22% απάντησε ότι είναι **ΜΕΤΡΙΑ** κοινωνικοί και μόλις το 7% απάντησε ότι δεν είναι κοινωνικοί (**ΚΑΘΟΛΟΥ**). (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

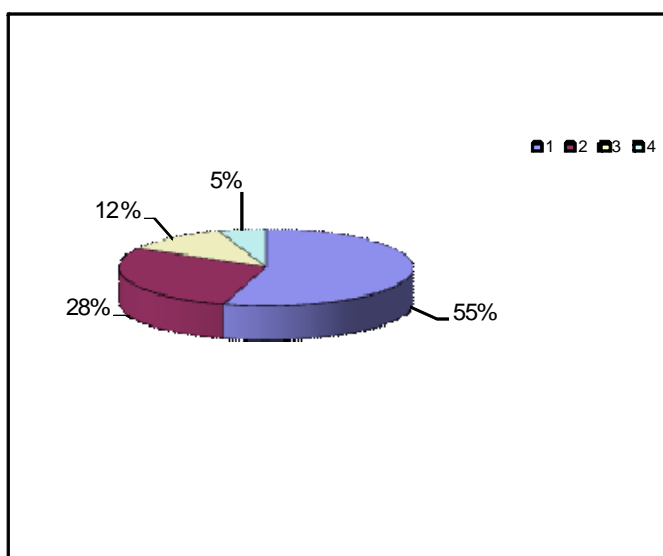
Γ. ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΡΩΤΗΣΗ 25

Πίνακας 25

ΕΡΩΤΗΣΗ 25η	f	fx (%)
1) ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΕΡΓΑΣΤΩ ΟΠΩΣ ΚΑΙ ΠΡΙΝ	188	54,7
2) ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΓΙΑ ΝΑ ΞΕΚΙΝΗΣΩ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΤΙ	98	28,5
3) ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΩ ΠΟΛΥ ΣΚΛΗΡΑ ΓΙΑ ΝΑ ΚΑΝΩ ΟΤΙΔΗΠΟΤΕ	40	11,6
4) ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΕ ΘΕΣΗ ΝΑ ΚΑΝΩ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΕΡΓΑΣΙΑ	18	5,2
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 25



Στο παραπάνω σχήμα βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (55%) απάντησε: **ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΕΡΓΑΣΤΩ ΟΠΩΣ ΚΑΙ ΠΡΙΝ**, το 28% απάντησε **ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΝΑ ΞΕΚΙΝΗΣΩ ΚΑΤΙ**, το 12% απάντησε **ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΩ ΠΟΛΥ ΣΚΛΗΡΑ ΓΙΑ ΝΑ ΚΑΝΩ ΟΤΙΔΗΠΟΤΕ** και το 5% των ερωτηθέντων φοιτητών απάντησε **ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΕ ΘΕΣΗ ΝΑ ΚΑΝΩ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΕΡΓΑΣΙΑ.** (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

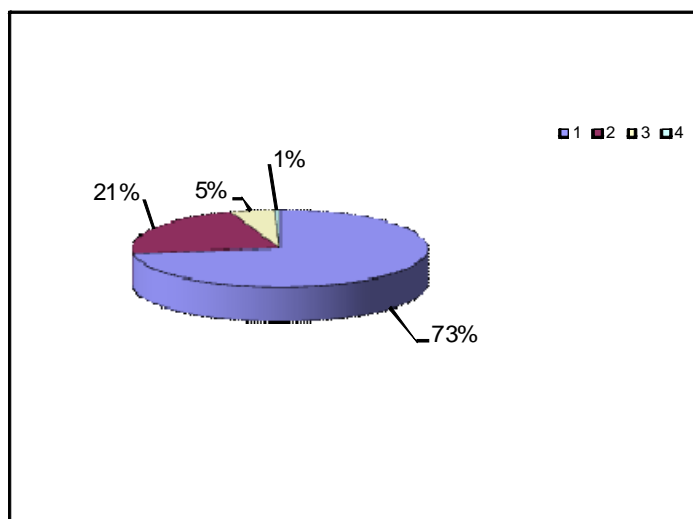
Δ. ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΑ ΣΧΕΔΙΑ

ΕΡΩΤΗΣΗ 12

Πίνακας 12

ΕΡΩΤΗΣΗ 12 ^η	f	fx (%)
1) ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΑΠΑΙΣΙΟΔΟΞΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ	251	73,0
2) ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΑΠΑΙΣΙΟΔΟΞΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ	74	21,5
3) ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΟΤΙ ΔΕΝ ΕΧΩ ΤΙΠΟΤΑ ΓΙΑ ΝΑ ΠΕΡΙΜΕΝΩ ΜΕ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ	17	4,9
4) ΘΕΩΡΩ ΟΤΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΕΙΝΑΙ ΧΩΡΙΣ ΕΛΠΙΔΑ ΚΑΙ ΟΤΙ ΤΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΒΕΛΤΙΩΘΟΥΝ	2	0,6
ΣΥΝΟΛΟ	344	100,0

Σχήμα 12



Το μεγαλύτερο ποσοστό (72%) απάντησε: **ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΑΠΑΙΣΙΟΔΟΞΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ**, το 22% απάντησε **ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΑΠΑΙΣΙΟΔΟΞΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ**, το 5% απάντησε **ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΟΤΙ ΔΕΝ ΕΧΩ ΤΙΠΟΤΑ ΝΑ ΠΕΡΙΜΕΝΩ ΜΕ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ** ενώ το 1% απάντησε **ΘΕΩΡΩ ΟΤΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΕΙΝΑΙ ΧΩΡΙΣ ΕΛΠΙΔΑ ΚΑΙ ΟΤΙ ΤΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΒΕΛΤΙΩΘΟΥΝ**. (στρογγυλεμένα αποτελέσματα)

5.7 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΥΠΟΟΜΑΔΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των στατιστικών συγκρίσεων (με τη βοήθεια του στατιστικού κριτηρίου χ^2) μεταξύ υποομάδων του δείγματος οι οποίες δημιουργήθηκαν με βάση τα δημογραφικά στοιχεία σε συγκεκριμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Από τα δημογραφικά στοιχεία, το φύλο, ο αριθμός των μελών της οικογένειας και ο τύπος κατοικίας συγκρίνονται στατιστικά με τις ερωτήσεις 19, 20, 21, 22, 24, 25, 28, 29, 30, 32, 33, 36 και 37. Ενώ στις ερωτήσεις 21 και 32 έγινε σύγκριση με την οικ. κατάσταση των γονέων και στις 22 και 29 με την ηλικία των φοιτητών.

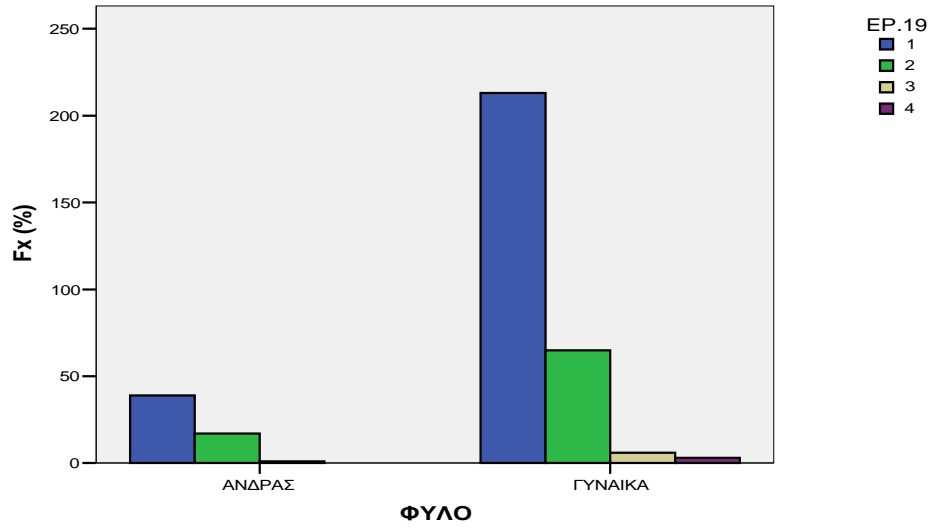
ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 19 (ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ)

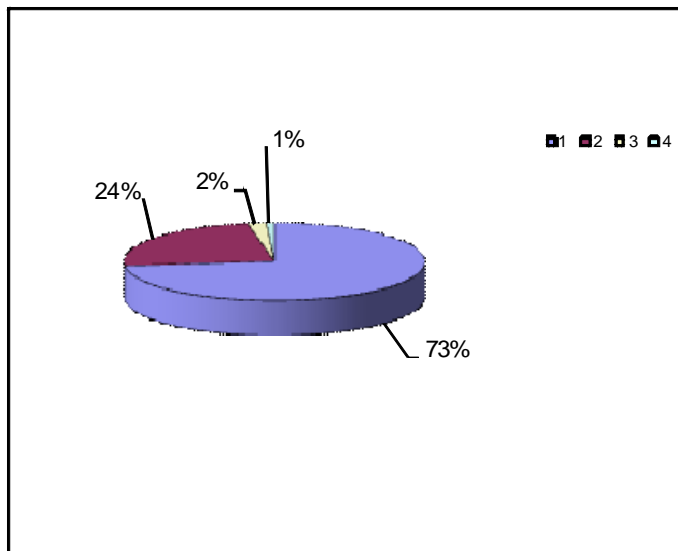
		ΕΡΩΤΗΣΗ 19				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΚΕΨΕΙΣ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΚΟ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ	2. ΕΧΩ ΣΚΕΨΕΙΣ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΚΟ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ, ΑΛΛΑ ΔΕΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΤΟ ΚΑΝΩ	3. ΘΑ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΑ ΝΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΗΣΩ	4. ΘΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΟΥΣΑ ΕΑΝ ΜΠΟΡΟΥΣΑ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	39	17	1	0	57
	ΓΥΝΑΙΚΑ	213	65	6	3	287
	ΣΥΝΟΛΟ	252	82	7	3	344

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι 39 άντρες απάντησαν **ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΚΕΨΕΙΣ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΚΟ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ**, ενώ αντίθετα την ίδια απάντηση έδωσαν 213 γυναίκες. **ΕΧΩ ΣΚΕΨΕΙΣ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΚΟ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ, ΑΛΛΑ ΔΕΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΤΟ ΚΑΝΩ** απάντησαν 17 άνδρες και 63 γυναίκες. Την απάντηση **ΘΑ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΑ ΝΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΗΣΩ** έδωσαν 1 άνδρας και 6 γυναίκες και τέλος **ΘΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΟΥΣΑ ΕΑΝ ΜΠΟΡΟΥΣΑ** απάντησαν 0 άντρες και 3 γυναίκες.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
1.87	3	> 0.60
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου.

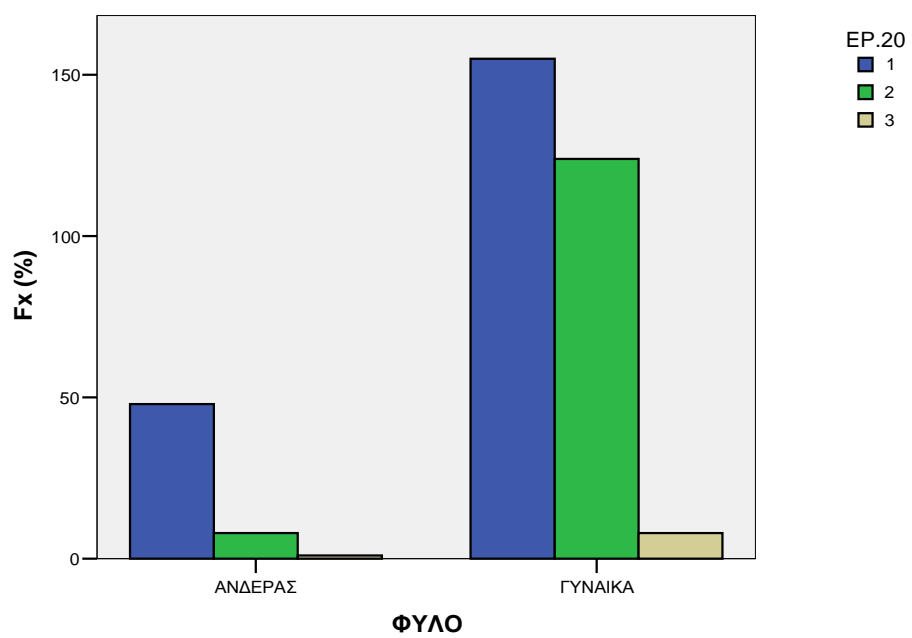
ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 20 (ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ)

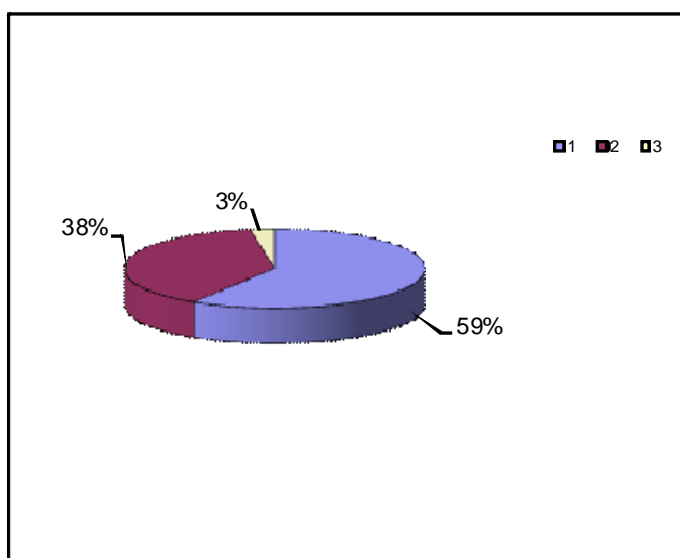
		ΕΡΩΤΗΣΗ 20			ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΔΕΝ ΚΛΑΙΩ ΜΕ ΤΟ ΠΑΡΑΜΙΚΡΟ	2. ΚΛΑΙΩ ΤΩΡΑ ΠΙΟ ΠΟΛΥ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ	3. ΚΛΑΙΩ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	48	8	1	57
	ΓΥΝΑΙΚΑ	155	124	8	287
ΣΥΝΟΛΟ		203	132	9	344

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι 48 άντρες απάντησαν **ΔΕΝ ΚΛΑΙΩ ΜΕ ΤΟ ΠΑΡΑΜΙΚΡΟ**, ενώ αντίθετα την ίδια απάντηση έδωσαν 155 γυναίκες. Την απάντηση **ΚΛΑΙΩ ΤΩΡΑ ΠΙΟ ΠΟΛΥ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ** έδωσαν 8 άνδρες και 124 γυναίκες. **ΚΛΑΙΩ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ** απάντησαν 1 άντρας και 8 γυναίκες.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
18.09	2	> 0.00
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΝΑΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται (δηλαδή εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου. Επομένως οι άνδρες στη συντριπτική τους πλειοψηφία απάντησαν *δεν κλαίω με το παραμικρό*, ενώ αντίθετα οι γυναίκες απάντησαν σχεδόν εξίσου τόσο ότι *δεν κλαίω με το παραμικρό* όσο και *κλαίω τώρα πιο πολύ από άλλες φορές*.

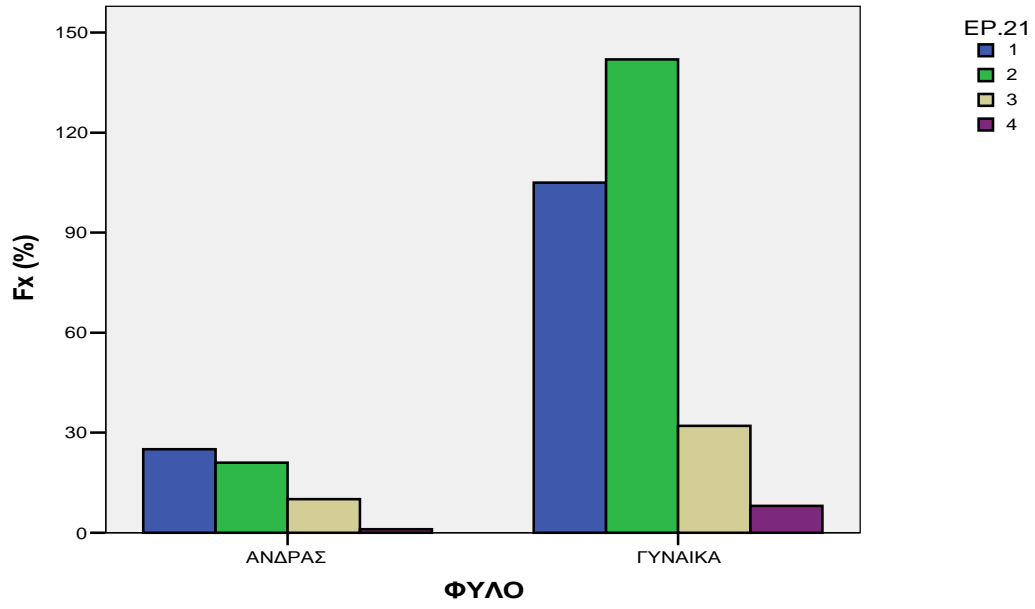
ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 21 (ΘΥΜΟΣ)

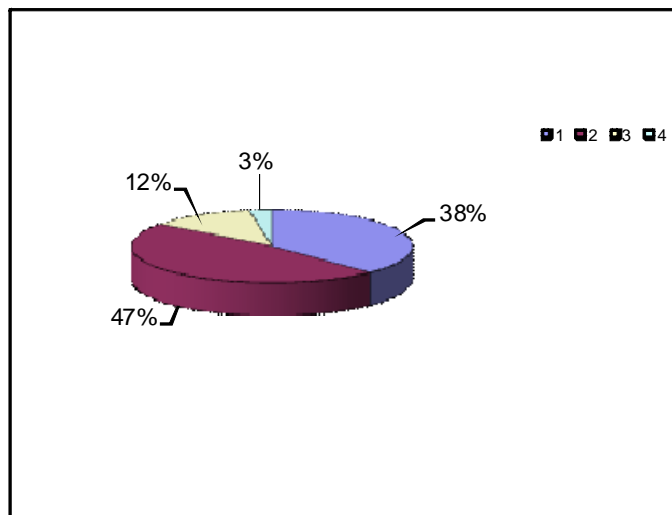
		ΕΡΩΤΗΣΗ 21				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΔΕΝ ΕΝΟΧΛΟΥΜΑΙ ΑΠΟ ΑΥΤΑ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ	2. ΕΙΜΑΙ ΛΙΓΟ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΑΠΟ ΟΣΟ ΣΥΝΗΘΩΣ	3. ΕΙΜΑΙ ΑΡΚΕΤΑ ΕΝΟΧΛΗΜΕΝΟΣ Η ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΓΙΑ ΠΟΛΥ ΧΡΟΝΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	4. ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΩΡΑ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	25	21	10	1	57
	ΓΥΝΑΙΚΑ	105	142	32	8	287
	ΣΥΝΟΛΟ	130	163	42	9	344

Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι την απάντηση **ΔΕΝ ΕΝΟΧΛΟΥΜΑΙ ΑΠΟ ΑΥΤΑ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ** έδωσαν 25 άνδρες και 105 γυναίκες. **ΕΙΜΑΙ ΛΙΓΟ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΑΠΟ ΟΣΟ ΣΥΝΗΘΩΣ** απάντησαν 21 άνδρες και 142 γυναίκες αντίστοιχα. Την απάντηση **ΕΙΜΑΙ ΑΡΚΕΤΑ ΕΝΟΧΛΗΜΕΝΟΣ Ή ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΓΙΑ ΠΟΛΥ ΧΡΟΝΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ** έδωσαν 10 άνδρες και 32 γυναίκες. 1 άνδρας και 8 γυναίκες έδωσαν την απάντηση **ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΩΡΑ**.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
4.87	3	> 0.26
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου.

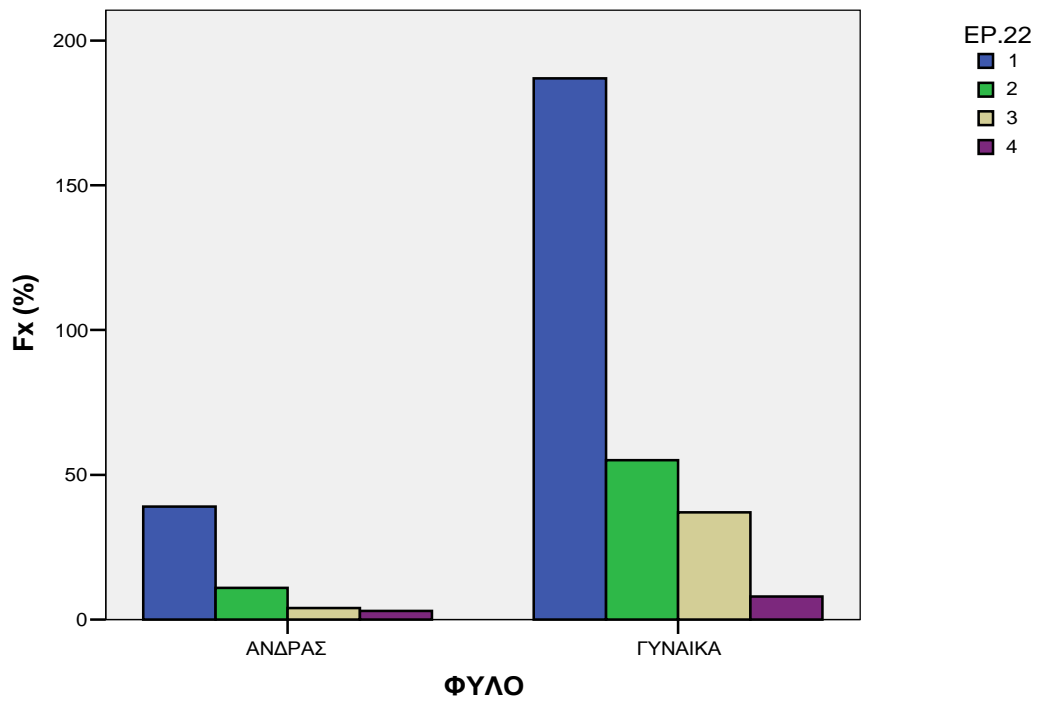
ΠΙΝΑΚΑΣ 4

ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 22 (ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ)

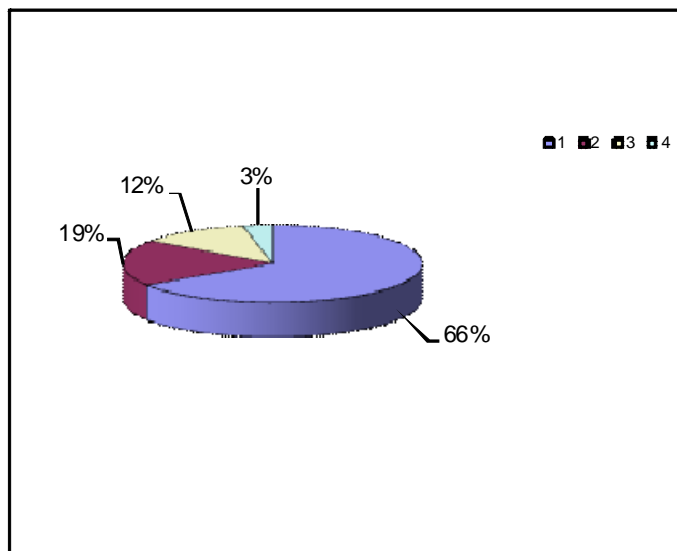
		ΕΡΩΤΗΣΗ 22				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ	2. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΑΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ	3. ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΜΟΥ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ	4. ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΟΛΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΜΟΥ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	39	11	4	3	57
	ΓΥΝΑΙΚΑ	187	55	37	8	287
	ΣΥΝΟΛΟ	226	66	41	11	344

Σ' αυτό τον πίνακα παρατηρούμε ότι 39 άνδρες και 187 γυναίκες απάντησαν **ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΜΟΥ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ**. Την απάντηση **ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΑΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ** έδωσαν 11 άνδρες και 55 γυναίκες, ενώ την απάντηση **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΜΟΥ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ** έδωσαν 4 άνδρες και 37 γυναίκες. Τέλος, την απάντηση **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΟΛΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΜΟΥ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ** έδωσαν 3 άνδρες και 8 γυναίκες.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
2.37	3	> 0.50
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου.

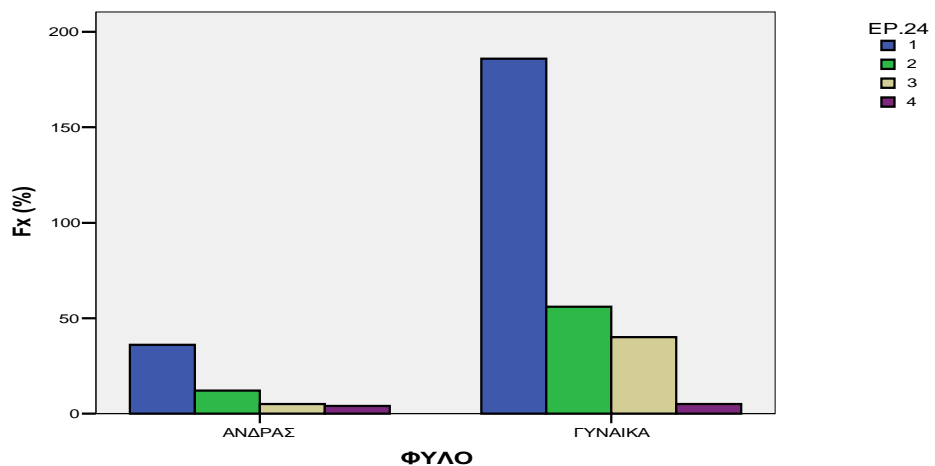
ΠΙΝΑΚΑΣ 5

ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 24 (ΑΥΤΟΕΙΚΟΝΑ-ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ)

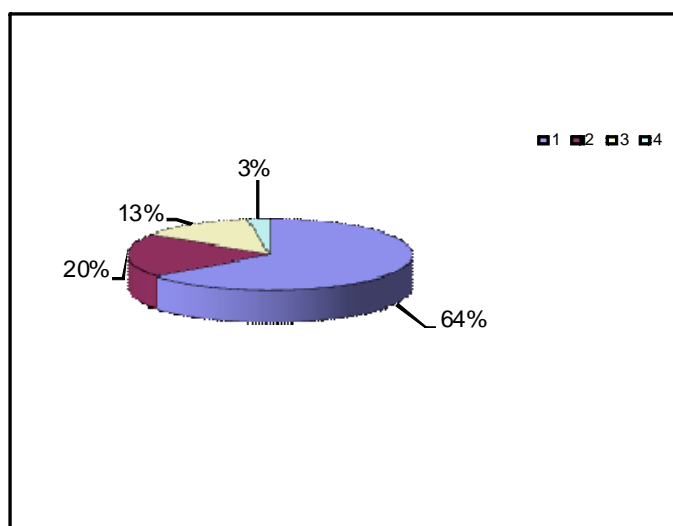
		ΕΡΩΤΗΣΗ 24				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΜΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΟΠΩΣ ΕΙΜΑΙ, ΟΠΩΣ ΠΡΙΝ	2. ΑΝΗΣΥΧΩ ΜΗΠΩΣ ΦΑΙΝΟΜΑΙ ΓΕΡΑΣΜΕΝΟΣ Η ΜΗ ΕΛΚΥΣΤΙΚΟΣ	3. ΘΕΩΡΩ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΟΝΙΜΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΟΥ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΟΥ ΜΗ ΕΛΚΥΣΤΙΚΗ	4. ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΦΑΙΝΟΜΑΙ ΑΠΑΙΣΙΟΣ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	36	12	5	4	57
	ΓΥΝΑΙΚΑ	186	56	40	5	287
	ΣΥΝΟΛΟ	222	68	45	9	344

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι 36 άντρες απάντησαν **ΜΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΟΠΩΣ ΕΙΜΑΙ, ΟΠΩΣ ΠΡΙΝ**, ενώ την ίδια απάντηση έδωσαν 186 γυναίκες. **ΑΝΗΣΥΧΩ ΜΗΠΩΣ ΦΑΙΝΟΜΑΙ ΓΕΡΑΣΜΕΝΟΣ Ή ΜΗ ΕΛΚΥΣΤΙΚΟΣ** απάντησαν 12 άνδρες και 56 γυναίκες αντίστοιχα. Την απάντηση **ΘΕΩΡΩ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΟΝΙΜΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΟΥ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΟΥ ΜΗ ΕΛΚΥΣΤΙΚΗ** έδωσαν 5 άνδρες και 40 γυναίκες ενώ τέλος την απάντηση **ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΦΑΙΝΟΜΑΙ ΑΠΑΙΣΙΟΣ** έδωσαν 4 άνδρες και 5 γυναίκες.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
6.11	3	> 0.11
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου.

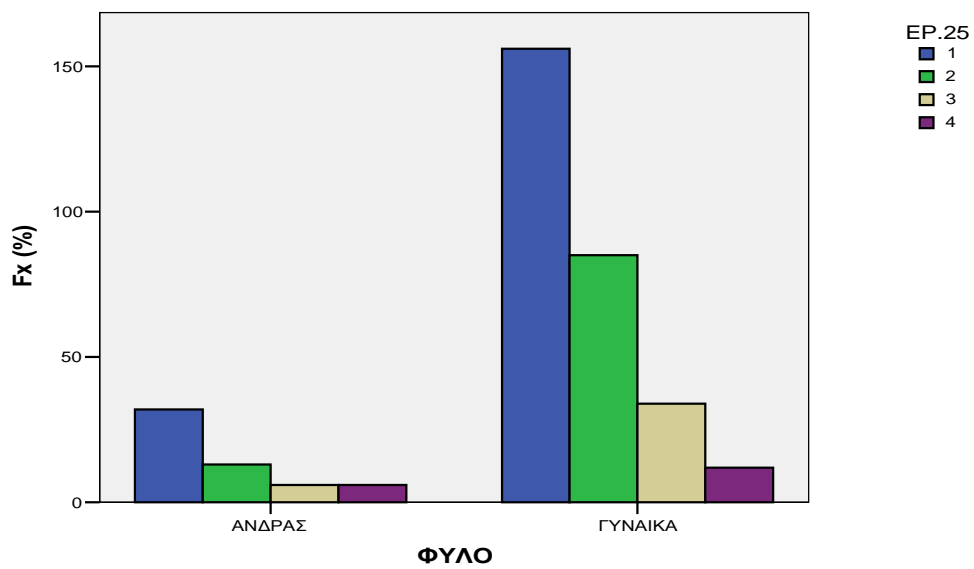
ΠΙΝΑΚΑΣ 6

ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 25 (ΕΡΓΑΣΙΑ)

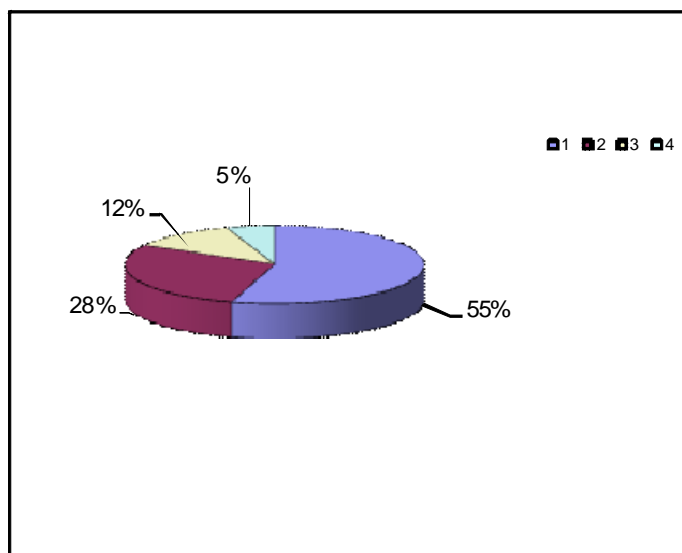
		ΕΡΩΤΗΣΗ 25				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΕΡΓΑΣΤΩ ΟΠΩΣ ΚΑΙ ΠΡΙΝ	2. ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΝΑ ΞΕΚΙΝΗΣΩ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΤΙ	3. ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΩ ΠΟΛΥ ΣΚΛΗΡΑ ΓΙΑ ΝΑ ΚΑΝΩ ΟΤΙΔΗΠΟΤΕ	4. ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΕ ΘΕΣΗ ΝΑ ΚΑΝΩ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΕΡΓΑΣΙΑ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	32	13	6	6	57
	ΓΥΝΑΙΚΑ	156	85	34	12	287
	ΣΥΝΟΛΟ	188	98	40	18	344

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι την απάντηση **ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΕΡΓΑΣΤΩ ΟΠΩΣ ΚΑΙ ΠΡΙΝ** έδωσαν 32 άνδρες και 156 γυναίκες. Την απάντηση **ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΝΑ ΞΕΚΙΝΗΣΩ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΤΙ** έδωσαν 13 άνδρες και 85 γυναίκες. **ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΩ ΠΟΛΥ ΣΚΛΗΡΑ ΓΙΑ ΝΑ ΚΑΝΩ ΟΤΙΔΗΠΟΤΕ** απάντησαν 6 άνδρες και 34 γυναίκες αντίστοιχα, ενώ τέλος την απάντηση **ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΕ ΘΕΣΗ ΝΑ ΚΑΝΩ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΕΡΓΑΣΙΑ** έδωσαν 6 άνδρες και 12 γυναίκες.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
4.53	3	> 0.21
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου.

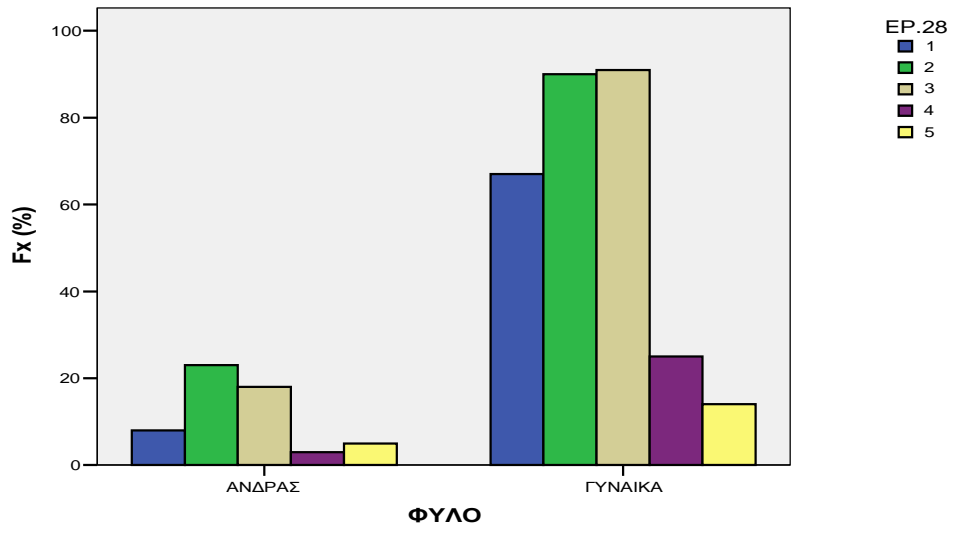
ΠΙΝΑΚΑΣ 7

ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 28 (ΟΡΕΞΗ)

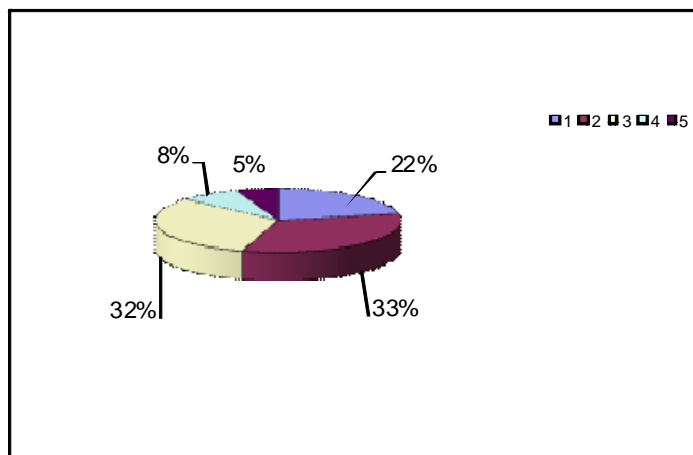
		ΕΡΩΤΗΣΗ 28					ΣΥΝΟΛΟ
		1. Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΕΙΝΑΙ ΟΠΩΣ ΣΥΝΗΘΩΣ	2. Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΟΠΩΣ ΣΥΝΗΘΩΣ	3. Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΕΧΕΙ ΑΥΞΗΘΕΙ ΚΑΤΑ ΠΟΛΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΠΡΙΝ	4. Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥ ΧΕΙΡΟΤΕΡΗ ΤΩΡΑ	5. ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΘΟΛΟΥ ΟΡΕΞΗ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	8	23	18	3	5	57
	ΓΥΝΑΙΚΑ	67	90	91	25	14	287
ΣΥΝΟΛΟ		75	113	109	28	19	344

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι 8 άνδρες και 67 γυναίκες απάντησαν **Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΕΙΝΑΙ ΟΠΩΣ ΣΥΝΗΘΩΣ**. Την απάντηση **Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΟΠΩΣ ΣΥΝΗΘΩΣ** έδωσαν 23 άνδρες και 90 γυναίκες, ενώ την απάντηση **Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΕΧΕΙ ΑΥΞΗΘΕΙ ΚΑΤΑ ΠΟΛΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΠΡΙΝ** έδωσαν 18 άνδρες και 91 γυναίκες. **Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥ ΧΕΙΡΟΤΕΡΗ ΤΩΡΑ** απάντησαν 3 άνδρες και 25 γυναίκες, ενώ τέλος την απάντηση **ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΘΟΛΟΥ ΟΡΕΞΗ** έδωσαν 5 άνδρες και 14 γυναίκες.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
5.06	4	> 0.28
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου.

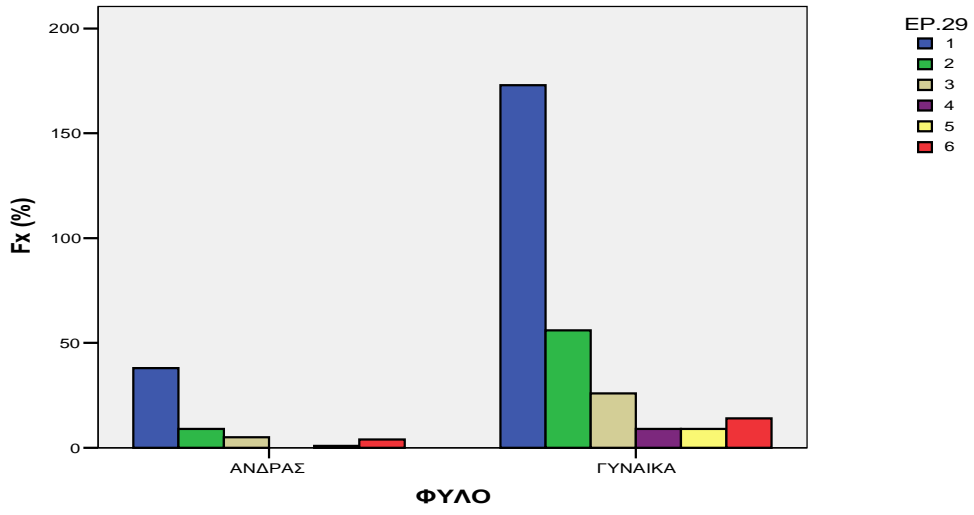
ΠΙΝΑΚΑΣ 8

ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 29 (ΑΠΩΛΕΙΑ-ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ)

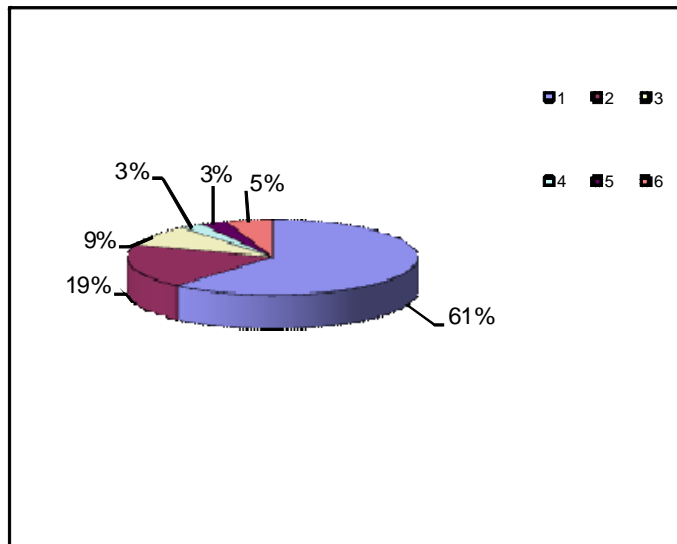
		ΕΡΩΤΗΣΗ 29						ΣΥΝΟΛΟ
ΦΥΛΟ		1. ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΒΑΡΟΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ	2. ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΔΥΟ ΚΙΛΑ	3. ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΡΙΑ ΚΙΛΑ	4. ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΠΕΝΤΕ ΚΙΛΑ	5. ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΛΑ ΚΙΛΑ	6. ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΛΑ ΚΙΛΑ (ΑΝΩ ΤΩΝ 10 ΚΙΛΩΝ)	
	ΑΝΔΡΑΣ	38	9	5	0	1	4	57
	ΓΥΝΑΙΚΑ	173	56	26	9	9	14	287
	ΣΥΝΟΛΟ	211	65	31	9	10	18	344

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι 38 άνδρες απάντησαν **ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΒΑΡΟΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ**, ενώ αντίθετα την ίδια απάντηση έδωσαν 173 γυναίκες. Την απάντηση **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΔΥΟ ΚΙΛΑ** έδωσαν 9 άντρες και 56 γυναίκες, ενώ την απάντηση **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΡΙΑ ΚΙΛΑ** έδωσαν 5 άντρες και 26 γυναίκες. **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΠΕΝΤΕ ΚΙΛΑ** απάντησαν 0 άντρες και 9 γυναίκες. **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΛΑ ΚΙΛΑ** έδωσαν 1 άνδρας και 9 γυναίκες. Τέλος, την απάντηση **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΛΑ ΚΙΛΑ (ΑΝΩ ΤΩΝ ΔΕΚΑ)** έδωσαν 4 άνδρες και 14 γυναίκες.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
3.18	5	> 0.67
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου.

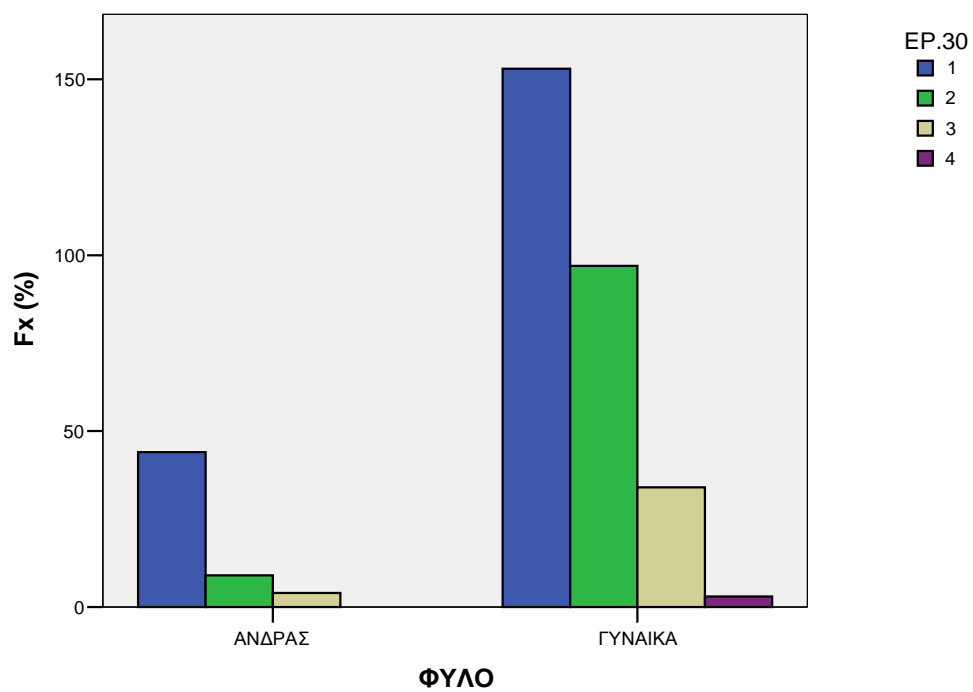
ΠΙΝΑΚΑΣ 9

ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 30 (ΕΠΙΓΝΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ)

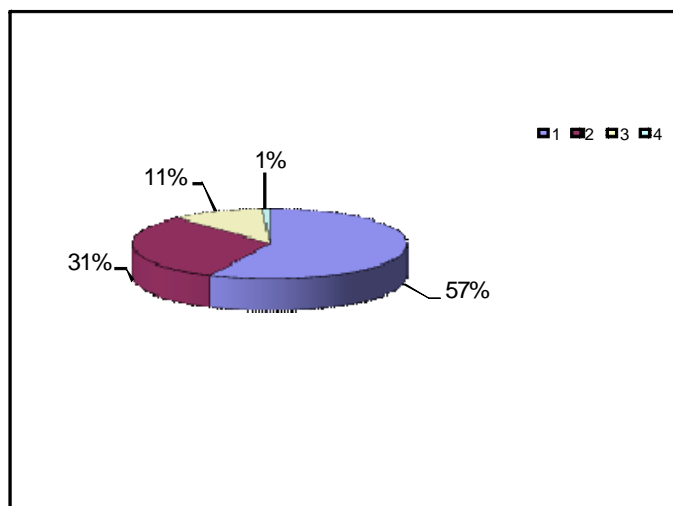
		ΕΡΩΤΗΣΗ 30				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΔΕΝ ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ	2. ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΑ ΦΥΣΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΠΩΣ ΠΟΝΟΙ, ΤΟ ΣΤΟΜΑΧΙ, ΤΗ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ	3. ΑΝΗΣΥΧΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΚΟΛΟ ΝΑ ΣΚΕΦΤΩ ΠΟΛΛΑ ΑΛΛΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ	4. ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΣΟ ΠΟΥ ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΣΚΕΦΤΩ ΤΙΠΟΤΕ ΑΛΛΟ	
ΦΥΛΟ						
	ΑΝΔΡΑΣ	44	9	4	0	57
	ΓΥΝΑΙΚΑ	153	97	34	3	287
	ΣΥΝΟΛΟ	197	106	38	3	344

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι την απάντηση **ΔΕΝ ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ** έδωσαν 44 άνδρες και 153 γυναίκες, ενώ την απάντηση **ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΑ ΦΥΣΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΠΩΣ ΠΟΝΟΙ, ΤΟ ΣΤΟΜΑΧΙ, ΤΗ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ** έδωσαν 9 άνδρες και 97 γυναίκες. **ΑΝΗΣΥΧΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΚΟΛΟ ΠΟΛΛΑ ΑΛΛΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ** απάντησαν 4 άνδρες και 34 γυναίκες. Τέλος, την απάντηση **ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΣΟ ΠΟΥ ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΣΚΕΦΤΩ ΤΙΠΟΤΕ ΑΛΛΟ** έδωσαν 0 άνδρες και 3 γυναίκες.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
11.34	3	> 0.01
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΝΑΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται (δηλαδή εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου. Επομένως οι άνδρες στη συντριπτική τους πλειοψηφία απάντησαν *δεν ανησυχώ για την υγεία μου περισσότερο από άλλες φορές*, ενώ αντίθετα οι γυναίκες εκτός από αυτή την απάντηση έδωσαν και σε σημαντικό ποσοστό τις απαντήσεις *ανησυχώ για τα φυσικά προβλήματα όπως πόνοι, το στομάχι, τη δυσκοιλιότητα*, αλλά και *ανησυχώ πολύ για τα θέματα υγείας και είναι δύσκολο να σκεφτώ πολλά άλλα πράγματα*.

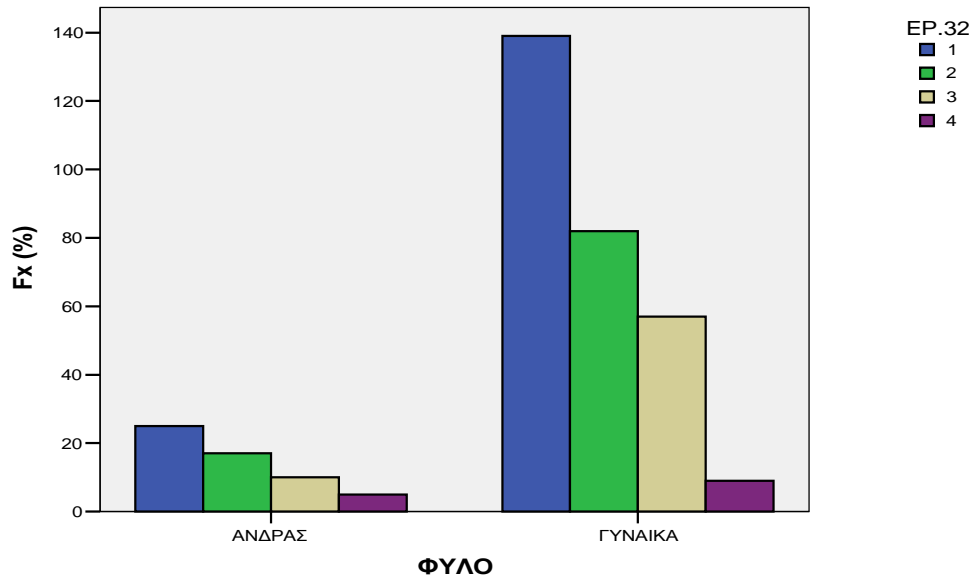
ΠΙΝΑΚΑΣ 10

ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 32 (ΘΥΜΟΣ-ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ)

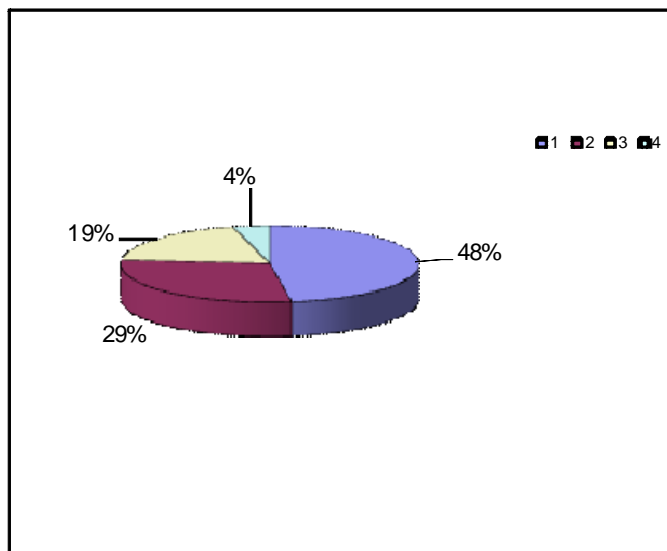
		ΕΡΩΤΗΣΗ 32				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΘΥΜΟ	2. ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΘΥΜΟ	3. ΕΙΜΑΙ ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	4. ΕΙΜΑΙ ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ ΣΥΝΕΧΩΣ ΚΑΙ ΔΕ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΤΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΩ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	25	17	10	5	57
	ΓΥΝΑΙΚΑ	139	82	57	9	287
	ΣΥΝΟΛΟ	164	99	67	14	344

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι την απάντηση **ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΘΥΜΟ** έδωσαν 25 άνδρες και 139 γυναίκες, ενώ την απάντηση **ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΘΥΜΟ** έδωσαν 17 άνδρες και 82 γυναίκες. Την απάντηση **ΕΙΜΑΙ ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ** έδωσαν 10 άνδρες και 57 γυναίκες. Τέλος, την απάντηση **ΕΙΜΑΙ ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ ΣΥΝΕΧΩΣ ΚΑΙ ΔΕ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΤΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΩ** έδωσαν 5 άνδρες και 9 γυναίκες.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
4.01	3	> 0.25
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

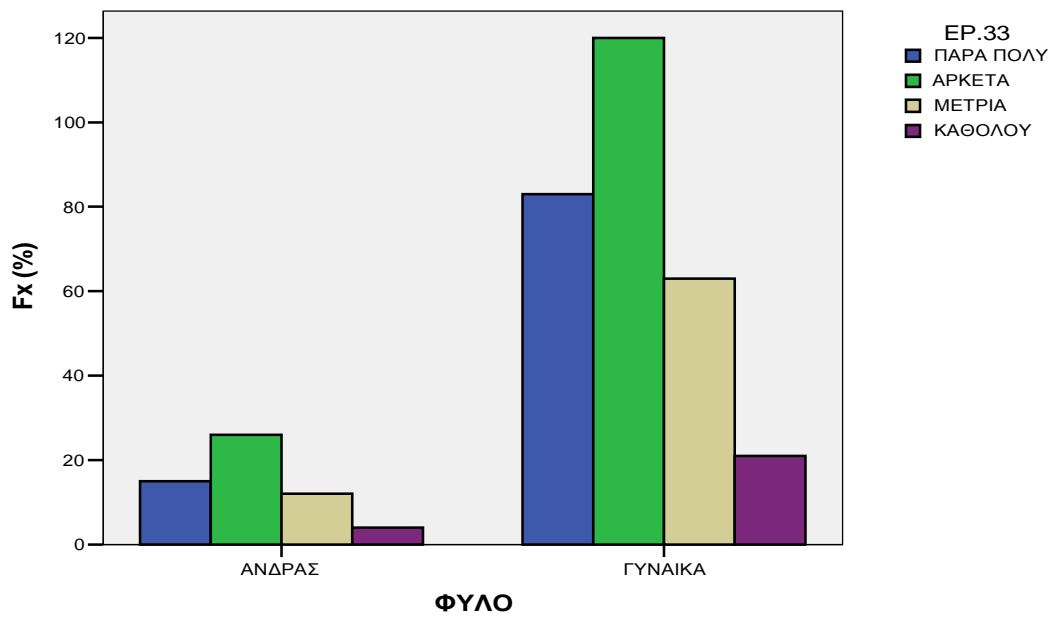
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ

ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 33: ΠΟΣΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΕΙΣΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ;

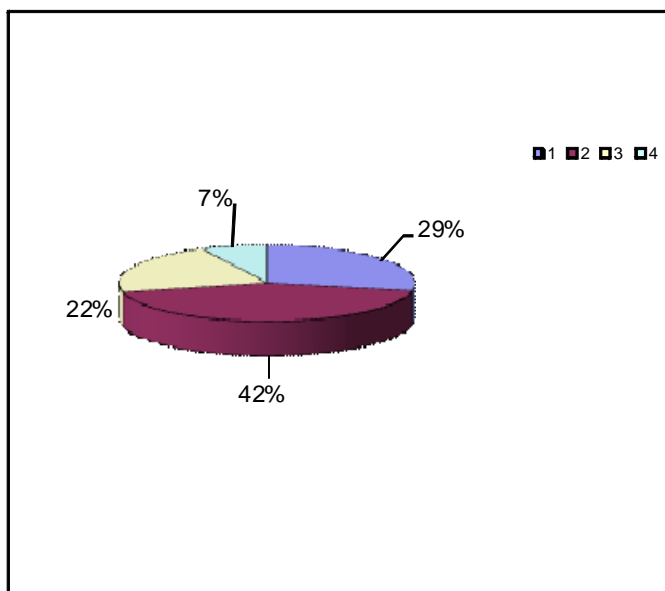
		ΕΡΩΤΗΣΗ 33				ΣΥΝΟΛΟ
		ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΑΡΚΕΤΑ	ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΘΟΛΟΥ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	15	26	12	4	57
	ΓΥΝΑΙΚΑ	83	120	63	21	287
ΣΥΝΟΛΟ		98	146	75	25	344

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι στην ερώτηση **ΠΟΣΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΕΙΣΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ** 15 άνδρες και 83 γυναίκες απάντησαν **ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ**, την απάντηση **ΑΡΚΕΤΑ** έδωσαν 26 άνδρες και 120 γυναίκες, την απάντηση **ΜΕΤΡΙΑ** έδωσαν 12 γυναίκες και 63 γυναίκες. Τέλος 4 άνδρες και 21 γυναίκες απάντησαν ότι δεν είναι κοινωνικοί. (**ΚΑΘΟΛΟΥ**).

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
0.30	3	> 0.96
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

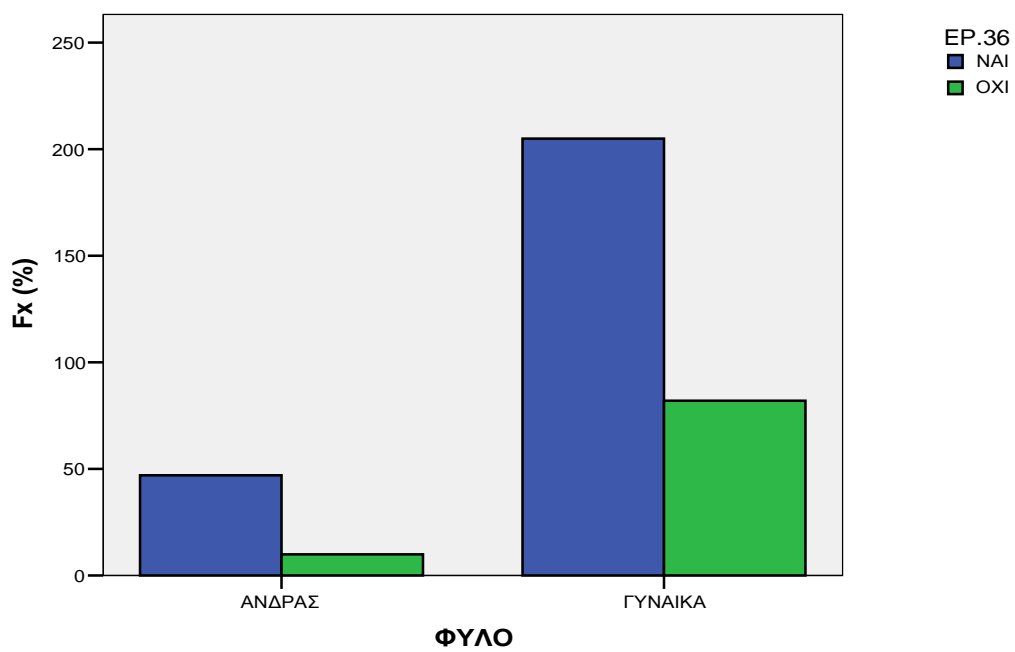
ΑΥΤΟΕΙΚΟΝΑ

ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 36: ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΟΤΙ ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΣ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΑΣ;

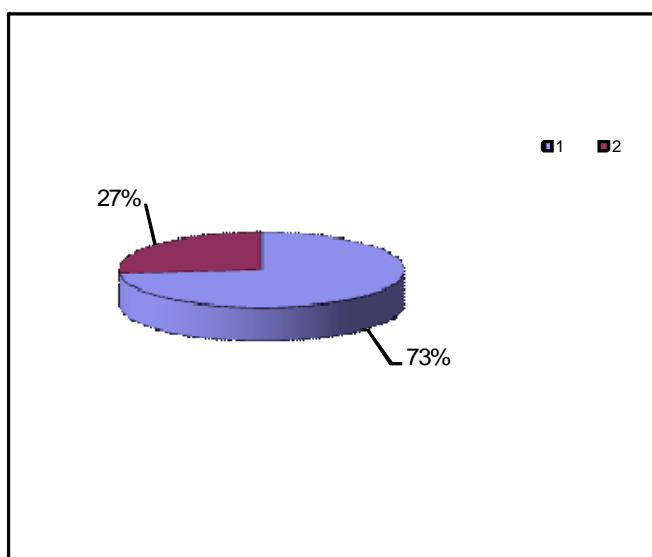
		ΕΡΩΤΗΣΗ 36		ΣΥΝΟΛΟ
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	47	10	57
	ΓΥΝΑΙΚΑ	205	82	287
ΣΥΝΟΛΟ		252	92	344

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι στην ερώτηση **ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΟΤΙ ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΣ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΑΣ**, 47 άνδρες απάντησαν ότι είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους (**ΝΑΙ**) όπως επίσης την ίδια απάντηση έδωσαν 205 γυναίκες. Αντίθετα 10 άνδρες απάντησαν ότι δεν είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους (**ΟΧΙ**) όπως επίσης την ίδια απάντηση έδωσαν 82 γυναίκες.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
2.95	1	> 0.09
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13

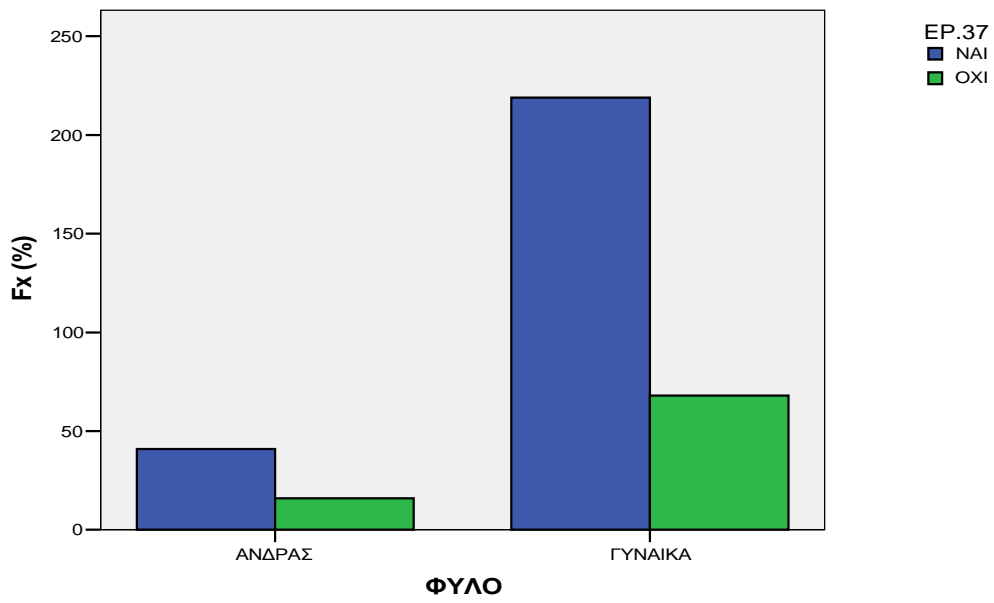
ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 37: ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΙΚΑΝΟΣ ΝΑ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ;

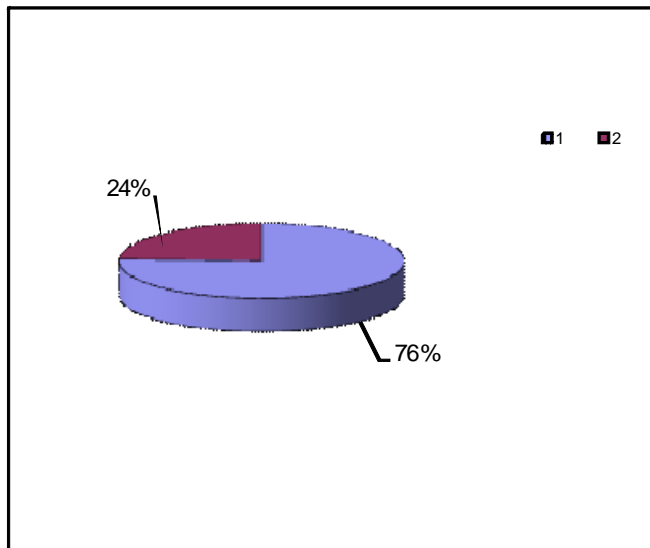
		ΕΡΩΤΗΣΗ 37		ΣΥΝΟΛΟ
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	41	16	57
	ΓΥΝΑΙΚΑ	219	68	287
ΣΥΝΟΛΟ		260	84	344

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι στην ερώτηση **ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΙΚΑΝΟΣ ΝΑ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ**, 41 άνδρες και 219 γυναίκες απάντησαν ότι είναι ικανοί να λαμβάνουν αποφάσεις (**ΝΑΙ**) ενώ αντίθετα 16 άνδρες και 68 γυναίκες απάντησαν ότι δεν αισθάνονται ικανοί να λαμβάνουν αποφάσεις (**ΟΧΙ**).

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
0.49	1	> 0.48
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου.

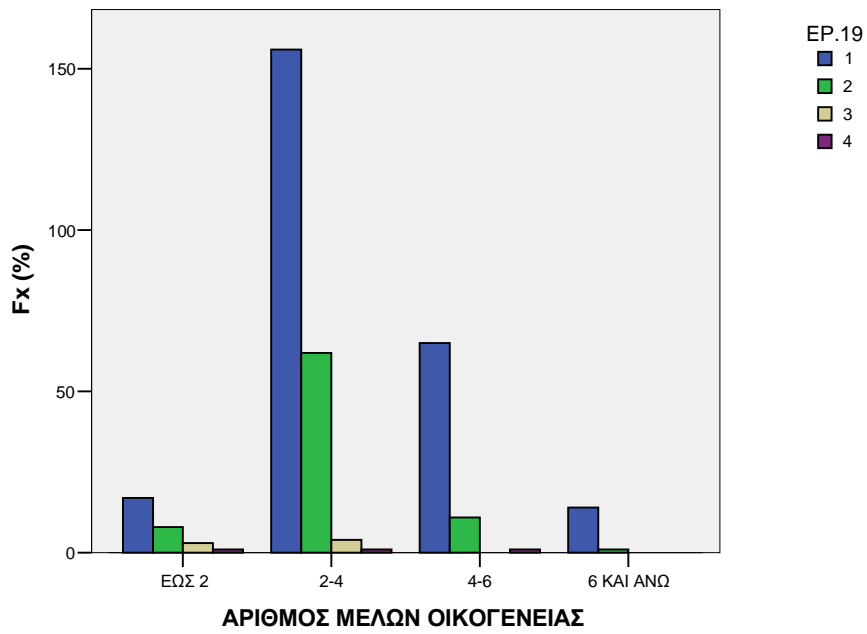
ΠΙΝΑΚΑΣ 14

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 19 (ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ)

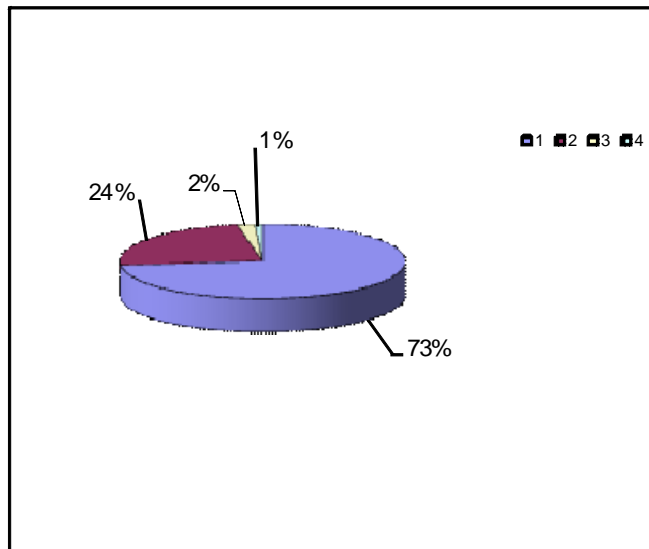
		ΕΡΩΤΗΣΗ 19				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΚΕΨΕΙΣ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΚΟ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ	2. ΕΧΩ ΣΚΕΨΕΙΣ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΚΟ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ, ΑΛΛΑ ΔΕΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΤΟ ΚΑΝΩ	3. ΘΑ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΑ ΝΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΗΣΩ	4. ΘΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΟΥΣΑ ΕΑΝ ΜΠΟΡΟΥΣΑ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΕΩΣ ΚΑΙ 2 ΜΕΛΗ	17	8	3	1	29
	2 ΜΕ 4 ΜΕΛΗ	156	62	4	1	223
	4 ΜΕ 6 ΜΕΛΗ	65	11	0	1	77
	6 ΚΑΙ ΑΝΩ ΜΕΛΗ	14	1	0	0	15
ΣΥΝΟΛΟ		252	82	7	3	344

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι 17 φοιτητές με οικογένειες με αριθμό μελών έως και 2 απάντησαν **ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΚΕΨΕΙΣ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΚΟ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ**, την ίδια απάντηση έδωσαν 156 φοιτητές με 2 έως 4 μέλη, 65 φοιτητές με 4 έως και 6 μέλη ενώ 14 φοιτητές με 6 μέλη και πάνω. 8 φοιτητές με αριθμό μελών έως και 2 απάντησαν **ΕΧΩ ΣΚΕΨΕΙΣ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΚΟ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ, ΑΛΛΑ ΔΕΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΤΟ ΚΑΝΩ**, την ίδια απάντηση έδωσαν 62 φοιτητές με 2 έως και 4 μέλη, 11 φοιτητές με 4 έως και 6 μέλη ενώ 1 φοιτητής με 6 και άνω μέλη. Την απάντηση **ΘΑ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΑ ΝΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΗΣΩ** έδωσαν 3 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 4 φοιτητές με 2 έως και 4 μέλη, κανένας φοιτητής με 4 έως και 6 μέλη αλλά και 6 μέλη και άνω. Την τελευταία απάντηση **ΘΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΟΥΣΑ ΕΑΝ ΜΠΟΡΟΥΣΑ** έδωσαν 1 φοιτητής με έως και 2 μέλη, 1 φοιτητής με 2 έως και 4 μέλη αλλά και 1 φοιτητής με 4 έως και 6 μέλη, ενώ κανένας φοιτητής με 6 και άνω μέλη έδωσε την απάντηση αυτή.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
24.49	9	> 0.00
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΝΑΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται (δηλαδή εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του αριθμού των μελών της οικογένειας. Επομένως οι ολιγομελής οικογένειες (έως και 6 μέλη) με πρώτη (συντριπτικά) την απάντηση *δεν έχω καθόλου σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου, έχουν δώσει και όλες τις υπόλοιπες απαντήσεις*, ενώ αντίθετα οι «μεγάλες οικογένειες» (6 και άνω μέλη) με πρώτη την ίδια απάντηση *δεν έχουν δώσει καθόλου τις απαντήσεις θα επιθυμούσα να αυτοκτονήσω και θα αυτοκτονούσα εάν μπορούσα*.

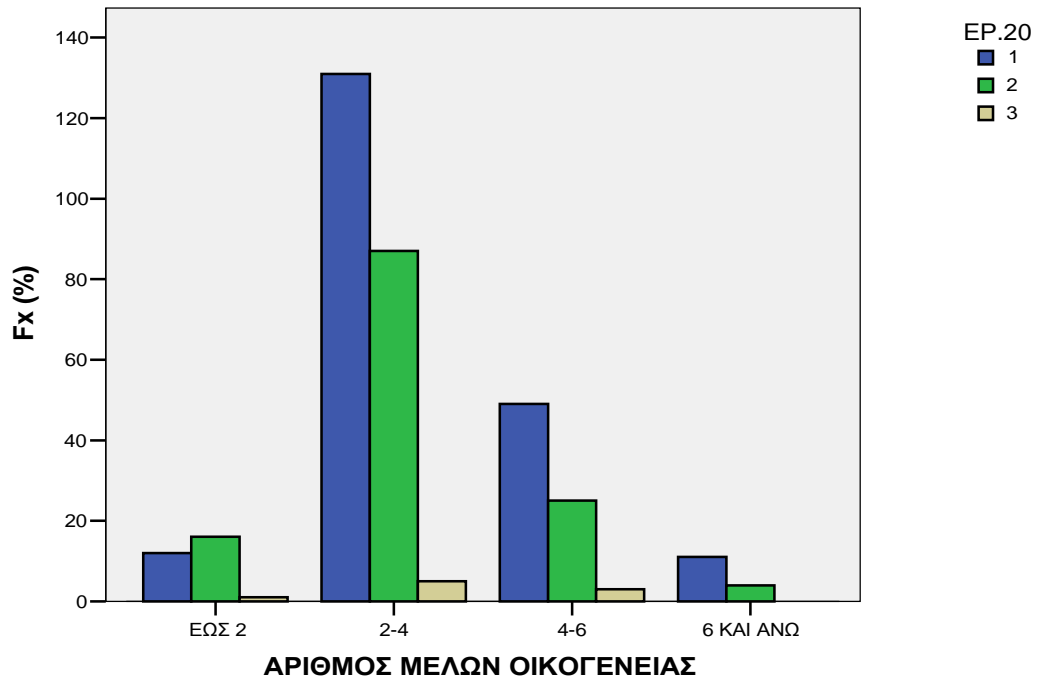
ΠΙΝΑΚΑΣ 15

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 20 (ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ)

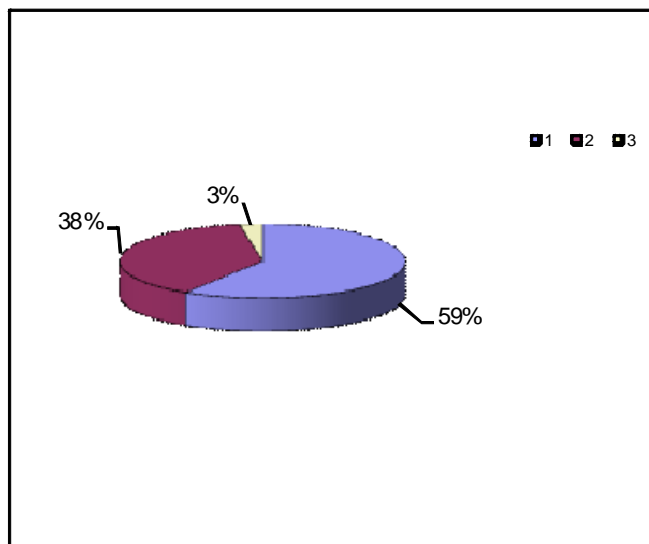
		ΕΡΩΤΗΣΗ 20			ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΔΕΝ ΚΛΑΙΩ ΜΕ ΤΟ ΠΑΡΑΜΙΚΡΟ	2. ΚΛΑΙΩ ΤΩΡΑ ΠΙΟ ΠΟΛΥ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ	3. ΚΛΑΙΩ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΕΩΣ ΚΑΙ 2 ΜΕΛΗ	12	16	1	29
	2 ΜΕ 4 ΜΕΛΗ	131	87	5	223
	4 ΜΕ 6 ΜΕΛΗ	49	25	3	77
	6 ΚΑΙ ΑΝΩ ΜΕΛΗ	11	4	0	15
ΣΥΝΟΛΟ		203	132	9	344

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι 12 φοιτητές με αριθμό έως και 2 μέλη απάντησαν **ΔΕΝ ΚΛΑΙΩ ΜΕ ΤΟ ΠΑΡΑΜΙΚΡΟ**, την ίδια απάντηση έδωσαν 131 φοιτητές με αριθμό μελών 2 με 4, 49 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 11 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Την απάντηση **ΚΛΑΙΩ ΤΩΡΑ ΠΙΟ ΠΟΛΥ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ** έδωσαν 16 φοιτητές με αριθμό μελών έως και 2 , 87 φοιτητές με 2 έως και 4 μέλη, 25 φοιτητές με 4 έως και 6 μέλη και 4 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Την τελευταία απάντηση **ΚΛΑΙΩ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ** έδωσαν 1 φοιτητής με αριθμό μελών έως και 2, 5 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 3 φοιτητές με 4 με 6 μέλη ενώ κανένας φοιτητής δεν έδωσε την παραπάνω απάντηση με αριθμό μελών 6 και άνω.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
6.79	6	> 0.34
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του αριθμού των μελών της οικογένειας.

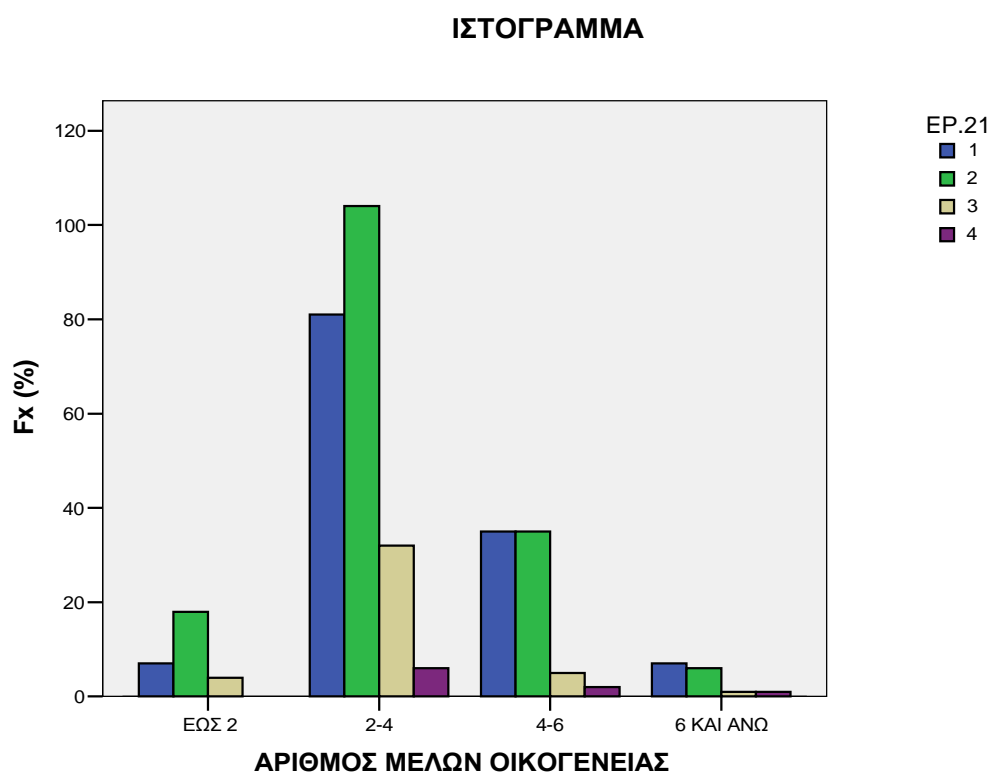
ΠΙΝΑΚΑΣ 16

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 21 (ΘΥΜΟΣ)

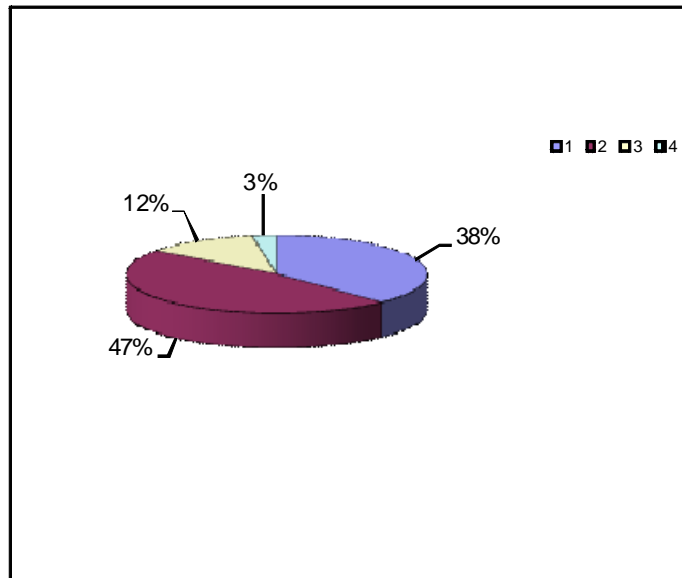
		ΕΡΩΤΗΣΗ 21				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΔΕΝ ΕΝΟΧΛΟΥΜΑΙ ΑΠΟ ΑΥΤΑ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ	2. ΕΙΜΑΙ ΛΙΓΟ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΑΠΟ ΟΣΟ ΣΥΝΗΘΩΣ	3. ΕΙΜΑΙ ΑΡΚΕΤΑ ΕΝΟΧΛΗΜΕΝΟΣ Η ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΓΙΑ ΠΟΛΥ ΧΡΟΝΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	4. ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΩΡΑ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΕΩΣ ΚΑΙ 2 ΜΕΛΗ	7	18	4	0	29
	2 ΜΕ 4 ΜΕΛΗ	81	104	32	6	223
	4 ΜΕ 6 ΜΕΛΗ	35	35	5	2	77
	6 ΚΑΙ ΑΝΩ ΜΕΛΗ	7	6	1	1	15
ΣΥΝΟΛΟ		130	163	42	9	344

Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι 7 φοιτητές με αριθμό μελών έως και 2 μέλη απάντησαν **ΔΕΝ ΕΝΟΧΛΟΥΜΑΙ ΑΠΟ ΑΥΤΑ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ**. Την ίδια απάντηση έδωσαν 81 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 35 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 7 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Στο σύνολο των 163 φοιτητών που έδωσαν την απάντηση **ΕΙΜΑΙ ΛΙΓΟ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΑΠΟ ΟΣΟ ΣΥΝΗΘΩΣ** οι 18 είχαν αριθμό μελών έως και 2 μέλη, οι 104 φοιτητές είχαν 2 με 4 μέλη, οι 35 φοιτητές είχαν 4 με 6 μέλη και 6 φοιτητές είχαν αριθμό μελών 6 και άνω. Την απάντηση **ΕΙΜΑΙ ΑΡΚΕΤΑ ΕΝΟΧΛΗΜΕΝΟΣ Η ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΓΙΑ ΠΟΛΥ ΧΡΟΝΟ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ** έδωσαν 4 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 32 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 5 φοιτητές με αριθμό μελών 4 με 6 και 1 φοιτητής με 6 και άνω μέλη. Την τελευταία απάντηση, **ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΩΡΑ**, έδωσαν 0 φοιτητές με έως και 2 μέλη,

6 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 2 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 1 φοιτητής με 6 και άνω μέλη.



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
27.5	9	> 0.10
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του αριθμού των μελών της οικογένειας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17

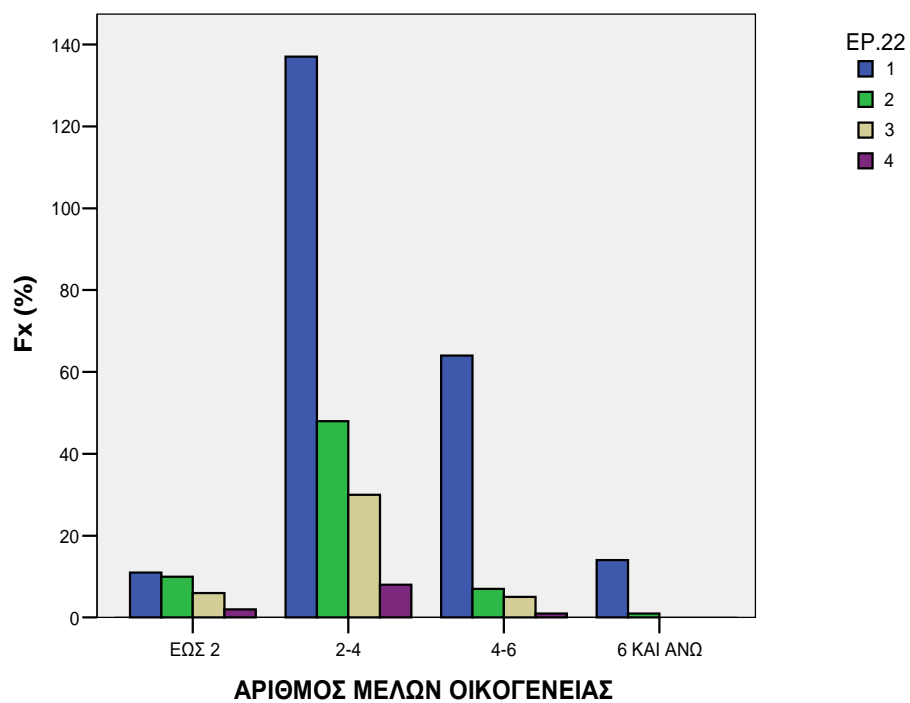
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 22 (ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ)

		ΕΡΩΤΗΣΗ 22				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ	2. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΑ Ι ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ	3. ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΜΟΥ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ	4. ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΟΛΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΜΟΥ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΕΩΣ ΚΑΙ 2 ΜΕΛΗ	11	10	6	2	29
	2 ΜΕ 4 ΜΕΛΗ	137	48	30	8	223
	4 ΜΕ 6 ΜΕΛΗ	64	7	5	1	77
	6 ΚΑΙ ΑΝΩ ΜΕΛΗ	14	1	0	0	15
ΣΥΝΟΛΟ		226	66	41	11	344

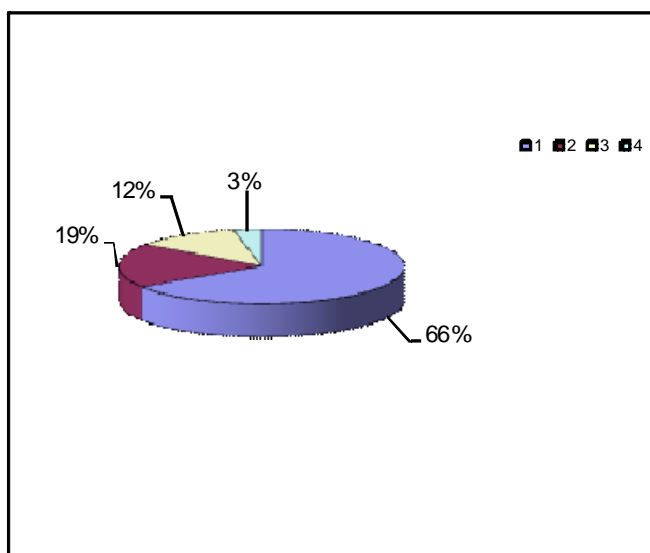
Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι 11 φοιτητές με έως και 2 μέλη απάντησαν **ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ**. Την ίδια απάντηση έδωσαν 137 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 64 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 14 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Την επόμενη απάντηση, **ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΑΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ**, έδωσαν 10 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 48 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 7 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 1 φοιτητής με 6 και άνω μέλη. Στη συνέχεια βλέπουμε ότι 6 φοιτητές με αριθμό μελών έως και 2 απάντησαν **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΜΟΥ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ**. Την ίδια απάντηση έδωσαν 30 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 5 φοιτητές με 4 με 6 μέλη ενώ κανένας φοιτητής με 6 και άνω μέλη δεν έδωσε την παραπάνω απάντηση. Τέλος, 2 φοιτητές με έως

και 2 μέλη απάντησαν **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΟΛΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΜΟΥ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ**. Την ίδια απάντηση έδωσαν 8 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 1 φοιτητής με 4 με 6 μέλη και κανένας φοιτητής με 6 και άνω μέλη.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
27.50	9	> 0.00
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΝΑΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται (δηλαδή εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του αριθμού των μελών της οικογένειας. Επομένως οι ολιγομελής οικογένειες (έως και 6 μέλη) με πρώτη (συντριπτικά) την απάντηση *δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον για άλλους ανθρώπους, έχουν δώσει και όλες τις υπόλοιπες απαντήσεις*, ενώ αντίθετα οι «μεγάλες οικογένειες» (6 και άνω μέλη) με πρώτη την ίδια απάντηση *δεν έχουν δώσει καθόλου τις απαντήσεις έχω χάσει το μεγαλύτερο μέρος του ενδιαφέροντος μου για άλλους ανθρώπους και έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για άλλους ανθρώπους*.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18

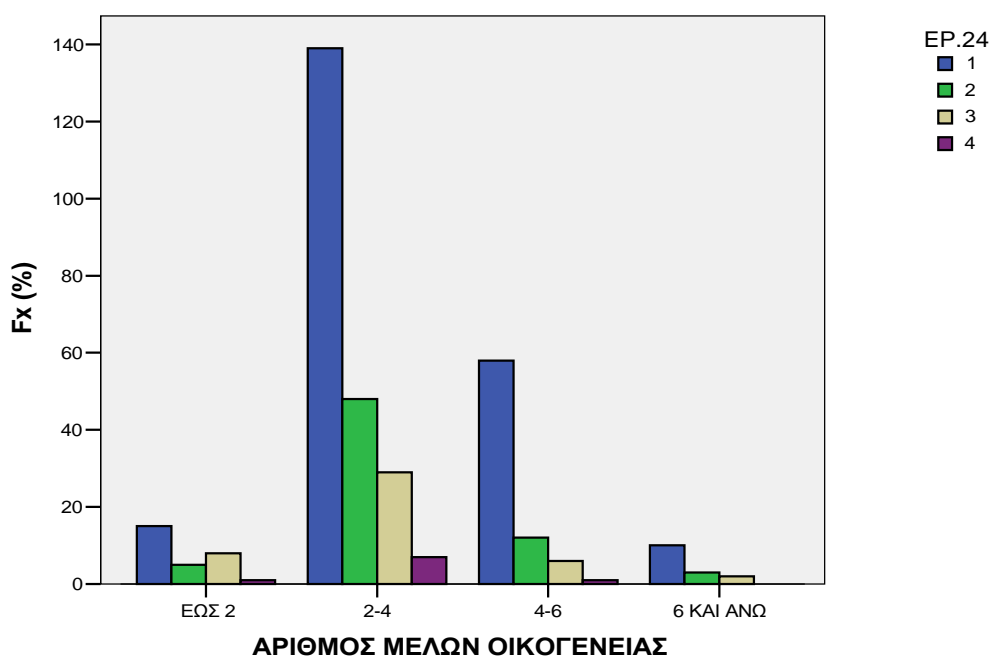
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 24 ΑΥΤΟΕΙΚΟΝΑ-ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ)

		ΕΡΩΤΗΣΗ 24				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΜΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΟΠΩΣ ΕΙΜΑΙ, ΟΠΩΣ ΠΡΙΝ	2. ΑΝΗΣΥΧΩ ΜΗΠΩΣ ΦΑΙΝΟΜΑΙ ΓΕΡΑΣΜΕΝΟΣ Η ΜΗ ΕΛΚΥΣΤΙΚΟΣ	3. ΘΕΩΡΩ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΟΝΙΜΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΟΥ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΟΥ ΜΗ ΕΛΚΥΣΤΙΚΗ	4. ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΦΑΙΝΟΜΑΙ ΑΠΑΙΣΙΟΣ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΕΩΣ ΚΑΙ 2 ΜΕΛΗ	15	5	8	1	29
	2 ΜΕ 4 ΜΕΛΗ	139	48	29	7	223
	4 ΜΕ 6 ΜΕΛΗ	58	12	6	1	77
	6 ΚΑΙ ΑΝΩ ΜΕΛΗ	10	3	2	0	15
ΣΥΝΟΛΟ		222	68	45	9	344

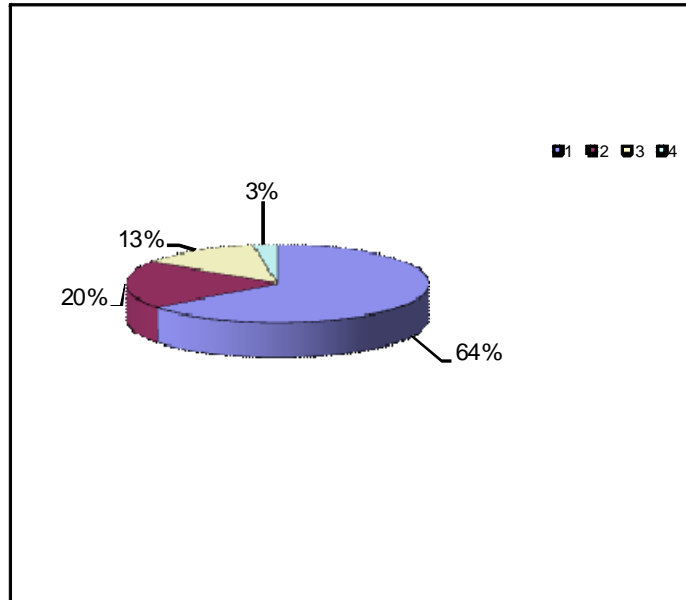
Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι την απάντηση **ΜΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΟΠΩΣ ΕΙΜΑΙ, ΟΠΩΣ ΠΡΙΝ** έδωσαν 15 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 139 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 58 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 10 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Την απάντηση **ΑΝΗΣΥΧΩ ΜΗΠΩΣ ΦΑΙΝΟΜΑΙ ΓΕΡΑΣΜΕΝΟΣ Η ΜΗ ΕΛΚΥΣΤΙΚΟΣ** έδωσαν 5 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 48 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 12 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 3 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Την τρίτη απάντηση, **ΘΕΩΡΩ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΟΝΙΜΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΟΥ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΟΥ ΜΗ ΕΛΚΥΣΤΙΚΗ**, έδωσαν 8 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 29 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 6 φοιτητές

με 4 με 6 μέλη και 2 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Τέλος, 1 φοιτητής με έως και 2 μέλη απάντησε **ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΦΑΙΝΟΜΑΙ ΑΠΑΙΣΙΟΣ**. Την ίδια απάντηση έδωσαν 7 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 1 φοιτητής με 4 με 6 μέλη ενώ δεν απάντησε κανένας φοιτητής με 6 και άνω μέλη.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
10.95	9	> 0.28
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του αριθμού των μελών της οικογένειας.

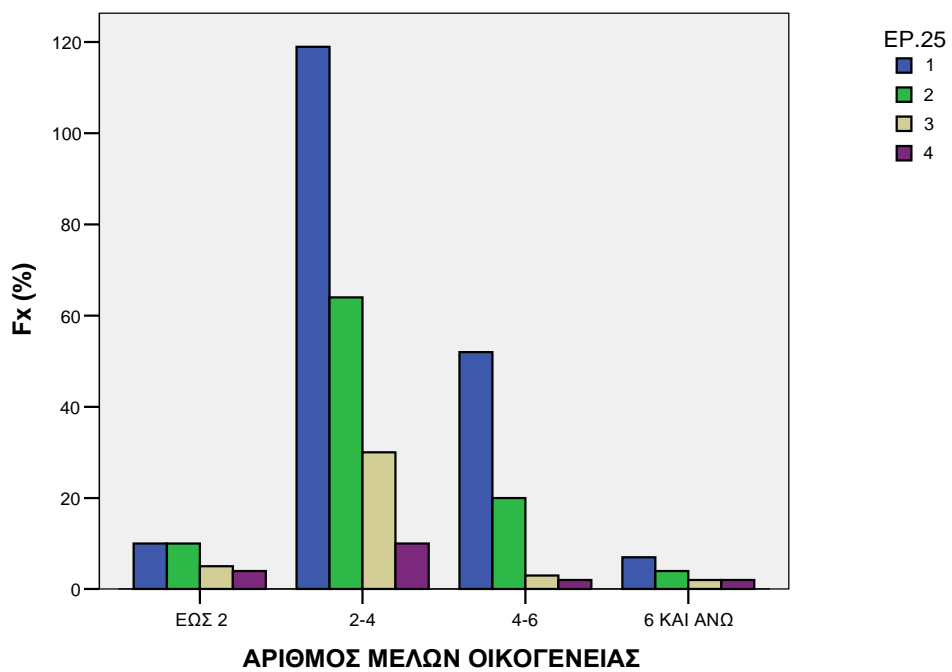
ΠΙΝΑΚΑΣ 19

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 25 (ΕΡΓΑΣΙΑ)

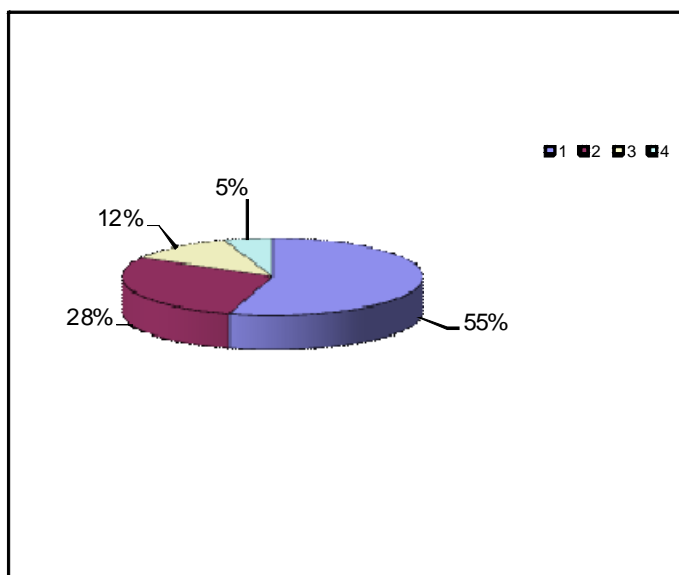
		ΕΡΩΤΗΣΗ 25				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΕΡΓΑΣΤΩ ΟΠΩΣ ΚΑΙ ΠΡΙΝ	2. ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΝΑ ΞΕΚΙΝΗΣΩ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΤΙ	3. ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΩ ΠΟΛΥ ΣΚΛΗΡΑ ΓΙΑ ΝΑ ΚΑΝΩ ΟΤΙΔΗΠΟΤΕ	4. ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΕ ΘΕΣΗ ΝΑ ΚΑΝΩ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤ Ε ΕΡΓΑΣΙΑ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΕΩΣ ΚΑΙ 2 ΜΕΛΗ	10	10	5	4	29
	2 ΜΕ 4 ΜΕΛΗ	119	64	30	10	223
	4 ΜΕ 6 ΜΕΛΗ	52	20	3	2	77
	6 ΚΑΙ ΑΝΩ ΜΕΛΗ	7	4	2	2	15
ΣΥΝΟΛΟ		188	98	40	18	344

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι την απάντηση **ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΕΡΓΑΣΤΩ ΟΠΩΣ ΚΑΙ ΠΡΙΝ** έδωσαν 10 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 119 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 52 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 7 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Την επόμενη απάντηση **ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΝΑ ΞΕΚΙΝΗΣΩ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΤΙ**, έδωσαν 10 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 64 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 20 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 4 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Στην συνέχεια βλέπουμε ότι 5 φοιτητές με έως και 2 μέλη έδωσαν την απάντηση **ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΩ ΠΟΛΥ ΣΚΛΗΡΑ ΓΙΑ ΝΑ ΚΑΝΩ ΟΤΙΔΗΠΟΤΕ**. Την ίδια απάντηση έδωσαν 30 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 3 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 2 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Τέλος την απάντηση **ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΕ ΘΕΣΗ ΝΑ ΚΑΝΩ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΕΡΓΑΣΙΑ** έδωσαν 4 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 10 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 2 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 2 φοιτητές με 6 και άνω μέλη.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
17.92	9	> 0.04
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΝΑΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται (δηλαδή εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του αριθμού των μελών της οικογένειας. Επομένως οι ολιγομελής οικογένειες (έως και 2 μέλη) δηλώνουν μια δυσκολία στο να συνεχίσουν την εργασία τους με τον ίδιο τρόπο, ενώ αντίθετα οι «μεγαλύτερες οικογένειες» (2 και άνω μέλη) δηλώνουν συντριπτικά ότι προσπαθούν να εργαστούν όπως και πριν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20

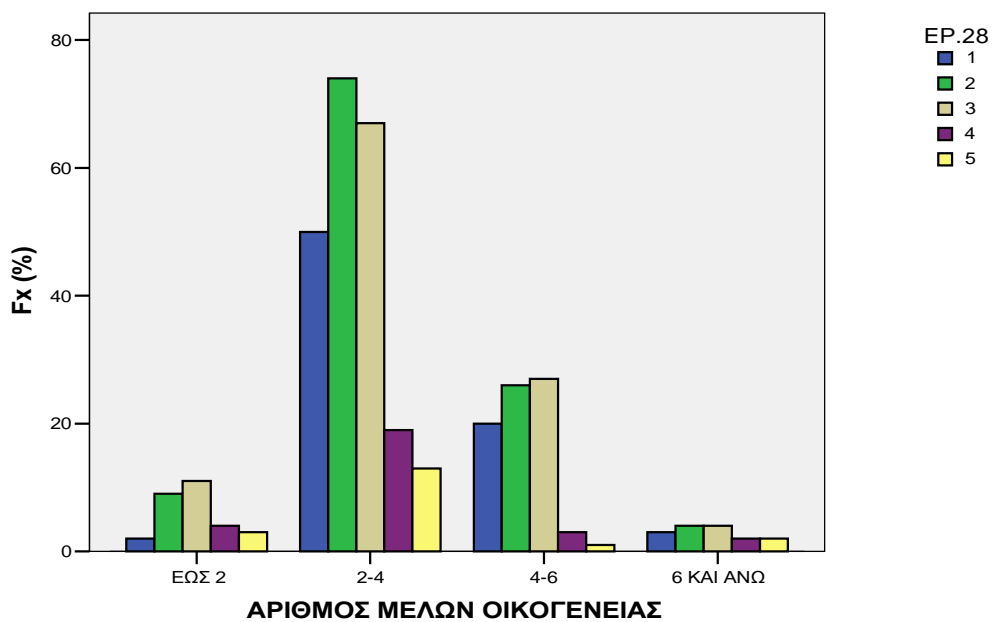
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 28 (ΟΡΕΞΗ)

		ΕΡΩΤΗΣΗ 28					ΣΥΝΟΛΟ
		1. Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΕΙΝΑΙ ΟΠΩΣ ΣΥΝΗΘΩΣ	2. Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΟΠΩΣ ΣΥΝΗΘΩΣ	3. Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΕΧΕΙ ΑΥΞΗΘΕΙ ΚΑΤΑ ΠΟΛΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΠΡΙΝ	4. Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥ ΧΕΙΡΟΤΕΡΗ ΤΩΡΑ	5. ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΘΟΛΟΥ ΟΡΕΞΗ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΕΩΣ ΚΑΙ 2 ΜΕΛΗ	2	9	11	4	3	29
	2 ΜΕ 4 ΜΕΛΗ	50	74	67	19	13	223
	4 ΜΕ 6 ΜΕΛΗ	20	26	27	3	1	77
	6 ΚΑΙ ΑΝΩ ΜΕΛΗ	3	4	4	2	2	15
ΣΥΝΟΛΟ		75	113	109	28	19	344

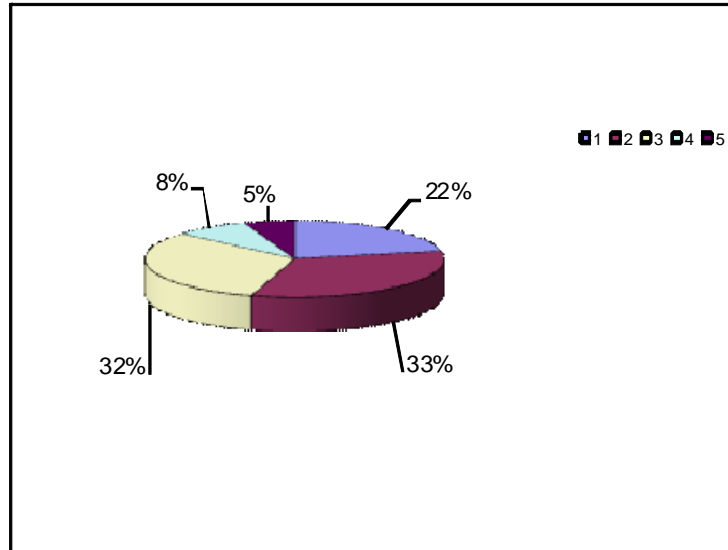
Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι 2 φοιτητές με έως και 2 μέλη έδωσαν την απάντηση **Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΕΙΝΑΙ ΟΠΩΣ ΣΥΝΗΘΩΣ**, την ίδια απάντηση έδωσαν 50 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 20 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 3 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Την απάντηση **Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΟΠΩΣ ΣΥΝΗΘΩΣ** έδωσαν 9 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 74 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 26 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 4 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Η επόμενη απάντηση **Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΕΧΕΙ ΑΥΞΗΘΕΙ ΚΑΤΑ ΠΟΛΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΠΡΙΝ** δόθηκε από 11 φοιτητές με έως και 2 μέλη, από 67 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, από 27 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και από 4 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Την απάντηση **Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥ ΧΕΙΡΟΤΕΡΗ ΤΩΡΑ** έδωσαν 4 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 19 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 3 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 2 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Την τελευταία απάντηση **ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΘΟΛΟΥ**

ΟΡΕΞΗ έδωσαν 3 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 13 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 1 φοιτητής με 4 με 6 μέλη και 2 φοιτητές με 6 και άνω μέλη.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
13.59	12	> 0.33
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του αριθμού των μελών της οικογένειας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21

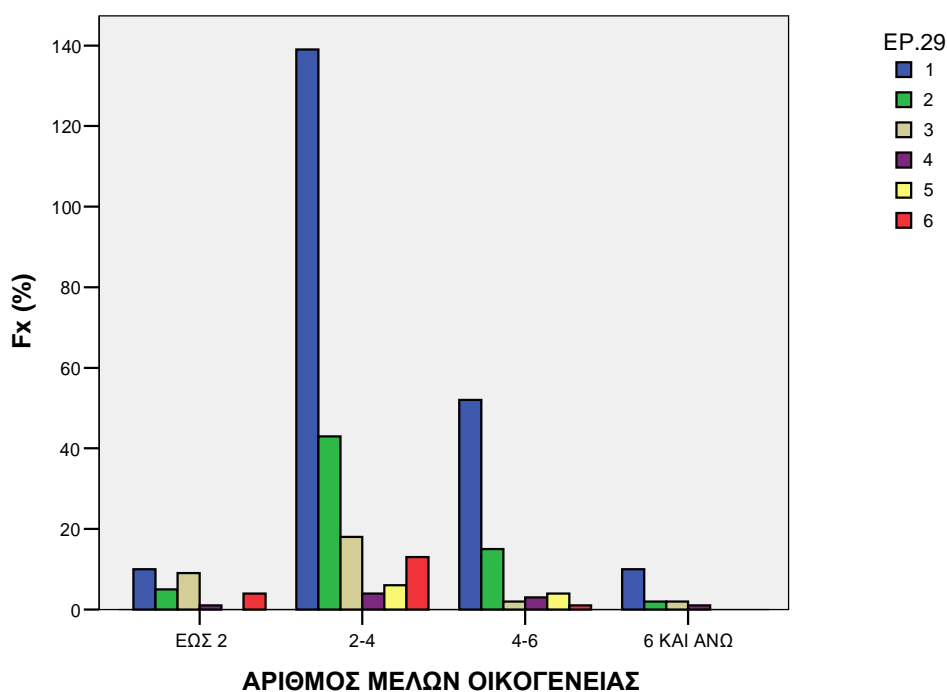
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 29 (ΑΠΩΛΕΙΑ-ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ)

		ΕΡΩΤΗΣΗ 29						ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΒΑΡΟΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ	2. ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΔΥΟ ΚΙΛΑ	3. ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΡΙΑ ΚΙΛΑ	4. ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΠΕΝΤΕ ΚΙΛΑ	5. ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΛΑ ΚΙΛΑ	6. ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΛΑ ΚΙΛΑ (ΑΝΩ ΤΩΝ 10 ΚΙΛΩΝ)	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΕΩΣ ΚΑΙ 2 ΜΕΛΗ	10	5	9	1	0	4	29
	2 ΜΕ 4 ΜΕΛΗ	139	43	18	4	6	13	223
	4 ΜΕ 6 ΜΕΛΗ	52	15	2	3	4	1	77
	6 ΚΑΙ ΑΝΩ ΜΕΛΗ	10	2	2	1	0	0	15
ΣΥΝΟΛΟ		211	65	31	9	10	18	344

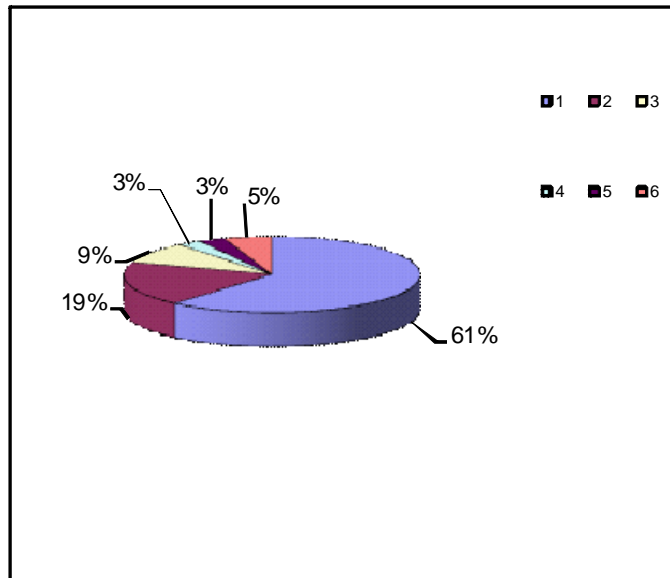
Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι 10 φοιτητές με έως και 2 μέλη απάντησαν **ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΒΑΡΟΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ**. Την ίδια απάντηση έδωσαν 139 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 52 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 10 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Η απάντηση **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΔΥΟ ΚΙΛΑ** δόθηκε από 5 φοιτητές με έως και 2 μέλη, από 43 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, από 15 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και από 2 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Την απάντηση **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΡΙΑ ΚΙΛΑ** έδωσαν 9 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 18 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 2 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 2 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Την τέταρτη απάντηση **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΠΕΝΤΕ ΚΙΛΑ** έδωσαν 1 φοιτητής με έως και 2

μέλη, 4 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 3 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 1 φοιτητής με 6 και άνω μέλη. Την πέμπτη απάντηση **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΛΑ ΚΙΛΑ** δεν έδωσε κανένας φοιτητής με έως και 2 μέλη, την έδωσαν 6 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 4 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και τέλος κανένας φοιτητής με 6 και άνω μέλη δεν έδωσε την παραπάνω απάντηση. Την τελευταία απάντηση **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΛΑ ΚΙΛΑ (ΑΝΩ ΤΩΝ 10 ΚΙΛΩΝ)** έδωσαν 4 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 13 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 1 φοιτητής με 4 με 6 μέλη και δεν έδωσαν τη απάντηση αυτή φοιτητές με 6 και άνω μέλη.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
36.02	15	> 0.00
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΝΑΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται (δηλαδή εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του αριθμού των μελών της οικογένειας. Επομένως οι ολιγομελής οικογένειες (έως και 2 μέλη) δηλώνουν τόσο ότι δεν έχουν χάσει κιλά όσο και ότι έχουν χάσει πολύ βάρος τον τελευταίο καιρό, ενώ αντίθετα οι «μεγαλύτερες οικογένειες» (2 και άνω μέλη) δηλώνουν κυρίως ότι δεν έχουν χάσει βάρος τον τελευταίο καιρό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22

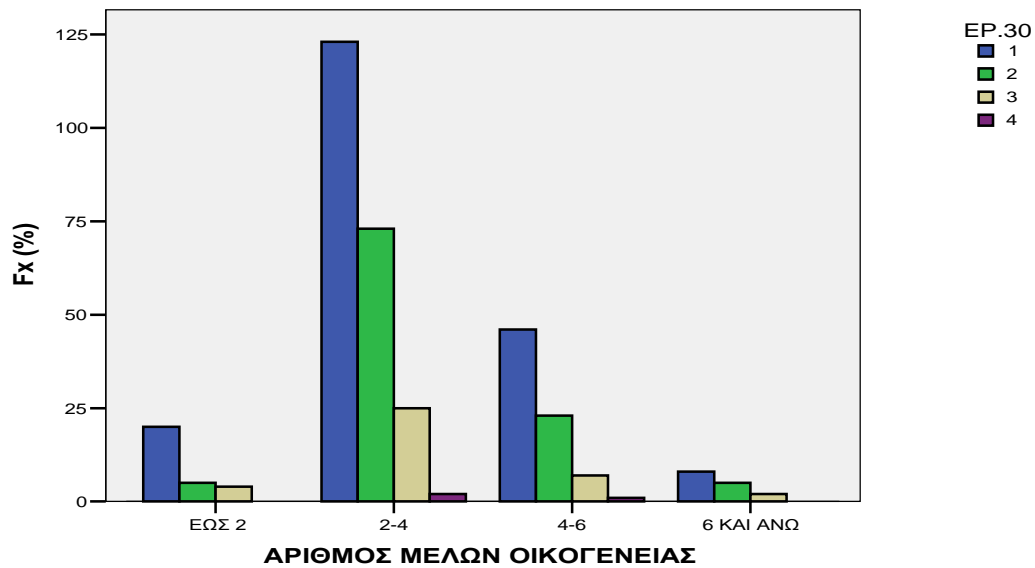
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 30 (ΕΠΙΓΝΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ)

		ΕΡΩΤΗΣΗ 30				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΔΕΝ ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ	2. ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΑ ΦΥΣΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΠΩΣ ΠΟΝΟΙ, ΤΟ ΣΤΟΜΑΧΙ, ΤΗ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ	3. ΑΝΗΣΥΧΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΚΟΛΟ ΝΑ ΣΚΕΦΤΩ ΠΟΛΛΑ ΑΛΛΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ	4. ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΣΟ ΠΟΥ ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΣΚΕΦΤΩ ΤΙΠΟΤΕ ΑΛΛΟ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΕΩΣ ΚΑΙ 2 ΜΕΛΗ	20	5	4	0	29
	2 ΜΕ 4 ΜΕΛΗ	123	73	25	2	223
	4 ΜΕ 6 ΜΕΛΗ	46	23	7	1	77
	6 ΚΑΙ ΑΝΩ ΜΕΛΗ	8	5	2	0	15
	ΣΥΝΟΛΟ	197	106	38	3	344

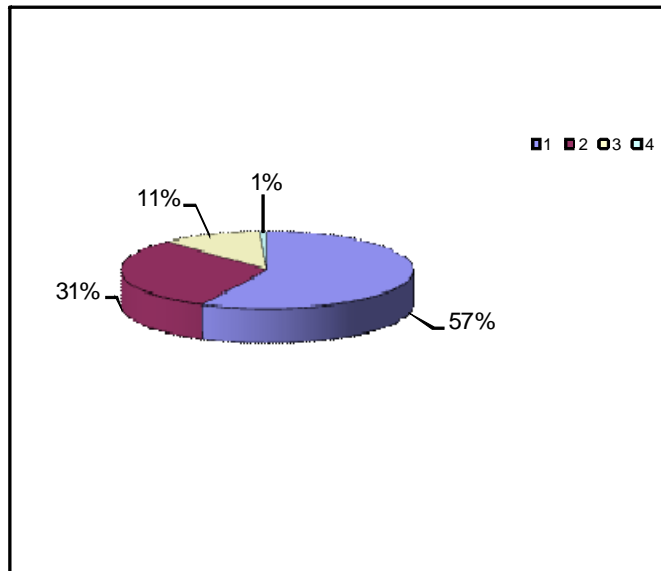
Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι 20 φοιτητές με έως και 2 μέλη απάντησαν **ΔΕΝ ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ**. Την ίδια απάντηση έδωσαν 123 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 46 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 8 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Την επόμενη απάντηση **ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΑ ΦΥΣΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΠΩΣ ΠΟΝΟΙ, ΤΟ ΣΤΟΜΑΧΙ, ΤΗ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ** την έδωσαν 5 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 73 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 23 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 5 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Την απάντηση **ΑΝΗΣΥΧΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΚΟΛΟ ΝΑ ΣΚΕΦΤΩ ΠΟΛΛΑ ΑΛΛΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ** έδωσαν 4 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 25 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 7 φοιτητές με 4 με 6

μέλη και 2 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Την τελευταία απάντηση **ΑΝΗΣΥΧΩ** **ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΣΟ ΠΟΥ ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΣΚΕΦΤΩ ΤΙΠΟΤΕ** **ΑΛΛΟ** δεν την έδωσαν φοιτητές με έως και 2 μέλη καθώς επίσης και φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Αντίθετα την παραπάνω απάντηση έδωσαν 2 φοιτητές με 2 με 4 μέλη και 1 φοιτητής με 4 με 6 μέλη.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
4.13	9	> 0.90
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του αριθμού των μελών της οικογένειας.

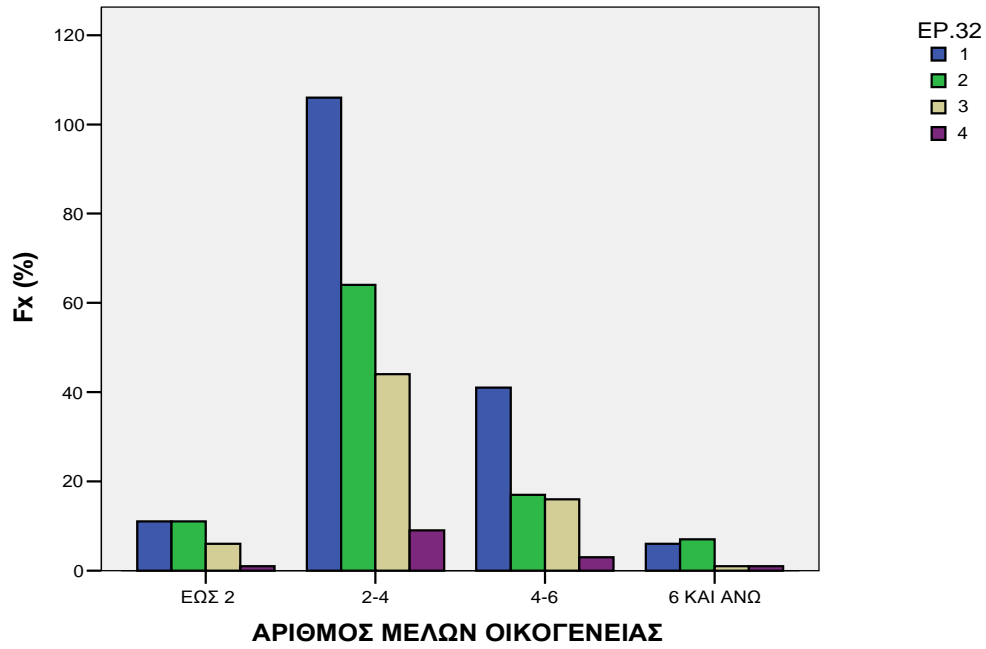
ΠΙΝΑΚΑΣ 23

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 32 (ΘΥΜΟΣ-ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ)

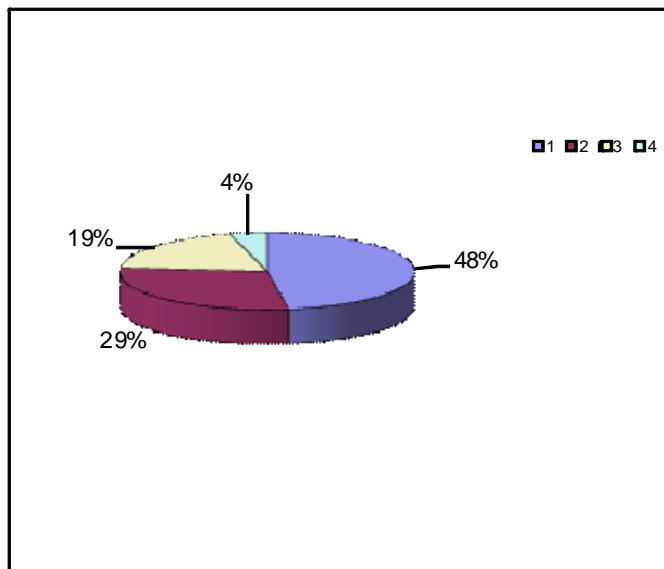
		ΕΡΩΤΗΣΗ 32				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΘΥΜΟ	2. ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΘΥΜΟ	3. ΕΙΜΑΙ ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	4. ΕΙΜΑΙ ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ ΣΥΝΕΧΩΣ ΚΑΙ ΔΕ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΤΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΩ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΕΩΣ ΚΑΙ 2 ΜΕΛΗ	11	11	6	1	29
	2 ΜΕ 4 ΜΕΛΗ	106	64	44	9	223
	4 ΜΕ 6 ΜΕΛΗ	41	17	16	3	77
	6 ΚΑΙ ΑΝΩ ΜΕΛΗ	6	7	1	1	15
	ΣΥΝΟΛΟ	164	99	67	14	344

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι 11 φοιτητές με έως και 2 μέλη απάντησαν **ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΘΥΜΟ**. Την ίδια απάντηση έδωσαν και 106 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 41 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 6 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Η απάντηση **ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΘΥΜΟ** δόθηκε από 11 φοιτητές με έως και 2 μέλη, από 64 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, από 17 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και από 7 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Την επόμενη απάντηση **ΕΙΜΑΙ ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ** έδωσαν 6 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 44 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 16 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 1 φοιτητής με 6 και άνω μέλη. Την τελευταία απάντηση **ΕΙΜΑΙ ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ ΣΥΝΕΧΩΣ ΚΑΙ ΔΕ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΤΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΩ** έδωσαν 1 φοιτητής με έως και 2 μέλη, 9 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 3 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 1 φοιτητής με 6 και άνω μέλη.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
11.48	9	> 0.24
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του αριθμού των μελών της οικογένειας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24

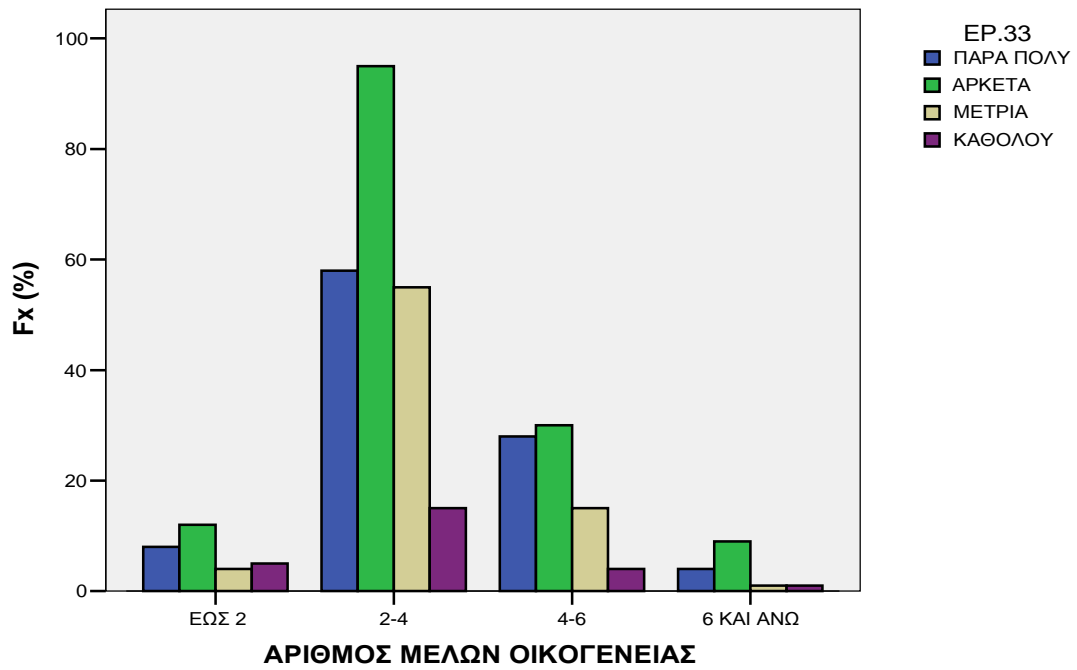
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 33: ΠΟΣΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΕΙΣΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ;

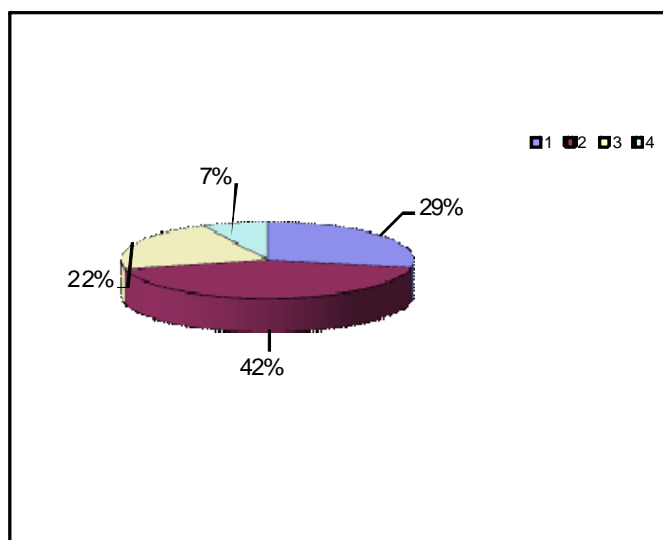
		ΕΡΩΤΗΣΗ 33				ΣΥΝΟΛΟ
		ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΑΡΚΕΤΑ	ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΘΟΛΟΥ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΕΩΣ ΚΑΙ 2 ΜΕΛΗ	8	12	4	5	29
	2 ΜΕ 4 ΜΕΛΗ	58	95	55	15	223
	4 ΜΕ 6 ΜΕΛΗ	28	30	15	4	77
	6 ΚΑΙ ΑΝΩ ΜΕΛΗ	4	9	1	1	15
ΣΥΝΟΛΟ		98	146	75	25	344

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι στην ερώτηση **ΠΟΣΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΕΙΣΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ;** έδωσαν την απάντηση **ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ** 8 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 58 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 28 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 4 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Την απάντηση **ΑΡΚΕΤΑ** έδωσαν 12 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 95 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 30 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 9 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Την απάντηση **ΜΕΤΡΙΑ** έδωσαν 4 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 55 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 15 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 1 φοιτητής με 6 και άνω μέλη. Την τελευταία απάντηση, **ΚΑΘΟΛΟΥ**, έδωσαν 5 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 15 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 4 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 1 φοιτητής με 6 και άνω μέλη.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
8.23	3	> 0.42
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του αριθμού των μελών της οικογένειας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25

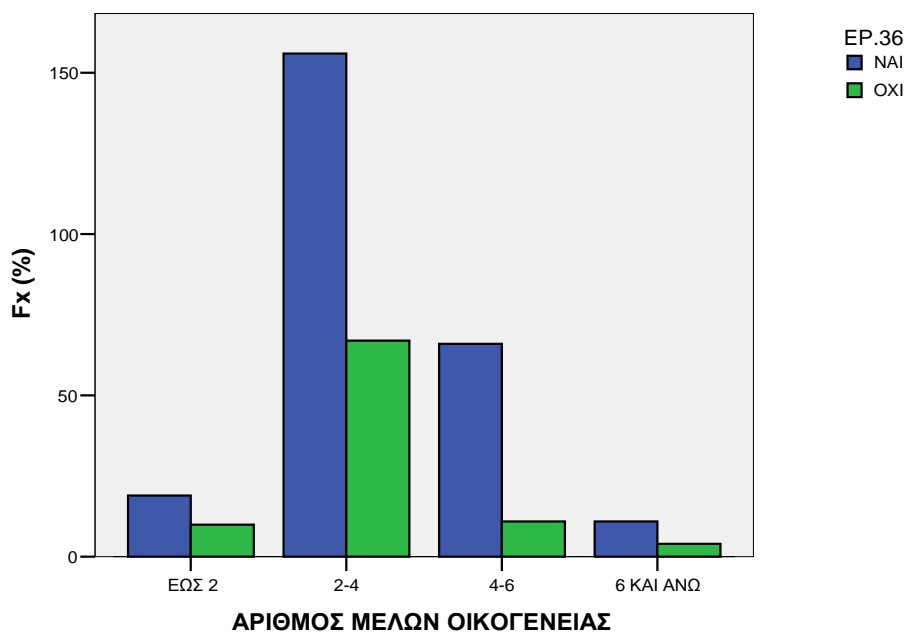
ΑΥΤΟΕΙΚΟΝΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 36: ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΟΤΙ ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΣ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΑΣ;

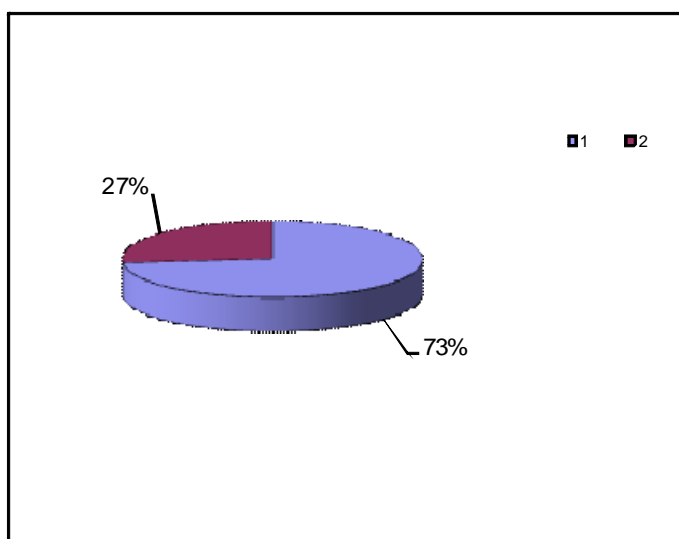
	ΕΡΩΤΗΣΗ 36		ΣΥΝΟΛΟ
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ			
ΕΩΣ ΚΑΙ 2 ΜΕΛΗ	19	10	29
2 ΜΕ 4 ΜΕΛΗ	156	67	223
4 ΜΕ 6 ΜΕΛΗ	66	11	77
6 ΚΑΙ ΑΝΩ ΜΕΛΗ	11	4	15
ΣΥΝΟΛΟ	252	92	344

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι στην ερώτηση **ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΟΤΙ ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΣ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΑΣ;** 19 φοιτητές με έως και 2 μέλη απάντησαν **ΝΑΙ**. Την απάντηση **ΝΑΙ** έδωσαν επίσης 156 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 66 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 11 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Την απάντηση **ΟΧΙ** έδωσαν 10 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 67 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 11 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 4 φοιτητές με 6 και άνω μέλη.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
8.23	3	> 0.04
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΝΑΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται (δηλαδή εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του αριθμού των μελών της οικογένειας. Επομένως οι ολιγομελής οικογένειες (έως και 4 μέλη) δηλώνουν, σε ένα ποσοστό περίπου 25 με 35%, ότι *αισθάνονται ότι δεν είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τους*, ενώ αντίθετα στις «μεγαλύτερες οικογένειες» (4 και άνω μέλη) το ποσοστό αυτό είναι πολύ μικρότερο (περίπου 15 με 25%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 26

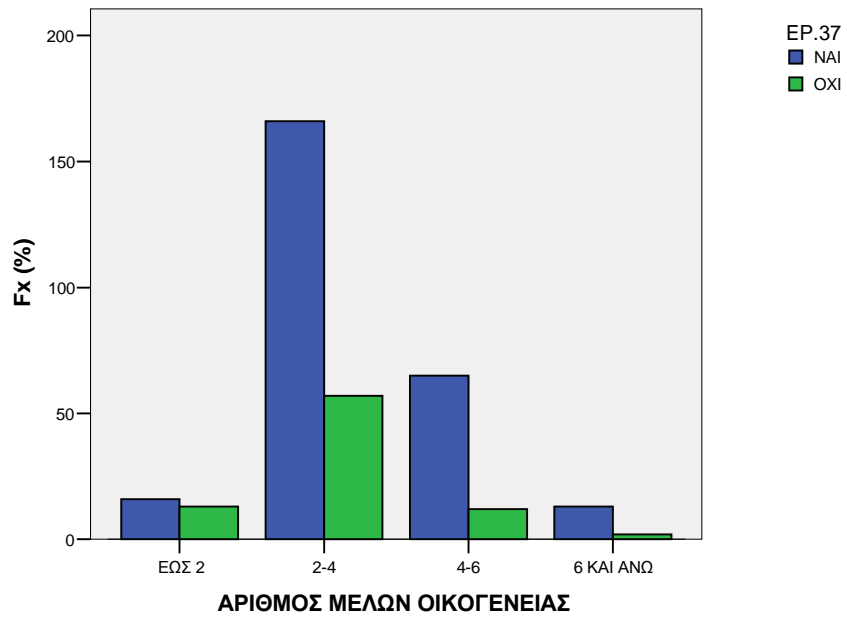
ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 37: ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΙΚΑΝΟΣ ΝΑ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ;

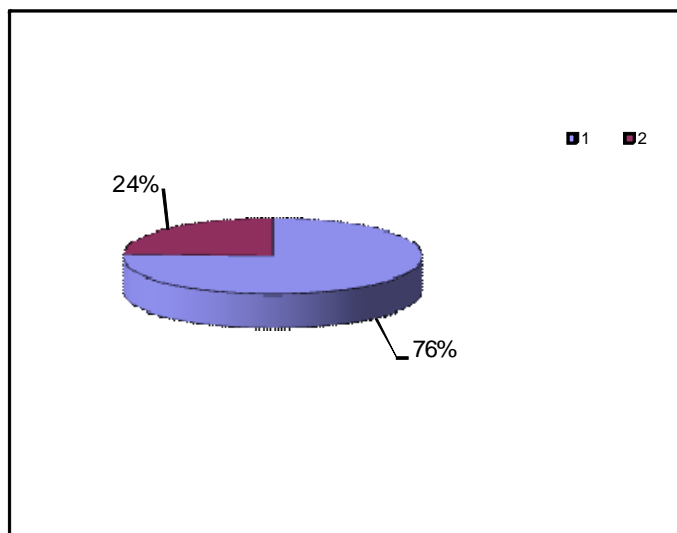
		ΕΡΩΤΗΣΗ 37		ΣΥΝΟΛΟ
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΕΩΣ ΚΑΙ 2 ΜΕΛΗ	16	13	29
	2 ΜΕ 4 ΜΕΛΗ	166	57	223
	4 ΜΕ 6 ΜΕΛΗ	65	12	77
	6 ΚΑΙ ΑΝΩ ΜΕΛΗ	13	2	15
ΣΥΝΟΛΟ	260	84	344	

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι στην ερώτηση **ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΙΚΑΝΟΣ ΝΑ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ;** θετική απάντηση (**ΝΑΙ**) έδωσαν 16 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 166 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 65 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 13 φοιτητές με 6 και άνω μέλη. Αρνητική απάντηση (**ΟΧΙ**) έδωσαν 13 φοιτητές με έως και 2 μέλη, 57 φοιτητές με 2 με 4 μέλη, 12 φοιτητές με 4 με 6 μέλη και 2 φοιτητές με 6 και άνω μέλη

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
10.96	3	> 0.01
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΝΑΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται (δηλαδή εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του αριθμού των μελών της οικογένειας. Επομένως οι ολιγομελής οικογένειες (έως και 2 μέλη) δηλώνουν, σε ένα ποσοστό περίπου 45 με 50%, ότι *δεν αισθάνονται ικανοί να λαμβάνουν αποφάσεις*, ενώ αντίθετα στις «μεγαλύτερες οικογένειες» (2 μέλη και κυρίως από 4 και άνω μέλη) το ποσοστό αυτό είναι πολύ μικρότερο (περίπου 10 με 15%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 27

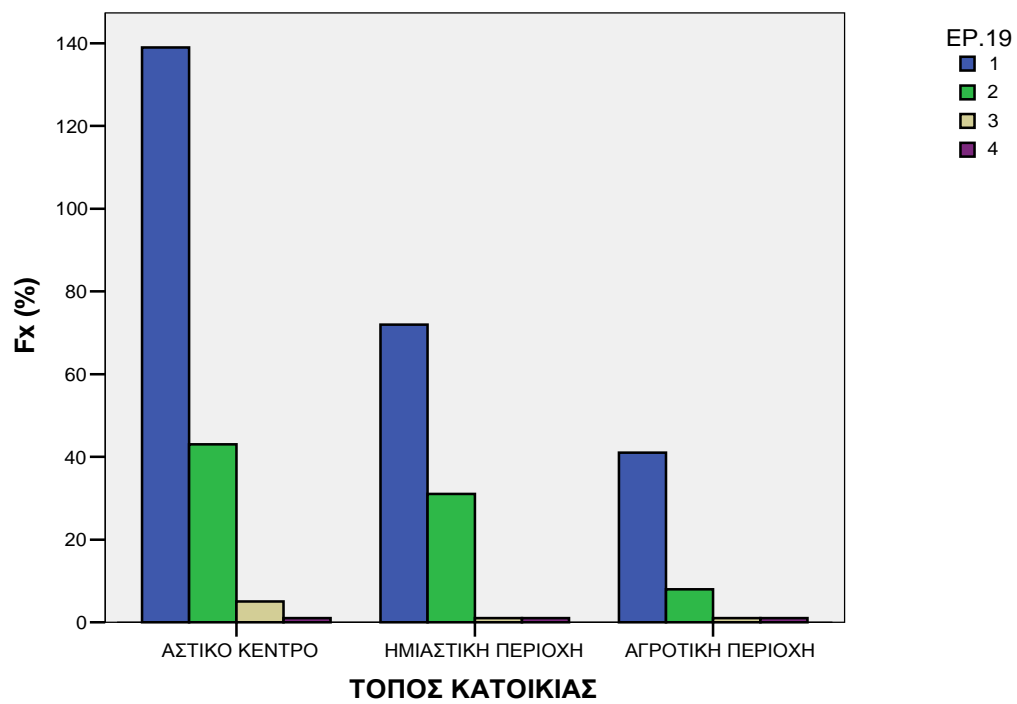
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 19 (ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ)

		ΕΡΩΤΗΣΗ 19				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΚΕΨΕΙΣ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΚΟ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ	2. ΕΧΩ ΣΚΕΨΕΙΣ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΚΟ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ, ΑΛΛΑ ΔΕΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΤΟ ΚΑΝΩ	3. ΘΑ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΑ ΝΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΗΣΩ	4. ΘΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΟΥΣΑ ΕΑΝ ΜΠΟΡΟΥΣΑ	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	139	43	5	1	188
	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	72	31	1	1	105
	ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	41	8	1	1	51
	ΣΥΝΟΛΟ	252	82	7	3	344

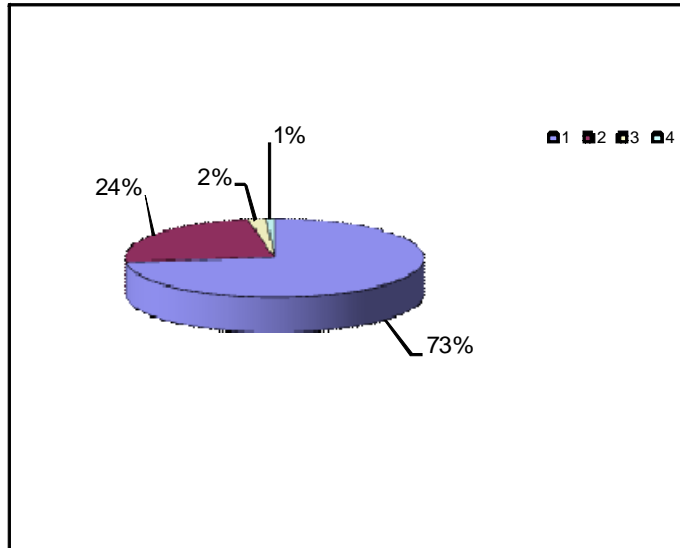
Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι 139 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο απάντησαν **ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΚΕΨΕΙΣ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΚΟ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ**. Την ίδια απάντηση έδωσαν και 72 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή καθώς επίσης και 41 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή. Την απάντηση **ΕΧΩ ΣΚΕΨΕΙΣ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΚΟ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ, ΑΛΛΑ ΔΕΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΤΟ ΚΑΝΩ** έδωσαν 43 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 31 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 8 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή. Την επόμενη απάντηση **ΘΑ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΑ ΝΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΗΣΩ** έδωσαν 5 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 1 φοιτητής που προέρχεται από ημιαστική περιοχή και 1 φοιτητής που προέρχεται από αγροτική περιοχή. Την τελευταία απάντηση **ΘΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΟΥΣΑ ΕΑΝ ΜΠΟΡΟΥΣΑ** έδωσε 1 φοιτητής που προέρχεται από αστικό κέντρο, 1

φοιτητής που προέρχεται από ημιαστική περιοχή και 1 φοιτητής που προέρχεται από αγροτική περιοχή.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
5.52	6	> 0.48
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του τόπου κατοικίας.

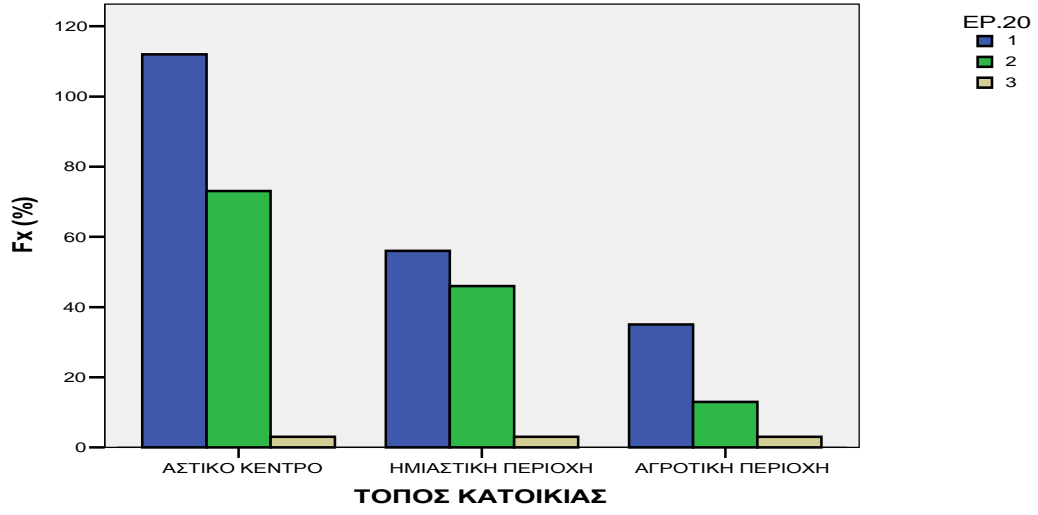
ΠΙΝΑΚΑΣ 28

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 20 (ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ)

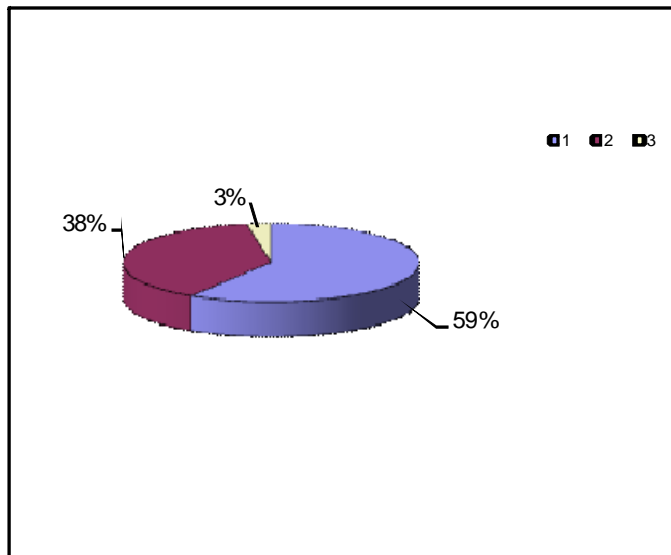
		ΕΡΩΤΗΣΗ 20			ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΔΕΝ ΚΛΑΙΩ ΜΕ ΤΟ ΠΑΡΑΜΙΚΡΟ	2. ΚΛΑΙΩ ΤΩΡΑ ΠΙΟ ΠΟΛΥ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ	3. ΚΛΑΙΩ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	112	73	3	188
	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	56	46	3	105
	ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	35	13	3	51
ΣΥΝΟΛΟ		203	132	9	344

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι 112 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 56 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 35 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή απάντησαν **ΔΕΝ ΚΛΑΙΩ ΜΕ ΤΟ ΠΑΡΑΜΙΚΡΟ**. Την επόμενη απάντηση **ΚΛΑΙΩ ΤΩΡΑ ΠΙΟ ΠΟΛΥ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ** έδωσαν 73 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 46 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 13 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή. Την τελευταία απάντηση **ΚΛΑΙΩ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ** έδωσαν 3 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 3 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 3 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
7.26	4	> 0.12
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του τόπου κατοικίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29

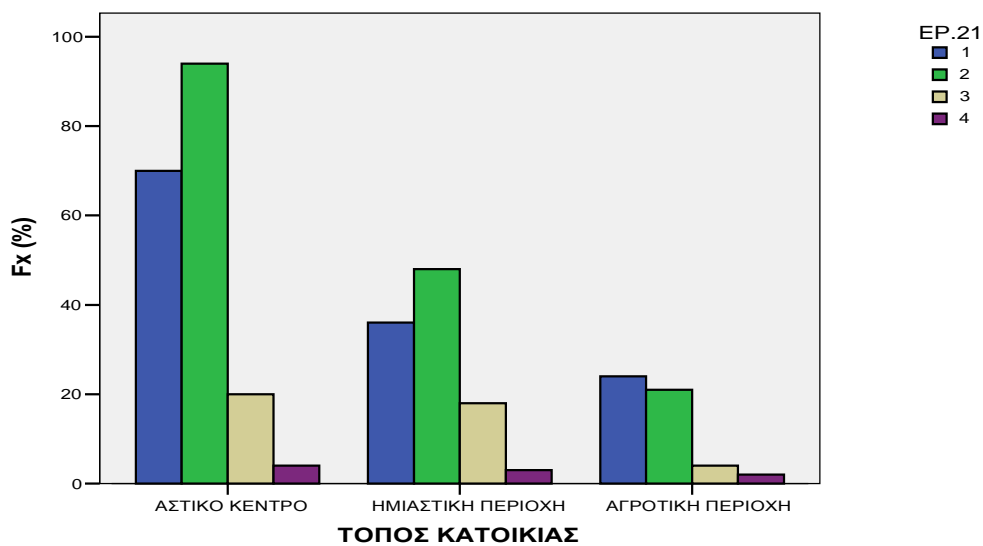
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 21 (ΘΥΜΟΣ)

		ΕΡΩΤΗΣΗ 21				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΔΕΝ ΕΝΟΧΛΟΥΜΑΙ ΑΠΟ ΑΥΤΑ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ	2. ΕΙΜΑΙ ΛΙΓΟ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΑΠΟ ΟΣΟ ΣΥΝΗΘΩΣ	3. ΕΙΜΑΙ ΑΡΚΕΤΑ ΕΝΟΧΛΗΜΕΝΟΣ Η ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΓΙΑ ΠΟΛΥ ΧΡΟΝΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	4. ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΩΡΑ	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	70	94	20	4	188
	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	36	48	18	3	105
	ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	24	21	4	2	51
	ΣΥΝΟΛΟ	130	163	42	9	344

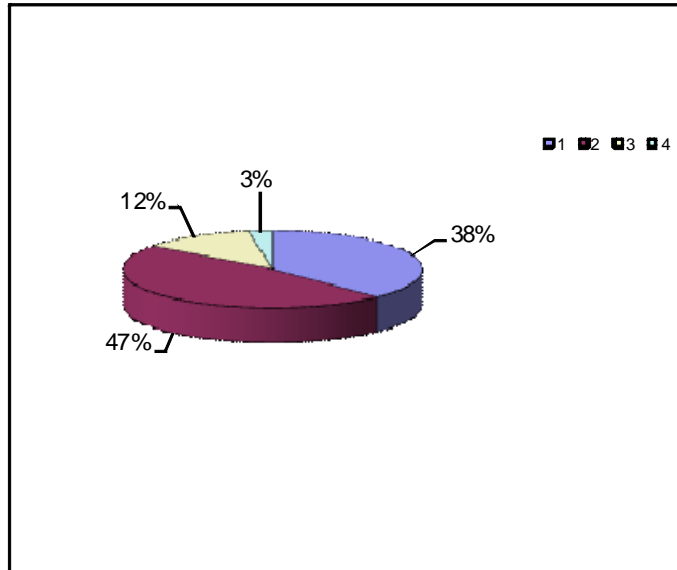
Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι 70 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο απάντησαν **ΔΕΝ ΕΝΟΧΛΟΥΜΑΙ ΑΠΟ ΑΥΤΑ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ**. Την ίδια απάντηση έδωσαν και 36 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 24 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή. Την απάντηση **ΕΙΜΑΙ ΛΙΓΟ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΑΠΟ ΟΣΟ ΣΥΝΗΘΩΣ** έδωσαν 94 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 48 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 21 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή. Την τρίτη απάντηση **ΕΙΜΑΙ ΑΡΚΕΤΑ ΕΝΟΧΛΗΜΕΝΟΣ Η ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΓΙΑ ΠΟΛΥ ΧΡΟΝΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ** έδωσαν 20 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 18 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 4 φοιτητές που προέρχονται από

αγροτική περιοχή. Τέλος 4 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 3 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 2 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή απάντησαν **ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΩΡΑ.**

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
6.06	6	> 0.42
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του τόπου κατοικίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30

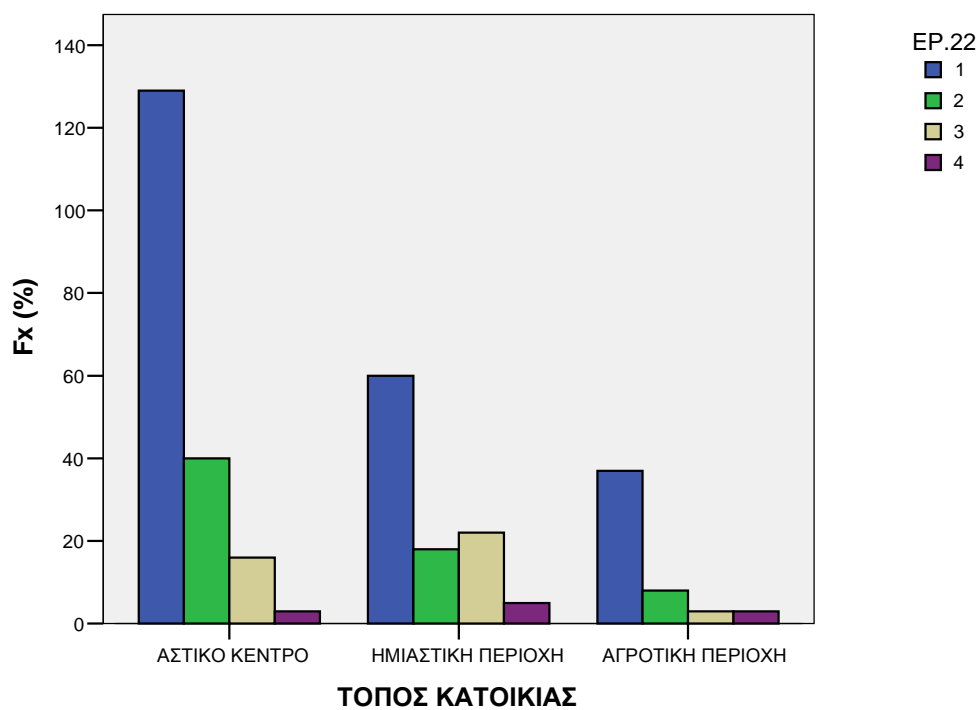
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 22 (ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ)

		ΕΡΩΤΗΣΗ 22				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ	2. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΑΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ	3. ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΤΟΣ ΜΟΥ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ	4. ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΟΛΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΜΟΥ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	129	40	16	3	188
	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	60	18	22	5	105
	ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	37	8	3	3	51
ΣΥΝΟΛΟ		226	66	41	11	344

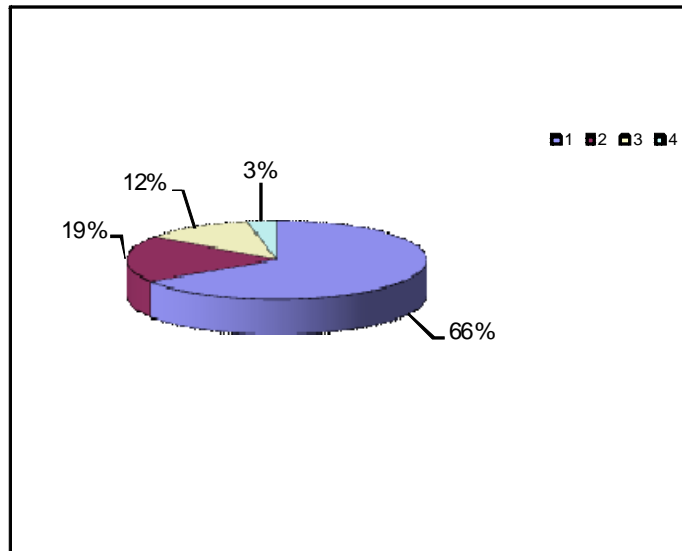
Στον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε ότι 129 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 60 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 37 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή απάντησαν **ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ**. Την επόμενη απάντηση **ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΑΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ** έδωσαν 40 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 18 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 8 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή. Την τρίτη απάντηση **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΜΟΥ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ** έδωσαν 16 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 22 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 3 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή. Την τελευταία απάντηση **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΟΛΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΜΟΥ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ** έδωσαν 3

φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 5 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 3 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
16.80	6	> 0.01
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΝΑΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται (δηλαδή εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του τόπου κατοικίας. Επομένως αυτοί που μένουν σε αστικές και αγροτικές περιοχές απάντησαν κυρίως ότι *δεν έχουν χάσει το ενδιαφέρον για άλλους ανθρώπους*, ενώ αντίθετα αυτοί που μένουν σε ημιαστικές περιοχές απάντησαν σε σημαντικά ποσοστά ότι *δεν ενδιαφέρονται* (ή *έχουν χάσει το ενδιαφέρον τους*) για τους άλλους ανθρώπους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31

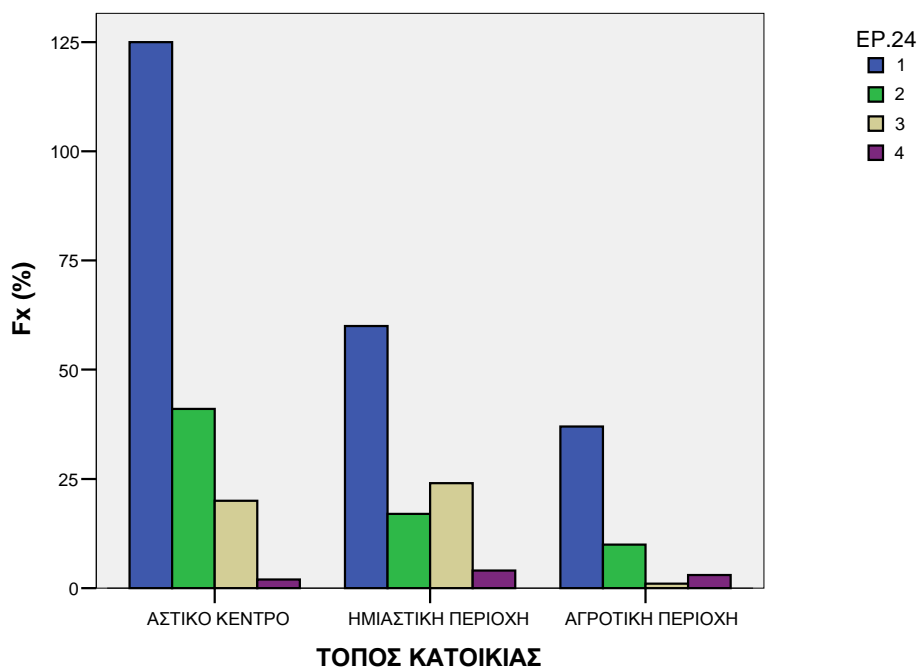
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 24 (ΑΥΤΟΕΙΚΟΝΑ-ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ)

		ΕΡΩΤΗΣΗ 24				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΜΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΟΠΩΣ ΕΙΜΑΙ, ΟΠΩΣ ΠΡΙΝ	2. ΑΝΗΣΥΧΩ ΜΗΠΩΣ ΦΑΙΝΟΜΑΙ ΓΕΡΑΣΜΕΝΟ Σ Η ΜΗ ΕΛΚΥΣΤΙΚΟΣ	3. ΘΕΩΡΩ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΟΝΙΜΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΟΥ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΟΥ ΜΗ ΕΛΚΥΣΤΙΚΗ	4. ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΦΑΙΝΟΜΑΙ ΑΠΑΙΣΙΟΣ	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	125	41	20	2	188
	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	60	17	24	4	105
	ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	37	10	1	3	51
ΣΥΝΟΛΟ		222	68	45	9	344

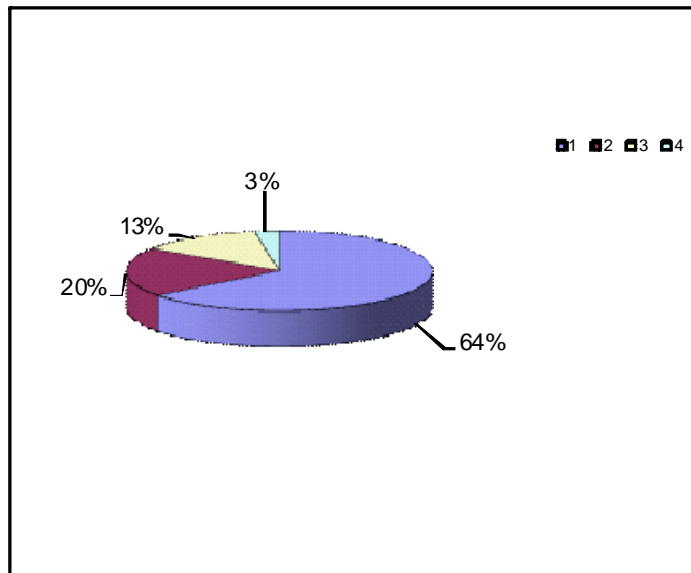
Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι 125 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 60 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 37 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή απάντησαν **ΜΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΟΠΩΣ ΕΙΜΑΙ, ΟΠΩΣ ΠΡΙΝ**. Την απάντηση **ΑΝΗΣΥΧΩ ΜΗΠΩΣ ΦΑΙΝΟΜΑΙ ΓΕΡΑΣΜΕΝΟΣ Η ΜΗ ΕΛΚΥΣΤΙΚΟΣ** έδωσαν 41 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 17 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 10 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή. Την επόμενη απάντηση, **ΘΕΩΡΩ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΟΝΙΜΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΟΥ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΟΥ ΜΗ ΕΛΚΥΣΤΙΚΗ**, έδωσαν 20 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 24 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 1 φοιτητής ο οποίος προέρχεται από αγροτική περιοχή.

Τέλος, 2 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 4 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 3 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή απάντησαν **ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΦΑΙΝΟΜΑΙ ΑΠΑΙΣΙΟΣ**.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
20.32	6	> 0.00
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΝΑΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται (δηλαδή εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του τόπου κατοικίας. Επομένως αυτοί που μένουν σε αστικές και αγροτικές περιοχές έχουν καλύτερη αυτοεικόνα- εμπιστοσύνη στην εμφάνιση τους, ενώ αντίθετα αυτοί που μένουν σε ημιαστικές περιοχές δεν έχουν και τόσο καλή αυτοεικόνα- εμπιστοσύνη στην εμφάνιση τους.

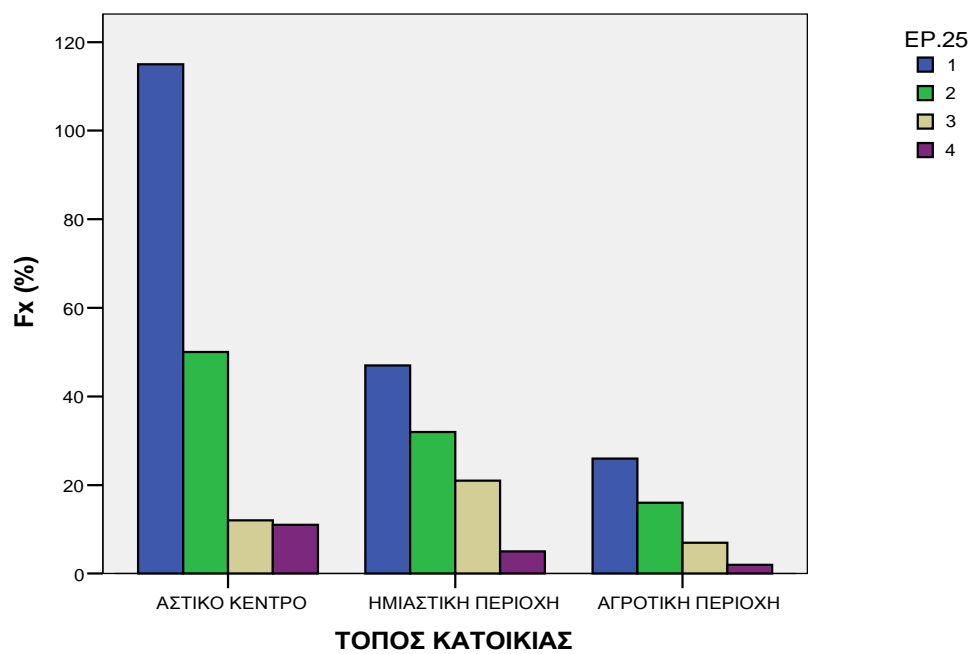
ΠΙΝΑΚΑΣ 32

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 25 (ΕΡΓΑΣΙΑ)

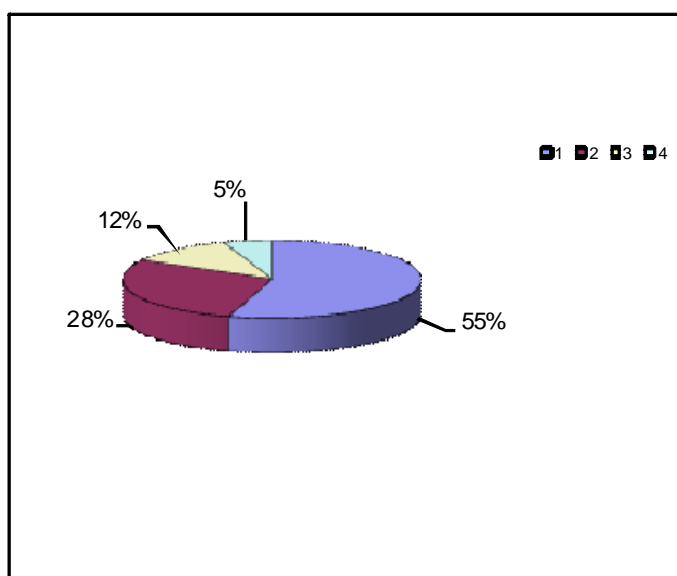
		ΕΡΩΤΗΣΗ 25				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΕΡΓΑΣΤΩ ΟΠΩΣ ΚΑΙ ΠΡΙΝ	2. ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΝΑ ΞΕΚΙΝΗΣΩ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΤΙ	3. ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΩ ΠΟΛΥ ΣΚΛΗΡΑ ΓΙΑ ΚΑΝΩ ΟΤΙΔΗΠΟΤΕ	4. ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΕ ΘΕΣΗ ΝΑ ΚΑΝΩ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΕΡΓΑΣΙΑ	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	115	50	12	11	188
	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	47	32	21	5	105
	ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	26	16	7	2	51
ΣΥΝΟΛΟ		188	98	40	18	344

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι την απάντηση **ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΕΡΓΑΣΤΩ ΟΠΩΣ ΚΑΙ ΠΡΙΝ** έδωσαν 115 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 47 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 26 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή. Την επόμενη απάντηση **ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΝΑ ΞΕΚΙΝΗΣΩ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΤΙ** έδωσαν 50 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 32 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 16 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή. Στη συνέχεια, 12 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 21 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 7 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή απάντησαν **ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΩ ΠΟΛΥ ΣΚΛΗΡΑ ΓΙΑ ΚΑΝΩ ΟΤΙΔΗΠΟΤΕ**. Την τελευταία απάντηση **ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΕ ΘΕΣΗ ΝΑ ΚΑΝΩ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΕΡΓΑΣΙΑ** έδωσαν 11 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 5 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 2 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
15.32	6	> 0.02
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΝΑΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται (δηλαδή εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του τόπου κατοικίας. Επομένως αυτοί που μένουν σε αστικές περιοχές απάντησαν κυρίως ότι *μπορούν να εργαστούν όπως και πριν*, ενώ αντίθετα αυτοί που μένουν σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές έδωσαν ισόρροπα σχεδόν όλες τις απαντήσεις, δείχνοντας μια τάση προς το ότι *χρειάζονται πρόσθετη προσπάθεια για να κάνουν οποιαδήποτε δουλειά*.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33

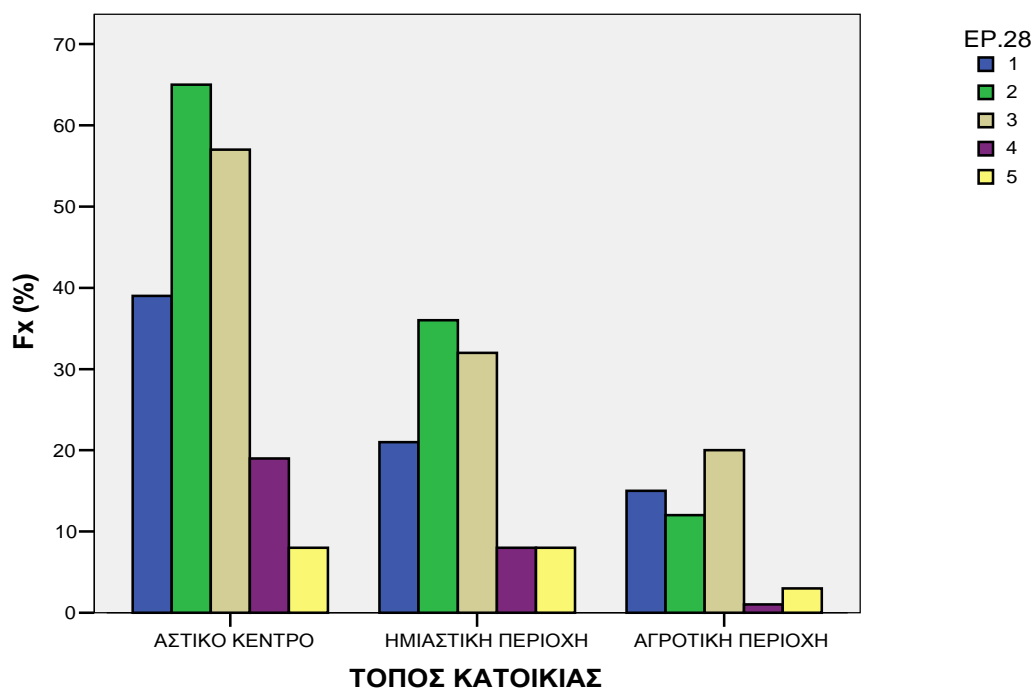
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 28 (ΟΡΕΞΗ)

		ΕΡΩΤΗΣΗ 28					ΣΥΝΟΛΟ
		1. Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΕΙΝΑΙ ΟΠΩΣ ΣΥΝΗΘΩΣ	2. Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΟΠΩΣ ΣΥΝΗΘΩΣ	3. Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΕΧΕΙ ΑΥΞΗΘΕΙ ΚΑΤΑ ΠΟΛΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΠΡΙΝ	4. Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥ ΧΕΙΡΟΤΕΡΗ ΤΩΡΑ	5. ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΘΟΛΟΥ ΟΡΕΞΗ	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	39	65	57	19	8	188
	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	21	36	32	8	8	105
	ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	15	12	20	1	3	51
	ΣΥΝΟΛΟ	75	113	109	28	19	344

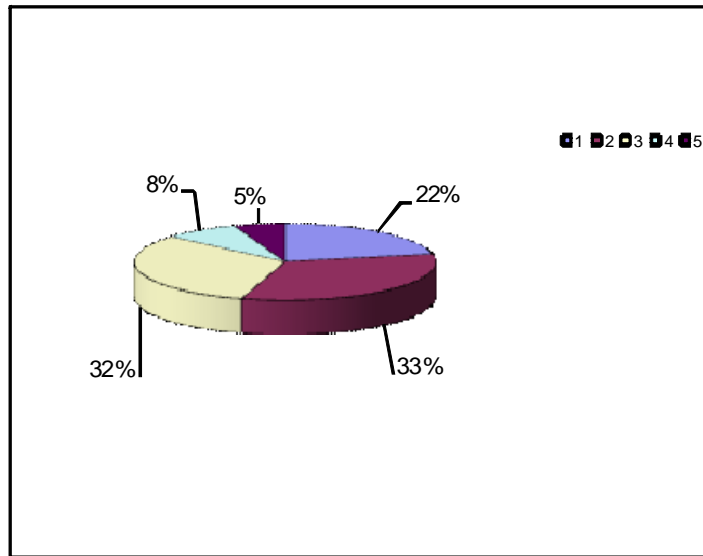
Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι 39 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 21 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 15 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή απάντησαν **Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΕΙΝΑΙ ΟΠΩΣ ΣΥΝΗΘΩΣ**. Την απάντηση **Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΟΠΩΣ ΣΥΝΗΘΩΣ** έδωσαν 65 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 36 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 12 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή. Την επόμενη απάντηση **Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΕΧΕΙ ΑΥΞΗΘΕΙ ΚΑΤΑ ΠΟΛΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΠΡΙΝ** την έδωσαν 57 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 32 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 20 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή. Την απάντηση **Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥ ΧΕΙΡΟΤΕΡΗ ΤΩΡΑ** έδωσαν 19 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 8 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 1

φοιτητής που προέρχεται από αγροτική περιοχή. Την τελευταία απάντηση **ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΘΟΛΟΥ ΟΡΕΞΗ** έδωσαν 8 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 8 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 3 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
8.98	8	> 0.34
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του τόπου κατοικίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34

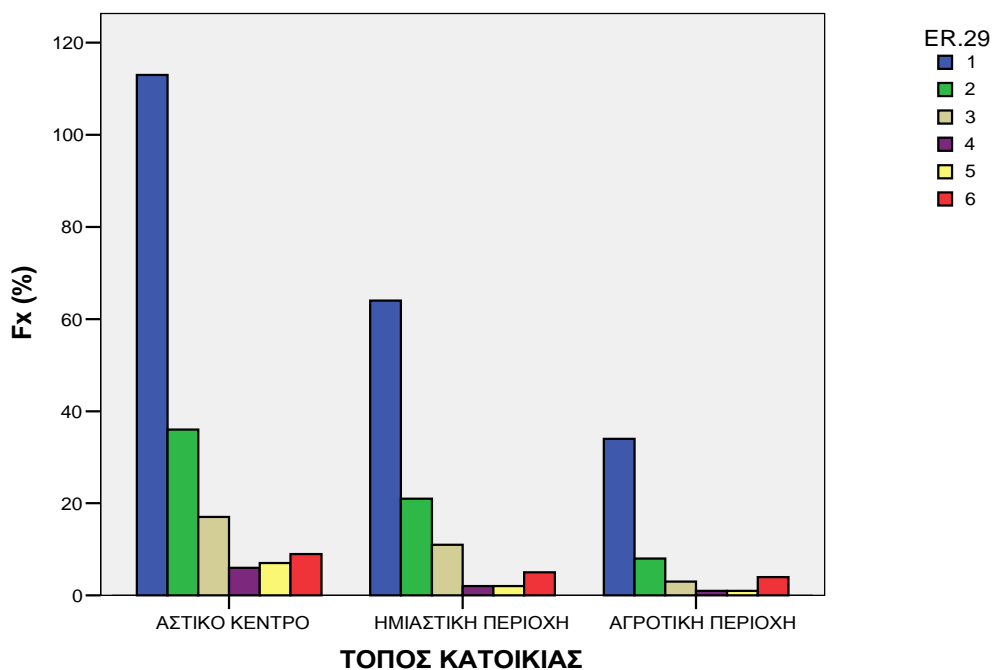
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 29 (ΑΠΩΛΕΙΑ-ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ)

		ΕΡΩΤΗΣΗ 29						ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΒΑΡΟΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ	2. ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΔΥΟ ΚΙΛΑ	3. ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΡΙΑ ΚΙΛΑ	4. ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΠΕΝΤΕ ΚΙΛΑ	5. ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΛΑ ΚΙΛΑ	6. ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΛΑ ΚΙΛΑ (ΑΝΩ ΤΩΝ 10 ΚΙΛΩΝ)	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	113	36	17	6	7	9	188
	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	64	21	11	2	2	5	105
	ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	34	8	3	1	1	4	51
ΣΥΝΟΛΟ		211	65	31	9	10	18	344

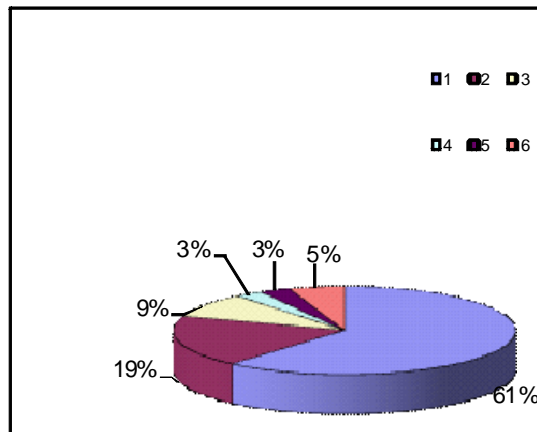
Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι 113 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 64 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 34 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή απάντησαν **ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΒΑΡΟΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ**. Την απάντηση **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΔΥΟ ΚΙΛΑ** έδωσαν 36 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 21 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 8 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή. Την απάντηση **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΡΙΑ ΚΙΛΑ** έχουν δώσει 17 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 11 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 3 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή. Την τέταρτη απάντηση **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΠΕΝΤΕ ΚΙΛΑ** έδωσαν 6 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 2 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική

περιοχή και 1 φοιτητής που προέρχεται από αγροτική περιοχή. Την απάντηση **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΛΑ ΚΙΛΑ** έδωσαν 7 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 2 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 1 φοιτητής που προέρχεται από αγροτική περιοχή. Την τελευταία απάντηση **ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΛΑ ΚΙΛΑ (ΑΝΩ ΤΩΝ 10 ΚΙΛΩΝ)** έδωσαν 9 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 5 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 4 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
3.70	10	> 0.96
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του τόπου κατοικίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35

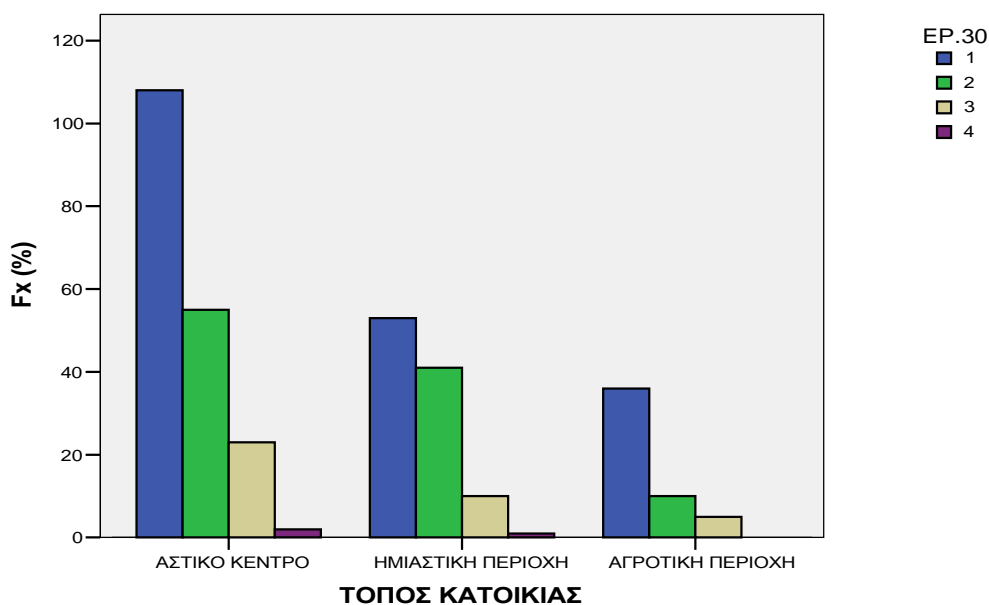
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 30 (ΕΠΙΓΝΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ)

		ΕΡΩΤΗΣΗ 30				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΔΕΝ ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ	2. ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΑ ΦΥΣΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΠΩΣ ΠΟΝΟΙ, ΤΟ ΣΤΟΜΑΧΙ, ΤΗ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ	3. ΑΝΗΣΥΧΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΚΟΛΟ ΝΑ ΣΚΕΦΤΩ ΠΟΛΛΑ ΑΛΛΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ	4. ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΣΟ ΠΟΥ ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΣΚΕΦΤΩ ΤΙΠΟΤΕ ΑΛΛΟ	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	108	55	23	2	188
	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	53	41	10	1	105
	ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	36	10	5	0	51
ΣΥΝΟΛΟ		197	106	38	3	344

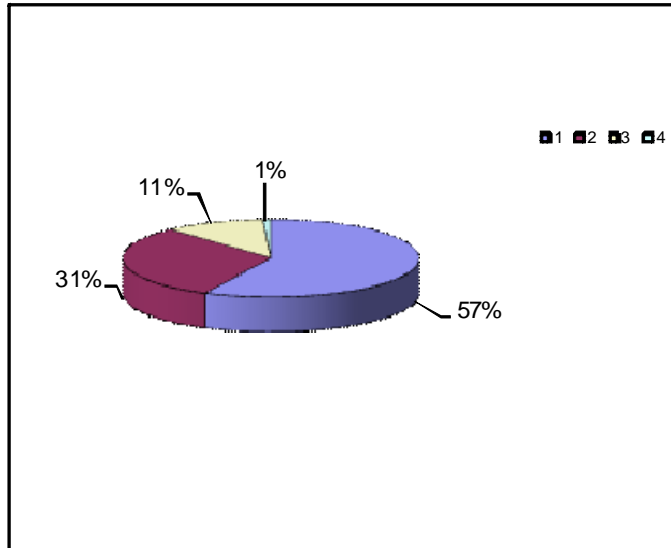
Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι 108 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 53 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 36 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή απάντησαν **ΔΕΝ ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ**. Την απάντηση **ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΑ ΦΥΣΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΠΩΣ ΠΟΝΟΙ, ΤΟ ΣΤΟΜΑΧΙ, ΤΗ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ** έδωσαν 55 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 41 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 10 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή. Την επόμενη απάντηση **ΑΝΗΣΥΧΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΚΟΛΟ ΝΑ ΣΚΕΦΤΩ ΠΟΛΛΑ ΑΛΛΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ** έδωσαν 23 φοιτητές που προέρχονται από

αστικό κέντρο, 10 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 5 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή. Την τελευταία απάντηση **ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΣΟ ΠΟΥ ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΣΚΕΦΤΩ ΤΙΠΟΤΕ ΑΛΛΟ** έδωσαν 2 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 1 φοιτητής που προέρχεται από ημιαστική περιοχή και κανένας φοιτητής που να προέρχεται από αγροτική περιοχή.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
8.03	6	> 0.24
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του τόπου κατοικίας.

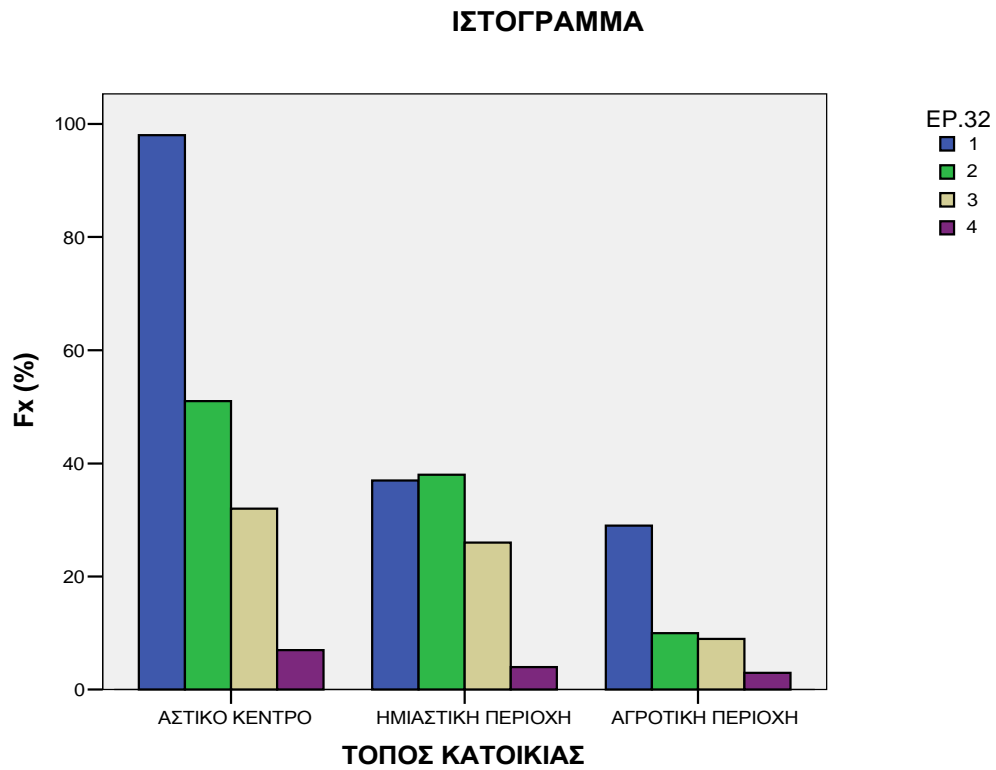
ΠΙΝΑΚΑΣ 36

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 32 (ΘΜΟΣ-ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ)

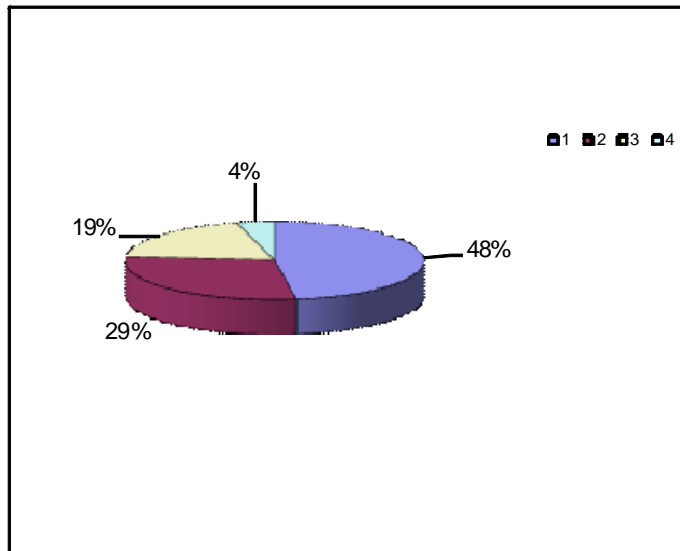
		ΕΡΩΤΗΣΗ 32				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΘΥΜΟ	2. ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΘΥΜΟ	3. ΕΙΜΑΙ ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	4. ΕΙΜΑΙ ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ ΣΥΝΕΧΩΣ ΚΑΙ ΔΕ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΤΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΩ	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	98	51	32	7	188
	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	37	38	26	4	105
	ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	29	10	9	3	51
ΣΥΝΟΛΟ		164	99	67	14	344

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι την απάντηση **ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΘΥΜΟ** έδωσαν 98 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 37 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 29 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή. Την επόμενη απάντηση **ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΘΥΜΟ** έδωσαν 51 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 38 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 10 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή. Την τρίτη απάντηση **ΕΙΜΑΙ ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ** έδωσαν 32 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 26 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 9 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή. Την τελευταία απάντηση **ΕΙΜΑΙ ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ ΣΥΝΕΧΩΣ ΚΑΙ ΔΕ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΤΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΩ** έδωσαν 7 φοιτητές που

προέρχονται από αστικό κέντρο, 4 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 3 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή.



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
11.42	6	> 0.08
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του τόπου κατοικίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 37

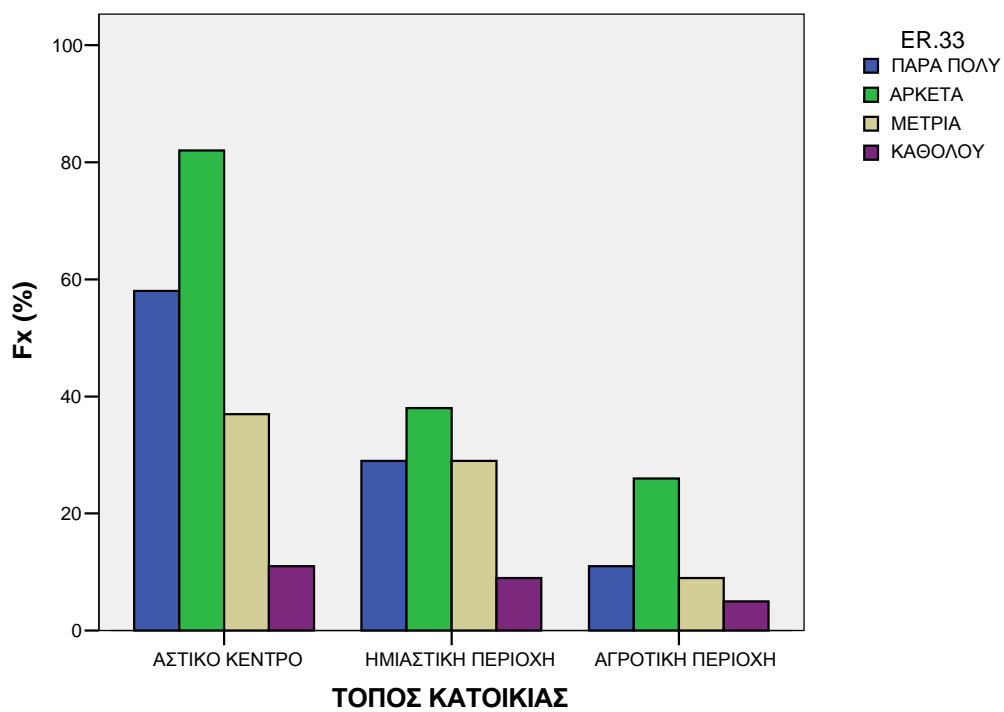
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 33: ΠΟΣΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΕΙΣΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ;

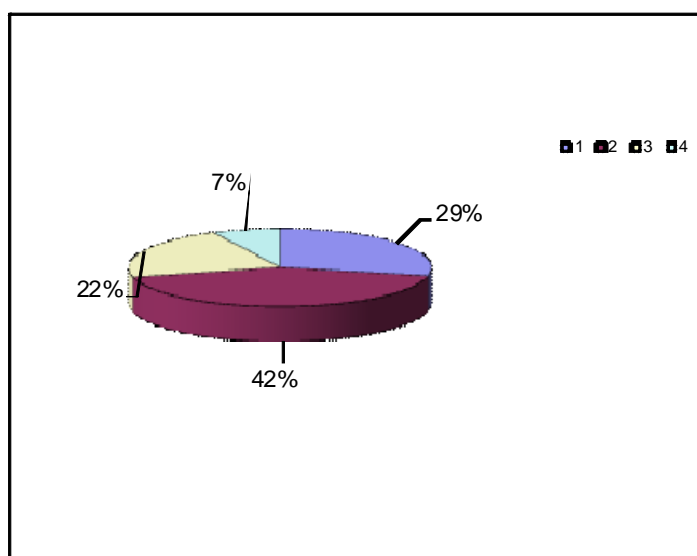
		ΕΡΩΤΗΣΗ 33				ΣΥΝΟΛΟ
		ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΑΡΚΕΤΑ	ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΘΟΛΟΥ	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	58	82	37	11	188
	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	29	38	29	9	105
	ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	11	26	9	5	51
ΣΥΝΟΛΟ		98	146	75	25	344

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι στην ερώτηση **ΠΟΣΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΕΙΣΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ**; 58 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 29 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 11 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή έδωσαν την απάντηση **ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ**. Την απάντηση **ΑΡΚΕΤΑ** έδωσαν 82 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 38 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 26 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή. Την επόμενη απάντηση **ΜΕΤΡΙΑ** έδωσαν 37 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 29 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 9 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή. Την τελευταία απάντηση **ΚΑΘΟΛΟΥ** έδωσαν 11 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 9 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 5 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
6.79	6	> 0.34
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του τόπου κατοικίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 38

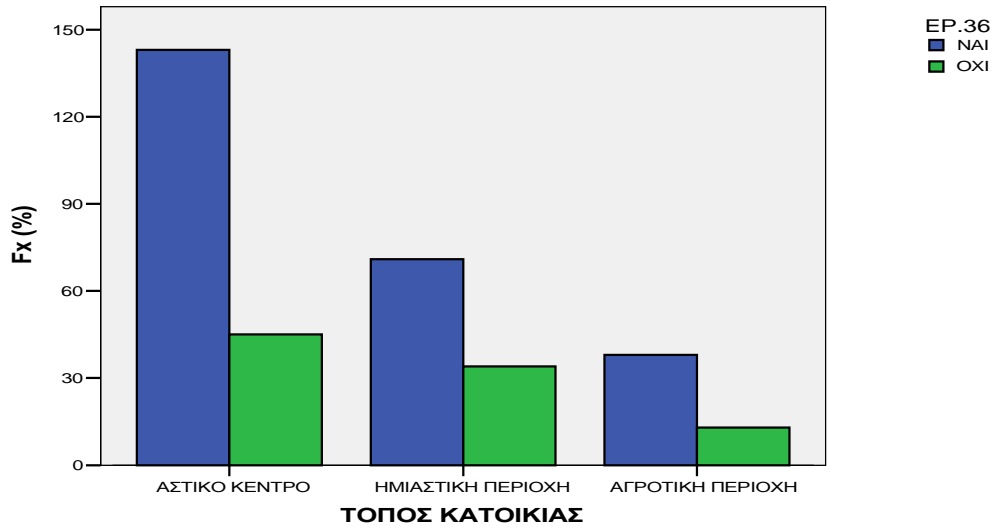
ΑΥΤΟΕΙΚΟΝΑ

**ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 36: ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΟΤΙ ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΣ
ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΑΣ;**

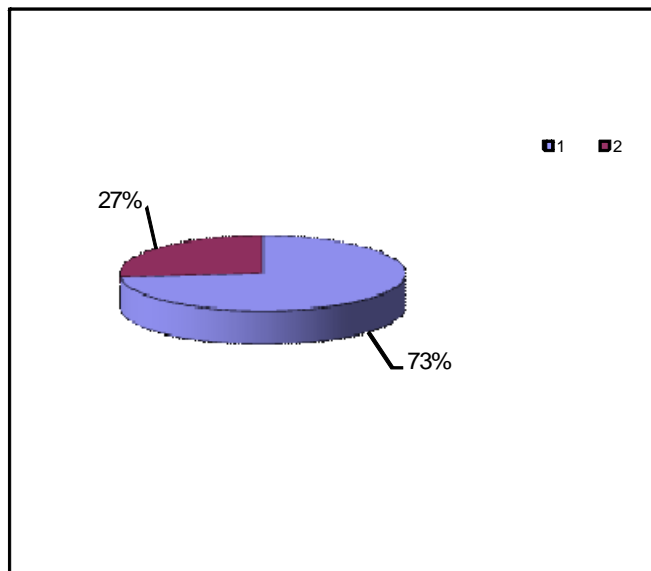
	ΕΡΩΤΗΣΗ 36		ΣΥΝΟΛΟ
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ			
ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	143	45	188
ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	71	34	105
ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	38	13	51
ΣΥΝΟΛΟ	252	92	344

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι στην ερώτηση **ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΟΤΙ ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΣ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΑΣ;** 143 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 71 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 38 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή απάντησαν θετικά (**ΝΑΙ**), ενώ αρνητικά (**ΟΧΙ**) απάντησαν 45 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 34 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 13 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή.

ΙΣΤΑΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
2.50	2	> 0.29
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του τόπου κατοικίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 39

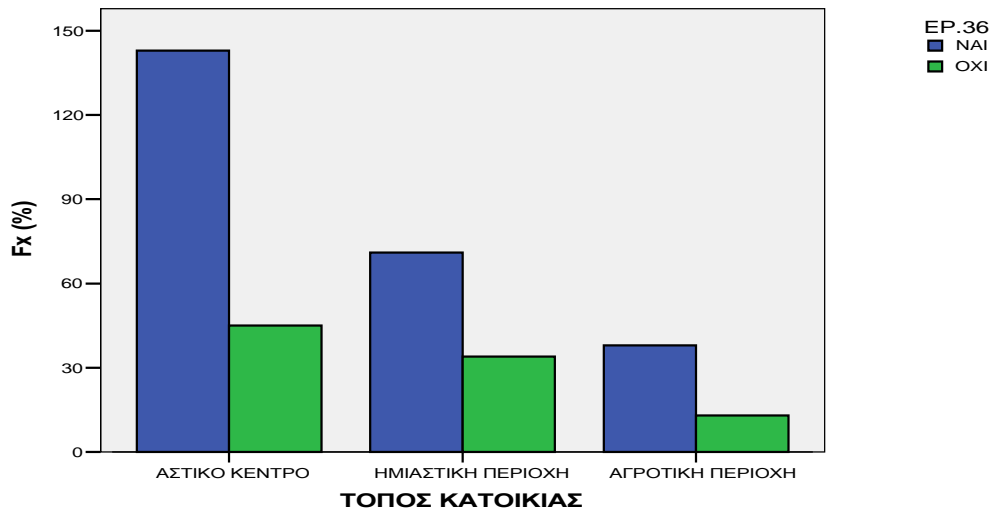
ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 37: ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΙΚΑΝΟΣ ΝΑ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ;

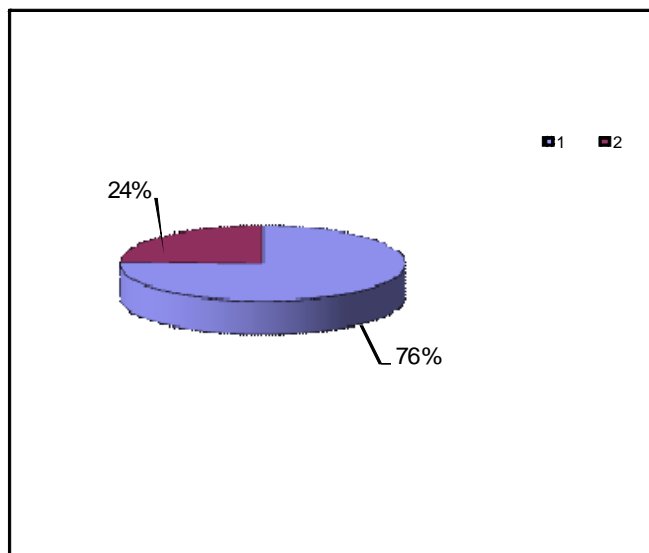
		ΕΡΩΤΗΣΗ 37		ΣΥΝΟΛΟ
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	141	47	188
	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	80	25	105
	ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	39	12	51
ΣΥΝΟΛΟ		260	84	344

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι στην ερώτηση **ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΙΚΑΝΟΣ ΝΑ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ;** θετική απάντηση (**ΝΑΙ**) έδωσαν 141 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 80 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 39 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή, ενώ αρνητική απάντηση (**ΟΧΙ**) έδωσαν 47 φοιτητές που προέρχονται από αστικό κέντρο, 25 φοιτητές που προέρχονται από ημιαστική περιοχή και 12 φοιτητές που προέρχονται από αγροτική περιοχή.

ΙΣΤΑΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
0.77	2	> 0.96
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του τόπου κατοικίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 40

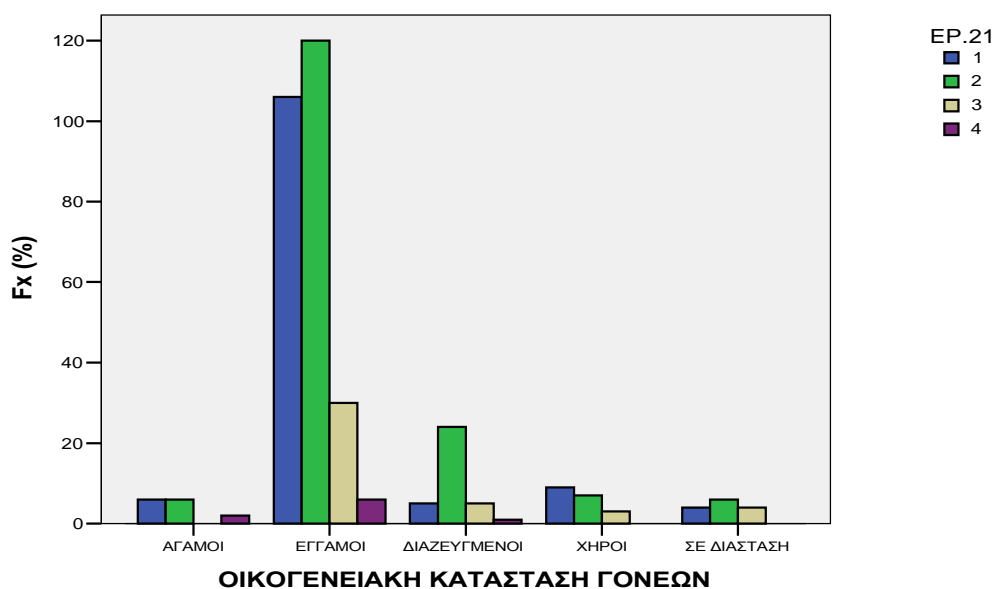
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 21 (ΘΥΜΟΣ)

		ΕΡΩΤΗΣΗ 21				ΣΥΝΟΛΟ
		1. ΔΕΝ ΕΝΟΧΛΟΥΜΑΙ ΑΠΟ ΑΥΤΑ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ	2. ΕΙΜΑΙ ΛΙΓΟ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΑΠΟ ΟΣΟ ΣΥΝΗΘΩΣ	3. ΕΙΜΑΙ ΑΡΚΕΤΑ ΕΝΟΧΛΗΜΕΝΟΣ Η ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΓΙΑ ΠΟΛΥ ΧΡΟΝΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	4. ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΩΡΑ	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΟΝΕΩΝ	ΑΓΑΜΟΙ	6	5	1	2	14
	ΕΓΓΑΜΟΙ	106	120	30	6	262
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΙ	5	24	5	1	35
	ΧΗΡΟΙ	9	7	3	0	19
	ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	4	6	4	0	14
	ΣΥΝΟΛΟ	130	162	43	9	344

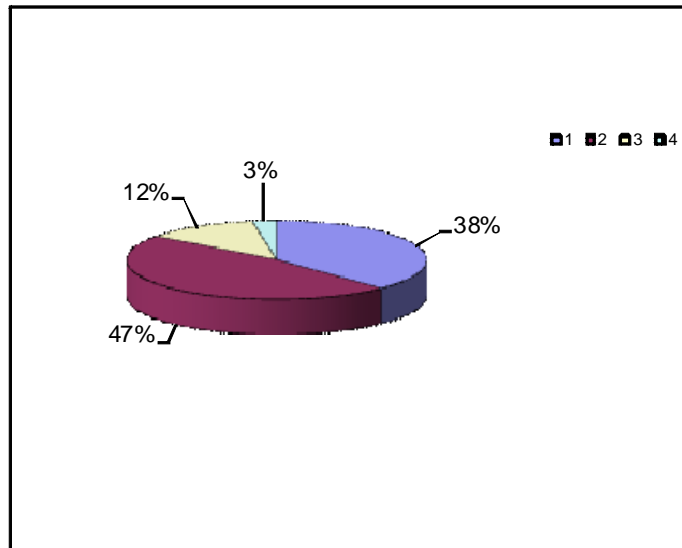
Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι 6 από τους φοιτητές που οι γονείς τους είναι άγαμοι έδωσαν την απάντηση **ΔΕΝ ΕΝΟΧΛΟΥΜΑΙ ΑΠΟ ΑΥΤΑ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ**. Την ίδια απάντηση έδωσαν και 106 φοιτητές που οι γονείς τους είναι έγγαμοι, 5 φοιτητές που οι γονείς τους είναι διαζευγμένοι, 9 φοιτητές που έχουν χάσει τον έναν τους γονιό (χήροι) και 4 φοιτητές που οι γονείς τους βρίσκονται σε διάσταση. Την επόμενη απάντηση **ΕΙΜΑΙ ΛΙΓΟ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΑΠΟ ΟΣΟ ΣΥΝΗΘΩΣ** έδωσαν 5 φοιτητές που οι γονείς τους είναι άγαμοι, 120 φοιτητές που οι γονείς τους είναι έγγαμοι, 24 φοιτητές που οι γονείς τους είναι διαζευγμένοι, 7 φοιτητές που έχουν χάσει τον έναν τους γονιό (χήροι) και 6 φοιτητές που οι γονείς τους βρίσκονται σε διάσταση. Την τρίτη απάντηση **ΕΙΜΑΙ ΑΡΚΕΤΑ ΕΝΟΧΛΗΜΕΝΟΣ Η ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΓΙΑ**

ΠΟΛΥ ΧΡΟΝΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ έδωσαν 1 φοιτητής που οι γονείς του είναι άγαμοι, 30 φοιτητές που οι γονείς τους είναι έγγαμοι, 5 φοιτητές που οι γονείς τους είναι διαζευγμένοι, 3 φοιτητές που έχουν χάσει τον έναν τους γονιό (χήροι) και 4 φοιτητές που οι γονείς τους βρίσκονται σε διάσταση. Την τελευταία απάντηση **ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΣ ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΩΡΑ** έδωσαν 2 φοιτητές που οι γονείς τους είναι άγαμοι, 6 φοιτητές που οι γονείς τους είναι έγγαμοι, 1 φοιτητής που οι γονείς του είναι διαζευγμένοι, 0 φοιτητές που έχουν χάσει τον έναν τους γονιό (χήροι) και 0 φοιτητές που οι γονείς τους βρίσκονται σε διάσταση.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
23.99	12	> 0.02
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται (δηλαδή εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο της οικογενειακής κατάστασης των γονέων. Επομένως αυτοί που είναι άγαμοι, έγγαμοι και διαζευγμένοι έδωσαν όλες τις απαντήσεις, ενώ αντίθετα οι χήροι και αυτοί που είναι σε διάσταση δεν έδωσαν καθόλου την τελευταία απάντηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 41

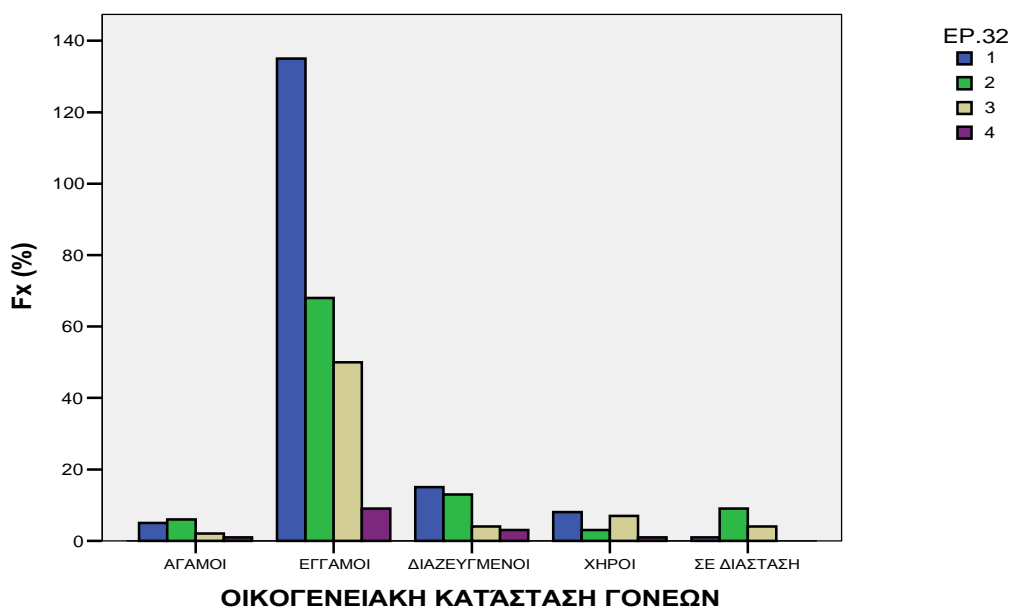
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΗ 32 (ΘΥΜΟΣ-ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ)

	ΕΡΩΤΗΣΗ 32				ΣΥΝΟΛΟ
	1. ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΘΥΜΟ	2. ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΘΥΜΟ	3. ΕΙΜΑΙ ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	4. ΕΙΜΑΙ ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ ΣΥΝΕΧΩΣ ΚΑΙ ΔΕ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΤΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΩ	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΟΝΕΩΝ					
ΑΓΑΜΟΙ	5	6	2	1	14
ΕΓΓΑΜΟΙ	135	68	50	9	262
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΙ	15	13	4	3	35
ΧΗΡΟΙ	8	3	7	1	19
ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	1	9	4	0	14
ΣΥΝΟΛΟ	164	99	67	14	344

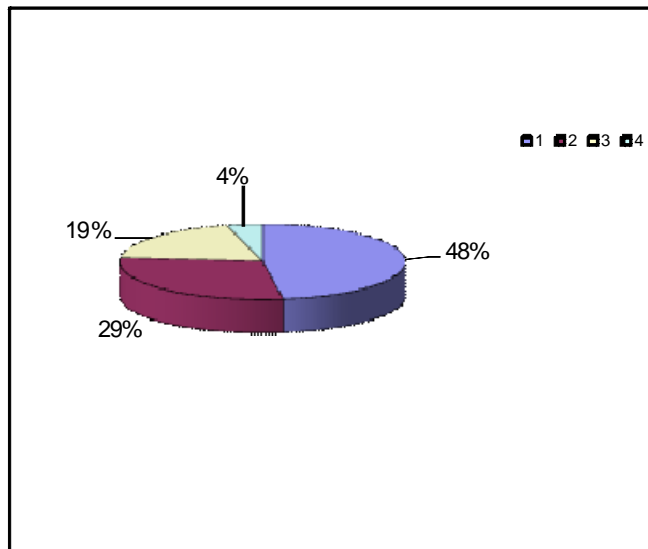
Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι 5 από τους φοιτητές που οι γονείς τους είναι άγαμοι απάντησαν **ΔΕΝ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΘΥΜΟ**. Την ίδια απάντηση έδωσαν και 135 φοιτητές που οι γονείς τους είναι έγγαμοι, 15 φοιτητές που οι γονείς τους είναι διαζευγμένοι, 8 φοιτητές που έχουν χάσει τον έναν τους γονιό (χήροι) και 1 φοιτητής του οποίου οι γονείς βρίσκονται σε διάσταση. Την επόμενη απάντηση **ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΘΥΜΟ** έδωσαν 6 από τους φοιτητές που οι γονείς τους είναι άγαμοι, 68 φοιτητές που οι γονείς τους είναι έγγαμοι, 13 φοιτητές που οι γονείς τους είναι διαζευγμένοι, 3 φοιτητές που έχουν χάσει τον έναν τους γονιό (χήροι) και 9 φοιτητές που οι γονείς τους βρίσκονται σε διάσταση. Την απάντηση **ΕΙΜΑΙ ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ** έδωσαν 2 φοιτητές που οι γονείς τους είναι άγαμοι, 50 φοιτητές που οι γονείς τους είναι

έγγαμοι, 4 φοιτητές που οι γονείς τους είναι διαζευγμένοι, 7 φοιτητές που έχουν χάσει τον έναν τους γονιό (χήροι) και 4 φοιτητές που οι γονείς τους βρίσκονται σε διάσταση. Την τελευταία απάντηση **ΕΙΜΑΙ ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ ΣΥΝΕΧΩΣ ΚΑΙ ΔΕ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΤΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΩ** έδωσαν 1 φοιτητής που οι γονείς του είναι άγαμοι, 9 φοιτητές που οι γονείς τους είναι έγγαμοι, 3 φοιτητές που οι γονείς τους είναι διαζευγμένοι, 1 φοιτητής που έχει χάσει τον έναν του γονιό (χήροι) και 0 φοιτητές που οι γονείς τους βρίσκονται σε διάσταση.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΗΜΑ



χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
24.02	12	> 0.20
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο της οικογενειακής κατάστασης των γονέων.

5.8 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα συμπεράσματα της μελέτης αυτής αποτελούν κάποιες μικρές ενδείξεις που δεν αφορούν και δεν χαρακτηρίζουν την καταθλιπτική νόσο αλλά πιθανά να αποτελούν την αρχή της εκδήλωσης της κατάθλιψης σε κάποια από τα υποκείμενα της έρευνας. Αυτό σημαίνει ότι δεν μπορούν να γενικευτούν τα αποτελέσματα αυτά στο γενικό φοιτητικό πληθυσμό του ΤΕΙ της Πάτρας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής τα οποία χωρίζονται σε (3) τρεις τομείς ανάπτυξης δηλαδή στον Βιοσωματικό, τον Ψυχοκοινωνικό και τον Ψυχοσυναισθηματικό τομέα είναι αναγκαίο να παρουσιάσουμε μια μικρή συγκριτική θεώρηση αυτών των αποτελεσμάτων με την υπόλοιπη σχετική βιβλιογραφία στην οποία στηριχθήκαμε για να διεξάγουμε την μελέτη αυτή.

Συγκεκριμένα και αναφορικά με τα δεδομένα (αποτελέσματα της έρευνας) τα οποία προκύπτουν από την μελέτη στον Βιοσωματικό τομέα ανάπτυξης εκείνο που πρέπει να επισημάνουμε κυρίως είναι:

- Το αίσθημα κόπωσης που αισθάνονται οι περισσότεροι φοιτητές περισσότερο από άλλες εποχές, πιθανόν λόγω της εξεταστικής περιόδου και αυτό έρχεται σε συνάφεια με τον Μάνο (1997) ο οποίος υποστηρίζει ότι το αίσθημα κόπωσης εκδηλώνεται σε άτομα που πιθανά να εμφανίσουν κατάθλιψη ή ήδη που πάσχουν από κατάθλιψη.
- Όσον αφορά την αλλαγή στην όρεξη που παρατήρησαν οι φοιτητές, πιθανόν λόγω εξεταστικής περιόδου, έρχεται σε συνάφεια με τους Loo και Gallarda (1998) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η διαταραχή της όρεξης εκδηλώνεται σε άτομα τα οποία πιθανά να εμφανίσουν κατάθλιψη ή ήδη πάσχουν από αυτή.

Όσον αφορά τα δεδομένα (αποτελέσματα της έρευνας) τα οποία προκύπτουν από την μελέτη στον Ψυχοκοινωνικό τομέα ανάπτυξης και πιο συγκεκριμένα στο κυρίαρχο συναίσθημα παρατηρήθηκε ότι:

- Ο θυμός ή/και η επιθετικότητα που παρατηρείται στους φοιτητές και πιθανόν οφείλεται στην εξεταστική περίοδο, έρχεται σε συνάφεια με το σύμπτωμα της «ανηδονίας», που όπως αναφέρει ο Gilbert (1999) είναι η απώλεια βίωσης κάθε θετικού συναισθήματος και η αύξηση των αρνητικών συναισθημάτων όπως ο θυμός, η ευερεθιστότητα και η επιθετικότητα, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν στην εκδήλωση κατάθλιψης σε άτομα τα οποία πιθανά να εμφανίσουν κατάθλιψη ή ήδη πάσχουν από αυτή.
- Όσον αφορά την πίεση που παρατηρήθηκε στους φοιτητές και που πιθανά να οφείλεται στην εξεταστική περίοδο, έρχεται σε συνάφεια με την D' Agostini (2006) η οποία αναφέρει ότι η επαγγελματική αποκατάσταση, η δημιουργία οικογένειας, τα οικονομικά προβλήματα μπορούν να οδηγήσουν τους νέους σε εντάσεις και ανασφάλεια. Τα παραπάνω μπορεί να οδηγήσουν σε εκδήλωση κατάθλιψης σε άτομα τα οποία πιθανά να εμφανίσουν ή ήδη πάσχουν από αυτή.

5.9 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συμπεράσματα που διεξήχθησαν από τη μελέτη αυτή, αποτελούν κάποιες μικρές ενδείξεις για την εμφάνιση στοιχείων κατάθλιψης στους σπουδαστές του ΤΕΙ Πάτρας και δεν μπορούν να γενικευτούν στον ευρύτερο φοιτητικό πληθυσμό. Σημειώνουμε δε ότι για τη διεξαγωγή των παρακάτω συμπερασμάτων λήφθηκαν υπόψη οι εξής εξωγενείς παράγοντες που φαίνεται να επηρέασαν κατά πολύ την μελέτη αυτή, όπως : i) ο περιορισμένος αριθμός του δείγματος, καθώς η δειγματοληψία (βολική δειγματοληψία) έγινε μόνο από ένα τμήμα του ΤΕΙ και όχι απ' όλα τα υπόλοιπα τμήματα. ii) ο χρόνος διεξαγωγής της μελέτης όπου συνέβη κατά την εξεταστική περίοδο των σπουδαστών, και γι' αυτό το λόγο είναι φυσικό να εμφανίζουν υψηλά ποσοστά σε ερωτήσεις που αφορούν το κυρίαρχο συναίσθημα εκείνης της χρονικής στιγμής (άνγχος- θυμός- επιθετικότητα).

Με βάση τους παραπάνω παράγοντες, η μελέτη αυτή δίνει μόνο ενδεικτικά στοιχεία κατάθλιψης στο νεανικό πληθυσμό του ΤΕΙ Πάτρας και γι' αυτό τον λόγο, προκειμένου να υπάρχει μια πιο ολοκληρωμένη και γενικευμένη άποψη για την πιθανή εμφάνιση κατάθλιψης στον πληθυσμό αυτό, θα πρέπει να επαναληφθούν παρόμοιες μελέτες, οι οποίες θα αποδώσουν γενικευμένα αποτελέσματα.

Τα συμπεράσματα της μελέτης μας χωρίζονται σε (3) τρεις βασικούς τομείς ανάπτυξης, όπως ακριβώς εμφανίζεται και η συμπτωματολογία της κατάθλιψης. Οι τομείς αυτοί είναι : ο Βιοσωματικός Τομέας, ο Ψυχοσυναισθηματικός Τομέας και Ψυχοκοινωνικός Τομέας.

ΒΙΟΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

- Ύπνος

Δεν αντιμετωπίζουν διαταραχές στον ύπνο όπως όπως όπως και δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα κούρασης.

- Αίσθημα κόπωσης

Οι φοιτητές που προέρχονται από αστικές περιοχές απάντησαν κυρίως ότι μπορούν να εργαστούν όπως και πριν, ενώ αντίθετα αυτοί που προέρχονται από ημιαστικές και αγροτικές περιοχές χρειάζονται πρόσθετη προσπάθεια για να κάνουν οτιδήποτε.

- Διαταραχή όρεξης

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων φοιτητών παρατήρησε μια αλλαγή στην όρεξή του παρά το γεγονός ότι δεν έχασε βάρος τον τελευταίο καιρό. Αυτό μπορεί να οφείλεται και στην εξεταστική περίοδο που διένυαν οι φοιτητές.

- Απώλεια – Αύξηση βάρους

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων φοιτητών παρατήρησε μια αλλαγή στην όρεξή του παρά το γεγονός ότι δεν έχασε βάρος τον τελευταίο καιρό. Αυτό μπορεί να οφείλεται και στην εξεταστική περίοδο που διένυαν οι φοιτητές.

- Σεξουαλική Δραστηριότητα

Η σεξουαλική διάθεση των φοιτητών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο είναι σταθερή.

ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

- Συναίσθηματική κατάσταση φοιτητών (κυρίαρχο συναίσθημα)

Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος των φοιτητών φαίνεται ότι δεν αισθάνονται λυπημένοι ούτε και απαισιόδοξοι.

- Θυμός – Επιθετικότητα (κυρίαρχο συναίσθημα)

Δεν αισθάνονται ότι είναι περισσότερο κακοί από τους άλλους και ότι είναι λίγο περισσότερο ευερέθιστοι απ' ότι συνήθως, παρά το γεγονός ότι δεν αισθάνονται θυμό.

- Κυρίαρχο Συναίσθημα

Λόγω της πίεσης της εξεταστικής περιόδου οι φοιτητές ήταν αρκετά αγχωμένοι σε αντίθεση με το γεγονός ότι έχουν την ικανότητα να συγκεντρώνονται σε οτιδήποτε κάνουν.

- Αυτοκτονικός Ιδεασμός

Από το ποσοστό των φοιτητών που έχουν χάσει κάποιο αγαπημένο τους πρόσωπο προέκυψε ότι είναι συγγενικό πρόσωπο.

- Ενσυναίσθηση-Κοινωνικότητα

Ακόμα ένα σημαντικό αποτέλεσμα της έρευνάς μας είναι ότι οι φοιτητές είναι αρκετά κοινωνικοί, έχουν αυτοπεποίθηση και αισθάνονται ότι μπορούν να υπερνικήσουν τις δυσκολίες που τους παρουσιάζονται.

- Αυτοσυναίσθημα

Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος των φοιτητών φαίνεται ότι δεν αισθάνονται αποτυχημένοι και απογοητευμένοι ενώ ικανοποιούνται από αυτά που κάνουν. Από την έρευνα προέκυψε ότι δεν αισθάνονται ενοχές αλλά ούτε και ότι βασανίζονται. Δεν αισθάνονται ότι είναι περισσότερο κακοί από τους

άλλους και ότι είναι λίγο περισσότερο ευερέθιστοι απ' ότι συνήθως, παρά το γεγονός ότι δεν αισθάνονται θυμό.

- Ικανοποίηση

Οι φοιτητές που ανήκουν σε ολιγομελείς οικογένειες δηλώνουν σε μεγάλο ποσοστό ότι αισθάνονται ότι δεν είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους ενώ αντίθετα οι φοιτητές που ανήκουν σε μεγαλύτερες οικογένειες έχουν την ικανότητα να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους.

- Ενοχές

Από την έρευνα προέκυψε ότι δεν αισθάνονται ενοχές αλλά ούτε και ότι βασανίζονται.

- Αυτοκτονικός ιδεασμός

Οι φοιτητές που ανήκουν σε ολιγομελείς οικογένειες δεν φαίνεται να έχουν σκέψεις να κάνουν κακό στον εαυτό τους.

- Καταθλιπτικό συναίσθημα

Οι άνδρες στην συντριπτική τους πλειοψηφία απάντησαν ότι δεν κλαίνε με το παραμικρό ενώ αντίθετα οι γυναίκες απάντησαν ότι κλαίνε τώρα πιο πολύ από τις άλλες φορές. Πιθανά αυτό έχει να κάνει και με εξωτερικούς παράγοντες, την εξεταστική περίοδο αλλά και την ιδιοσυγκρασία του φύλου.

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

- Ενσυναίσθηση

Οι νεότερες ηλικίες (18-22) στην συντριπτική τους πλειοψηφία δεν έχουν χάσει το ενδιαφέρον τους για άλλους ανθρώπους ενώ αντίθετα, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία (23-25) ενδιαφέρονται για συγκεκριμένα πράγματα. Οι φοιτητές που ανήκουν σε ολιγομελείς οικογένειες δεν φαίνεται να έχουν χάσει το ενδιαφέρον τους για τους άλλους ανθρώπους. Οι φοιτητές που προέρχονται από αστικές και αγροτικές περιοχές απάντησαν κυρίως ότι δεν έχουν χάσει το ενδιαφέρον τους για άλλους ανθρώπους ενώ αντίθετα αυτοί που μένουν σε ημιαστικές περιοχές απάντησαν σε σημαντικό ποσοστό ότι δεν ενδιαφέρονται για τους άλλους ανθρώπους.

- Λήψη αποφάσεων

Οι φοιτητές που ανήκουν σε ολιγομελείς οικογένειες δηλώνουν ότι δεν αισθάνονται ικανοί να λαμβάνουν αποφάσεις ενώ αντίθετα οι φοιτητές που ανήκουν σε μεγαλύτερες οικογένειες δηλώνουν ότι αισθάνονται ικανοί να λαμβάνουν αποφάσεις.

- Αυτοεικόνα – Εικόνα σώματος

Οι φοιτητές που προέρχονται από αστικές και αγροτικές περιοχές έχουν καλύτερη αυτοεικόνα – εμπιστοσύνη στην εμφάνισή τους, ενώ αντίθετα αυτοί που προέρχονται από ημιαστικές περιοχές δεν έχουν και τόσο καλή αυτοεικόνα – εμπιστοσύνη στην εμφάνισή τους.

- Εργασία

Οι φοιτητές που προέρχονται από αστικές περιοχές απάντησαν κυρίως ότι μπορούν να εργαστούν όπως και πριν, ενώ αντίθετα αυτοί που προέρχονται από ημιαστικές και αγροτικές περιοχές χρειάζονται πρόσθετη προσπάθεια για να κάνουν οτιδήποτε.

- Επίγνωση προβλήματος

Οι άνδρες στην συντριπτική τους πλειοψηφία απάντησαν ότι δεν ανησυχούν για την υγεία τους περισσότερο από άλλες φορές, ενώ αντίθετα οι γυναίκες ανησυχούν για τα φυσικά προβλήματα όπως πόνοι, στομάχι, δυσκοιλιότητα και για άλλα.

Από την έρευνα που διεξήχθη στον φοιτητικό πληθυσμό του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας για την παρούσα πτυχιακή, διαπιστώσαμε ότι:

- Το δείγμα μας δεν φαίνεται να παρουσιάζει κατάθλιψη πιθανόν λόγω εξεταστικής περιόδου. Τα σημεία αυτά μπορεί να είναι άγχος, πρόβλημα στον ύπνο και αλλαγή όρεξης.

5.10 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Η δημιουργία ενός συμβουλευτικού σταθμού στελεχωμένου από έμπειρο προσωπικό τόσο από τον χώρο της Σχολής όσο και εκτός αυτού (π.χ. Κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλεύτες, ψυχολόγοι με την συνεργασία ψυχιάτρου), θα είναι αρκετά βοηθητική στην αντιμετώπιση προβλημάτων που απασχολούν τους φοιτητές. Η λειτουργία του Συμβουλευτικού Σταθμού θα συμβάλλει στην πρόληψη εμφάνισης συναισθηματικών διαταραχών όπως η κατάθλιψη και θα αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχολογικής φύσεως. Άλλωστε είναι γνωστό ότι η παρουσία κάποιων συμπτωμάτων και η μη έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση τους οδηγεί μακροπρόθεσμα στην εμφάνιση της κατάθλιψης.
- Το έργο του συμβουλευτικού σταθμού βέβαια θα αποδώσει καλύτερα μέσα από συνεργασία με υπηρεσίες, φορείς και προγράμματα που ασχολούνται με την κατάθλιψη. Ο Συμβουλευτικός σταθμός θα μπορεί να παραπέμπει και να ενημερώνει για τους σχετικούς φορείς, φοιτητές που πιθανώς να αντιμετωπίζουν πρόβλημα.
- Η σωστή ενημέρωση του φοιτητικού πληθυσμού για το τι είναι κατάθλιψη και ποια η θεραπεία της, θα βοηθήσει σημαντικά στην πρόληψη της ασθένειας. Κάτι τέτοιο είναι εφικτό μέσα από σεμινάρια, εκδηλώσεις και ημερίδες που θα γίνονται στον χώρο του Τ.Ε.Ι. αλλά και εκτός αυτού προκειμένου να ενημερώνεται ο πληθυσμός σχετικά με αυτή την διαταραχή έτσι ώστε να μπορεί να την αναγνωρίσει και να την αντιμετωπίσει .
- Ενημερώσεις και σεμινάρια θα πρέπει να γίνουν και στο εκπαιδευτικό προσωπικό των σχολών για να είναι σε θέση ακόμη και να αναγνωρίζουν κάποια βασικά χαρακτηριστικά της ασθένειας και να μπορούν έτσι να βοηθήσουν φοιτητές που ίσως παρουσιάζουν στοιχεία κατάθλιψης.

- Σχετική ενημέρωση θα μπορούσε να γίνει και από ημερίδες που θα διοργανώνονται από τον κάθε Δήμο προκειμένου να ενημερωθούν οι κάτοικοι αλλά κυρίως γονείς που ίσως τα παιδιά τους παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης.
- Επίσης, η έκδοση φυλλαδίων από τους φορείς που υπάρχουν για την συγκεκριμένη Συναισθηματική Διαταραχή τα οποία θα μοιράζονται στους χώρους του Τ.Ε.Ι. και θα υπάρχουν και στον Συμβουλευτικό Σταθμό, θα βοηθήσει σαν μέτρο για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης.
- Ένα επιπλέον μέτρο είναι και η προβολή ενημερωτικών εκπομπών, από τα μέσα, με ειδικευμένους επιστήμονες σε μία προσπάθεια ενημέρωσης του κοινού.

5.11 ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή που παρουσιάζει έξαρση τις τελευταίες δεκαετίες. Εκδηλώνεται συνήθως στις γυναίκες και σε άτομα νεαρής ηλικίας. Στην συγκεκριμένη μελέτη ερευνήσαμε την παρουσία κατάθλιψης σε σπουδαστές του ΑΤΕΙ Πάτρας ηλικίας 18-25 ετών.

Στο θεωρητικό μας μέρος ασχοληθήκαμε με τα χαρακτηριστικά των νέων ηλικίας 18-25 και τις αλλαγές στους διάφορους τομείς ανάπτυξης. Επίσης ταξινομήσαμε τις διαταραχές διάθεσης και κάναμε αναλυτική περιγραφή τους. Τέλος, έγινε επισήμανση των μεθόδων θεραπείας των διαταραχών διάθεσης αλλά και των θεωριών που αιτιολογούν την εκδήλωση κατάθλιψης.

Στο ερευνητικό μας κομμάτι θελήσαμε να ερευνήσουμε την ύπαρξη στοιχείων και συμπτωμάτων κατάθλιψης σε σπουδαστές ηλικίας 18-25 ετών και ειδικότερα στο φοιτητικό πληθυσμό του ΑΤΕΙ Πάτρας, σαν απώτερο σκοπό την απόδειξη αναγκαιότητας δημιουργίας συμβουλευτικού σταθμού.

Από τα στατιστικά αποτελέσματα της έρευνας συμπεράναμε ότι οι φοιτητές στο μεγαλύτερο ποσοστό τους δεν παρουσιάζουν κάποια μορφή κατάθλιψης. Παρόλα αυτά οι απαντήσεις των παιδιών σε ερωτήματα σχετικά με το πόσο αγχώδη είναι, με την δυσκολία συγκέντρωσης και την λήψη αποφάσεων, δηλώνουν την αναγκαιότητα δημιουργίας συμβουλευτικού σταθμού για την γενικότερη ψυχολογική στήριξη των φοιτητών και ειδικότερα σε μέρες εξεταστικής περιόδου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

- «Ανάπτυξη και εργοθεραπεία» διδακτικές σημειώσεις του τμήματος εργοθεραπείας, Σηφάκη Μ., Αθήνα 2001, σελίδες 23, 49
- Βοσνιάδου Σ., «Εισαγωγή στην ψυχολογία, κοινωνική ψυχολογία και κλινική ψυχολογία.», τόμος Β, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 2005, σελίδες 203, 217
- Ελληνική εταιρεία για τους νευροδιαβιβαστές, «τι γνωρίζουμε για τον εγκέφαλο», εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1996
- Κακούρος Ε. , Μανιαδάκη Κ. «Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων, αναπτυξιακή προσέγγιση.», εκδόσεις Τυποθητώ, Αθήνα 2003, σελίδες 204 - 210
- Κλεφτάρας Γ., Η κατάθλιψη σήμερα: Περιγραφή, Διάγνωση, Θεωρίες και Ερευνητικά Δεδομένα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 1998, σελίδες 24, 115 – 203
- Κουρκούτας Η. Ε., Η Ψυχολογία του Εφήβου-Θεωρητικά Ζητήματα και Κλινικές Περιπτώσεις, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2001, σελίδες 27, 32-33
- Δρ. Μακένζι Κ., Οικογενειακός ιατρικός οδηγός, «Κατάθλιψη», Βρετανική ιατρική εταιρεία, 2000, σελίδες 22-30, 49-55
- Μάνος Ν., Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη 1997, σελίδες 188-196, 200-212, 216-217, 799-806)
- Νασιάκου Μ., Μαράτου Ο., Ναυρίδης Κ., Δραγώνα Θ., Τέππερη Ι., «Ψυχολογία, Β' τάξη γενικού λυκείου», οργανισμός εκδόσεως διδακτικών βιβλίων, Αθήνα 2000, σελίδες 135 - 137

- Νταλάτζας Θ., Σύγχρονη Προληπτική Ιατρική, Λίγκας Εκδοτική, Αθήνα 2006
- Σαχίνη – Καρδάση, « Μεθοδολογία έρευνας. Εφαρμογές στο χώρο της υγείας.» εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2004, σελίδες 115-116, 118
- Σκαρβέλη Γ. (Μετάφραση), Θεραπεία μέσω τέχνης, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995, σελίδες 23-24
- Χριστοδούλου Γ. Ν., Κατάθλιψη, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2002, σελίδες 153-158

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- D 'Agostini G., Κατάθλιψη (Μελαγχολία και Μανία), Εκδόσεις Lector-Formamentis, Αθήνα 2006
- Beck A. T (1967) Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects, New York, Harper and Row.
- Bootzin R. R, Acocella J. R and Alloy L. B (1993). Abnormal psychology, Current Perspectives, New York: McGraw – Hill.
- Carr A., Depression and Attempted Suicide in Adolescence, BPS Blackwell 2002, σελίδες 5,20
- Clinic M., Κατάθλιψη, Μοντέρνοι Καιροί, Αθήνα 2004
- Cohen L.- Manion L., Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας, Εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα, 1994 (σελ. 122-124, 130)
- Costello G.G (1972) Depression: Loss of reinforcers or loss of reinforcers effectiveness. Behavior Therapy, 3, σελίδες 240 – 247
- Erikson, Identify Youth and Crisis, Norton, N. York 1968
- Flach F.F., Η κατάθλιψη (Η μυϊκή της δύναμη), Εκδόσεις ΔΙΟΔΟΣ, Αθήνα 1974, σελίδες 213-214

- Frankl V. E (1975). The unconscious god: Psychotherapy and theology. New York: Simon and Schuster.
- Gilbert P., Ξεπερνώντας την κατάθλιψη, ένας οδηγός αυτοβοήθειας, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, Αθήνα 1999, σελίδες 52-53, 55-67
- Lewinsohn P. M, Weistein M. S and Alper T (1970). A behavioral approach to the group treatment of depressed persons: Methodological contributions. Journal of clinical psychology 26, σελίδες 525 – 532
- Loo and Gallarda (Μετάφραση Π. Τραυλός), Η κατάθλιψη, Αθήνα 1998, σελίδες 15-43
- Oster G.D, Montgomery S.S, Helping your depressed teenager, John Wiley & Sons Inc., Canada, 1995, σελίδες 5
- Rabbit and Goward, Age information processing speed and intelligence, Quarterly Journal of Experiment, Psychology, 1994
- Rehm L. P (1990) Cognitive and behavioral theories. In B. B Wolman and G. Stricker (Eds). Depressive disorders: Facts, theories and treatment methods. (p.p 64 – 91) New York: John Wiley
- Rosenthal N., Winter Blues: Everything you need to know to beat seasonal affective disorders, New York: The Guilford Press 2006
- Rotter J. B (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements psychological monographs, 80, (whole No 609)
- Salzberger – Wittenberg, «Η αυτογνωσία από ψυχαναλυτική θεώρηση και οι ανθρώπινες σχέσεις, μια κλαϊνική προσέγγιση», εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1995, σελίδες 85

- Seligman M. E. P (1975) Helplessness. On depression, development and death, San Francisco: W. H Freeman
- Teasdale J .D (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. Cognition and Emotion, 2, σελίδες 247 – 274
- Tucker N., Εφηβεία, ωριμότητα και Τρίτη ηλικία, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 1999, σελίδες 11-12

ΛΕΞΙΚΑ-ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ

- Εικονογραφημένο Εγκυκλοπαιδικό Λεξικό και Πλήρες Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας «Πάπυρος Larousse-Το Παπυράκι», Εκδοτικός Οργανισμός ΠΑΠΥΡΟΣ, Αθήνα 2003, (σελίδες 237, 459, 551, 679, 656, 1660, 1920)
- Εγκυκλοπαίδεια «δομή», ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΔΟΜΗ» Α.Ε, Αθήνα 2002-2004, τόμος 4 σελίδα 351, τόμος 11 σελίδα 53, τόμος 27 σελίδα 750.

INTERNET

- [http:// users. auth.gr](http://users.auth.gr)
- www.nea-acropoli-heraklio.gr
- www.minima-hania.gr
- www.iator.g
- www.google.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρόν ερωτηματολόγιο γίνεται στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα «Η κατάθλιψη στους φοιτητές του ΑΤΕΙ Πάτρας». Οποιοδήποτε προσωπικό σας στοιχείο θα διατηρηθεί απόρρητο.

Ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας.

Οι σπουδάστριες

Βρεπού Γεωργία

Γουρνάρη Σταυρούλα

Λούκα Ιωάννα

1. ΦΥΛΟ

1. Άνδρας

2. Γυναίκα

2. ΗΛΙΚΙΑ

1. 18-22

2. 23-25

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΟΝΕΩΝ

1. Άγαμοι

2. Έγγαμοι

3. Διαζευγμένοι

4. Χήροι

5. Σε διάσταση

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ

1. Άγαμος/η

2. Έγγαμος/η

3. Διαζευγμένος/η

4. Χήρος/α

5. Σε διάσταση

5. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

	Πατέρας	Μητέρα
1. Αναλφάβητος/η	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Αποφ. Δημοτικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Αποφ. Γυμνασίου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Αποφ. Λυκείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Αποφ. ΑΕΙ-ΤΕΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ΕΞΑΜΗΝΟ ΦΟΙΤΗΣΗΣ

- 1. Α'
- 2. Β'
- 3. Γ'
- 4. Δ'
- 5. Ε'
- 6. ΣΤ'
- 7. Ζ'
- 8. Πτυχίο

7. ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

- 1. Έως και 2 μέλη
- 2. 2 με 4 μέλη
- 3. 4 με 6 μέλη
- 4. 6 και άνω μέλη

8. ΑΔΕΡΦΙΑ

1. ναι

2. όχι

8α. Αν ναι, πόσα:

1. 1

2. 2-3

3. 4 και άνω

9. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

1. Αστικό κέντρο (πόλη)

2. Ημιαστική περιοχή

3. Αγροτική περιοχή

10. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΝ

Πατέρας Μητέρα

1. Άνεργος/η

2. Δημ. Υπάλληλος

3. Ιδιωτ. Υπάλληλος

4. Ελευθ. Επαγγελματίας

5. Επιχειρηματίας

6. Αγρότης

7. Οικιακά

Ερώτηση 11η.

1. Δεν αισθάνομαι λυπημένος.
2. Αισθάνομαι λυπημένος.
3. Είμαι λυπημένος όλη την ώρα και δεν μπορώ να ξεφύγω από αυτό.
4. Είμαι τόσο λυπημένος ή δυστυχισμένος που δεν μπορώ να το αντιμετωπίσω.

Ερώτηση 12η.

1. Δεν είμαι απαισιόδοξος για το μέλλον.
2. Αισθάνομαι απαισιόδοξος για το μέλλον.
3. Αισθάνομαι ότι δεν έχω τίποτα για να περιμένω με ενδιαφέρον.
4. Θεωρώ ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορούν να βελτιωθούν.

Ερώτηση 13η.

1. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος.
2. Αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει περισσότερο από τους άλλους.
3. Όπως ξαναβλέπω τη ζωή μου, όλα όσα θυμάμαι είναι γεμάτα αποτυχίες.
4. Αισθάνομαι ότι είμαι εντελώς αποτυχημένο άτομο.

Ερώτηση 14η.

1. Ικανοποιούμαι από αυτά που κάνω.
2. Δεν απολαμβάνω τη ζωή όσο άλλες φορές.
3. Δεν παίρνω πραγματική ικανοποίηση από τίποτα πια.
4. Είμαι δυσαρεστημένος ή βαριεστημένος με όλα.

Ερώτηση 15η.

1. Δεν αισθάνομαι ενοχές.
2. Αισθάνομαι ενοχές αρκετό χρόνο.
3. Αισθάνομαι αρκετά ενοχές τις περισσότερες φορές.
4. Αισθάνομαι ενοχές συνεχώς.

Ερώτηση 16η.

1. Δεν αισθάνομαι ότι βασανίζομαι.
2. Αισθάνομαι ότι μπορεί να τιμωρηθώ.
3. Περιμένω ότι θα τιμωρηθώ.
4. Αισθάνομαι ότι βασανίζομαι.

Ερώτηση 17η.

1. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου.
2. Είμαι απογοητευμένος από μένα.
3. Τα έχω βάλει με τον εαυτό μου.
4. Μισώ τον εαυτό μου.

Ερώτηση 18η.

1. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι περισσότερο κακός από τους άλλους.
2. Είμαι επικριτικός με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες ή τα λάθη μου.
3. Αυτοκατηγορούμαι όλη την ώρα για τα ελαττώματά μου.
4. Κατηγορώ τον εαυτό μου για όλα τα κακά που συμβαίνουν.

Ερώτηση 19η.

1. Δεν έχω καθόλου σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου.
2. Έχω σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου, αλλά δεν πρόκειται να το κάνω.
3. Θα επιθυμούσα να αυτοκτονήσω.
4. Θα αυτοκτονούσα εάν μπορούσα.

Ερώτηση 20η.

1. Δεν κλαίω με το παραμικρό.
2. Κλαίω τώρα πιο πολύ από άλλες φορές.
3. Κλαίω όλη την ώρα τώρα.

Ερώτηση 21η.

1. Δεν ενοχλούμαι από αυτά που συμβαίνουν.
2. Είμαι λίγο περισσότερο ευερέθιστος απ' όσο συνήθως.
3. Είμαι αρκετά ενοχλημένος ή ευερέθιστος για πολύ χρόνο την ημέρα.

4. Αισθάνομαι ευερέθιστος όλη την ώρα τώρα.

Ερώτηση 22η.

1. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον για άλλους ανθρώπους.
2. Ενδιαφέρομαι λιγότερο για άλλους ανθρώπους σε σχέση με άλλες φορές.
3. Έχω χάσει το μεγαλύτερο μέρος του ενδιαφέροντός μου για άλλους ανθρώπους.
4. Έχω χάσει το όλο ενδιαφέρον μου για άλλους ανθρώπους.

Ερώτηση 23η.

1. Παίρνω αποφάσεις εύκολα όπως πάντα για τη ζωή μου.
2. Αναβάλλω τη λήψη των αποφάσεων περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.
3. Έχω μεγαλύτερη δυσκολία στη λήψη των αποφάσεων από πριν.
4. Δεν μπορώ να πάρω καμιά απόφαση.

Ερώτηση 24η.

1. Μου αρέσει όπως είμαι, όπως πριν.
2. Ανησυχώ μήπως φαίνομαι γερασμένος ή μη ελκυστικός.
3. Θεωρώ ότι υπάρχουν μόνιμες αλλαγές στην εμφάνισή μου που κάνουν την εμφάνισή μου μη ελκυστική.
4. Πιστεύω ότι φαίνομαι απαίσιος

Ερώτηση 25η.

1. Μπορώ να εργαστώ όπως και πριν.
2. Χρειάζεται πρόσθετη προσπάθεια να ξεκινήσω να κάνω κάτι.
3. Πρέπει να προσπαθήσω πολύ σκληρά για να κάνω οτιδήποτε.
4. Δεν είμαι σε θέση να κάνω οποιαδήποτε εργασία.

Ερώτηση 26η.

1. Κοιμάμαι όπως πάντα.
2. Δεν κοιμάμαι όπως άλλες φορές.
3. Ξυπνάω 1-2 ώρες νωρίτερα από ότι συνήθιζα και δύσκολα με ξαναπέρνει ο ύπνος.
4. Ξυπνάω αρκετές ώρες νωρίτερα από ότι συνήθιζα και δεν μπορώ να ξαναπέσω για ύπνο.

Ερώτηση 27η.

1. Δεν κουράζομαι περισσότερο από άλλες φορές.
2. Κουράζομαι ευκολότερα από άλλες φορές.
3. Κουράζομαι χωρίς να κάνω σχεδόν τίποτα.
4. Είμαι πάρα πολύ κουρασμένος για να κάνω οτιδήποτε.

Ερώτηση 28η.

1. Η όρεξή μου για φαγητό είναι όπως συνήθως.
2. Η όρεξή μου για φαγητό δεν είναι όπως συνήθως.
3. Η όρεξή μου για φαγητό έχει αυξηθεί κατά πολύ σε σχέση με πριν.
4. Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα.
5. Δεν έχω καθόλου όρεξη.

Ερώτηση 29η.

1. Δεν έχω χάσει βάρος τον τελευταίο καιρό.
2. Έχω χάσει περισσότερα από δύο κιλά.
3. Έχω χάσει περισσότερα από τρία κιλά.
4. Έχω χάσει περισσότερα από πέντε κιλά.
5. Έχω χάσει πάρα πολλά κιλά.
6. Έχω πάρει πάρα πολλά κιλά (άνω των 10 κιλών περίπου).

Ερώτηση 30η.

1. Δεν ανησυχώ για την υγεία μου περισσότερο από άλλες φορές.
2. Ανησυχώ για τα φυσικά προβλήματα όπως οι πόνοι, το στομάχι, τη δυσκοιλιότητα.
3. Ανησυχώ πολύ για τα θέματα υγείας και είναι δύσκολο να σκεφτώ πολλά άλλα πράγματα.
4. Ανησυχώ για τα θέματα υγείας τόσο που δεν μπορώ να σκεφτώ τίποτε άλλο.

Ερώτηση 31η.

1. Δεν έχω παρατηρήσει κάποια οποιαδήποτε αλλαγή στο ενδιαφέρον για sex τελευταία.
2. Ενδιαφέρομαι λιγότερο για το sex σε σχέση με άλλες φορές.
3. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για sex.
4. Δεν έχω καμία όρεξη για sex.

Ερώτηση 32η.

1. Δεν αισθάνομαι θυμό.
2. Αισθάνομαι θυμό.
3. Είμαι θυμωμένος αρκετά συχνά.
4. Είμαι θυμωμένος συνεχώς και δεν μπορώ να το αντιμετωπίσω.

Ερώτηση 33η.

Πόσο κοινωνικός είστε κατά τη γνώμη σας;

1. Πάρα πολύ 2. Αρκετά 3. Μέτρια 4. Καθόλου

Ερώτηση 34η.

Πόσο αγχώδης είστε κατά τη γνώμη σας;

1. Πάρα πολύ 2. Αρκετά 3. Μέτρια 4. Καθόλου

Ερώτηση 35η.

Πιστεύεται ότι έχετε την ικανότητα να συγκεντρώνεστε σε οτιδήποτε κάνετε;

1. Ναι 2. Όχι

Ερώτηση 36η.

Αισθάνεστε ότι είστε ικανός να αντιμετωπίζετε τα προβλήματά σας;

1. Ναι 2. Όχι

Ερώτηση 37η.

Αισθάνεστε ικανός να λαμβάνετε αποφάσεις;

1. Ναι 2. Όχι

Ερώτηση 38η.

Αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε να υπερνικήσετε τις δυσκολίες που σας παρουσιάζονται;

1. Ναι 2. Όχι

Ερώτηση 39η.

Πιστεύετε ότι έχετε αυτοπεποίθηση;

1. Ναι 2. Όχι

Ερώτηση 40η.

Έχετε χάσει σχετικά πρόσφατα κάποιο αγαπημένο σας πρόσωπο;

1. Ναι 2. Όχι

Ερώτηση 40α.

Αν ναι, ποιο ήταν αυτό;

1. Συγγενικό πρόσωπο
2. Φίλος
3. Σύντροφος
4. Ζώο
5. Άλλο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρόν ερωτηματολόγιο γίνεται στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα «Η κατάθλιψη στους φοιτητές του ΑΤΕΙ Πάτρας». Οποιοδήποτε προσωπικό σας στοιχείο θα διατηρηθεί απόρρητο.

Ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας.

Οι σπουδάστριες

Βρεπού Γεωργία

Γουρνάρη Σταυρούλα

Λούκα Ιωάννα

10. ΦΥΛΟ

1. Άνδρας

2. Γυναίκα

11. ΗΛΙΚΙΑ

1. 18-22

2. 23-25

12. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΟΝΕΩΝ

1. Άγαμοι

2. Έγγαμοι

3. Διαζευγμένοι

4. Χήροι

5. Σε διάσταση

13. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ

1. Άγαμος/η

2. Έγγαμος/η

3. Διαζευγμένος/η

4. Χήρος/α

5. Σε διάσταση

14. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Πατέρας Μητέρα

1. Αναλφάβητος/η

2. Αποφ. Δημοτικού

3. Αποφ. Γυμνασίου

4. Αποφ. Λυκείου

5. Αποφ. ΑΕΙ-ΤΕΙ

15. ΕΞΑΜΗΝΟ ΦΟΙΤΗΣΗΣ

- 1. Α'
- 2. Β'
- 3. Γ'
- 4. Δ'
- 5. Ε'
- 6. ΣΤ'
- 7. Ζ'
- 8. Πτυχίο

16. ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

- 1. Έως και 2 μέ
- 2. 2 με 4 μέλη
- 3. 4 με 6 μέλη
- 4. 6 και άνω μέλ

17. ΑΔΕΡΦΙΑ

- 1. ναι
- 2. όχι

8α. Αν ναι, πόσα:

- 1. 1
- 2. 2-3
- 3. 4 και άνω

18. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

1. Αστικό κέντρο (πόλη)

2. Ημιαστική περιοχή

3. Αγροτική περιοχή

10. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΝ

Πατέρας Μητέρα

1. Άνεργος/η

2. Δημ. Υπάλληλος

3. Ιδιωτ. Υπάλληλος

4. Ελευθ. Επαγγελματίας

5. Επιχειρηματίας

6. Αγρότης

7. Οικιακά

Ερώτηση 26η.

1. Κοιμάμαι όπως πάντα.
2. Δεν κοιμάμαι όπως άλλες φορές.
3. Ξυπνάω 1-2 ώρες νωρίτερα από ότι συνήθιζα και δύσκολα με ξαναπέρνει ο ύπνος.
4. Ξυπνάω αρκετές ώρες νωρίτερα από ότι συνήθιζα και δεν μπορώ να ξαναπέσω για ύπνο.

Ερώτηση 27η.

1. Δεν κουράζομαι περισσότερο από άλλες φορές.
2. Κουράζομαι ευκολότερα από άλλες φορές.
3. Κουράζομαι χωρίς να κάνω σχεδόν τίποτα.
4. Είμαι πάρα πολύ κουρασμένος για να κάνω οτιδήποτε.

Ερώτηση 28η.

1. Η όρεξή μου για φαγητό είναι όπως συνήθως.
2. Η όρεξή μου για φαγητό δεν είναι όπως συνήθως.
3. Η όρεξή μου για φαγητό έχει αυξηθεί κατά πολύ σε σχέση με πριν.
4. Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα.
5. Δεν έχω καθόλου όρεξη.

Ερώτηση 29η.

1. Δεν έχω χάσει βάρος τον τελευταίο καιρό.
2. Έχω χάσει περισσότερα από δύο κιλά.
3. Έχω χάσει περισσότερα από τρία κιλά.
4. Έχω χάσει περισσότερα από πέντε κιλά.
5. Έχω χάσει πάρα πολλά κιλά.
6. Έχω πάρει πάρα πολλά κιλά (άνω των 10 κιλών περίπου).

Ερώτηση 31η.

1. Δεν έχω παρατηρήσει κάποια οποιαδήποτε αλλαγή στο ενδιαφέρον για sex τελευταία.
2. Ενδιαφέρομαι λιγότερο για το sex σε σχέση με άλλες φορές.
3. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για sex.
4. Δεν έχω καμία όρεξη για sex.

Ερώτηση 11η.

1. Δεν αισθάνομαι λυπημένος.
2. Αισθάνομαι λυπημένος.
3. Είμαι λυπημένος όλη την ώρα και δεν μπορώ να ξεφύγω από αυτό.
4. Είμαι τόσο λυπημένος ή δυστυχισμένος που δεν μπορώ να το αντιμετωπίσω.

Ερώτηση 13η.

1. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος.
2. Αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει περισσότερο από τους άλλους.
3. Όπως ξαναβλέπω τη ζωή μου, όλα όσα θυμάμαι είναι γεμάτα αποτυχίες.
4. Αισθάνομαι ότι είμαι εντελώς αποτυχημένο άτομο.

Ερώτηση 14η.

1. Ικανοποιούμαι από αυτά που κάνω.
2. Δεν απολαμβάνω τη ζωή όσο άλλες φορές.
3. Δεν παίρνω πραγματική ικανοποίηση από τίποτα πια.
4. Είμαι δυσαρεστημένος ή βαριεστημένος με όλα.

Ερώτηση 15η.

1. Δεν αισθάνομαι ενοχές.
2. Αισθάνομαι ενοχές αρκετό χρόνο.
3. Αισθάνομαι αρκετά ενοχές τις περισσότερες φορές.
4. Αισθάνομαι ενοχές συνεχώς.

Ερώτηση 16η.

1. Δεν αισθάνομαι ότι βασανίζομαι.
2. Αισθάνομαι ότι μπορεί να τιμωρηθώ.
3. Περιμένω ότι θα τιμωρηθώ.
4. Αισθάνομαι ότι βασανίζομαι.

Ερώτηση 17η.

1. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου.
2. Είμαι απογοητευμένος από μένα.
3. Τα έχω βάλει με τον εαυτό μου.
4. Μισώ τον εαυτό μου.

Ερώτηση 18η.

1. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι περισσότερο κακός από τους άλλους.
2. Είμαι επικριτικός με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες ή τα λάθη μου.
3. Αυτοκατηγορούμαι όλη την ώρα για τα ελαττώματά μου.
4. Κατηγορώ τον εαυτό μου για όλα τα κακά που συμβαίνουν.

Ερώτηση 19η.

1. Δεν έχω καθόλου σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου.
2. Έχω σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου, αλλά δεν πρόκειται να το κάνω.
3. Θα επιθυμούσα να αυτοκτονήσω.
4. Θα αυτοκτονούσα εάν μπορούσα.

Ερώτηση 20η.

1. Δεν κλαίω με το παραμικρό.
2. Κλαίω τώρα πιο πολύ από άλλες φορές.
3. Κλαίω όλη την ώρα τώρα.

Ερώτηση 21η.

1. Δεν ενοχλούμαι από αυτά που συμβαίνουν.
2. Είμαι λίγο περισσότερο ευερέθιστος απ' όσο συνήθως.
3. Είμαι αρκετά ενοχλημένος ή ευερέθιστος για πολύ χρόνο την ημέρα.
4. Αισθάνομαι ευερέθιστος όλη την ώρα τώρα.

Ερώτηση 24η.

1. Μου αρέσει όπως είμαι, όπως πριν.
2. Ανησυχώ μήπως φαίνομαι γερασμένος ή μη ελκυστικός.
3. Θεωρώ ότι υπάρχουν μόνιμες αλλαγές στην εμφάνισή μου που κάνουν την εμφάνισή μου μη ελκυστική.
4. Πιστεύω ότι φαίνομαι απαίσιος

Ερώτηση 30η.

1. Δεν ανησυχώ για την υγεία μου περισσότερο από άλλες φορές.
2. Ανησυχώ για τα φυσικά προβλήματα όπως οι πόνοι, το στομάχι, τη δυσκοιλιότητα.
3. Ανησυχώ πολύ για τα θέματα υγείας και είναι δύσκολο να σκεφτώ πολλά άλλα πράγματα.
4. Ανησυχώ για τα θέματα υγείας τόσο που δεν μπορώ να σκεφτώ τίποτε άλλο.

Ερώτηση 32η.

1. Δεν αισθάνομαι θυμό.
2. Αισθάνομαι θυμό.
3. Είμαι θυμωμένος αρκετά συχνά.
4. Είμαι θυμωμένος συνεχώς και δεν μπορώ να το αντιμετωπίσω.

Ερώτηση 34η.

Πόσο αγχώδης είστε κατά τη γνώμη σας;

1. Πάρα πολύ
2. Αρκετά
3. Μέτρια
4. Καθόλου

Ερώτηση 35η.

Πιστεύεται ότι έχετε την ικανότητα να συγκεντρώνεστε σε οτιδήποτε κάνετε;

1. Ναι
2. Όχι

Ερώτηση 36η.

Αισθάνεστε ότι είστε ικανός να αντιμετωπίζετε τα προβλήματά σας;

1. Ναι
2. Όχι

Ερώτηση 38η.

Αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε να υπερικήσετε τις δυσκολίες που σας παρουσιάζονται;

1. Ναι
2. Όχι

Ερώτηση 39η.

Πιστεύετε ότι έχετε αυτοπεποίθηση;

1. Ναι 2. Όχι

Ερώτηση 40η.

Έχετε χάσει σχετικά πρόσφατα κάποιο αγαπημένο σας πρόσωπο;

1. Ναι 2. Όχι

Ερώτηση 40α.

Αν ναι, ποιο ήταν αυτό;

1. Συγγενικό πρόσωπο
2. Φίλος
3. Σύντροφος
4. Ζώο
5. Άλλο

Ερώτηση 12η.

1. Δεν είμαι απαισιόδοξος για το μέλλον.
2. Αισθάνομαι απαισιόδοξος για το μέλλον.
3. Αισθάνομαι ότι δεν έχω τίποτα για να περιμένω με ενδιαφέρον.
4. Θεωρώ ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορούν να βελτιωθούν.

Ερώτηση 22η.

1. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον για άλλους ανθρώπους.
2. Ενδιαφέρομαι λιγότερο για άλλους ανθρώπους σε σχέση με άλλες φορές.
3. Έχω χάσει το μεγαλύτερο μέρος του ενδιαφέροντός μου για άλλους ανθρώπους.
4. Έχω χάσει το όλο ενδιαφέρον μου για άλλους ανθρώπους.

Ερώτηση 23η.

1. Παίρνω αποφάσεις εύκολα όπως πάντα για τη ζωή μου.
2. Αναβάλλω τη λήψη των αποφάσεων περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.
3. Έχω μεγαλύτερη δυσκολία στη λήψη των αποφάσεων από πριν.
4. Δεν μπορώ να πάρω καμιά απόφαση.

Ερώτηση 25η.

1. Μπορώ να εργαστώ όπως και πριν.
2. Χρειάζεται πρόσθετη προσπάθεια να ξεκινήσω να κάνω κάτι.
3. Πρέπει να προσπαθήσω πολύ σκληρά για να κάνω οτιδήποτε.
4. Δεν είμαι σε θέση να κάνω οποιαδήποτε εργασία.

Ερώτηση 33η.

Πόσο κοινωνικός είστε κατά τη γνώμη σας;

1. Πάρα πολύ 2. Αρκετά 3. Μέτρια 4. Καθόλου

Ερώτηση 37η.

Αισθάνεστε ικανός να λαμβάνετε αποφάσεις;

1. Ναι

2. Όχι

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (INTERNET)

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΙ

ΣΤΑΘΜΟΙ ΝΕΩΝ – 9+10 Ιουνίου 2007

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ ΝΕΩΝ

Γιατί η ανάπτυξη αυτού του θεσμού είναι μια επιβεβλημένη ανάγκη;

Είναι σκόπιμο και αναγκαίο να παρουσιάσουμε το θεσμό των Συμβουλευτικών Σταθμών Νέων, να μιλήσουμε για τις δυνατότητές τους, την αναγκαιότητα να εδραιωθεί ο θεσμός, να επεκταθεί και την ακόμα πιο μεγάλη αναγκαιότητα να στελεχωθεί επαρκώς και με εξειδικευμένο προσωπικό. Αξιολογείται σαν πολύ σημαντικό το γεγονός ότι πλέον στην εκπαίδευση υπάρχουν θεσμοί που απασχολούν ψυχολόγους. Είναι απαραίτητο εκτός από καθαρά γνωστικούς στόχους μέσα στην εκπαιδευτική διαδικασία να ενδιαφερόμαστε να προσεγγίσουμε τον άνθρωπο παρέχοντας ψυχολογική υποστήριξη όπου χρειάζεται και εμπλουτίζοντας ταυτόχρονα την εκπαιδευτική καθημερινότητα με προσπάθειες που οδηγούν στην αυτογνωσία. Για να καταλάβει κάποιος τους άλλους ανθρώπους, πρέπει πρώτα να μπορεί να καταλάβει τον εαυτό του και να βρίσκει το στίγμα του μέσα σ'ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο κόσμο. Αυτό θα έπρεπε κανονικά να αποτελεί κι έναν από τους βασικούς στόχους της σύγχρονης εκπαίδευσης.

Λένα Καραγιάννη, Εκπαιδευτικός - Ψυχολόγος

Η αναγκαιότητα αυτή στην εποχή μας διαγράφεται ξεκάθαρα αλλά και επιτακτική. Υπάρχουν πλέον οξυμένα κοινωνικά προβλήματα: διάλυση του κοινωνικού ιστού, υποβάθμιση της οικογένειας, σύγχρονος τρόπος ζωής. Πολλοί μαθητές δυσκολεύονται να ανταποκριθούν με επιτυχία στις απαιτήσεις της σχολικής ζωής με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η εύρυθμη λειτουργία του σχολείου. Επιπλέον προβλήματα που δεν ήταν διαδεδομένα στην ελληνική πραγματικότητα, είναι υπαρκτά και παίρνουν διαστάσεις σήμερα:

π.χ. τα φαινόμενα της ενδοσχολικής βίας και των συμμοριών, που δεν ήταν διαδεδομένα στην Ελλάδα τώρα κάνουν ιδιαίτερως αισθητή την παρουσία τους (περίπτωση Άλεξ στη Βέροια, περίπτωση Αμαρύνθου Ευβοίας). Οι εκπαιδευτικοί του σήμερα αντιμετωπίζουν μια ποικιλία προβλημάτων: παιδιά με μαθησιακά προβλήματα ή υπερκινητικότητα, περιπτώσεις σχολικής φοβίας που φτάνουν μέχρι το Γυμνάσιο, το φαινόμενο της σχολικής αδιαφορίας, η κρίση της εφηβείας, χρήση ουσιών αλλά και έλλειψη πειθαρχίας και ορίων. Ακόμα δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις παιδιών με αρχόμενες ψυχώσεις και παιδιά που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας ή εκφράζουν αντίστοιχες απειλές. Σε όλα αυτά τα προβλήματα ο εκπαιδευτικός δεν μπορεί να είναι μόνος του. Χρειάζεται τη συνδρομή κατάλληλα εκπαιδευμένων επιστημόνων μέσα στην εκπαιδευτική κοινότητα.

Σε σχετική έρευνα από το Πανεπιστήμιο Αθηνών (Χατζηχρήστου, 2002) διαπιστώνονται τα εξής:

- Η κατάσταση όπως διαγράφεται σήμερα είναι: μεγάλο ποσοστό παιδιών και εφήβων εμφανίζουν ποικίλα προβλήματα σε όλους τους τομείς ανάπτυξης.
- Δεν παρέχεται συμβουλευτική υποστήριξη και θεραπευτική αντιμετώπιση στην πλειοψηφία των παιδιών που το έχουν ανάγκη.
- Η ψυχική υγεία των παιδιών-εφήβων αποτελεί μικρή προτεραιότητα των εμπλεκόμενων φορέων.

Πώς αντιμετωπίζονται οι ελλείψεις που διαπιστώνονται;

Αυτό παραμένει πάντα ένα μεγάλο ερώτημα. Ωστόσο εδώ και μερικά χρόνια θεσμοθετήθηκε μια υπηρεσία μέσα στο Υπουργείο Παιδείας για να καλύψει ανάγκες Συμβουλευτικής και ψυχοκοινωνικής στήριξης της εκπαιδευτικής κοινότητας στο σύνολό της: οι Συμβουλευτικοί Σταθμοί Νέων.

Τι ακριβώς είναι οι Συμβουλευτικοί Σταθμοί Νέων (Σ.Σ.Ν.) και ποιες ανάγκες καλύπτουν οι σταθμοί με την λειτουργία τους;

Η ίδρυση των Συμβουλευτικών Σταθμών Νέων (Σ.Σ.Ν.) έγινε το 1990 με υπουργό Παιδείας τον κύριο Γεώργιο Σουφλιά (Νόμος 1894/ΦΕΚ 110 τ.Α'/27-8-90, άρθρο 2).

Με την υπουργική απόφαση για ίδρυση, οργάνωση και λειτουργία Συμβουλευτικών Σταθμών Νέων (εφημερίδα της κυβερνήσεως, Φεβρουάριος 1993) προβλέπεται μεταξύ άλλων η ψυχοκοινωνική κάλυψη των αναγκών των σχολικών μονάδων του Νομού. Οι Σ.Σ.Ν. έχουν δυνατότητα εντοπισμού, διάγνωσης, βραχείας ψυχολογικής παρέμβασης και παραπομπής των περιπτώσεων μαθητών που χρήζουν ιδιαίτερης ψυχολογικής αντιμετώπισης.

Στα πλαίσια αυτά παρέχουν και Συμβουλευτική Γονέων. Παράλληλα ασκούν προληπτική παρέμβαση στα πλαίσια στήριξης της οικογένειας και κινητοποίησης των λοιπών κοινωνικών φορέων μέσω το σχολείου (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, τεύχος 2ο Αρ.Φύλλου134, 5 Μαρτίου 1993).

Το 2001 με υπουργική απόφαση τοποθετούνται σε 15 διευθύνσεις της χώρας οι Υπεύθυνοι των Σ.Σ.Ν. και το επόμενο σχολικό έτος τοποθετούνται τα στελέχη.

Έκτοτε υπάρχουν μόνο 15 Συμβουλευτικοί Σταθμοί Νέων σε πρωτεύουσες νομών και παραμένουν υποβαθμισμένοι αφού δεν στελεχώνονται σωστά και με επάρκεια.

Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι ενώ προβλέπεται από το νόμο για τη λειτουργία τους στελέχωση από πέντε άτομα εξειδικευμένο προσωπικό (ψυχολόγους, παιδοψυχίατρο, κοινωνικούς λειτουργούς), υπάρχουν περιπτώσεις Σταθμών που λειτουργούν με ένα μόνο άτομο και πρέπει να ανταποκριθούν στις ανάγκες ενός ολόκληρου νομού.

Ποιες δυνατότητες έχουν;

Προσωπικά θεωρώ πολύ σημαντικό το γεγονός ότι μέσα από τις παρεμβάσεις των Συμβουλευτικών Σταθμών Νέων μπορούμε να έχουμε πρόληψη σε τρεις μεγάλες ομάδες πληθυσμού:

1) Μαθητές

- Έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση σε ένα μεγάλο φάσμα προβλημάτων που χρήζουν ιδιαίτερης ψυχολογικής αντιμετώπισης.
- Αξιολόγηση και συμβουλευτική υποστήριξη σε παιδιά με μαθησιακές και ψυχοκοινωνικές δυσκολίες στο σχολείο.

- Έρευνα για τα φαινόμενα ενδοσχολικής βίας και συμμοριών και αντιμετώπισή τους (διασυνδεδετικά μέσα από τη συνεργασία των φορέων της εκπαιδευτικής κοινότητας και ειδικών).

- Ομάδες μαθητών όπου «δουλεύονται» μέσα από τις ψυχολογικές διεργασίες της ομάδας θέματα διαπροσωπικών σχέσεων, αυτογνωσίας, οι αξίες των σημερινών εφήβων, η δυνατότητά τους να αποδέχονται το διαφορετικό (εφόσον ήδη ζούμε σε πολυπολιτισμικές κοινωνίες), ώστε να μην υπάρχουν φαινόμενα ρατσισμού, κοινωνικής βίας και περιθωριοποίησης, προβλήματα και προβληματισμοί εφηβείας, θέματα οριοθέτησης, πειθαρχίας και κανόνων.

2) Εκπαιδευτικοί

- Στήριξη των εκπαιδευτικών στο δύσκολο και επίπονο έργο τους μέσα από Ομάδες Συνάντησης.

- Ευαισθητοποίηση αλλά και ενημέρωση των εκπαιδευτικών σε θέματα εφηβείας, συμπεριφοράς, έλλειψης πειθαρχίας, λειτουργίας της «ομάδας της τάξης» και σχολικής αδιαφορίας.

3) Γονείς

- Σύσταση Σχολών Γονέων. Η συμβουλευτική γονέων είναι απαραίτητη αφού ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού στα πρώτα χρόνια αλλά κι αργότερα στην «κρίση της εφηβείας» είναι καθοριστικής σημασίας. Μέσα από την εκπαίδευση στις Σχολές Γονέων βοηθούνται οι γονείς να εξελιχθούν οι ίδιοι ικανοποιητικά, να σχετίζονται με τα παιδιά τους και να ανταποκρίνονται πιο λειτουργικά στον πολυδιάστατο ρόλο τους.

- Συμβουλευτική γονέων μέσα από παρεμβάσεις όπου χρειάζεται.

Για τις υπηρεσίες που προβλέπεται από το νόμο να παρέχουν αλλά και για τις μεγάλες δυνατότητες που έχουν, θεωρώ μεγάλη προτεραιότητα την επαρκή και κατάλληλη στελέχωση των Σ.Σ.Ν. καθώς και την αναβάθμισή τους.

Ίσως η εκπαιδευτική κοινότητα δεν αξιολογεί την προσφορά και το έργο που παρέχεται από αυτούς τους θεσμούς γι'αυτό και σε επίπεδο Διευθύνσεων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης παραμένουν υποβαθμισμένοι.

Αυτό μπορεί να αλλάξει μόνο με παράλληλη και συντονισμένη δράση πολλών παραγόντων: των εκπαιδευτικών, των γονιών που θα ήταν σκόπιμο αφού ενημερωθούν να έχουν σχετικά αιτήματα, των συνδικαλιστικών φορέων της εκπαίδευσης και του υπουργείου. Χρειάζονται φωτισμένοι άνθρωποι με όραμα για να δώσουμε μια ώθηση στην ελληνική εκπαίδευση να ανέβει ένα σκαλοπάτι πιο πάνω και έχει ένα πιο ανθρώπινο πρόσωπο.

Είναι εντυπωσιακό να σκεφτεί κάποιος το έργο που μπορεί να προσφέρει στην εκπαιδευτική κοινότητα αυτός ο θεσμός αν στελεχωθεί σωστά. Αποτελεί πραγματική επανάσταση να γίνεται πρόληψη σε τρεις ομάδες πληθυσμού: μαθητές, εκπαιδευτικοί και γονείς και σε ένα δεύτερο επίπεδο να αντιμετωπίζονται τα βασικότερα προβλήματα που παρουσιάζονται στην εφηβική ηλικία. Εξίσου σημαντικό έργο είναι και η ανάπτυξη υγιών στάσεων αντιμετώπισης των διαπροσωπικών σχέσεων αλλά και των προσωπικών δυσκολιών. Είναι έργο των ΣΣΝ η εκπαίδευση και η στήριξη μαθητών, εκπαιδευτικών και γονιών με σκοπό την προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Ίσως βρισκόμαστε μπροστά στην ανάγκη να προβληματιστούμε: πώς θέλουμε να είναι η σύγχρονη εκπαίδευση;

Μπορεί να έχει ένα πιο ανθρώπινο πρόσωπο;

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δίνει μια άλλη διάσταση στο ρόλο της σύγχρονης εκπαίδευσης.

«Η έγκαιρη ανίχνευση και η υποστηρικτική παρέμβαση σε διάφορα προβλήματα: χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, επιθετικότητα, βίαιη ή αντικοινωνική συμπεριφορά που θεωρείται ότι συνήθως συνυπάρχουν με ψυχολογικά προβλήματα, είναι η πλέον ουσιαστική προσπάθεια για την αναβάθμιση του ρόλου της παιδείας στη διαμόρφωση των κοινωνιών του 21ου αιώνα» (W.H.O 2000)

Η υπουργός Παιδείας κ. Γιαννάκου κατά καιρούς και με διάφορες αφορμές έχει δηλώσει ότι σκοπεύει να προσλάβει ψυχολόγους στο Υπουργείο Παιδείας. Μέχρι τώρα υπάρχουν ελάχιστοι. Σχετικά με τους Συμβουλευτικούς Σταθμούς ελάχιστοι στελεχώνονται όπως προέβλεπε η αρχική προκήρυξη (1 παιδοψυχίατρος, 2 ψυχολόγοι και 2 κοινωνικοί λειτουργοί). Παράλληλα πολλοί δουλεύουν με ελάχιστο προσωπικό κι όχι εξειδικευμένο (πολλές φορές είναι εκπαιδευτικοί, αποσπασμένοι εκεί χωρίς να έχουν κάποια σχετική εξειδίκευση). Οι εκπαιδευτικοί μπορεί να προσφέρουν ιδιαίτερο έργο ακόμα και σ'αυτή την υπηρεσία αλλά όχι αντικαθιστώντας απαραίτητες ειδικότητες.

Για να λειτουργήσει σωστά ένας τέτοιος θεσμός πρέπει καταρχήν να έχει διαμορφωθεί το κατάλληλο πλαίσιο λειτουργίας του. Μέχρι τώρα δεν υπάρχει τέτοιο πλαίσιο και οι Σ.Σ.Ν. υπάγονται στο τμήμα Αγωγής Υγείας του Υπουργείου Παιδείας και αντιμετωπίζονται σαν ένα πρόγραμμα Αγωγής

Υγείας, Πολιτιστικών ή Περιβαλλοντικής εκπαίδευσης. Όμως αν θέλουμε να είμαστε σοβαροί και να αναλάβουμε τις ευθύνες μας πρέπει να συνειδητοποιήσουμε πως οι Συμβουλευτικοί Σταθμοί είναι μια υπηρεσία και όχι απλά ένα πρόγραμμα.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΣΤΑΘΜΩΝ ΝΕΩΝ

- Να γίνει πανελλήνια επέκταση του θεσμού: να επεκταθούν οι Σ.Σ.Ν. σε όλους τους νομούς και σε μια δεύτερη φάση να είναι ένας ανά γραφείο εκπαίδευσης.
- Επειδή το προσωπικό λειτουργίας των Σ.Σ.Ν. είναι ελάχιστο για την κάλυψη των αναγκών ενός ολόκληρου νομού (2 ψυχολόγοι για σχολεία που μπορεί να υπερβαίνουν τα 100) αυτό να αυξηθεί σε μια πιο κατάλληλη αναλογία για να γίνεται πιο συστηματική δουλειά.
- Να βελτιωθεί η προκήρυξη στελέχωσης των Σ.Σ.Ν.: α) να προβλέπει επιπλέον εξειδικευμένο προσωπικό (παιδοψυχιάτρους, ψυχολόγους με άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, κοινωνικούς λειτουργούς και κοινωνιολόγους) β) στην προκήρυξη οι ψυχολόγοι να προηγούνται από τους αποφοίτους των Φ.Π.Ψ. (τμήματα της Φιλοσοφικής Σχολής, Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής, Ψυχολογίας) και στην περίπτωση που εργάζονται απόφοιτοι των συγκεκριμένων τμημάτων να διαθέτουν απαραίτητα επιπρόσθετα προσόντα: μεταπτυχιακό σχετικό, επιμορφώσεις κλπ.
- Να λυθεί το θέμα της έλλειψης χρηματοδότησης των Σ.Σ.Ν.

- Χρειάζεται να οργανωθεί το πλαίσιο λειτουργίας και μια ξεχωριστή υπηρεσία στο Υπουργείο Παιδείας που να ελέγχει τη λειτουργία των Σ.Σ.Ν. και να αναλαμβάνει την ευθύνη της σωστής στελέχωσής τους.

- Μια τέτοια υπηρεσία (οι Σ.Σ.Ν.) είναι άκρως απαραίτητο να έχει οργανωμένη εποπτεία και επιμόρφωση όπως άλλωστε κάθε επιστημονικό πλαίσιο ορίζει. Επιπλέον θα μπορούσε να γίνει άμεση επιμόρφωση στελεχών και υπευθύνων στα έτοιμα προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας του ΚΕΘΕΑ, ΟΚΑΝΑ και ΕΨΥΠΕ.

- Να γίνεται ετήσια πανελλαδική συνάντηση των Σ.Σ.Ν. για αποτίμηση του έργου τους και των αναγκών τους.

Τέλος πρέπει να τονιστεί ότι καθώς οι Συμβουλευτικοί Σταθμοί προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε έφηβους αλλά και σε όλη τη σχολική κοινότητα, δεν χρειάζονται απλώς ειδικούς, αλλά επιπλέον ανθρώπους ισορροπημένους με ενδιαφέρον και αγάπη για το συνάνθρωπο, θέληση να προσφέρουν στους νέους και ζεστασιά.

Λένα Καραγιάννη

Εκπαιδευτικός - Ψυχολόγος

e-mail: lenia@sch.gr

Άρθρα για την Κατάθλιψη

Η γλώσσα της κατάθλιψης

Θα έλεγα πως, η γλώσσα της κατάθλιψης περιλαμβάνει και τη σιωπή. Μία σιωπή, που υπάρχει, στο στόμα, αλλά και στο μυαλό. Μία ησυχία, ανησυχητική. Ανησυχητική, γιατί, καταλαβαίνεις πως δε σε βοηθάει αυτή η σιωπή, όσο και αν τη θες, γιατί εκείνη την ώρα, μιλάει.....η κατάθλιψη. Δεν έχεις διάθεση να μιλήσεις πολύ, δεν έχεις διάθεση να μιλήσεις σε πολλούς. Ίσως δεν έχεις διάθεση, να μιλήσεις ακόμα και με τον ίδιο σου τον εαυτό. Να σκεφτείς για αυτόν. Να νοιαστείς για αυτόν. Αφήνεσαι και αφήνεις και τον εαυτό σου. Το μυαλό και αυτό, μπορεί να θέλει να σιωπήσει. Να μη σκέφτεται. Άλλοτε όμως, μπορεί να σκέφτεται. Να σε πηγαίνει σε σκέψεις, του παρελθόντος, του πως ήσουν και πως είσαι. Σου θυμίζει πράγματα, στενάχωρα, σου δείχνει όμως και ένα μέλλον όπως θέλει εκείνη. Ένα μέλλον αρνητικό, δύσκολο, πέρα από τις δυνάμεις σου. Ένα μέλλον, μαύρης απόχρωσης. Άλλοτε αυτά στα ψιθυρίζει (η κατάθλιψη) και άλλοτε σου τα "λέει" έντονα. Θέλει να σε κάνει να την ακούσεις και μάλλον, να την....υπακούσεις. Είναι ύπουλη. Στην αρχή έρχεται σιγά σιγά, με βήματα ελαφρά, σαν του κλέφτη, για να μην την αντιληφθείς, για να μη χτυπήσει ο, εσωτερικός "συναγερμός" και σε προειδοποιήσει για την σταδιακή έλλειψη ενεργητικότητας, αλλά και ενδιαφέροντος για όσα κάνεις. Μετά αρχίζει να σου βαραίνει και το σώμα. Ίσως έχει την ιδιότητα, να "μιλάει" και στο σώμα και να το κάνει, πιο βαρύ, για να το ρίξει στο κρεβάτι, να "ξεκουραστεί", δείχνοντάς σου, έτσι το δρόμο της φυγής και όχι της μάχης. Όσο όμως και αν εκείνη έχει τη δική της γλώσσα, με τη βοήθεια των δυνάμεών σου, των ανθρώπων σου, αρχίζεις να πηγαίνεις κόντρα στα όσα "λέει" η κατάθλιψη. Εκεί αρχίζει η αναστροφή. Πας από τη φυγή της πραγματικότητας, στη μάχη, στην αντιμετώπισή της. Άλλοτε είναι εύκολο, άλλοτε είναι δύσκολο. Αν όμως έχεις μέσα σου, αποφασιστικότητα, αργά ή γρήγορα, θα σηκωθείς. Δε με νοιάζει πόσες φορές θα "πέσω". Όλοι πέφτουν ψυχολογικά στη ζωή τους. Κανείς δεν

είναι πάντα χαρούμενος. Με νοιάζει, να σηκωθώ. Και αν αργήσω, δε με ενοχλεί και τόσο. Αρκεί να σηκωθώ. Όμως και μέχρι να σηκωθώ, προσπαθώ, στο λόγο της κατάθλιψης, να έχω το δικό μου αντίλογο.

Με αγάπη

Max

Το κλείσιμο στον εαυτό μας κατά την κατάθλιψη

Ίσως ένα από τα χειρότερα συναισθήματα που βιώνει κανείς όταν έχει κατάθλιψη είναι ότι αισθάνεται πως βρίσκεται αντιμέτωπος με τον ίδιο του τον εαυτό. Έναν εαυτό όμως που πλέον αντί να είναι σύμμαχος μας γίνεται εχθρός και αρκετές φορές φτάνουμε σε σημείο να τον κατηγορούμε με φράσεις του στυλ 'πώς κατάντησα', 'είμαι άχρηστος' και άλλα τέτοια ή ακόμα και να τον μισούμε. Στην κατάθλιψη αισθανόμαστε μόνοι, νομίζουμε ότι δεν έχουμε κανέναν να μας καταλάβει, να μας στηρίξει και δεν μπορούμε ούτε οι ίδιοι να βοηθήσουμε τον εαυτό μας. Το μυαλό γεμίζει από κατηγορίες για τα πάντα, για τις επιδόσεις σε διάφορα θέματα που είναι ίσως πεσμένες, για τις επαφές με τους γύρω που έχουν μειωθεί, για τις αντοχές που νιώθουμε να μας εγκαταλείπουν μέρα με τη μέρα, ίσως ενοχές που αφήσαμε τον εαυτό μας να φτάσει σε αυτό το σημείο (ιδιαίτερα αν έχει μάθει όλη του τη ζωή κάποιος να έχει την εικόνα του δυνατού, είναι πιο δύσκολα τα πράγματα), για όλα αυτά. Έτσι λοιπόν απομακρυνόμαστε από όλους, μένουμε μόνοι μας και μας κατηγορούμε. Το κακό όμως είναι ότι όσο πιο πολύ απομονωνόμαστε τόσο πιο πολύ μένουμε μόνοι με τις σκέψεις μας και τις ενοχές και γινόμαστε χειρότερα. Βέβαια δεν είναι και το πιο εύκολο πράγμα να πει κανείς ότι αντιμετωπίζει κατάθλιψη γιατί κακά τα ψέματα υπάρχουν προκαταλήψεις στις μέρες μας ακόμα για την ψυχική υγεία και κάπου έτσι φοβόμαστε την αντίδραση που θα έχουν οι άλλοι αν το μάθουν (θα με πουν τρελό, θα με απορρίψουν και πάει λέγοντας). Όμως αυτή η τακτική δε βοηθάει, δεν πρέπει να μένουμε μόνοι μας κλεισμένοι στον εαυτό μας και να πνιγόμαστε στις σκέψεις μας. Ούτε η λύση είναι να τα βάζουμε συνεχώς με εμάς, λες και είμαστε υπεύθυνοι για όλα τα άσχημα στον κόσμο. Ας μην κρύβουμε λοιπόν

αυτό που αισθανόμαστε μόνο και μόνο από φόβο γιατί έτσι δεν θα αισθανθούμε καλύτερα και θα συνεχίσουμε να βλέπουμε τα πράγματα μέσα από τη δική μας λανθασμένη οπτική γωνία.

Natalia

Τάσεις αυτοκτονίας και κατάθλιψη

Αρκετά συχνές στην κατάθλιψη μπορεί να είναι και οι τάσεις αυτοκτονίας. Όταν κάποιος έχει κατάθλιψη έρχεται πολλές φορές αντιμέτωπος με σκέψεις του στυλ δεν αξίζω τίποτα, δεν έχει τίποτα νόημα, είναι όλα μάταια και άρα γιατί να υπάρχω, γιατί να προσπαθώ. Η απαισιοδοξία κυριεύει το μυαλό στο οποίο πλέον φαντάζουν όλα μαύρα. Εκεί έρχονται οι ιδέες αυτοκτονίας που μας κάνουν να πιστεύουμε πως η φυγή είναι η μόνη λύση. Κατά πόσο όμως αυτή είναι η πραγματικότητα και δεν είναι απλά μια παρορμητική σκέψη; Από τότε η φυγή είναι λύση για να είναι και σε αυτή την περίπτωση; Όλοι μας έχουμε διάφορες δυσκολίες να αντιμετωπίσουμε, άλλοι μικρότερες, άλλοι μεγαλύτερες όμως δεν πρέπει να το βάζουμε κάτω, να απελπιζόμαστε και να λέμε όλα τελείωσαν, δεν μπορούμε να συνεχίσουμε. Θα έρθουν σίγουρα στιγμές που θα αισθανθούμε ότι δεν αντέχουμε άλλο, ότι δεν καταφέρνουμε τίποτα και άλλα τέτοια όμως θα υπάρξουν και στιγμές όπου απλά πράγματα όπως ένα χαμόγελο, μια εικόνα, οτιδήποτε τέλος πάντων θα μπορέσει να μας κάνει να αισθανθούμε χαρούμενοι. Ας δώσουμε λίγο παραπάνω σημασία σε διάφορα καθημερινά πράγματα, ας αφήσουμε τους άλλους να μας πλησιάσουν και να μας δείξουν ότι μπορούμε να είμαστε ευτυχισμένοι. Μην διαλέγουμε λύσεις που είναι οριστικές και αμετάκλητες όπως είναι η αυτοκτονία. Είναι ωραία τα ταξίδια αλλά όταν έχουν να μας δώσουν κάτι όμορφο, εμπειρίες, γνώσεις κλπ, όχι όταν δεν έχουν γυρισμό. Για όλα υπάρχει λύση, το σημαντικό είναι να μην το βάζουμε κάτω και να προσπαθούμε όσο γίνεται περισσότερο και κάποια στιγμή σίγουρα θα τα καταφέρουμε.

Natalia

Όταν αρχίζει η κατάθλιψη

Η κατάθλιψη συνήθως έρχεται με ύπουλο τρόπο, σιγά σιγά και χωρίς να το περιμένεις. Αρχίζει κανείς σταδιακά να χάνει την όρεξη για διάφορες δραστηριότητες, για πράγματα που πριν τον ευχαριστούσαν και κλείνετε ολοένα και περισσότερο στον εαυτό του. Δεν πρέπει όμως να μας φοβίζει. Είναι μια επώδυνη κατάσταση κατά την οποία όλα μοιάζουν μαύρα και πως τίποτα δεν έχει νόημα. Όμως ακόμα και με την κατάθλιψη μπορούμε να τα βγάλουμε πέρα. Χρειάζεται υπομονή, χρόνο, προσπάθεια. Μη φοβάστε αυτά που σκέφτεστε κατά την κατάθλιψη γιατί συνήθως δεν ισχύουν, απλά τότε το μυαλό έχει την τάση να τα μεγαλοποιεί όλα, να τα γενικεύει και να καταλήγει στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει ελπίδα για τίποτα. Δεν πρέπει όμως να δίνουμε βάση σε αυτές τις αρνητικές σκέψεις και να τις αφήνουμε να μας επηρεάζουν περισσότερο. Ξέρω είναι δύσκολο να σκεφτεί κανείς λογικά όταν έχει κατάθλιψη και τα βλέπει όλα μαύρα, όμως δεν είναι ακατόρθωτο. Ούτε είναι ακατόρθωτο να σκεφτούμε πως κάποια στιγμή θα φτιάξουν τα πράγματα. Έστω και αν δεν το πιστεύουμε, ας έχουμε αυτή τη σκέψη στην άκρη του μυαλού μας και ας την επαναφέρουμε κάθε φορά που όλα σκοτεινιάζουν γύρω μας. Ας έχουμε λοιπόν αυτή τη σκέψη και να μην ξεχνάτε ότι δεν είστε μόνοι, δεν είμαστε μόνοι. Όλο και κάποιος θα βρεθεί που θα είναι δίπλα μας και που θα μας στηρίξει, αρκεί να δώσουμε και εμείς αυτή την ευκαιρία στους άλλους και να μην διαλέγουμε τον εαυτό μας ως μοναδικό φίλο στην παρούσα φάση. Ας αφήσουμε λοιπόν τους άλλους να μας πλησιάσουν και να μας βοηθήσουν και να είστε σίγουροι πως όλα μπορούν να γίνουν καλύτερα.

Natalia

Κάθε εμπόδιο για καλό

Κάθε εμπόδιο για καλό λένε και θέλω να το πιστεύω αυτό. Τίποτα δεν γίνεται τυχαία και όλα έχουν το σκοπό τους. Η οποιαδήποτε δυσκολία πιστεύω ότι σε μαθαίνει πράγματα, σε δυναμώνει και σε κάνει καλύτερο άνθρωπο. Έτσι και η κατάθλιψη μπορεί να είναι μια επώδυνη δυσκολία που σε κάνει να τα βλέπεις

όλα μαύρα και ότι δεν έχει νόημα τίποτα όμως σε μαθαίνει πράγματα. Μιλώντας καταρχάς από την πλευρά μου, βιώνοντας την κατάθλιψη πέρασα και περνάω ακόμα κάποιες φορές αρκετά δύσκολα. Είναι στιγμές που λέω πραγματικά ότι δεν αντέχω άλλο και πως δεν έχω τη δύναμη να κάνω οτιδήποτε άλλο. Όμως η κατάθλιψη με έκανε να είμαι λιγότερο εγωίστρια και να μπορώ να υπολογίζω και να αντλώ ικανοποίηση από απλά καθημερινά πράγματα τα οποία πριν δεν τα έβλεπα γιατί τα θεωρούσα δεδομένα. Τίποτα δεν είναι δεδομένο όμως και όλα μπορούν να αλλάξουν από τη μια στιγμή στην άλλη. Έμαθα να εκτιμώ λοιπόν κάποια πράγματα, να έχω περισσότερο κατανόηση για τους γύρω μου(αυτό όμως θέλει προσοχή γιατί από την πολλή κατανόηση για τους γύρω μας μπορεί να χάσουμε την κατανόηση για τον εαυτό μας) και να είμαι πιο ευαισθητοποιημένη στα προβλήματα των άλλων. Δε λέω ότι πριν ήμουν αναίσθητη και αδιάφορη όμως κακά τα ψέματα αλλιώς καταλαβαίνεις τον άλλον άμα έχεις βιώσει και εσύ κάτι παρόμοιο. Κάτι άλλο σημαντικό όμως είναι ότι έμαθα να εκτιμώ τον εαυτό μου και ότι πρέπει να τον προστατεύω όσο γίνεται και να μην αφήνω να πληγώνομαι συνεχώς από άλλους. Το πολυτιμότερο που έχουμε είναι ο εαυτός μας και είμαστε υποχρεωμένοι να τον προστατεύουμε.

Όλα αυτά τώρα τα λέω γιατί πιστεύω ότι θα βοηθούσε αν ακόμα και από το χειρότερο που μας συμβαίνει ψάχναμε να βρούμε και οτιδήποτε το θετικό, οποιαδήποτε γνώση κρύβεται πίσω από αυτό. Δεν είναι εύκολο όμως είναι προτιμότερο από το να μένουμε συνεχώς στο πόσο άσχημα είναι τα πράγματα.

Natalia

Ύπνος και διάθεση

Αυτό που έχω παρατηρήσει στην ψυχική μου διάθεση είναι ο ύπνος. Επειδή έχω μια δυσκολία με το βραδινό ύπνο, πολλές φορές κοιμάμαι το βράδυ πολύ αργά. Το αποτέλεσμα είναι την επόμενη μέρα να ξυπνάω με άσχημη διάθεση αφενός και με κουρασμένο το σώμα μου αφετέρου. Ακόμα και σε περιόδους που δεν έχω μελαγχολία, αν κοιμηθώ τρεις και τέσσερις το βράδυ, την άλλη

μέρα η διάθεσή μου θα είναι πεσμένη όπως και η ενεργητικότητά μου. Αλλά και η διάθεση να είναι καλή, αυτή η καλή διάθεση σκοντάφτει στο κουρασμένο ή μισοξεκούραστο - όπως θέλετε δείτε το - σώμα μου. Επίσης πολύ καλό κάνει και το πρωινό ξύπνημα. Πρωινό ξύπνημα βεβαίως δε νοείται στις 11 το πρωί. Όποτε ξυπνώ στις 8 το πρωί έχω καλύτερη διάθεση. Ο άνθρωπος είναι από τη φύση του για να κοιμάται το βράδυ και να ξυπνάει το πρωί. Αν λοιπόν αυτό τον φυσικό του προγραμματισμό τον μεταβάλει τότε κατά τη γνώμη μου λογικό είναι, και σωματικά αλλά και ψυχικά να υπάρχει κόπωση, κακή διάθεση. Αν τώρα προσθέσει κάποιος και μία μελαγχολία το βάρος των παραπάνω γίνεται μεγαλύτερο.

Donner

Πόσο εύκολο είναι να προχωρήσει κανείς μετά την κατάθλιψη;

Ύστερα από την κατάθλιψη όσο απίστευτο και αν μας φαίνεται όταν είμαστε χάλια έρχεται η στιγμή που τα πράγματα αρχίζουν να πηγαίνουν κάπως καλύτερα, να έχουμε περισσότερη διάθεση για να κάνουμε πράγματα που είχαμε αφήσει και γενικά να ξαναβρούμε τον εαυτό μας. Βέβαια όταν έχει κάποιος κατάθλιψη όλα αυτά του φαίνονται 'όνειρα θερινής νυκτός' καθώς είναι βυθισμένος στις σκέψεις του και το μόνο που κυριαρχεί είναι απόλυτο σκοτάδι. Όμως το σκοτάδι αυτό κάποια στιγμή αρχίζει να διαλύεται και να ξαναβγαίνει ο ήλιος. Όταν έρθει όμως αυτή η στιγμή πάλι δεν είναι εύκολα τα πράγματα γιατί αρχίζουμε κάπως να ξεβουλευόμαστε από τη γνώριμη φάση της κατάθλιψης και βλέπουμε να αλλάζουμε μέρα με τη μέρα. Πέρα από αυτό υπάρχει και ο φόβος της υποτροπής, ο φόβος δηλαδή μήπως η κατάθλιψη επανέρθει. Αυτή η ανησυχία όμως είναι αρκετή για να μας κάνει να αισθανθούμε πάλι χάλια. Σκέψεις όπως 'σιγά μην τα καταφέρω να είμαι καλά', 'αργά ή γρήγορα θα επανέλθω στα ίδια' και άλλα τέτοια το μόνο που κάνουν είναι να μας μαυρίζουν τη διάθεση και να μη μας αφήνουν να χαρούμε το τώρα. Τα πισωγυρίσματα και οι εναλλαγές της διάθεσης είναι φυσιολογικά και αναμενόμενα, όμως δεν πρέπει να αφήνουμε να γίνονται εμπόδια και στο παρόν μας. Κάθε πράγμα στον καιρό του λένε άλλωστε. Είναι προτιμότερο λοιπόν να κοιτάμε τί κάνουμε τώρα και να προσπαθούμε να ζούμε την κάθε

στιγμή κάνοντας το καλύτερο για μας παρά να σκεφτόμαστε τι θα γίνει στο μέλλον. Άλλωστε αν είναι στο μέλλον να ξαναείμαστε πεσμένοι, θα είμαστε. Ποιος ο λόγος λοιπόν να το σκεφτόμαστε και να πέφτουμε από τώρα; Όσοι διαβάζετε αυτό το άρθρο και έχετε κατάθλιψη και περνάτε δύσκολα θέλω να ξέρετε πως όλα αυτά είναι προσωρίνα και η ζωή δεν είναι στην πραγματικότητα τόσο μαύρη όσο δείχνει ορισμένες φορές. Έχει και όμορφες πλευρές. Δεν είναι εύκολο βέβαια να το πιστέψουμε ορισμένες φορές, το βλέπω και από μένα που με το παραμικρό απογοητεύομαι και τα βλέπω όλα μάταια ώρες ώρες, αλλά και δεν είναι ακατόρθωτο και βοηθάει περισσότερο να σκεφτόμαστε ότι μας περιμένουν και όμορφα πράγματα στο μέλλον.

Natalia

Πώς αισθάνεται κανείς όταν έχει κατάθλιψη;

Θα ήθελα να μιλήσω για το πώς αισθάνεται κάποιος όταν περνάει κατάθλιψη με βάση τη δική μου εμπειρία και το πώς τα βίωσα και τα βιώνω η ίδια. Όταν κάποιος έχει κατάθλιψη το πρώτο που αισθάνεται μέσα του είναι ένα απέραντο κενό, μια θλίψη και μια απογοήτευση για όλα. Τα πάντα φαίνονται μάταια γύρω και τίποτα δεν έχει νόημα. Πράγματα που πριν έδιναν ευχαρίστηση τώρα είναι δεν έχουν καμία σημασία. Το παρόν μοιάζει αφόρητο, το μέλλον ανύπαρκτο και το παρελθόν μια καλή ή μια ακόμη άσχημη ανάμνηση. Συνήθως στην κατάθλιψη αισθανόμαστε ότι είμαστε μόνοι, κανείς δε μας καταλαβαίνει και κανείς δεν μπορεί να ξέρει τι πραγματικά περνάμε και να μας βοηθήσει. Γι'αυτό το λόγο πολλές φορές απομακρυνόμαστε και από τους δικούς μας ανθρώπους. Το κύριο συναίσθημα λοιπόν είναι η απελπισία και η λύση συνήθως να κλεινόμαστε στο σπίτι και στον εαυτό μας. Αυτή η λύση όμως οδηγεί σε έναν φαύλο κύκλο. Αισθανόμαστε χάλια, μένουμε σπίτι, καθόμαστε στο κρεβάτι όλη μέρα, έχουμε ενοχές που δεν κάνουμε τίποτα και έτσι γινόμαστε πιο χάλια. Τα 'κατηγορώ' έτσι και αλλιώς στην κατάθλιψη είναι πολλά και συνήθως αβάσιμα. Απλά προσπαθούμε να επιβεβαιώσουμε την άποψη που έχουμε ότι είμαστε άχρηστοι, ανίκανοι και άλλα τέτοια χωρίς όμως ουσιαστικά να υπάρχει κάποια αντικειμενική αιτία. Όμως στην κατάθλιψη

παγιδευόμαστε στις αρνητικές μας σκέψεις και δε σκεφτόμαστε λογικά και έτσι συνεχίζουμε τα αυθαίρετα συμπεράσματα μας.

Αυτά είναι μερικά απο τα συναισθήματα και τις σκέψεις κάποιου με κατάθλιψη. Είναι έντονα, είναι δύσκολα όμως δεν είναι ακατόρθωτο να ξεπεραστούν. Και δεν είμαστε μόνοι όσο και αν το νομίζουμε, όλο και κάποιος υπάρχει και για μας για να είναι δίπλα μας και να μας βοηθήσει αρκεί να τον αφήσουμε. Υπομονή λοιπόν, επιμονή και σιγά σιγά θα υπάρξει βελτίωση.

Natalia

Η υποτροπή στην κατάθλιψη

Η υποτροπή είναι ένας από τους σημαντικότερους φόβους κάποιου με κατάθλιψη. Όταν είμαστε σε μια φάση που να αρχίζουμε να ξεπερνάμε την κατάθλιψη και να αισθανόμαστε σχετικά καλύτερα, το παραμικρό πέσιμο φέρνει στο μυαλό μας ερωτήσεις όπως «γιατί πάλι;», «γιατί τώρα;», όλες οι προσπάθειες που κάναμε μοιάζουνε μάταιες, ανώφελες και καταλήγουμε στο ότι τελικά δεν καταφέραμε τίποτα. Είναι δύσκολο πάνω που αρχίζει να υπάρχει κάποια βελτίωση ξανά τα ίδια. Το ίδιο κενό, η ίδια απελπισία, για πόσο άραγε αυτή τη φορά; Είναι σα να βλέπεις τις προσπάθειες σου να γκρεμίζονται η μία μετά την άλλη και να πρέπει να ξεκινήσεις από την αρχή. Πολλές φορές βέβαια μπορεί να βαφτίζουμε από μόνοι μας υποτροπή και το παραμικρό πέσιμο στη διάθεσή μας. Όλοι οι άνθρωποι έχουν скаμπανευάσματα στη διάθεσή τους και είναι κάτι το φυσιολογικό. Οπότε είναι χειρότερα με το παραμικρό πέσιμο να φέρνουμε στο μυαλό μας τον κατακλυσμό και να κάνουμε λόγο για υποτροπή. Αυτό που θα μπορούσαμε να κάνουμε, και που προσπαθώ και εγώ, είναι να μην αφήνουμε τον εαυτό μας να πέσει περισσότερο αλλά να κοιτάξουμε να σηκωθούμε όσο γίνεται πιο γρήγορα. Δε λέω ότι είναι εύκολο καθώς όλο αυτό το αρνητικό συναίσθημα που έχουμε μας απογοητεύει, όμως είναι προτιμότερο να το παλέψουμε να ξανασηκωθούμε από το να αφήνουμε τον εαυτό μας να απελπίζεται.

Natalia

Η σχέση μας με τον ειδικό

Όταν αντιμετωπίζουμε κάποια δυσκολία η σημαντικότερη απόφαση που θα πάρουμε είναι να πάμε σε κάποιον ειδικό, ψυχολόγο ή ψυχίατρο, για να μας βοηθήσει. Αφού πάρουμε αυτή την απόφαση, πολύ σημαντικό ρόλο στην πορεία της θεραπείας είναι η λεγόμενη θεραπευτική σχέση, δηλαδή η σχέση μας με τον ειδικό. Όπως σε όλες τις ανθρώπινες σχέσεις και ένα παραπάνω σε αυτή την περίπτωση πρέπει να υπάρχει εμπιστοσύνη για να μπορέσει να λειτουργήσει. Δεν είναι καλό να κρύβουμε πράγματα από τον ψυχολόγο ή τον ψυχίατρο μας από φόβο μη μας κρίνει ή μη μας απορρίψει. Το μόνο που καταφέρνουμε έτσι είναι να τον εμποδίζουμε να μας καταλάβει. Έχω κάνει αυτό το λάθος, να κρατάω τον γιατρό σε απόσταση και να λέω επιλεκτικά κάποια πράγματα, ενώ άλλα όχι και είδα ότι δε βοήθησε πουθενά. Αντιθέτως με έκανε να κλειστώ ακόμα περισσότερο στον εαυτό μου. Μη διστάζετε λοιπόν να λέτε ό,τι μα ό,τι σας απασχολεί στον γιατρό σας. Όσο ανόητο και ασήμαντο και αν σας φαίνεται κάτι ή ακόμα και αν ντρεπόμαστε ή αισθανόμαστε ένοχοι για κάτι μόνο αν το πούμε στο γιατρό μας θα του δώσουμε την ευκαιρία να μας καταλάβει και να μας βοηθήσει. Για μερικούς βέβαια ανθρώπους είναι δύσκολο να ανοιχτούνε και να μιλήσουνε για τον εαυτό τους, όμως ο γιατρός είναι εκεί για να μας βοηθήσει και όχι για να μας κρίνει. Όσο περισσότερο κλεινόμαστε στον εαυτό μας και διστάζουμε να μιλήσουμε στους άλλους, τόσο τα προβλήματα μεγαλοποιούνται στο μυαλό μας και καταλήγουμε σε αδιέξοδο, γι' αυτό όσο μπορούμε ας μην κρύβουμε πράγματα.

Natalia

Η κατάθλιψη και οι γύρω μας

Όταν έχουμε κατάθλιψη είναι φυσικό να επηρεάζονται και οι σχέσεις μας με τους γύρω μας. Πρώτα από όλα επηρεάζεται η σχέση με τον εαυτό μας που λόγω της κατάθλιψης συνεχώς τον κατηγορούμε και του προσάπτουμε ευθύνες για οτιδήποτε. Αυτό όμως σε συνδυασμό με τη μειωμένη λειτουργικότητα και με την γενική απώλεια ενδιαφέροντος επηρεάζει και τη σχέση μας με τους άλλους (φίλους, συγγενείς, εργασιακό περιβάλλον κλπ). Οι

γύρω συχνά αδυνατούν να καταλάβουν τις διαφορές στη συμπεριφορά μας, εμείς αδυνατούμε να τους εξηγήσουμε τι μας συμβαίνει, αυτοί με τη σειρά τους μας κατηγορούν για αδιαφορία και έτσι μπαίνουμε σε ένα φαύλο κύκλο με δυσμενείς για εμάς συνέπειες. Όμως δεν είναι αλήθεια αυτή η αδιαφορία που μας προσάπτουν οι άλλοι τις περισσότερες φορές παρόλο που φαινομενικά έχουν δίκιο. Στην κατάθλιψη είμαστε τόσο βυθισμένοι στις σκέψεις μας που το τελευταίο που μπορούμε να σκεφτούμε είναι οι άλλοι. Οι αρνητικές σκέψεις απορροφούν όλη μας την ενέργεια και δε μας αφήνουν το περιθώριο να σκεφτούμε καθαρά και να ασχοληθούμε με τις σχέσεις μας. Ξέρω ότι είναι δύσκολο να κρατάμε ουσιαστική επαφή με τους φίλους και τους γνωστούς μας όταν έχουμε κατάθλιψη, καθώς αυτό που θέλουμε τις περισσότερες φορές είναι να απομονωθούμε και να μη μιλάμε σε κανέναν, όμως όσο γίνεται ας μην κλεινόμαστε στον εαυτό μας γιατί, όπως είπα και στο προηγούμενο άρθρο αυτό είναι ότι χειρότερο θα μπορούσαμε να κάνουμε. Ας μην απομακρύνουμε λοιπόν τους άλλους από δίπλα μας, όλο και κάποιος θα υπάρχει που μπορούμε να τον εμπιστευτούμε και να του μιλήσουμε . Και να είστε σίγουροι πως και η κατάθλιψη παλεύεται πιο εύκολα άμα δεν είμαστε μόνοι μας.

Natalia

Όταν νομίζουμε πως κανείς δε μας καταλαβαίνει

Πόσες φορές έχουμε αισθανθεί ότι είμαστε τελείως μόνοι μας και ότι δε μας καταλαβαίνει κανείς; Πόσες φορές έχουμε θυμώσει με τους γύρω μας επειδή δε μας καταλαβαίνουν ή με εμάς επειδή νομίζουμε πως δεν τους δίνουμε τα περιθώρια να μας καταλάβουν; Όπως και να έχει τα αποτελέσματα είναι τα ίδια. Νιώθουμε μεγαλύτερο κενό μέσα μας, μεγαλύτερη απελπισία, ίσως γιατί άνθρωποι οι οποίοι πιστεύαμε ότι ήταν δίπλα μας για να μας καταλάβουν αποδείχτηκε πως ούτε αυτοί μπορούν. Έτσι αγανακτούμε με εμάς και με τους γύρω μας και αισθανόμαστε αβοήθητοι. Κατά πόσο όμως είναι αυτή η πραγματικότητα; Όντως δεν έχουμε κανέναν και κανείς δεν μπορεί να καταλάβει ή πάνω στην απελπισία μας αισθανόμαστε έτσι χωρίς όμως να είναι αυτό η πραγματικότητα. Έστω και έναν άνθρωπο να έχουμε που να είναι δίπλα μας είναι πάρα πολύ σημαντικό, γιατί σημασία δεν έχει το πόσους

ανθρώπους έχουμε στο πλάι μας αλλά το τι ανθρώπους. Έστω και ένας λοιπόν που να ενδιαφέρεται και να θέλει να μας βοηθήσει είναι αρκετός. Ας μην αφήνουμε την απογοήτευση και την κατάθλιψη να μας οδηγούν στη μοναξιά. Το να κλεινόμαστε στον εαυτό μας το μόνο που μπορεί να κάνει είναι να μας κάνει να παραποιούμε την πραγματικότητα στο μυαλό μας και να τα βλέπουμε όλα ακόμα πιο μαύρα. Στη χειρότερη όμως περίπτωση ακόμα και να πούμε τι μας προβληματίζει και να μη μας καταλάβει κανείς, εμείς τουλάχιστον θα τα έχουμε βγάλει από μέσα μας και θα τα έχουμε μοιραστεί με κάποιον. Οπότε πάλι θα έχουμε ένα κέρδος.

Natalia

Κατάθλιψη: όταν ξαφνικά αλλάζουν όλα

Και ξαφνικά, εκεί που είχαμε μάθει να είμαστε λειτουργικοί, να τα βγάζουμε πέρα με τις υποχρεώσεις μας και να αντλούμε από αυτό ικανοποίηση, όλα μας φαίνονται αδιάφορα και μάταια. Η ενεργητικότητα μας εγκαταλείπει και η ζωή μας φαίνεται ανούσια. Δεν έχουμε πλέον διάθεση να δούμε τις παρέες μας, να ασχοληθούμε με οτιδήποτε και έτσι αρχίζουν συγκρίσεις του στυλ «πως ήμουν πριν και πώς κατάντησα τώρα». Δεν είναι κατάντια όμως, ούτε μια κατάσταση ανεπανόρθωτη. Αν έχεις κατάθλιψη δε σημαίνει ότι θα αισθάνεσαι έτσι για πάντα. Δεν πρέπει να μας φοβίζουν οι σκέψεις που κάνουμε, το αίσθημα κενού και απελπισίας που υπάρχει και οι αλλαγές που παρατηρούμε μέρα με τη μέρα. Τα λέω αυτά από προσωπική πείρα και αυτό που έμαθα είναι πως όσο χάλια και αν αισθανόμασταν, θα αρχίσουμε να είμαστε καλύτερα κάποια στιγμή. Η κατάθλιψη περνάει όμως θέλει χρόνο, επιμονή, προσπάθεια. Δεν είναι εύκολο γιατί η προσπάθεια κάποιες φορές φαίνεται ότι δεν αποδίδει και αυτό απελπίζει περισσότερο. Σιγά σιγά όμως θα αποδώσει και τα πράγματα θα αρχίσουν να φτιάχνουν. Δεν ωφελούν οι συγκρίσεις και το να έχουμε παράλογες απαιτήσεις από τον εαυτό μας ή να τον κατηγορούμε. Χρειαζόμαστε χρόνο και κατανόηση. Με την κατάθλιψη αναπόφευκτα η λειτουργικότητά μας μειώνεται, όμως τι θα κερδίσουμε αν συνεχώς μας κατηγορούμε γι' αυτό; Ποιος θα μας βοηθήσει αν δεν προσπαθήσουμε πρώτα οι ίδιοι να καταλάβουμε και να στηρίξουμε τον εαυτό

μας; Και μπορούμε να το κάνουμε αρκεί να μην τα παρατάμε και να μην κλεινόμαστε στον εαυτό μας.

Natalia

Κατάθλιψη και καιρός

Έχω κατάθλιψη (δευτερογενής μεν που οφείλεται στην αγοραφοβία αλλά είναι κατάθλιψη) και θα γράψω από την πλευρά μου πόσο ο καιρός με επηρεάζει στη διάθεση. Όταν άρχισε πριν κανένα μήνα ο καιρός να ζεσταίνει και να έχει αυτόν τον υπέροχο ήλιο άρχισε να ανεβαίνει και η διάθεσή μου. Άρχισα να αισθάνομαι περισσότερος ενεργητικός και βγήκα από το σπίτι και όσο μου το επέτρεπε και η αγοραφοβία με τον πανικό περνούσα όμορφα. Τρεις μέρες όμως τώρα άρχισε να βρέχει. Έτσι είδα τη διάθεσή μου να πέφτει απότομα, σαν κάποιος να κατεβάζει μέσα μου το διακόπτη. Όλη τη μέρα θέλω να είμαι στο κρεβάτι και να κοιμάμαι. Το μυαλό μου το αισθάνομαι σαν να είναι θολό και να μη μπορώ να σκεφτώ το πρόγραμμά μου. Μάλλον να δυσκολεύομαι να προγραμματίσω για το τι θα κάνω αφού δεν έχω διάθεση να κάνω κάτι. Το κεφάλι μου το αισθάνομαι βαρύ (με έχει πιάσει και ένας πονοκέφαλος) και το σώμα μου σαν να ζυγίζει έναν τόνο. Το πρωί ειδικά το ξύπνημά μου είναι δύσκολο. Αυτές δηλαδή τις 3 μέρες αν και προσπάθησα να σηκωθώ, τελικά, δεν τα κατάφερα και έπεσα πάλι στο κρεβάτι για να ξυπνήσω τελικά το μεσημέρι με ένα κεφάλι βαρύ και με το σώμα μου το ίδιο. Το καλό είναι ότι γνωρίζω τι έχω και πόσο ο καιρός συμβάλει θετικά ή αρνητικά στη διάθεσή μου. Από εκεί και πέρα πρέπει να προσπαθήσω να είμαι όσο μπορώ λειτουργικός ακόμα και όταν ο καιρός είναι βροχερός.

Donner

Κατάθλιψη και έξοδοι

Όταν είχα έντονα τα συμπτώματα της κατάθλιψης θυμάμαι μου ήταν δύσκολο και το να βγω έξω, να πάω για έναν καφέ, μια βόλτα ή απλά να πάω να κάνω κάποιες καθημερινές δουλείες. Αυτό όχι γιατί, όπως γίνεται στην αγοραφοβία,

φοβόμουν να απομακρυνθώ από το σπίτι αλλά γιατί δεν είχα καθόλου διάθεση να βγω έξω. Ακόμα και για λίγο να έπρεπε να βγω αισθανόμουν λες και με βάζανε να κάνω καταναγκαστικά έργα. Μου φαινόταν αδύνατον να βγω έξω και δεν είχα και διάθεση να δω κανέναν. Αν τελικά έβγαινα μετά από λίγο αισθανόμουν μια δυσφορία, με ενοχλούσαν όλα, δεν ήθελα να βλέπω άλλο κόσμο και ήθελα να γυρίσω σπίτι. Έτσι γύρναγα σπίτι και έκλαιγα γιατί σκεφτόμουν πως ο υπόλοιπος κόσμος είναι έξω, διασκεδάζει, κάνει τις δουλειές του κλπ και εγώ πλέον δεν ήθελα να κάνω τίποτα και μου ήταν πολύ δύσκολο να κάνω το παραμικρό. Το να κάθομαι μέσα όμως δε βοήθησε, εντάξει βέβαια χρειάστηκα χρόνο για να πω πως θα αρχίσω να βγαίνω και να προσπαθώ περισσότερο για να γίνω καλά. Βέβαια και τώρα υπάρχουν πολλές φορές που κλείνομαι σπίτι και δε θέλω να βγω όμως πλέον, έχοντας την εμπειρία της κατάθλιψης, γνωρίζω κάπως περισσότερο τι μπορεί να με βοηθήσει και τι θα με κάνει χειρότερα. Έτσι το να μείνω σπίτι ξέρω πλέον πως όχι μόνο δε θα με βοηθήσει αλλά θα με κάνει να αισθανθώ ακόμα πιο άσχημα. Δε λέω πως η λύση είναι να αρχίσουμε ξαφνικά να βγαίνουμε συνέχεια και να μην καθόμαστε σπίτι, γιατί πέρα από το ότι παντού χρειάζεται να μην χάνουμε το μέτρο, υπάρχει και ο κίνδυνος να εξαντληθούμε. Σιγά σιγά όμως προσπαθούμε όλο και περισσότερο

Natalia

Πώς μας επηρεάζουν οι σκέψεις μας;

Ο τρόπος που σκεφτόμαστε αναμφισβήτητα επηρεάζει και το πώς αισθανόμαστε. Ο Επίκτητος έλεγε πως σημασία δεν έχουν τα γεγονότα αλλά ο τρόπος που τα ερμηνεύουμε, δηλαδή το τι σκεφτόμαστε για αυτά. Για παράδειγμα αν δώσουμε εξετάσεις και δεν τα πάμε καλά σε ένα μάθημα μπορούμε να το δούμε με δύο τουλάχιστον διαφορετικούς τρόπους. Ο ένας μπορεί να είναι πως το ότι δεν τα πήγαμε καλά στο μάθημα ίσως ήταν απλά μια ατυχία, ίσως να μην ήμασταν καλά προετοιμασμένοι κλπ, όμως σε αυτή την περίπτωση δεν βλέπουμε ότι αποτύχαμε αλλά ότι θα χρειαστεί απλά να ξαναπροσπαθήσουμε. Ο άλλος τρόπος που μπορούμε να σκεφτούμε είναι ότι αποτύχαμε, είμαστε άχρηστοι, δε θα τα καταφέρουμε πουθενά και έτσι είναι μάταιο να προσπαθήσουμε. Όλες αυτές οι σκέψεις βέβαια και οι

αυτοκατηγορίες θα μας κάνουν να αισθανόμαστε χάλια. Όπως λοιπόν σε αυτό το παράδειγμα πιστεύω ότι στην καθημερινή μας ζωή μπορούν να μας επηρεάσουν οι σκέψεις μας. Αν συνηθίζουμε να βλέπουμε το ποτήρι μισοάδειο και προδικάζουμε τα γεγονότα λέγοντας για ότι πάμε να κάνουμε ότι δεν θα τα καταφέρουμε, αυτό που αισθανόμαστε θα είναι μια απογοήτευση και αδιαφορία για να κάνουμε οτιδήποτε.

Δε λέω ότι είναι απλό το να αλλάξουμε τον τρόπο σκέψης μας και από τη μία στιγμή στην άλλη να σκεφτόμαστε θετικά, όμως τουλάχιστον ως προσπαθήσουμε όσο μπορούμε.

Natalia

Πώς είναι η σχέση μας με τους άλλους στην κατάθλιψη;

Όταν κανείς έχει κατάθλιψη οι σχέσεις του με τους φίλους, τους συγγενείς και γενικά με τους γύρω του δυσκολεύουν γιατί αυτά που αισθάνεται κανείς είναι τόσο έντονα που δεν του αφήνουν τα περιθώρια να ασχοληθεί με τις σχέσεις του με τους άλλους. Όπως έχω πει και σε προηγούμενο άρθρο («Η κατάθλιψη και οι γύρω μας»), με την κατάθλιψη δεν ήθελα να βλέπω κανέναν, ήθελα να μένω μόνη μου, δεν μπορούσα να είμαι με άλλους και γενικά είχα απομονωθεί. Οι άλλοι βέβαια δε μου φταίγανε σε τίποτα να έχω αυτή τη συμπεριφορά απέναντι τους αλλά ήταν κάτι που το έκανα άθελα μου. Όταν λοιπόν απομακρύνεις κάποιον με αυτόν τον τρόπο, φυσικό είναι να απομακρυνθεί και εκείνος με τη σειρά του. Όταν όμως έχεις έναν δικό σου άνθρωπο με κατάθλιψη χρειάζεται πολύ υπομονή και όσο γίνεται κατανόηση. Δεν είναι λύση να τον αφήνεις μόνο του, λέγοντας εντάξει δε με θέλει. Όπως το βίωσα δεν είναι ότι στην κατάθλιψη δε θέλουμε πραγματικά τους άλλους, τους έχουμε ανάγκη αλλά δεν μπορούμε να το δείξουμε εύκολα. Αρκεί λοιπόν να είναι κανείς δίπλα στον άλλον και να είναι εκεί όταν ο άνθρωπος του του ζητήσει βοήθεια. Αρκεί ένα «είμαι δίπλα σου» για να κάνει κανείς τη μοναξιά του άλλου λιγότερη και να τον κάνει να αισθανθεί ότι κάποιος νοιάζεται για εκείνον. Και αυτό είναι πάρα πολύ σημαντικό.

Είναι δύσκολο και για όσους έχουμε κατάθλιψη και για το περιβάλλον μας, όμως όταν αγαπάμε κάποιον οι δυσκολίες μπορούν να ξεπεραστούν ή έστω να μειωθούν.

Natalia

Μία γνώριμη κατάσταση

Πόσο γνώριμη μπορεί να μου είναι πλέον η εικόνα του να είμαι κλεισμένη στο σπίτι, να μη θέλω να βγω, να μη θέλω να δω κανέναν, να θέλω να τα παρατήσω όλα; Πόσο το να θέλω να κοιμάμαι συνέχεια ή να κλαίω με το παραμικρό; Τα τελευταία χρόνια έχω συνηθίσει τόσο πολύ να είμαι έτσι που έχω ξεχάσει πως είναι να είναι κανείς καλά. Δε λέω υπάρχουν και οι καλές στιγμές, κάποιες φορές που πιστεύω πως όλα πέρασαν αλλά μετά από λίγο πάλι τα ίδια..καμία διάθεση, απόγνωση, κούραση και να κατηγορώ τον εαυτό μου για μια ακόμη φορά που ξαναείμαι έτσι. Αυτή είναι η κατάθλιψη όμως και δεν πρέπει να την αφήσουμε να μας παρασέρνει όλο και πιο κάτω. Είναι δύσκολο και κουραστικό να προσπαθείς συνέχεια. Κάπου μοιάζει μάταιο όμως πιστέψτε με δεν είναι. Δεν είναι εύκολο να ζει κανείς με την κατάθλιψη όμως στο χέρι μας είναι να μην παρατήσουμε τον εαυτό μας. Η κατάθλιψη μας θέλει μέσα στο σπίτι να μην κάνουμε τίποτα. Εμείς αυτό θέλουμε από τον εαυτό μας; Γιατί λοιπόν να μην κάνουμε αυτό που θέλουμε εμείς; Θα κουραστούμε, θα απογοητευτούμε αρχικά, όμως προσπαθώντας θα καταφέρουμε πολλά περισσότερα από όσα θα καταφέρναμε αν είχαμε κλειστεί στο σπίτι και στον εαυτό μας. Δε μας μένει λοιπόν παρά να προσπαθήσουμε και ας μην ξεχνάμε ότι τα πράγματα θα μπορούσαν να είναι και χειρότερα και ότι υπάρχουν και αρκετοί άλλοι που αισθάνονται σαν εμάς..δεν είμαστε μόνοι μας λοιπόν.

Natalia

Κατάθλιψη και συναισθήματα

Είναι περίεργο το πώς αισθάνεται κανείς όταν έχει κατάθλιψη.. τη μία απόλυτα κενό, απάθεια, την άλλη απελπισία και αίσθηση ότι όλα είναι μάταια, την άλλη μπορεί να γινόμαστε ευερέθιστοι και να μας φταίνει όλα. Από την προσωπική μου εμπειρία έχω καταλάβει πως όλα αυτά είναι κομμάτι της κατάθλιψης και κάποια στιγμή θα περάσουν. Βέβαια το δύσκολο είναι μέχρι να περάσουν αλλά χρειάζεται υπομονή. Έχω παρατηρήσει στον εαυτό μου πως όταν είμαι χάλια με την κατάθλιψη, μπορεί να μου φταίνει πράγματα που αν αισθανόμουν διαφορετικά δε θα έδινα και τόση σημασία. Μπορεί δηλαδή τώρα με το παραμικρό να νευριάζω, να ξεσπάω στους γύρω μου ή να κατηγορώ εμένα (πράγμα συνηθισμένο όταν έχει κανείς κατάθλιψη το να κατηγορεί τον εαυτό του) και μετά από λίγο να απορώ με τον εαυτό μου και με τις αντιδράσεις μου. Είναι κάτι που δεν το θέλω όμως και ορισμένες φορές απλά δεν το ελέγχω. Πιστεύω πως ανάλογα με τη διάθεση μας και τις σκέψεις μας πολλές φορές ερμηνεύουμε και τη συμπεριφορά του άλλου και συχνά έτσι καταλήγουμε σε λανθασμένα συμπεράσματα. Μπορεί να σκεφτόμαστε εμείς ότι δεν καταφέρνουμε τίποτα, ότι όλα πάνε στραβά, ότι δεν μπορούμε να κάνουμε τίποτα και να αρκέσει μια κουβέντα του άλλου για να μας επιβεβαιώσει όλες αυτές τις σκέψεις μας και να μας κάνει χειρότερα, χωρίς όμως η πρόθεση του άλλου να είναι αυτή. Δεν είναι εύκολα στην κατάθλιψη τόσο για μας όσο και για τους γύρω μας. Θα ήταν καλό κατά τη γνώμη μου να εξηγούμε στους άλλους το τι μας συμβαίνει και να ζητήσουμε όσο γίνεται την κατανόησή τους και για να αποφεύγουμε παρεξηγήσεις αλλά και για να μην πληγώνουμε και εμείς άθελα μας ανθρώπους που αγαπάμε. Και ας μην το βάζουμε κάτω, κάποια στιγμή όλα θα περάσουν.. μέχρι τότε υπομονή όμως.

Natalia

Μα γιατί άλλαξα;

Από τη στιγμή που η κατάθλιψη θα κάνει την εμφάνισή της αρχίζουν να αλλάζουν πολλά πράγματα. Πρώτα από όλα αλλάζει η διάθεση μας, ξαφνικά αισθανόμαστε χάλια, τα πάντα γύρω είναι μαύρα, αισθανόμαστε απελπισμένοι

και πως η ζωή μας δεν έχει κανένα νόημα. Δε θέλουμε να βγούμε έξω, δε θέλουμε τίποτα. Μετά αλλάζει ο τρόπος που σκεφτόμαστε, τα πάντα φαίνονται δύσκολα και ακατόρθωτα στο μυαλό μας. Έπειτα για όλα φταίμε εμείς, για οτιδήποτε γίνεται κατηγορούμε τον εαυτό μας και έτσι μπαίνουμε σε έναν φαύλο κύκλο. Αλλάζουν οι σχέσεις μας με τους γύρω μας, μπορεί να μη θέλουμε κανέναν γύρω μας, να μην μπορούμε να είμαστε με άλλους ή να φοβόμαστε μήπως ταλαιπωρούμε τους άλλους με το να είμαστε μαζί τους και τους φορτώνουμε. Αλλάζουν πολλά λοιπόν στην κατάθλιψη, όμως χρειάζεται να καταλάβουμε πως όταν έχουμε κατάθλιψη χρειαζόμαστε περισσότερη προσπάθεια για να καταφέρουμε απλά πράγματα και ίσως περισσότερο χρόνο. Τα πάντα απαιτούν περισσότερη προσπάθεια όμως δεν πρέπει να κατηγορούμε τον εαυτό μας γι' αυτό. Δε φταίμε εμείς, λόγω της κατάθλιψης αισθανόμαστε έτσι. Οι αυτοκατηγορίες λοιπόν μόνο κακό μπορούν να μας κάνουν. Αυτή τη στιγμή χρειαζόμαστε να αποδεχτούμε τον εαυτό μας και να τον βοηθήσουμε όσο γίνεται. Πρέπει να είμαστε δίπλα του και όχι απέναντι του.

Natalia

Κατάθλιψη

Και ξαφνικά όλα μαύρα, όλα ανώφελα, ένα μπέρδεμα κυριαρχεί στο μυαλό και δεν μπορείς να σκεφτείς λογικά.. εικόνες η μία μετά την άλλη, όλες όμως το ίδιο απαισιόδοξες. Ένα αίσθημα κενού, απελπισίας που πολλές φορές δεν ξέρεις καν από πού προέρχεται. Ψάχνεις να βρεις τι έγινε και αισθάνεσαι πάλι έτσι όμως τίποτα το συγκεκριμένο, όλα γενικά και απροσδιόριστα. Μοναξιά, θλίψη, απογοήτευση και μια ελπίδα πώς όλα κάποτε θα τελειώσουν, ότι θα φτιάξουν τα πράγματα, ότι θα είναι όλα καλύτερα.. πόσες φορές όμως έχει διαψευστεί αυτή η ελπίδα.. Δεν έχει σημασία όμως. Η ζωή μοιάζει σαν να είσαι εγκλωβισμένος σε μια βαθιά θάλασσα όπου δεν μπορείς από πουθενά να βγεις έξω, απλά είσαι μόνος και προσπαθείς προσπαθείς να βγεις έξω χωρίς αποτέλεσμα. Όλα είναι τόσο μπερδεμένα, δεν ξέρεις τι έφταιξε, τι φταίει, τι σε κάνει να συνεχίζεις να προσπαθείς, το παρόν μοιάζει αφόρητο, το μέλλον ανύπαρκτο όμως πρέπει να συνεχίσεις...

Αυτά τα συναισθήματα και οι εικόνες είναι δυστυχώς γνώριμες σε όσους έχουν κατάθλιψη.. Οι απαισιόδοξες σκέψεις, ο φόβος ότι το αύριο θα είναι χειρότερο, η αδιαφορία για όλα, η απογοήτευση, η έλλειψη ευχαρίστησης από οτιδήποτε είναι χαρακτηριστικά στην κατάθλιψη. Δεν πρέπει όμως να το βάζουμε κάτω, όλα αυτά είναι απλά παιχνίδια του μυαλού μας, ξέρουμε ότι δεν ισχύουν, ξέρουμε ότι μπορούν να αλλάξουν, άλλο αν πολλές φορές δεν μπορούμε να το πιστέψουμε, το ξέρουμε όμως. Δεν πρέπει να τα παρατάμε λοιπόν και να αφήνουμε την κατάθλιψη να κάνει εκείνη ότι θέλει, πρέπει να το παλέψουμε γιατί διαφορετικά θα μένουμε συνέχεια σε έναν φαύλο κύκλο που από μόνος του δεν πρόκειται ποτέ να σπάσει.

Natalia

Δύσκολα ή εύκολα;

Όταν έχεις κατάθλιψη το πρώτο που σου έρχεται στο μυαλό είναι ότι τα πάντα είναι δύσκολα, ότι τίποτα δεν μπορείς να κάνεις και ότι όλα είναι ακατόρθωτα. Ακόμα και τα απλά και ας πούμε καθημερινά πράγματα, όπως το να βγει κανείς να δει κάποιους φίλους ή να φροντίσει τις καθημερινές δουλειές του σπιτιού φαντάζουν στο μυαλό πολύ δύσκολα. Η κατάθλιψη είναι αυτή που μας κάνει να θέλουμε να μένουμε στο κρεβάτι και να είμαστε αδρανείς. Θυμάμαι ώρες πολλές να είμαι ξαπλωμένη στο κρεβάτι και να κοιτάω το κενό μη θέλοντας να κάνω τίποτα άλλο. Άλλωστε κενό ήταν και αυτό που αισθανόμουν. Δεν ήταν λύση όμως.. όσο έμενα έτσι τόσο χειρότερα γίνονταν όλα καθώς τίποτα δεν αλλάζει από μόνο του. Όντως τα πάντα θέλουν περισσότερη προσπάθεια όταν υπάρχει κατάθλιψη, όμως αυτό δε σημαίνει ότι είναι και στην πραγματικότητα τα πράγματα τόσο δύσκολα όσο νομίζουμε. Ίσως από ένα σημείο και μετά είναι και η εύκολη λύση να λέμε ότι κάτι είναι δύσκολο και να μην προσπαθούμε καν. Σε αυτή την εύκολη λύση θέλει να μας οδηγήσει η κατάθλιψη και όσο γίνεται πρέπει να αντισταθούμε. Ο καθένας βέβαια στο βαθμό που μπορεί και με το ρυθμό που μπορεί αλλά στο χέρι μας είναι να μην το αφήσουμε και να μην πάμε ακόμα πιο κάτω.

Natalia

Το γιατί και οι συγκρίσεις:

Όταν από τη μία μέρα στην άλλη ξυπνάς και όλα σου φαίνονται μάταια, αισθάνεσαι κενός και αναρωτιέσαι ποιος ο λόγος να ζεις πλέον, είναι αναμενόμενο να αναρωτιέσαι γιατί έγιναν τώρα όλα έτσι. Στις αρχές που είχα κατάθλιψη συνήθιζα να κάνω συγκρίσεις του πως ήμουνα πριν με το πως είμαι τώρα και να αναρωτιέμαι γιατί. Σκεφτόμουν ότι είχα ενδιαφέροντα, ότι τα κατάφερνασε ικανοποιητικό με ότι ασχολιόμουν, ότι έβρισκα κάποιο νόημα στο να ζω και ξαφνικά βρέθηκα σε μια νέα πραγματικότητα, όπου ο κόσμος έμοιαζε αφιλόξενος, η ζωή ανυπόφορη και όλα ασήμαντα. Αυτό ήταν η κατάθλιψη. Άρχισα λοιπόν να αναρωτιέμαι γιατί σε μένα, πως έγιναν όλα έτσι και πως άφησα τον εαυτό μου να φτάσει σε αυτό το σημείο. Στην κατάθλιψη αν αφεθείς δεν είναι καθόλου δύσκολο να πιάσεις πάτο. Αρχικά αισθάνεσαι κάπως πεσμένος, ύστερα περισσότερο και στο τέλος αισθάνεσαι ότι είναι αργά πλέον για να ξανασηκωθείς. Κατάλαβα ότι το να κάνουμε συγκρίσεις του πως ήμασταν πριν και πως τώρα ή πως είναι άλλοι και πως είμαστε εμείς και το να ψάχνουμε το γιατί δεν ωφελεί πουθενά (αν και ακόμα το κάνω που και που). Η μόνη σύγκριση που θα μπορούσε να μας βοηθήσει είναι ίσως το να σκεφτούμε τον εαυτό μας όταν ήταν καλά ή πως θα θέλαμε να είναι και να παλέψουμε για να γίνει έτσι. Να μη μείνουμε να τον λυπόμαστε, ούτε και να τον μισούμε, αλλά να τον βοηθήσουμε όσο μπορούμε να γίνει όπως πριν ή και ακόμα καλύτερος.

Natalia

Η αυτοκτονία δεν είναι λύση

Πολλές φορές η αυτοκτονία στην κατάθλιψη φαντάζει η μόνη λύση, η μόνη επιλογή. Το μυαλό τα επεξεργάζεται όλα με έναν αρνητικό τρόπο και αδυνατεί να βρει οτιδήποτε το θετικό: «Μια αίσθηση σα να σε σπρώχνουν προς τον γκρεμό και να μην έχεις τη δύναμη να κάνεις πίσω, όλα να σε οδηγούν στο ότι δεν έχεις τίποτα άλλο να κάνεις, τίποτα άλλο να δώσεις.. αρκετά ως εδώ, αρκετά όσα έζησες, όσα πέρασες, αρκετά όλα. Τώρα πια μόνο μια απελπισία, μια απογοήτευση για όλα. Ποιος ο λόγος να συνεχίσεις να ζεις, ποιος ο λόγος

να προσπαθεί κανείς πια; Γύρω σα να βλέπεις πόρτες κλειστές, να θες να ζητήσεις βοήθεια και να μην μπορείς από πουθενά.. άλλωστε ποιος να βοηθήσει ποιος να σε σώσει από τις ίδιες σου τις σκέψεις. Όλα κενά, όλα απόμακρα, σα να έχεις πλέον μία και μόνο επιλογή, τίποτα άλλο. »

Δεν είναι έτσι όμως. Η κατάθλιψη είναι που μας κάνει να σκεφτόμαστε έτσι. Στις 10 Σεπτεμβρη ήταν η παγκόσμια ημέρα πρόληψης της αυτοκτονίας. Πόσοι συνάνθρωποι μας έφτασαν σε αυτό το αδιέξοδο, σε αυτή την απόγνωση; Πόσοι από μας που είτε έχουμε περάσει είτε περνάμε κατάθλιψη δεν πιάσαμε τον εαυτό μας να κάνει τέτοιου είδους σκέψεις; Αυτό θέλει να μας κάνει η κατάθλιψη, να μας φτάσει σε σημείο να πούμε ότι ως εδώ, δεν πάει άλλο πια και μόνη λύση είναι η αυτοκτονία. Μπορούμε όμως να το πούμε αλλιώς αυτό το 'ως εδώ'. Να το πούμε και να παλέψουμε να γίνουμε καλύτερα. Τρόπος υπάρχει, άνθρωποι που θα μας βοηθήσουν υπάρχουν και μερικές φορές μπορεί να είναι και άτομα που δεν το περιμένουμε. Υπάρχει θεραπεία για την κατάθλιψη, αρκεί να το πάρουμε απόφαση να την αντιμετωπίσουμε και να μη διστάζουμε να πάμε σε κάποιον ειδικό για να μας βοηθήσει. Το χειρότερο όμως που μπορούμε να κάνουμε είναι να μένουμε έτσι και να πνιγόμαστε με τις σκέψεις μας. Ας μην επιλέξουμε τη φυγή από τη ζωή, από τα όνειρα μας, από τους ανθρώπους που μας νοιάζονται και μας αγαπάμε γιατί η φυγή αυτή δεν έχει επιστροφή, δεν μπορούμε να μετανιώσουμε τότε και να γυρίσουμε. Τώρα όμως μπορούμε, μπορούμε να ζητήσουμε βοήθεια, μπορούμε να πούμε ότι δε θα τα παρατήσουμε και ότι η αυτοκτονία δεν είναι λύση. Και το σίγουρο είναι ότι κανείς δεν είναι μόνος του, υπάρχουν και άλλοι άνθρωποι που περνάνε τα ίδια με μας ή ακόμα και χειρότερα.. ας μην τα παρατήσουμε λοιπόν και ας μην αφήσουμε την κατάθλιψη να κάνει ότι εκείνη θέλει. Η κατάθλιψη κάποια στιγμή θα περάσει, αλλά ας μην αφήσουμε και τη ζωή μας να περάσει μαζί της. Υπομονή θέλει και να συνεχίσουμε να προσπαθούμε.

Natalia

Τι είναι κατάθλιψη:

Δεν ξέρω αν μπορεί κανείς να καταλάβει τι είναι η κατάθλιψη αν δεν το περάσει.. «έλα μωρέ όλοι έχουμε τις μαύρες μας που και που» είναι κάτι που ακούω συχνά, αλλά κατάθλιψη δεν είναι να έχει κανείς απλά «τις μαύρες του». Είναι ένα αίσθημα κενού, απελπισίας, απογοήτευσης και η πεποίθηση πως όλα τελείωσαν. Η κάθε μέρα μοιάζει μαρτύριο και το μόνο που σε απασχολεί είναι να περάσει όσο το δυνατόν πιο γρήγορα και πιο ανώδυνα αν γίνεται. Άλλοι λένε πως κάθε μέρα είναι διαφορετική και όλα μπορούν να είναι καλύτερα. Στην κατάθλιψη όμως δεν το βλέπεις έτσι. Εκεί η κάθε μέρα είναι ίδια και συνοδεύεται από το ίδιο σκοτάδι, τον ίδιο πόνο. Αν έχεις κάποιον να μιλήσεις, να πεις πως αισθάνεσαι έχει καλώς, αν όχι τότε νοιώθεις ακόμα πιο μόνος. Αισθάνεσαι ότι βουλιάζεις μέρα με τη μέρα όλο και περισσότερο, ότι πεθαίνεις και είσαι μόνος ανάμεσα σε τόσο κόσμο. Όλα μοιάζουν αδιάφορα, ξένα, λες και ζεις σε έναν δικό σου εντελώς διαφορετικό κόσμο. Είναι δύσκολο να καταλάβει κανείς πως μπορεί κανείς να φτάσει σε σημείο να προσπαθεί να αντέξει το ότι ζει άλλη μια μέρα και η κάθε στιγμή να είναι αφόρητη. Πονάει πολύ το να αισθάνεσαι ότι δεν έχεις τίποτα να περιμένεις απ' τη ζωή σου, κανένα κίνητρο, τίποτα για το οποίο να θες να προσπαθήσεις. Πονάει το να ζεις αναγκαστικά γιατί δεν έχεις άλλη επιλογή.. όλα αυτά λοιπόν είναι η κατάθλιψη όπως το βιώνω. Και να μην ξεχνάμε ότι η κατάθλιψη είναι και αυτή ασθένεια όπως τόσες άλλες και χρειάζεται θεραπεία. Όσο πιο νωρίς την προλάβει κανείς και ζητήσει βοήθεια τόσο το καλύτερο. Δεν είναι ντροπή, ούτε είναι κάτι σπάνιο στις μέρες μας να έχει κανείς κατάθλιψη. Μην περιμένει κανείς λοιπόν να φτάσει εντελώς σε αδιέξοδο για να μιλήσει και να ζητήσει βοήθεια, δεν πρέπει να το κάνουμε αυτό και δεν πρέπει να σταματήσουμε να προσπαθούμε.

Natalia

Ο «ασφαλής» τρόπος ζωής της κατάθλιψης

Έχοντας αρχίσει να ξεπερνάω κάπως την κατάθλιψη, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν ακόμα φορές που αισθάνομαι άσχημα και θέλω να κάτσω

στο κρεβάτι και να μην κάνω τίποτα ή φορές που μου φαίνονται όλα μάταια, παρατηρώ ότι αισθάνομαι σα να βγήκα κάπως από μία ρουτίνα. Βλέπετε είχα μάθει να μη θέλω να σηκωθώ κάθε πρωί, να μη βγαίνω, να μην κάνω τίποτα. Έτσι λοιπόν τώρα αισθάνομαι σα να ξύπνησα ξαφνικά και να βρέθηκα να κάνω πράγματα, να βγαίνω έξω, να συναντάω φίλους κλπ. Μ' αρέσει αυτό αλλά κάπου με φοβίζει κιόλας, φοβάμαι το ότι πρέπει να ανταποκρίνομαι σε υποχρεώσεις μου και να είμαι πιο δραστήρια. Είναι σα να πάω να αρχίσω μια καινούργια ζωή αλλά κάτι με κρατάει πίσω.. φοβάμαι να πιστέψω ότι μπορώ να είμαι πιο καλά και νομίζω ότι ανά πάσα στιγμή θα ξαναείμαι το ίδιο χάλια που ήμουνα και θα τα παρατήσω όλα. Είναι άσχημο το να σκέφτεσαι και να φοβάσαι συνέχεια ότι η κατάθλιψη μπορεί να ξαναεμφανιστεί πάλι και να αισθάνεσαι το ίδιο κενό. Είναι όμως και ένα κίνητρο. Ένα κίνητρο για να ζεις το τώρα και να κάνεις πράγματα που ίσως υπό άλλες συνθήκες να ανέβαλες. Πόσες φορές λέω να κάνω πράγματα τώρα που είμαι καλά γιατί δεν ξέρω πως θα είμαι σε λίγες μέρες. Επίσης σκέφτομαι ότι δεν υπάρχει λόγος να ανησυχώ τόσο για το τι θα γίνει αργότερα αλλά πρέπει να κοιτάω το τώρα και πως θα είμαι όσο γίνεται καλύτερα τώρα. Δε θέλω να ξαναγυρίσω εκεί που ήμουνα, αλλά και να γίνει αυτό τουλάχιστον τώρα ξέρω κάπως πώς να το αντιμετωπίσω. Δεν είναι εύκολο και κάθε φορά είναι το ίδιο ή και πιο επώδυνη με την προηγούμενη γιατί σε πιάνει το παράπονο και λες γιατί πάλι, πάνω που ήμουν καλύτερα. Όμως έτσι είναι, η ζωή έχει και τα σκαμπανευάσματά της, δεν μπορεί όλα να πηγαίνουν συνέχεια καλά, όμως ούτε και συνέχεια άσχημα.

Natalia

Κυριακή 18 Αυγούστου 1996 - Αρ. Φύλλου 1239

[ΠΟΛΙΤΙΚΑ](#)
[ΚΟΣΜΟΣ](#)
[ΡΕΠΟΡΤΑΖ](#)
[ΓΝΩΜΕΣ](#)
[ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ](#)
[ΕΡΓΑ & 7 ΗΜΕΡΑΙ](#)
[ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ](#)
[γυάλινος κόσμος](#)
[ΑΝΑΠΤΥΞΗ](#)
[ΝΕΕΣ ΕΠΟΧΕΣ](#)
[ΒΗΜΑ 2](#)

Γράψτε στο ΒΗΜΑ

tovima@dolnet.gr



Πρώτες σελίδες

Ρεπορτάζ

Οι ψυχικά πάσχοντες είναι συχνά, ακόμη και σήμερα, θύματα κοινωνικού ρατσισμού **Η σιωπή που σκοτώνει**



Η περίπτωση του Θεόφιλου Σεχίδη και της οικογένειά του είναι χαρακτηριστική του κοινωνικού ρατσισμού που κυριαρχεί στην ελληνική οικογένεια σε βάρος των ψυχασθενών. «Μη μάθει ο κόσμος ότι έχουμε και άλλο»

ΤΟ ΒΗΜΑ



Ανάπτυξη



Νέες Εποχές



άρρωστο στην οικογένεια», έλεγαν οι γονείς του σύμφωνα με μαρτυρίες συγγενών. Έτσι, ενώ για τη αδελφή του Θεόφιλου η οικογένεια δεν έκρυβε ότι αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα και νοσηλεύτηκε σε ψυχιατρική κλινική, για τον ίδιο υπήρχε ένα τείχος σιωπής. Την ίδια αντίδραση είχαν και οι γείτονες και οι φίλοι οι οποίοι τον θεωρούσαν «φυσιολογικό παιδί» παρά το γεγονός ότι επεσήμαιναν παράλληλα τη **αντικοινωνική συμπεριφορά του!** Η ανθρώπινη συμπεριφορά μπορεί να θεωρηθεί πως είναι μια συνέχεια που αρχίζει από το απόλυτα φυσιολογικό και μπορεί να καταλήξει στο απόλυτο παράλογο. Η ισορροπία του ατόμου με τον εαυτό του και το περιβάλλον του μπορεί ανά πάσα στιγμή να ανατραπεί. Οι συντελεστές που οδηγούν στην τρέλα είναι βιολογικοί και έχουν σχέση με την κληρονομικότητα, αλλά και κοινωνικοί. *«Αυτές οι ανατροπές της ισορροπίας μπορεί να θεωρηθεί ότι αποτελούν το βασικό στοιχείο μιας μη λογικής συμπεριφοράς, που θεωρείται ψυχολογική διαταραχή»*, λέει ο ψυχίατρος, ψυχοθεραπευτής και καθηγητής Ψυχοφυσιολογίας και Ψυχικής Υγιεινής του Πανεπιστημίου Αθηνών, κ. **Γιάννης Παπαδάτος**.

Το μεγάλο πρόβλημα που τίθεται όσον αφορά αυτές τις παθήσεις και αυτό που φοβάται ο κόσμος είναι οι ψυχικά ασθενείς που εκδηλώνουν πράξεις βίας προς τους άλλους ή προς τον εαυτό τους. Ο ρατσισμός του κόσμου έναντι των ψυχικά αρρώστων ξεκινά από το αν τα άτομα αυτά είναι επικίνδυνα. Οι πιο πολλές στατιστικές, διεθνώς, έχουν δείξει πως στον υγιή πληθυσμό σε σχέση με τους ψυχικά πάσχοντες αναλογεί το ίδιο ποσοστό εγκλημάτων. Η διαφορά έγκειται στο ότι τα εγκλήματα των υγιών πάντα αποδοκιμαστέα έχουν κάποιο κίνητρο. Έτσι μπορεί κανείς, σε γενικές γραμμές, να προφυλαχθεί. Σε αυτά τα εγκλήματα όταν επιτευχθεί το ποθητό αποτέλεσμα σταματούν π.χ. σκοτώνουν με μια σφαίρα, μια μαχαίριά. Ένας ψυχικά ασθενής μπορεί να πυροβολήσει ή να μπηξεί το μαχαίρι και 100 φορές. Το έγκλημα ενός ψυχικά πάσχοντος δεν έχει ένα κίνητρο καλώς κατανοητό ή κοινωνικά και λογικά αποδεκτό. Μπορεί, για παράδειγμα, να σκοτώσει κάποιον άγνωστο. Τα εγκλήματα αυτά φοβίζουν και είναι πιο αποκρουστικά, πιο κραυγαλέα.

Δυστυχώς, η ανθρώπινη φύση περικλείει και την ψυχική αρρώστια. Ο εξορκισμός του φαινομένου με άρνηση χρήσεως λέξεων που προσδιορίζουν την κατάσταση, με απόκρυψη της πάθησης από τον περίγυρο για να μην τον στιγματίσουμε, δε βοηθά. Οι ψυχικές παθήσεις είναι φορτισμένες συναισθηματικά με προλήψεις και παραδόσεις από τότε που διαιρέσαμε το άνθρωπο σε ψυχή και σώμα. Ο ψυχικά άρρωστος θεωρούνται

δαιμονισμένος και άρα εξόριστος της κοινωνικής και θρησκευτικής ζωής. Ωστόσο, οι ψυχικές ασθένειες είναι σαν τις άλλες. Μπορεί κάποιος να αρρωστήσει και να συνέλθει.

«Όταν κάποιος έχει λίγο πυρετό δεν τον θεωρούμε άρρωστο. Μπορεί κανείς να πάσχει από κατάθλιψη που να κρατήσει δύο μήνες. Δεν είναι μόνιμα ψυχικά άρρωστος. Οι βαριές περιπτώσεις κυμαίνονται από 1% ως 4%», λέει ο κ. Παπαδάτος. Και σήμερα, όμως, στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα είναι δύσκολο να αποδεχθούν ένα τέτοιο άτομο. Αλλά και στους κύκλους των πιο καλλιεργημένων ανθρώπων συναντούμε ένα μηχανισμό άμυνας. «Έχει σημαντικό ψυχικό κόστος να αποδεχθεί κανείς ότι ένα μέλος της οικογένειάς του είναι ψυχικά άρρωστο. Γι' αυτό συχνά λέμε πως δεν υπάρχει ένα άτομο άρρωστο αλλά άρρωστη οικογένεια και η δυσαρμονία εκφράζεται μέσα από το άρρωστο μέλος της οικογένειας». Τα λεγόμενα του κ. Παπαδάτου επιβεβαιώνει και κοινωνικό λειτουργός, συνεργάτης Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής. «Πρόσφατα με επισκέφθηκε μια γνωστή δικηγόρος της Αθήνας, η οποία έχει μια κόρη 23 ετών με σοβαρό πρόβλημα. Το παιδί τα τελευταία τρία χρόνια έχει κλειστεί στο σπίτι και η μοναδική επικοινωνία που έχει με τον έξω κόσμο είναι η τηλεόραση. Ο πατέρας του έχει εγκαταλείψει. Το παράξενο είναι πως η μητέρα μορφωμένη και καλλιεργημένη κρύβει το γεγονός από συγγενείς και φίλους ακόμη και από τον σύντροφό της».

Οι σωματικές και οι ψυχικές ασθένειες ακολουθούν αντίστοιχες λογικές. Δεν γνωρίζει κανένας εκ των προτέρων ποιο άτομο θα εκδηλώσει μια ψυχική διαταραχή. Μπορεί να είναι απολύτως υγιές ως μια συγκεκριμένη ηλικία (20, 30 ετών) και να εκδηλώσει μετά μια ψυχική διαταραχή. Πάντως, η πλειονότητα των ανθρώπων, έστω και αν βρεθεί κάτω από δύσκολες κοινωνικές και εργασιακές καταστάσεις, δεν εκδηλώνει ψυχική διαταραχή. Κατά τον καθηγητή κ. Παπαδάτο, «δεν μπορεί κάποιος να τρελαθεί επειδή το θέλει. Πολλές φορές δεν μπορεί ούτε να υποκριθεί».

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου είναι προδιαγραμμένο να εκδηλωθεί μια ψυχική ασθένεια. Και είναι εκείνες που οφείλονται σε λόγους κληρονομικούς βλάβη σε επίπεδο γονιδίων. Σύμφωνα με στατιστικές, ανά τον κόσμο το 1% των ανθρώπων σε κάποια στιγμή της ζωής τους θα πάθουν σχιζοφρένεια. Μια άλλη κατηγορία ψυχικών διαταραχών οφείλεται στο περιβάλλον όπου βρίσκεται ένα υγιές βιολογικό άτομο. «Οι δύσκολες κοινωνικές συνθήκες σε συνδυασμό με το υπερβολικό στρες μπορούν να αποδιοργανώσουν την ψυχική ισορροπία», λέει ο κ. Παπαδάτος και ο κοινωνικός λειτουργός

μάς περιγράφει μια σχετική περίπτωση. «Πριν από έναν χρόνο μου έφεραν μια κοπέλα 25 ετών, η οποία είχε ξαφνικά αναπτύξει μίσος για τους γονείς της. Φερόταν βίαια και ήτα επιθετική. Η αφορμή ήταν η διάλυση μιας πολυετούς ερωτικής σχέσης και η απώλεια της εργασίας της την ίδια χρονική περίοδο». Βέβαια, δεν κινδυνεύουν όλα τα άτομα με υγιή προσωπικότητα να πάθουν ψυχική διαταραχή κάτω από δύσκολες καταστάσεις. Οι αγωνιστές της Αριστεράς, με δεκαετίες εξορίας και αντίξωων συνθηκών ζωής, προχώρησαν και έγιναν ακόμη και αρχηγοί κομμάτων. Υπάρχουν, τέλος, και περιπτώσεις όπου θα εκδηλωθεί μια πάθηση ακόμη και αν οι συνθήκες είναι ιδεώδεις. Στις πολύ βαριές ψυχικές καταστάσεις φαίνεται σε ένα ποσοστό να υπάρχει μια γενετική προικοδότηση που εκδηλώνεται μέσα στις δυσκολίες του περιβάλλοντος.

**Χρήσιμες ιστοσελίδες, τηλέφωνα, fax και διευθύνσεις ηλ.
ταχυδρομείου**

Συμβουλευτικά Κέντρα σε ΑΕΙ και ΤΕΙ

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Φιλοσοφική Σχολή (Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών, κτίριο Φιλοσοφικής Σχολής, 5ος όροφος): Τηλ. 210-7277554, 7249000, 7249192, Fax 210-7277553, e-mail: skf@cc.uoa.gr

Θεολογική Σχολή (Γραφείο Συμβουλευτικής): Τηλ.-Fax 210-7275775, e-mail: astavrop@soctheol.uoa.gr

Τμήμα Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία: Τηλ. 210-3688533, 3688507, Fax 210-3688510, e-mail: sykeom@ecd.uoa.gr

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Κέντρο Συμβουλευτικής και Ψυχολογικής Υποστήριξης (Γραμματεία του ΚΕ.ΣΥ.Ψ.Υ. στον χώρο της Υγιεινομικής Υπηρεσίας της Φοιτητικής Λέσχης Α.Π.Θ.): Τηλ. 2310-992643, Fax 2310-995360, e-mail: efklides@psy.auth.gr

Συμβουλευτικός Σταθμός Φοιτητών: Τηλ. 2310-992654, Fax 2310-234370,
web: students.auth.gr/prwtoeths/stathmos.html

Πανεπιστήμιο Πειραιά

Συμβουλευτικό Κέντρο Πανεπιστημίου Πειραιώς (ισόγειο, αίθουσα 018): Τηλ.
210-4142042-3, Fax 210-4142328, e-mail: kkounen@unipi.gr,
epapadak@unipi.gr

Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών

Συμβουλευτικό Κέντρο Χαροκοπέιου: Τηλ. 210-9577051 (εσωτ. 207), Fax
210-9577050, e-mail: kmaridaki@hua.gr

Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Υπηρεσία Συμβούλου Ψυχικής Υγείας: Τηλ. 210-8203239, e-mail:
counseling@aueb.gr

Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Συμβουλευτικό Κέντρο Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (Πανεπιστημιακός χώρος Δουρούτης): Τηλ. 26510-98745, Fax 26510-96600, e-mail: skepi@cc.uoi.gr

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Συμβουλευτική Υπηρεσία Γραφείου Διασύνδεσης: Τηλ. 24210-74141, Fax 24210-74142, e-mail: akoletti@uth.gr

Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Συμβουλευτικό Κέντρο Πανεπιστημίου Θράκης (Νέο κτίριο Παιδαγωγικών τμημάτων, 1ος όροφος): Τηλ. 25510-39840, 39853

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας (Κοινωνική Υπηρεσία): Τηλ. 210-5385129, Fax 210-5314819, e-mail: koinyp@teiath.gr

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πειραιά

Συμβουλευτική Υπηρεσία Γραφείου Διασύνδεσης: Τηλ. 210-5381294, 5909015 (εσωτ. 44), Fax 210-5691705, e-mail: counsellor@gdias.teipir.gr

Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς

Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής και Αγωγής: Τηλ. 210-2599460, 2599462, Fax
210-2599302

ΦΟΙΤΗΤΙΚΑ

Κέντρα Συμβουλευτικής και Ψυχολογικής Υποστήριξης Φοιτητών

Η Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς, στα πλαίσια της πολιτικής ανάπτυξης θεσμών για την υποστήριξη των εφήβων, έχει δημιουργήσει το Δίκτυο Κοινωνικής Υποστήριξης Νέων. Το τελευταίο στοχεύει στην πρόληψη και αντιμετώπιση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι νέοι σε θέματα σπουδών, διαπροσωπικών σχέσεων αλλά και ευρύτερων προβληματισμών και αναζητήσεών τους. Συνεργάζεται με συμβουλευτικούς σταθμούς εκπαιδευτικών ιδρυμάτων και δήμων, υλοποιώντας πρωτοβουλίες, δραστηριότητες και προγράμματα που αποσκοπούν στην παροχή ολοκληρωμένης υποστήριξης. Ας γνωρίσουμε, λοιπόν, τα Συμβουλευτικά Κέντρα που υπάρχουν σήμερα στην Ελλάδα, καθώς επίσης τις υπηρεσίες που παρέχουν (αφιλοκερδώς) στους φοιτητές.

Της Βαρβάρας Τουμαζάτου

Πώς επηρεάζει η μετεφηβεία τους νέους

Η κοινή γνώμη, τουλάχιστον στη χώρα μας, είθισται να θεωρεί την εισαγωγή στην τριτοβάθμια εκπαίδευση ως αναγκαία προϋπόθεση για ένα καλύτερο μέλλον και ως εχέγγυο επαγγελματικής αποκατάστασης. Θα ήταν λογικό, επομένως, η φοίτηση σε οποιοδήποτε Ανώτατο ή Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό

Ίδρυμα να έθετε τέρμα στα όποια προβλήματα αντιμετώπιζε μέχρι τότε ένας νέος (π.χ. άγχος πανελλαδικών εξετάσεων, πίεση από γονείς ή καθηγητές για επιτυχή αποτελέσματα). Η πραγματικότητα, όμως, και συγκεκριμένα τα συμπεράσματα ερευνών άλλα δείχνουν.

Πιο αναλυτικά, η εισαγωγή στο Πανεπιστήμιο σηματοδοτεί ιδιαίτερες συνθήκες ζωής που κατατάσσουν τους φοιτητές (ηλικίας περίπου 18 έως 25 ετών) στις λεγόμενες «ομάδες υψηλού κινδύνου» ως προς την εκδήλωση ψυχολογικών προβλημάτων (ένας στους πέντε αντιμετωπίζει τέτοια προβλήματα). Σε αυτό συμβάλλουν, ασφαλώς, και τα ηλικιακά τους χαρακτηριστικά, καθώς διανύουν μια ξεχωριστή αναπτυξιακή φάση γνωστή ως μετεφηβεία ή πρώτη νεότητα. Η τελευταία είναι πολύ σημαντική για τα νεαρά άτομα, δεδομένου ότι χαρακτηρίζεται από την ψυχοσυναισθηματική και βιολογική ωρίμανσή τους, τις απόπειρες προσδιορισμού της νέας τους ταυτότητας και του κοινωνικού τους ρόλου. Ταυτόχρονα, υπάρχει διάθεση αυτονομίας από την οικογένεια αλλά και επιλογής επαγγελματικής σταδιοδρομίας.

Ως ακαδημαϊκοί πολίτες πλέον καλούνται να προσαρμοστούν σε ένα νέο περιβάλλον και τρόπο μελέτης, προκειμένου να αντεπεξέλθουν στις απαιτητικές εξετάσεις αλλά και στον τρόπο ζωής που συνεπάγεται η απομάκρυνση από την οικογενειακή στέγη. Όλοι αυτοί οι παράγοντες οδήγησαν αρκετές χώρες στη δημιουργία Συμβουλευτικών Κέντρων για φοιτητές εντός των πανεπιστημιακών χώρων. Η Ελλάδα, με τη σειρά της, έχει ήδη κάνει τα πρώτα αναγνωριστικά βήματα στον τομέα αυτό. Ωστόσο, υπολείπεται ακόμη αρκετός δρόμος μέχρι να καθιερωθεί η λειτουργία τέτοιων Κέντρων σε όλα τα εκπαιδευτικά ιδρύματα και όχι μονάχα σε ορισμένα, όπως συμβαίνει σήμερα.

Τι είναι τα Συμβουλευτικά Κέντρα

Τα Συμβουλευτικά Κέντρα είναι τόποι συνάντησης, επικοινωνίας και παρέμβασης. Σύμφωνα με την κ. Αναστασία Καλαντζή-Αζίζι, καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας και διευθύντρια του Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών

(ΣΚΦ) του Πανεπιστημίου Αθηνών, τα συγκεκριμένα Κέντρα «είναι εξωνοσοκομειακές κοινοτικές υπηρεσίες με μη-ιατροκεντρικό χαρακτήρα. Βρίσκονται μέσα στα εκπαιδευτικά ιδρύματα και προσφέρουν υπηρεσίες πρόληψης, πρώιμης παρέμβασης, παρέμβασης σε κρίση, συμβουλευτική και εξειδικευμένου τύπου παρεμβάσεις, καλύπτοντας έτσι τα τρία επίπεδα περίθαλψης: πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια».

Η σύσταση και η λειτουργία τους, ασφαλώς, συμβάλλει στην αναβάθμιση των υπηρεσιών που παρέχουν τα Ανώτατα και Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα της χώρας μας. Ο ρόλος τους πλέον καθίσταται ουσιαστικότερος μέσω της άμεσης επαφής με τον φοιτητή και της προσπάθειας επίλυσης των δυσκολιών που τυχόν αντιμετωπίζει. Εξάλλου, οφείλουν να μεριμνούν όχι μόνο για την πνευματική καλλιέργεια των νέων αλλά και για τη διασφάλιση της καλής ψυχολογικής τους κατάστασης.

Τα ελληνικά πανεπιστήμια με βάση το νομοθετικό πλαίσιο υποχρεούνται να παρέχουν στους φοιτητές πλήρη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Ωστόσο, «ο συγκεκριμένος νόμος του 1982 (κεφ. 7, άρθρο 29) δεν πρέπει να εφαρμόζεται με αναχρονιστικό και μονοσήμαντο τρόπο. Είναι εσφαλμένη η ταύτιση της έννοιας της “υγείας” με τη σωματική υγεία, παραμερίζοντας την εξίσου σημαντική παράμετρο της ψυχικής υγείας», επισημαίνει ο κ. Γ. Ευσταθίου, κλινικός ψυχολόγος του ΣΚΦ του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Νεανικές ανησυχίες: Πώς αντιμετωπίζονται;

Τα συγκεκριμένα Κέντρα παρέχουν στήριξη και συμβουλευτική για θέματα:

Σπουδών-φοιτητικής ζωής: άγχος επιδόσεων, αναβλητικότητα στην πορεία σπουδών, δυσκολίες συγκέντρωσης, μάθησης και προσαρμογής

Προβλήματα σχέσεων με φίλους, συμφοιτητές, οικογένεια, σύντροφο

Άλλα προσωπικά προβλήματα και εκδηλώσεις άγχους: μειωμένη απόδοση, έλλειψη ενδιαφέροντος, προβλήματα απομόνωσης, απώλεια κάποιου προσφιλούς προσώπου, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, νοσταλγία, σωματικές εκδηλώσεις με ψυχολογικά αίτια.

Ο κύριος τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων είναι η συμβουλευτική σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο. Πρόκειται για μια διαδικασία δυναμικής επικοινωνίας που παρέχεται από εξειδικευμένους επιστήμονες (συνήθως είναι εξωτερικοί συνεργάτες που δεν ανήκουν στο διδακτικό προσωπικό του εκάστοτε εκπαιδευτικού ιδρύματος) οι οποίοι αποσκοπούν στο να διευκολύνουν τα άτομα σε θέματα που τους απασχολούν. Πιο αναλυτικά, καταβάλλονται προσπάθειες παροχής ολοκληρωμένης υποστήριξης των φοιτητών μέσω:

της εμπιστευτικής προσωπικής συζήτησης

της προαιρετικής συμμετοχής σε ομαδικά προγράμματα που αφορούν ειδικά προβλήματα, όπως διάσπαση της προσοχής, φόβος, άγχος, εξετάσεων, χαμηλή αυτοεκτίμηση

της λειτουργίας ειδικών εργαστηρίων όπου οι νέοι μετέχουν ενεργά αναπτύσσοντας πρωτοβουλίες για θέματα που τους ενδιαφέρουν, όπως αντισύλληψη, παραβατική συμπεριφορά, εθισμός, χρήση αλκοόλ

της συμβουλευτικής διαχείρισης του ελεύθερου χρόνου αλλά και ευρύτερων προβληματισμών και αναζητήσεων των νέων

της διενέργειας σχετικών ερευνών

της διοργάνωσης σεμιναρίων σε θέματα όπως οργάνωση μελέτης και προετοιμασία για τις εξετάσεις, βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων κ.ά.

της συνεργασίας με αντίστοιχους ευρωπαϊκούς θεσμούς

Η Συμβουλευτική λαμβάνει χώρα σε μια ατμόσφαιρα αμοιβαίου σεβασμού, μη πίεσης και εμπιστοσύνης, καθώς διέπεται από τις αρχές του επαγγελματικού απορρήτου. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αυτής οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να εκφράσουν ελεύθερα απόψεις, προβληματισμούς, ανησυχίες ή φόβους. Τους δίνεται η ευκαιρία να αναθεωρήσουν τις γνωστικές εκτιμήσεις τους για τις καταστάσεις, διευρύνοντας συγχρόνως την αυτοαντίληψή τους. Παράλληλα, δεν διστάζουν να ρισκάρουν συναισθηματικά λεκτικοποιώντας

ό,τι αισθάνονται ή δηλώνοντας ότι χρειάζονται βοήθεια. Οι υπηρεσίες των Συμβουλευτικών Κέντρων προσφέρονται απολύτως δωρεάν σε όλα τα μέλη της ακαδημαϊκής κοινότητας.

Οι ενδιαφερόμενοι μαζί με τον/την σύμβουλο θα αποφασίσουν αν καλύπτονται οι ανάγκες των πρώτων μέσω των συναντήσεων ή αν κρίνεται σκόπιμη και η συνδρομή κάποιας άλλης καταλληλότερης υπηρεσίας. Στόχος είναι να κατανοηθεί πλήρως το θέμα που απασχολεί το εκάστοτε άτομο, προκειμένου να επιτευχθεί συναισθηματική ρύθμιση και αντιμετώπιση του προβλήματος. Να διευκρινίσουμε, πάντως, ότι η Συμβουλευτική από μόνη της δεν μπορεί να επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα χωρίς και τη βοήθεια του ενδιαφερόμενου. Εκείνη θέτει το πλαίσιο που θα επιτρέψει τις αλλαγές και ο καθένας δεσμεύεται να επιστρατεύσει την ενέργεια και την προσπάθεια που απαιτείται. Η τελική κατάληξη, αναμφίβολα, κρίνεται θετική, αφού τα άτομα ενδέχεται να ανακαλύψουν καινούργιες δυνάμεις μέσα τους, οι οποίες θα τους δώσουν την αυτοπεποίθηση που χρειάζονται για να βελτιώσουν τη ζωή τους και να αντικρίσουν τον κόσμο γύρω τους με μια πιο αισιόδοξη ματιά.

Ελληνικά > Αρχική σελίδα > Για το σχολείο > Επαγγελματικός προσανατολισμός

Επαγγελματικός προσανατολισμός
στη Γερμανική Σχολή Θεσσαλονίκης

Κεντρική ιδέα

Καθιερωμένες δραστηριότητες στη ΓΣΘ

Τομείς εξέλιξης

Συμβουλευτικοί σταθμοί

Κεντρική ιδέα

1. Στα πλαίσια του δικού μας έργου ο επαγγελματικός προσανατολισμός αποτελεί κάτι περισσότερο από μια συμπτωματική και οικειοθελή παροχή προς τους μαθητές και τους γονείς. Μόνο με συνεχή δουλειά θεσμοθετείται μια τέτοια προσπάθεια. Για το λόγο αυτό πρέπει να στηρίξουμε τους μαθητές στον επαγγελματικό τους προσανατολισμό, να παρακολουθήσουμε πιο εντατικά τους απόφοιτους στην μετέπειτα πορεία τους και να κρατήσουμε στοιχεία γι' αυτήν.

2. Τα συνεχώς μεταβαλλόμενα δεδομένα στην αγορά εργασίας απαιτούν νέους τρόπους υποστήριξης. Κοινωνιολόγοι μιλούν ακόμη για ένα «τέλος των επαγγελμάτων». Βάσει αυτής της διαπίστωσης όλοι μιλούν για «επιχειρηματίες ζωής» (Kluge), οι οποίοι πρέπει να οικειοποιούνται συνεχώς νέες γνώσεις και να τις πλασάρουν προσωπικά. Η παραδοσιακή επαγγελματική συμβουλευτική ενημέρωση δεν είναι περιττή, αλλά δεν επαρκεί

πλέον. Οι μαθητευόμενοι πρέπει να μάθουν να αντιμετωπίζουν σημαντικές αλλαγές στον επαγγελματικό τομέα.

Καθιερωμένες δραστηριότητες στη ΓΣΘ

- Εβδομαδιαία επαγγελματική κατάρτιση από την αρμόδια υπηρεσία ανεύρεσης εργασίας της Νυρεμβέργης.
- Επαγγελματικός προσανατολισμός για μαθητές της μέσης βαθμίδας (Hauptschule και Realschule).
- Πληροφόρηση των μαθητών της ανώτατης βαθμίδας του Γερμανικού Τμήματος (12η και 13η τάξη).
- Πληροφόρηση των μαθητών κατά ομάδες ανάλογα με την επιλογή της κατεύθυνσης σπουδών (και στα δύο Τμήματα).
- Ενημέρωση μικρών ομάδων μαθητών ή μεμονωμένων μαθητών.
- Πρακτική εξάσκηση διάρκειας 1 εβδομάδας για τους μαθητές της 9ης τάξης του Γερμανικού Τμήματος.
- Επίσκεψη της έκθεσης (γερμανικά πανεπιστήμια) στο χώρο του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης με τους μαθητές της Γ΄ Λυκείου του Ελληνικού Τμήματος και τους μαθητές της 13ης τάξης του Γερμανικού Τμήματος.

- Κάθε δύο χρόνια πραγματοποιείται ημερίδα επαγγελματικού προσανατολισμού «Ημέρα των επαγγελματιών», κατά την οποία απόφοιτοι της ΓΣΘ και όχι μόνον παρέχουν στους μαθητές τους Ελληνικού Τμήματος πληροφορίες για το επάγγελμά τους.

Τομείς εξέλιξης

Τα εξής μέτρα προωθούνται ή πρόκειται να προωθηθούν συντόμως:

- Ορισμός ενός αρμόδιου (κ. Trankle) για θέματα επαγγελματικής κατάρτισης.
- Η λειτουργία ενός συμβουλευτικού σταθμού επαγγελματικής κατάρτισης με πληροφοριακό υλικό και με σύνδεση στο διαδύκτιο. Θα οριστεί συγκεκριμένη ώρα κατά την οποία μεμονωμένοι μαθητές θα μπορούν να απευθύνονται για πληροφορίες.
- Μια ενημερωτική βραδιά γονέων με θέμα τον επαγγελματικό προσανατολισμό από εκπρόσωπο της υπηρεσίας εύρεσης εργασίας της Nuremberg.
- Κατάρτιση αρχείου των αποφοίτων της Γερμανικής Σχολής Θεσσαλονίκης, οι οποίοι σπουδάζουν στη Γερμανία (Μέντορες).
- Συστηματική καταγραφή της επαγγελματικής σταδιοδρομίας των αποφοίτων της ΓΣΘ με τη βοήθεια του Συλλόγου Αποφοίτων.

- Διεύρυνση του θεσμού «Ημέρα των Επαγγελματιών» και για τα δύο Τμήματα.
- Παροχή πρακτικής εξάσκησης κοντά σε επαγγελματίες, για μια πρώτη γνωριμία με το επάγγελμα της επιλογής του κάθε μαθητή ακόμη και στις διακοπές.
- Μεγαλύτερη ωφέλεια από την έκθεση του πανεπιστημίου με ερεθίσματα και ιδέες πριν από την πραγματοποίησή της.
- Χορήγηση νέων υποτροφιών, λόγω κατάργησης των υποτροφιών DAAD, σε συνεργασία με το Σύλλογο Φίλων της ΓΣΘ.

Συμβουλευτικοί σταθμοί:

- Γερμανική Σχολή Θεσσαλονίκης,

Stefan Traenkle, ώρα λειτουργίας του γραφείου επαγγελματικού προσανατολισμού: Τετάρτη 10.45 - 11.30 ή μετά από συνεννόηση.

- Ινστιτούτο Γκαίτε

Βασ. Όλγας 66, 2310 889585, Τετάρτη από 11.00 - 13.00 στη Βιβλιοθήκη

- Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Τμήμα Γερμανικής Φιλολογίας, Τηλ.: 2310 997 556, Δευτέρα 16.00 - 18.00 και Τρίτη 15.00 - 17.00 Φοιτητικοί Λέσχη (οδός 3ης Σεπτεμβρίου), Τηλ.: 2310 995841 (κ. Ανέστης Παχαρίδης, ειδικές πληροφορίες για σπουδές στη Γερμανία).

- Κέντρο Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού (ΚΕΣΥΠ)

Εθνικής Αμύνης 8 (Λευκός Πύργος), Τηλ.: 2310 230613 ή 2310 251.355, καθημερινά από τις 9.00 - 14.00 και κάθε Δευτέρα και Πέμπτη 16.00 - 19.00.

- Υπηρεσία εύρεσης εργασίας στη Νυρεμβέργη

κ. Vogel-Sittl, e-mail: Eveline.Vogl-Sittl@arbeitsamt.de