



**Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:**

**«Κατάθλιψη και νεότητα – ανίχνευση του φαινομένου και  
τρόποι αντιμετώπισης»**

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

Δημητροπούλου Χρυσοβαλάντω      Θεοδωράτου – Μπέκου Μαρία

Μαστροθανάση Αλίσια – Άννα – Έλενα

Χριστοπούλου Δέσποινα

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτερου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Δυτικής Ελλάδας.

**ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2014**

Η διπλωματική εργασία εγκρίνεται:

Υπογραφές:

1.

Μέλη εξεταστικής επιτροπής:

2.

3.

## **Ευχαριστίες**

Νιώθουμε την ανάγκη να εκφράσουμε ένα μεγάλο ευχαριστώ για την άριστη συνεργασία που είχαμε μεταξύ μας οι συνάδελφοι και για την πολύτιμη υποστήριξη και αλληλεγγύη που έδινε η μια στην άλλη καθώς φυσικά και στις οικογένειές μας για την ηθική συμπαράσταση και την οικονομική ενίσχυση που μας προσέφεραν, τόσο κατά την διάρκεια των σπουδών μας, όσο και κατά την διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Θεοδωράτου Μαρία, η οποία υπήρξε αρωγός στην προσπάθειά μας για την ολοκλήρωση της εργασίας. Είμαστε ευγνώμονες διότι με την υποστήριξη, την υπομονή, την αμέριστη και συνεχή ενθάρρυνση, εμπιστοσύνη και βοήθειά της, από την αρχή έως το τέλος μπορέσαμε να φέρουμε εις πέρας την σημαντική αυτή έρευνα.

## Περίληψη

Οι φοιτητές είναι πιο επιρρεπείς στην εκδήλωση της κατάθλιψης λόγω της πιεστικής, απαιτητικής και ανταγωνιστικής ζωής. Σύμφωνα με μελέτες που έχουν διεξαχθεί 1 στους 4 νεαρούς ενήλικες 18 – 25 ετών υπολογίζεται πως θα έχει την εμπειρία ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές, η κυβέρνηση έχει μεριμνήσει για την θέσπιση Συμβουλευτικών Κέντρων Φοιτητών στα ΑΕΙ της χώρας, παρέχοντας ψυχολογική υποστήριξη για τους φοιτητές. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές, το κατά πόσο τους επηρέασε κατά την προηγούμενη εβδομάδα πριν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, τους τρόπους διαχείρισης που χρησιμοποιούν και εάν θεωρούν αναγκαία την δημιουργία ενός συμβουλευτικού κέντρου στο ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, με τελικό στόχο την ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση για την δημιουργία ενός συμβουλευτικού κέντρου στο ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Όσον αφορά στα εργαλεία, χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια του Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) για την ανίχνευση της κατάθλιψης και της κλίμακας Τουλούζης για τη διαχείριση (E.T.C.). Τα ευρήματα της έρευνάς μας συμφωνούν ως επί το πλείστον με τις σύγχρονες έρευνες όπου αποδεικνύουν ότι ένα μεγάλο ποσοστό του φοιτητικού πληθυσμού εμφανίζει κάποιο καταθλιπτικό επεισόδιο κάποια στιγμή, κατά τη διάρκεια των σπουδών του. Στη συνέχεια, τα ευρήματα της έρευνάς μας τα οποία αποδεικνύονται και από άλλες έρευνες, φανερώνουν πως τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες προκειμένου να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα που τους απασχολούν, χρησιμοποιούν σε μεγάλο βαθμό θετικούς τρόπους διαχείρισης. Επιπλέον παρατηρείται πως από τη μια οι άνδρες χρησιμοποιούν τις στρατηγικές διαχείρισης εστιασμένες στο πρόβλημα και από την άλλη οι γυναίκες χρησιμοποιούν τις στρατηγικές διαχείρισης εστιασμένες στο συναίσθημα. Τέλος, όσον αφορά τα Συμβουλευτικά Κέντρα Φοιτητών, οι μισοί φοιτητές θεωρούν πως είναι αρκετά αναγκαία η ίδρυση ενός Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών στο ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Το παραπάνω εύρημα για την αναγκαιότητα ενός Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών έρχεται να επιβεβαιώσει η υπάρχουσα νομοθεσία (3549/20-3-2007, άρθρο 12) σύμφωνα με την οποία «Σε κάθε Τμήμα προβλέπεται από τον Εσωτερικό Κανονισμό λειτουργίας του οικείου Α.Ε.Ι. η σύσταση και λειτουργία υπηρεσίας υποστήριξης φοιτητών και σπουδαστών...»

## **Abstract**

Students are more prone to developing depression, because of the pressing, demanding and competitive life. According to studies that have been carried out, 1 in 4 young adults 18 to 25 years old are estimated that will experience a depressive episode. To deal with the psychological problems faced by students, the government has ensured adoption of Student Counselling Centers at universities in the country, providing psychological support for students. The purpose of this research was to investigate the problems faced by students, whether the problems influenced them during the last week before the completion of the questionnaire, what kind of coping do they use and if they consider it necessary to establish a Student Counselling Center in HTEI of Western Greece, with the ultimate goal sensitization and mobilization for the creation of a Student Counselling Center in HTEI of Western Greece. Regarding to the research tools, the questionnaires that were used were from the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) for the detection of depression and from the scale of Toulouse for coping (ETC). The results of our study agree mostly with recent researches which show that a large percentage of the students are getting through a depressive episode at some point during their studies. Then, the results of our research which are proved in other studies, present that both men and women to be able to face the problems that concern them, they use largely functional ways of coping. It is further observed that men use coping focused on the problem and that women use coping focused on the emotion. Finally, regarding the Students Counseling Centers, half of the students consider that it is quite necessary to establish a Student Counseling Centre at HTEI of Western Greece. The above finding of the necessity of a Student Counseling Centre is confirmed by the existing legislation (3549/20-3-2007, Issue 12).

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες .....	2
Περίληψη .....	3
Abstract .....	4
Εισαγωγή.....	7
Α' μέρος .....	8
Θεωρητικό μέρος .....	8
1 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο .....	8
1.1 Ορισμός και εννοιολογικό πλαίσιο κατάθλιψης .....	8
1.2 Αποσαφήνιση του όρου κατάθλιψη στην καθημερινή γλώσσα και στην ψυχιατρική ..	9
1.3 Συμπτωματολογία κατάθλιψης.....	10
1.4 Αιτιολογία κατάθλιψης .....	11
1.5 Μορφές κατάθλιψης ανάλογα με την πορεία της νόσου.....	15
1.6 Επιδημιολογία .....	17
1.7 Ο ρόλος των ειδικών στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης.....	19
2 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο .....	21
2.1 Φοιτητικός πληθυσμός .....	21
2.2 Αναπτυξιακά χαρακτηριστικά των φοιτητών.....	21
2.3 Καταθλιπτική συμπτωματολογία και φοιτητικός πληθυσμός.....	26
2.3.1 Καταθλιπτική συμπτωματολογία και άγχος στον φοιτητικό πληθυσμό, ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	28
2.4 Προβλήματα φοιτητών .....	34
3 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο .....	37
3.1 Πρόληψη .....	37
3.1.1 Γονική πρόληψη .....	37
3.1.2 Πρόληψη από ενήλικες που έρχονται σε συχνή επαφή με το παιδί .....	38
3.1.3 Σχολική πρόληψη .....	39
3.1.4 Κρατική πρόληψη .....	40
3.2 Screening – Ανίχνευση.....	41
3.2.1 Ο ρόλος των διαγνωστικών τεστ στην αξιολόγηση της ψυχοπαθολογίας .....	43
3.3 Coping – Στρατηγικές διαχείρισης.....	44
3.3.1 Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και φύλο.....	45
3.4 Θεραπείες .....	47
4 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο .....	53
4.1 Ιστορική αναδρομή συμβουλευτικής .....	53

4.2 Ορισμός και στόχοι της ψυχολογικής συμβουλευτικής φοιτητών .....	53
4.3 Συμβουλευτική στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση .....	54
4.4 Ιστορική αναδρομή εγκαθίδρυσης Συμβουλευτικών Κέντρων Φοιτητών στην Ελλάδα .....	55
4.5 Σκοπός των συμβουλευτικών κέντρων .....	55
4.6 Νομοθεσία για τα Συμβουλευτικά Κέντρα Φοιτητών.....	56
4.7 Ρόλος του συμβουλευτικού ψυχολόγου φοιτητών .....	56
4.8 Παροχές και υπηρεσίες του Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών.....	58
4.9 Υπηρεσίες ψυχολογικής συμβουλευτικής φοιτητών που λειτουργούν στα ελληνικά Α.Ε.Ι. και Τ.Ε.Ι.....	62
B' μέρος .....	63
Ερευνητικό μέρος.....	63
5 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο .....	63
5.1 Εισαγωγή.....	63
5.2 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	64
5.3 Δείγμα .....	64
5.4 Εργαλεία συλλογής δεδομένων.....	67
5.5 Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού υποκειμένων .....	74
5.6 Εκτίμηση δυσκολιών για την πραγματοποίηση της μελέτης .....	74
5.7 Ζητήματα ηθικής.....	75
5.8 Στατιστική μεθοδολογία.....	75
5.9 Ευρήματα .....	76
5.9.1 Με βάση τη κλίμακα της Τουλούζης .....	76
5.9.2 Μεβάσητο Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES – D).....	79
5.9.4 Πίνακες συσχετίσεων.....	85
5.10 Συμπεράσματα .....	95
Βιβλιογραφία.....	103
Παράρτημα.....	113

## Εισαγωγή

Η φοιτητική ζωή θεωρείται από τους περισσότερους ως μια ανέμελη και με όμορφες αναμνήσεις περίοδος της ζωής των νέων που φοιτούν σε κάποιο εκπαιδευτικό ίδρυμα της χώρας, αγνοώντας την πραγματική διάσταση της σημερινής καθημερινότητας η οποία είναι πειστική, απαιτητική και ανταγωνιστική για τους φοιτητές, καθιστώντας τους ομάδα υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση ψυχολογικών προβλημάτων.

Ένα από τα ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές είναι η κατάθλιψη. Ο αναπληρωτής καθηγητής Κοινωνικής Ψυχιατρικής και επιστημονικός διευθυντής της Εταιρείας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ) κ. Στέλιος Στυλιανίδης στηρίχθηκε σε δεδομένα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τονίζει «ότι μέχρι το τέλος της επόμενης δεκαετίας η κατάθλιψη θα είναι η δεύτερη αιτία επιβάρυνσης σε προσωπικό, κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο, μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις.» (Εθνος, 2009)

Οι πανεπιστημιακοί καθηγητές προερχόμενοι από διάφορες ευρωπαϊκές χώρες προσπάθησαν να πείσουν τις κυβερνήσεις για την αποτελεσματικότητα και αναγκαιότητα της ίδρυσης κέντρων ψυχολογικής συμβουλευτικής για τους φοιτητές μέσα στα πανεπιστήμια, παραθέτοντάς τους το παρακάτω επιχείρημα: «Ο φοιτητής που έχει ομαλή πορεία στην πανεπιστημιακή κοινότητα, δηλαδή σπουδάζει σωστά, αισθάνεται όμορφα και έχει καλή ψυχοσωματική υγεία, είναι ο πιο "φτηνός" για την πολιτεία φοιτητής.» Μετά το πέρας μερικών δεκαετιών η ελληνική κυβέρνηση θεώρησε αναγκαία την θέσπιση και κατοχύρωση των συμβουλευτικών κέντρων στα ελληνικά πανεπιστήμια και σύμφωνα με την απόφαση της 40<sup>ης</sup> Συνόδου Πρυτάνεων για το τότε τρέχον ακαδημαϊκό έτος, τα Α.Ε.Ι. της χώρας υποχρεούνταν να παρέχουν εξειδικευμένη ψυχολογική υποστήριξη στους φοιτητές. (Το Βήμα, 2002)

Η παρούσα εργασία διεξάγεται για να αναδείξει τις ανάγκες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές του ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, καθώς επίσης και την αναγκαιότητα δημιουργίας ενός Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών.



## **A' μέρος**

### **Θεωρητικό μέρος**

#### **1<sup>ο</sup> Κεφάλαιο**

##### **1.1 Ορισμός και εννοιολογικό πλαίσιο κατάθλιψης**

Η κατάθλιψη σε μια προσπάθεια ορισμού, θεωρείται ως μια κατάσταση παθολογικής θλίψης, συνοδευόμενη από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας καθώς και επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. (Κλεφταράς, 1998)

Στην αρχαία Ελλάδα, η κατάθλιψη λεγόταν «μελαγχολία» και θεωρούταν μια ασθένεια του πνεύματος ή της ψυχής. Η ίδια η λέξη σημαίνει μέλαινα (μαύρη) χολή και αποτελεί το ένα από τα τέσσερα συστατικά της θεωρίας των τεσσάρων χυμών του σώματος. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία οι ανθρώπινες ασθένειες προκαλούνται από την ανισορροπία μεταξύ των τεσσάρων υγρών του σώματος, δηλαδή του αίματος, της μέλαινας χολής, της κίτρινης χολής και του φλέγματος. Μάλιστα πίστευαν πως η ανθρώπινη ιδιοσυγκρασία καθορίζεται από το ποιο υγρό υπερέχει ποσοτικά στον κάθε οργανισμό. (Μαδιανός, 2003)

Ο Ιπποκράτης λοιπόν θεωρούσε τη «μελαγχολία» συνέπεια της υπερβολικής ποσότητας μέλαινας χολής στο σπλήνα και την ερμήνευε ως μια πνευματική κατάσταση μακροχρόνιων φοβιών και απελπισίας. Ως θεραπεία ο Ιπποκράτης εφάρμοζε τη μέθοδο της μερικής αφαίμαξης, ώστε να μειωθεί ο όγκος του μέλαινα χυμού, και πρότεινε σωματική άσκηση και πολλά μπάνια. (Χριστοδούλου, 1998)

## **1.2 Αποσαφήνιση του όρου κατάθλιψη στην καθημερινή γλώσσα και στην ψυχιατρική**

Για τον όρο κατάθλιψη έχουν δοθεί διαφορετικές ερμηνείες. Διαφορετική ερμηνεία του όρου δίνεται στην καθομιλουμένη σε σχέση με τον ιατρικό όρο κατάθλιψη. Στην καθομιλουμένη ο όρος συσχετίζεται τόσο με την καταθλιπτική ή μελαγχολική διάθεση του ατόμου όταν νιώθει λύπη για κάτι, όσο και με την ποσοτική πτυχή του όρου η οποία συσχετίζεται με την διαβάθμισή της από το ελαφρύ αίσθημα λύπης έως την έντονη κατήφεια και δυστυχία. (Γιωτάκος, 2006)

Με βάση τον ορισμό που δίνεται από την ψυχιατρική, η κατάθλιψη είναι μια νόσος η οποία χαρακτηρίζεται για την πολυμορφία και την ατυπία της. Η κατάθλιψη είναι ένα παθολογικό συναίσθημα το οποίο μπορεί να είναι είτε μη αναμενόμενο είτε υπερβολικό σε ένταση ή διάρκεια. Μπορεί να εκδηλωθεί με υποχονδριακά συμπτώματα, ανοϊκόμορφη συμπτωματολογία (καταθλιπτική ψευδοάνοια), σεξουαλική ανικανότητα, παραπρωματική συμπεριφορά ιδιαίτερα στην εφηβική ηλικία, ευερεθιστότητα, ψυχοσωματικές εκδηλώσεις, συμπτωματολογία διαταραχής προσωπικότητας, αϋπνία ή υπερυπνία, ανορεξία ή πολυφαγία. (Χριστοδούλου, 2005)

### 1.3 Συμπτωματολογία κατάθλιψης

Σύμφωνα με τον PaulBennett (2010) ο οποίος βασίζεται στο DSM-IV αναφέρεται στο γεγονός ότι για να οριστεί ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο θα πρέπει να εμφανίζονται πέντε από τα παρακάτω συμπτώματα για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των δύο εβδομάδων.

1. Το άτομο πρέπει να παρουσιάζει καταθλιπτική διάθεση όπου ο AndrewGetzfeld (2009) επιπρόσθετα αναφέρει ότι το σύμπτωμα αυτό διαρκεί για τη περισσότερη διάρκεια της μέρας σχεδόν κάθε μέρα. Το γεγονός αυτό μπορεί να απορρέει είτε από την υποκειμενική άποψη του ίδιου του ατόμου που το βιώνει, είτε από την αντικειμενική κρίση των άλλων.
2. Το άτομο εμφανίζει το αίσθημα της ανηδονίας η οποία εκδηλώνεται με την μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε σχεδόν όλες τις δραστηριότητες που πριν τον ευχαριστούσαν.
3. Το άτομο αυξάνει ή μειώνει το σωματικό του βάρος καθώς αλλάζουν οι διατροφικές του συνήθειες.
4. Μπορεί να σημειωθεί ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση τα οποία έχουν επισημανθεί από άλλους.
5. Το άτομο αισθάνεται κόπωση και απώλεια της ενεργητικότητάς του, με αποτέλεσμα να περνάει πολλές ώρες στο κρεβάτι και να αποσύρεται κοινωνικά.
6. Το άτομο εμφανίζει αισθήματα αναξιότητας, απαισιοδοξίας ή υπέρμετρης ενοχής.
7. Το άτομο έχει μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, σκέψης ή αναποφασιστικότητας.
8. Το άτομο παρουσιάζει σημαντική ενόχληση ή έκπτωση λειτουργικότητας, με αποτέλεσμα να νιώθει πως χάνει τον έλεγχο και αδυνατεί να αλλάξει την κατάστασή του.
9. Σύμφωνα με τον AndrewGetzfeld (2009) το άτομο αντιμετωπίζει διαταραχές ύπνου όπως είναι η αϋπνία ή η υπερυπνία καθώς επίσης μπορεί το άτομο να ξυπνάει στη μέση της νύχτας και να μην μπορεί να ξανακοιμηθεί.

10. Σύμφωνα με τον Andrew Getzfeld (2009) το άτομο κάνει επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονικού ιδεασμού χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας.
11. Σύμφωνα με τον Μάνο (2008) το άτομο αισθάνεται έντονο άγχος με μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικείμενου κινδύνου, ευερεθιστότητας ή ακόμη προσβολών πανικού με συνοδά συμπτώματα όπως είναι ο ιδρώτας, το αίσθημα παλμών και ταχυκαρδία.
12. Σύμφωνα με τον Μάνο (2008) το άτομο παρουσιάζει ελάττωση της σεξουαλικής του διάθεσης, η οποία στους άνδρες μπορεί να εκδηλώνεται με στυτική δυσλειτουργία.
13. Σύμφωνα με τον Μάνο (2008) το άτομο εμφανίζει σωματικά ενοχλήματα όπως είναι οι πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, μυϊκοί σπασμοί, ναυτία, εμετό, πόνο στο στήθος και δυσκολία στην αναπνοή τα οποία όμως υποκρύπτουν την δυσλειτουργική του ψυχική κατάσταση.
14. Σύμφωνα με τον Μάνο (2008) το άτομο βιώνει ψυχωτικά συμπτώματα, ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες

#### **1.4 Αιτιολογία κατάθλιψης**

##### **Τα γεγονότα της ζωής και το περιβαλλοντικό στρες**

Σύμφωνα με τον Kaplanetal (2000) ο οποίος στηρίχθηκε πάνω σε μια έρευνα που είχε πραγματοποιηθεί, υποστηρίζει πως συχνά τα πρώτα επεισόδια των διαταραχών διάθεσης οφείλονται σε κάποιο στρεσογόνο γεγονός της ζωής του ατόμου. Κάποιοι από τους στρεσογόνους παράγοντες που προκαλούν την δυσλειτουργία του εγκεφάλου φαίνεται να είναι η απώλεια ενός γονέα, η απώλεια του/της συζύγου, η ανεργία, προβλήματα σχέσεων, σωματικά νοσήματα, οικονομικά προβλήματα και προβλήματα με τα παιδιά και το σχολείο. (Getzfeld, 2009)

##### **Σχετική με την προνοσηρή προσωπικότητα παράγοντες**

Σύμφωνα με τον Kaplanetal (2000) όλοι οι άνθρωποι ανεξάρτητα από την προσωπικότητά τους μπορούν κάτω από ορισμένες συνθήκες να εμφανίσουν καταθλιπτική διάθεση. Ωστόσο, ορισμένοι τύποι προσωπικότητας (στοματοεξαρτητικοί, ψυχαναγκαστικοί, υστερικοί) είναι πιο ευάλωτοι να

νοσήσουν από κατάθλιψη από ότι οι αντικοινωνικοί, παρανοϊκοί και ορισμένοι άλλοι τύποι προσωπικότητας.

### **Ψυχαναλυτικοί και ψυχοδυναμικοί παράγοντες**

Η ψυχαναλυτική θεωρία στηρίζεται στο γεγονός ότι η σύγκρουση επιφέρει συμπτώματα τριών ειδών επιπέδων. Αρχικά, παράγεται η άλυτη σύγκρουση, στη συνέχεια το άτομο προσπαθεί να αποκρούσει τη σύγκρουση και τέλος η σύγκρουση που υποκρούσθηκε επανεμφανίζεται στο ασυνείδητο με διαφορετική μορφή – σύμπτωμα (π.χ. κατάθλιψη, άγχος). (<http://www.psychologia.gr/therapy/psychodynamicttherapy.htm>)

Ο Freud θεωρούσε πως η κατάθλιψη είναι απλά θυμός που αντί να στραφεί προς τους άλλους, στρέφεται προς τον ίδιο τον εαυτό. Ο Freud πίστευε επίσης, πως όσοι νοσούν από κατάθλιψη εξαρτώνται πολύ από τους άλλους για την διατήρηση της αυτοεκτίμησής τους. Ο θυμός που αναφέρθηκε παραπάνω προκύπτει από μια επαπειλούμενη ή μια πραγματική απώλεια ενός σημαντικού άλλου, όπως ενός συγγενή ή ενός στενού φίλου. (Getzfeld, 2009) Περισσότερες από είκοσι ερευνητικές μελέτες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν μέσα στις δύο προηγούμενες δεκαετίες μελέτησαν την σχέση ανάμεσα στην απώλεια των γονέων και την κατάθλιψη και διαπίστωσαν ότι αυτή η άποψη δεν μπορεί να εξηγήσει όλες τις περιπτώσεις κατάθλιψης. Με λίγα λόγια τόσο οι ενήλικοι που παρουσιάζουν κατάθλιψη όσο και εκείνοι που δεν παρουσιάζουν έχουν τις ίδιες πιθανότητες να έχουν υποφέρει από την απώλεια ενός γονιού κατά την παιδική τους ηλικία. (Crook&Eliot, 1980)

### **Γνωσιακές θεωρίες**

Σύμφωνα με τον Κάκουρο και την Μανιαδάκη (2006) η πρώτη γνωσιακή θεωρία για την κατάθλιψη βασίζεται στον Beck σύμφωνα με τον οποίο τα άτομα εξαιτίας των λανθασμένων αντιλήψεων και των αρνητικών «αυτόματων σκέψεων» που κάνουν, οδηγούνται σε λανθασμένο τρόπο ερμηνείας των γεγονότων της ζωής τους.

Επίσης, τα γνωστικά προβλήματα των ατόμων με κατάθλιψη κατηγοριοποιούνται σε τρεις τομείς. Πρώτον, τα άτομα λόγω της επιλεκτικής επικέντρωσής τους στα

αρνητικά ερεθίσματα οδηγούνται σε λάθος τρόπο επεξεργασίας των πληροφοριών τους. Δεύτερον, η κατάθλιψη έχει σχέση με την λεγόμενη αρνητική «γνωστική τριάδα», δηλαδή τα άτομα αυτά αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως ανάξιο ή ανίκανο, τον κόσμο ως κακό ή άδικο και το μέλλον δίχως ελπίδα. Τρίτον, τα άτομα αυτά αναπτύσσουν αρνητικά γνωστικά σχήματα τα οποία είναι σταθερές δομές στην μνήμη οι οποίες καθοδηγούν την επεξεργασία των πληροφοριών προς την αρνητική αυτοκριτική. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

Μια άλλη γνωστική θεωρία για την κατάθλιψη είναι αυτή του «μαθημένου αβοήθητου» η θεωρία αυτή αναπτύχθηκε από τον Seligman(1975) και αναφέρει ότι η έκθεση του ατόμου σε αρνητικά και ανεξέλεγκτα γεγονότα τον οδηγούν στην γενικευμένη πεποίθηση ότι δεν είναι σε θέση να έχει τον έλεγχο της ζωής του. Με βάση την αναθεώρηση του μοντέλου αυτού προστέθηκε η έννοια του «καταθλιπτικού γνωστικού προφίλ» το οποίο οδηγεί το άτομο στο να αποδίδει τις αιτίες των αρνητικών γεγονότων σε εσωτερικούς, σταθερούς και γενικευμένους παράγοντες.

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 μην βιώνουν ικανοποίηση με τα επιτεύγματά τους.

### **Γενετικοί παράγοντες**

Έχει διαπιστωθεί ότι οι πρώτου βαθμού συγγενείς των ατόμων που πάσχουν από διπολική διαταραχή I εμφανίζουν οχτώ με δέκα οχτώ φορές συχνότερα διπολική διαταραχή I, και δύο έως δέκα φορές συχνότερα μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. (Kaplanetal, 2000)

Σύμφωνα με μελέτες σε οικογένειες διδύμων και υιοθετημένων παιδιών έχει αποδειχθεί ότι αυτό που ίσως κληρονομείται γενετικά είναι μια προδιάθεση στο άγχος και την κατάθλιψη και ότι η εκδήλωση κατάθλιψης ή κάποιας διαταραχής άγχους προϋποθέτει την ύπαρξη περιβαλλοντικών αγχογόνων καταστάσεων. (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

### **Συμπεριφοριστική προσέγγιση**

Οι εξηγήσεις που έχουν δοθεί για την θεωρία της συμπεριφοράς για την κατάθλιψη τονίζουν τον ρόλο της μάθησης και των περιβαλλοντικών παραγόντων. Ο Seligman διατύπωσε την θεωρία της μαθημένης αβοηθητότητας, η οποία απορρέει από εμπειρίες που δείχνουν στο άτομο ότι έχει ελάχιστο έλεγχο στα γεγονότα της ζωής του. (Peterson, Maier&Seligman, 1993)

Επίσης, μια από τις σημαντικότερες θεωρίες της συμπεριφοράς για την κατάθλιψη είναι η θεωρία της ενίσχυσης του Peter Lewinsohn (1990), η οποία υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι που έχουν κατάθλιψη δεν διαθέτουν τις κοινωνικές δεξιότητες που απαιτούνται για να κερδίσουν την φυσιολογική κοινωνική ενίσχυση από τους άλλους. Αντιθέτως, μπορεί με την συμπεριφορά τους να προκαλούν τις αρνητικές αντιδράσεις από τους γύρω τους. Ο Lewinsohn (Youngren&Lewinsohn, 1980) αποδεικνύει ότι το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη βρίσκεται σε ένα φαύλο κύκλο, στον οποίο η μειωμένη κοινωνική ενίσχυση οδηγεί σε κατάθλιψη και καταθλιπτική συμπεριφορά και στη συνέχεια μειώνει την κοινωνική ενίσχυση.

### **Ανθρωποκεντρική προσέγγιση**

Σύμφωνα με την ανθρωποκεντρική προσέγγιση, αιτία της κατάθλιψης αποτελεί η αποστέρηση της αυτοπραγμάτωσης. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που εμφανίζουν κατάθλιψη υποφέρουν από την δυσαρμονία μεταξύ του πραγματικού και του ιδεώδους εαυτού τους. Ο πραγματικός εαυτός είναι η υποκειμενική εκτίμηση που έχει το άτομο με τις ιδιότητές του και ο ιδεώδης εαυτός είναι η προσωπική κρίση του ατόμου για το άτομο που θα ήθελε να γίνει. Αν ο πραγματικός εαυτός έχει ιδιότητες που διαφέρουν πολύ από εκείνες του ιδεώδους εαυτού, το άτομο μπορεί να εμφανίσει κατάθλιψη. (Strauman&Higgins,1988)

### **Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, η κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται και σε διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως είναι οι τραυματικές εμπειρίες στα πρώτα χρόνια της ζωής του ατόμου (ιδιαίτερα η συναισθηματική στέρηση γονέων), η αδυναμία των ατόμων να εκπληρώσουν το γονεϊκό τους ρόλο, οι συγκρουσιακές ενδοοικογενειακές σχέσεις και η έκθεση του ατόμου σε σωματική ή και ψυχολογική βία. Επίσης, τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής είναι δυνατόν να δράσουν ως εκλυτικοί παράγοντες σε άτομα με πρώιμες τραυματικές εμπειρίες ή σε άτομα εκτεθειμένα σε χρόνιες ψυχοπνευματικές καταστάσεις, οι οποίες συνιστούν προδιαθεσιακούς παράγοντες για την εμφάνιση της κατάθλιψης. Στρεσογόνα γεγονότα είναι αυτά που αντιλαμβάνεται το άτομο ως απειλητικά και επικίνδυνα, εκείνα που συνδέονται με απώλειες, για παράδειγμα χωρισμός και εκείνα που αποτυπώνουν μια δυσαρμονία του ατόμου στις σχέσεις του με τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής του. Τέλος κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσουν και πολλές ασθένειες, φάρμακα και εξαρτησιογόνες ουσίες όπως το αλκοόλ και η κοκαΐνη. (Burnsetal, 2002)

### **1.5 Μορφές κατάθλιψης ανάλογα με την πορεία της νόσου**

Ο διαχωρισμός των δύο τύπων της μείζονος κατάθλιψης γίνεται με βάση την ύπαρξη ή μη υποτροπών. Όσον αφορά τους δύο τύπους, ο ένας αποκαλείται ως μείζων κατάθλιψη, μοναδικό επεισόδιο και ο άλλος ως μείζων κατάθλιψη, υποτροπιάζουσα ή ως μονοπολική κατάθλιψη. Άλλοι τύποι της μείζονος κατάθλιψης οι οποίοι εξαρτώνται από την ύπαρξη και τον χρόνο των υποτροπιών, καθώς και από μια ειδική συμπτωματολογία είναι οι παρακάτω: (Σολδάτος και Λύκουρας, 2006)

Η εποχιακή κατάθλιψη ανήκει στην υποτροπιάζουσα μείζων κατάθλιψη, η οποία εμφανίζεται κατά την εποχή του χρόνου που μικραίνουν οι ημέρες δηλαδή το φθινόπωρο και την αρχή του χειμώνα, και υποχωρεί με την έναρξη της άνοιξης. Τις περισσότερες φορές διακρίνεται από άτυπα χαρακτηριστικά και σχετίζεται με διαταραχές στο κύκλωμα της μελατονίνης. (Σολδάτος και Λύκουρας, 2006) Σύμφωνα με τον Γιωτάκο (2006) στα χαρακτηριστικά της εποχιακής κατάθλιψης εντάσσονται η αύξηση του σωματικού βάρους, η υπερυπνία, η υπερφαγία, η έντονη έλλειψη λειτουργικότητας και η αυξημένη όρεξη για υδρογονάνθρακες (π.χ. ψωμί, δημητριακά, αμυλούχα λαχανικά, γάλα).



Η άτυπη κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από μεταβολές διάθεσης, αύξηση του βάρους ή της όρεξης, υπερυπνία, αίσθηση δυσβάσταχτου βάρους στα άνω και κάτω άκρα και μακροχρόνια ευαισθησία στην διαπροσωπική απόρριψη που οδηγεί το άτομο σε δυσλειτουργία. Η άτυπη κατάθλιψη εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες, στους χρόνιους ασθενείς και σε ασθενείς νεαρής ηλικίας. (Γιωτάκος, 2006)

Η μελαγχολική κατάθλιψη δεν έχει θετική πρόγνωση ούτε καν προσωρινά. Χαρακτηρίζεται από επιδείνωση τις πρωινές ώρες που οδηγεί το άτομο σε πρωινό εγερτήριο, κινητική επιβράδυνση ή ανησυχία, απώλεια βάρους ή ανορεξία και αίσθημα υπερβολικής ή αδικαιολόγητης ενοχής. Η μελαγχολική κατάθλιψη επιδρά ισομερώς και τα δύο φύλα και είναι πιο βαριά στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. (Γιωτάκος, 2006)

Η συγκαλυμμένη ή λανθάνουσα κατάθλιψη κατατάσσεται σύμφωνα με το ICD-10 στην κατηγορία των «Άλλων καταθλιπτικών επεισοδίων». Κάποια από τα σωματικά συμπτώματά της είναι η κεφαλαλγία, η ζάλη, η πίεση στο στήθος, η ξηροστομία, οι διαταραχές του σφυγμού, η δυσκοιλιότητα ή η διάρροια, η συχνουρία και οι αρθρικοί πόνοι. Όσον αφορά τους έφηβους η κατάθλιψη εκδηλώνεται με μεγάλο βαθμό ευερεθιστότητας, κοινωνικής απόσυρσης και αντικοινωνικής συμπεριφοράς, καθώς επίσης εμφανίζουν και διαταραχές στην πρόσληψη της τροφής (ψυχογενής ανορεξία και βουλιμία). (Χριστοδούλου, 2005)

Η παραληρητική – ψυχωσική κατάθλιψη διακρίνεται από τις παραληρητικές ιδέες και τις ψευδαισθήσεις που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς. Οι παραληρητικές ιδέες εμπεριέχουν την υποχονδρίαση, τον μηδενισμό, τις επικείμενες καταστροφές, τις ενοχές και την παράνοια (ιδέες σχολιασμού, συσχέτισης, δίωξης, ελέγχου). Οι ψευδαισθήσεις εμφανίζονται με τις οπτικές, ακουστικές και οσφρητικές μορφές παραισθήσεων. (Χριστοδούλου, 2005)

Η επιλόχεια κατάθλιψη η οποία αποτελεί το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, με την αφετηρία της μέσα στον πρώτο μήνα του τοκετού, ανήκει στην βαριά μορφή κατάθλιψης και μπορεί να περιλαμβάνει ψυχωσικά στοιχεία (παραληρήματα που αφορούν το βρέφος), αυτοκτονικό ιδεασμό και απόπειρες βρεφοκτονίας. (Σολδάτος και Λύκουρας, 2006) Σύμφωνα με τον Γιωτάκο (2006) κατά την επιλόχεια κατάθλιψη μεταβάλλεται εύκολα η διάθεση της γυναίκας, καθώς εμφανίζει έλλειψη συγκέντρωσης και κινητική αναστάτωση.

Τέλος, αναφέρονται κάποιοι άλλοι τύποι κατάθλιψης όπως είναι η χρόνια κατάθλιψη που περιλαμβάνει ένα χρόνιο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, καθώς και η προεμμυνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή και η διαταραχή με υποτροπιάζοντα βραχέα καταθλιπτικά επεισόδια. (Σολδάτος και Λύκουρας, 2006)

### **1.6 Επιδημιολογία**

Σε παγκόσμιο επίπεδο 121 εκατομμύρια άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με την κατάθλιψη. Η κατάθλιψη έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει συγκεκριμένες πτυχές της ποιότητας της ζωής του ατόμου όπως είναι η εργασία και οι διαπροσωπικές σχέσεις. Στην βαριά της μορφή η κατάθλιψη μπορεί να στρέψει το άτομο στην αυτοκτονία και είναι η αιτία για την αυτοκτονία 850.000 ατόμων κάθε χρόνο. (<http://www.sciencedaily.com/releases/2011/07/110725202240.htm>)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σε συνεργασία με την Παγκόσμια Τράπεζα του ΟΗΕ (2001) η κατάθλιψη κατέχει την τέταρτη θέση και υπολογίζεται πως κατά το έτος 2020 θα κατέχει την δεύτερη θέση θανάτου παγκοσμίως. Μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης της κατάθλιψης υπάρχει στους άγαμους, τους διαζευγμένους και τους κατοίκους αγροτικών περιοχών. (<http://www.depressionanxiety.gr/2/article/greek/2/70/index.htm>)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με την Παγκόσμια Ψυχική Υγεία διεξήγαγαν έρευνα με σκοπό την διερεύνηση της επιδημιολογίας της κατάθλιψης στην οποία συμμετείχαν ερευνητές από 20 κέντρα. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι κάτοικοι χωρών υψηλού εισοδήματος εμφανίζουν κατάθλιψη σε μεγαλύτερο ποσοστό (15%) συγκριτικά με κατοίκους χωρών χαμηλού – μεσαίου εισοδήματος που εμφανίζουν 11%. (<http://www.sciencedaily.com/releases/2011/07/110725202240.htm>)

Οι πιθανότητες εμφάνισης της κατάθλιψης είναι διπλάσιες στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες και ένας βασικός συντελεστής που συμβάλλει σε αυτό το συμπέρασμα είναι η επίδραση των γυναικών από την απώλεια του συντρόφου όπως είναι π.χ. ο χωρισμός, ο θάνατος, το διαζύγιο. (<http://www.sciencedaily.com/releases/2011/07/110725202240.htm>)

Με βάση κάποια άλλα δεδομένα που έχουν καταγραφεί από το ΕΠΙΨΥ ένας άλλος συντελεστής που θέτει τις γυναίκες πιο επιρρεπείς στον κίνδυνο εμφάνισης

της καταθλιπτικής διαταραχής σε ποσοστό 20% είναι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής (τοκετός, ανατροφή παιδιών). (<http://www.depressionanxiety.gr/2/article/greek/2/70/index.htm>)

Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, η έναρξή της όμως τοποθετείται στην μέση ηλικία γύρω στα 25 χρόνια. Η κατάθλιψη ενώ είναι το ίδιο συχνή σε αγόρια και κορίτσια στην προεφηβική ηλικία, παρ' όλα αυτά στην ενήλικη ζωή είναι δυο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες απ' ότι σε έφηβους και ενήλικους άνδρες. Οι ηλικίες 25 με 44 ετών εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης της κατάθλιψης τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες και όσον αφορά τα μικρότερα ποσοστά της κατάθλιψης κυμαίνονται μετά τα 65 χρόνια και για τα δύο φύλα. (<http://www.mazi.org.gr>)

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί ένα μεγάλο ποσοστό που κυμαίνεται γύρω στο 75% των ατόμων που πάσχουν από κάποια αγχώδη διαταραχή την βιώνουν κατά την διάρκεια των φοιτητικών τους χρόνων και πως η βασικότερη αιτία παραπομπής φοιτητών στα συμβουλευτικά κέντρα είναι το άγχος, το οποίο κυμαίνεται στο 47,7%. (Παναγιωτοπούλου & Πασχάλη, 2012)

Η έρευνα που πραγματοποίησαν ο Μαδιανός και ο Ζάρναρης το 1988 έδειξε ότι το 39,2% των ελλήνων φοιτητών εμφανίζουν κατάθλιψη, ενώ μια άλλη έρευνα του Ευσταθίου το 2000 που πραγματοποιήθηκε σε 1184 φοιτητές έδειξε ότι το 15,4% των φοιτητών παρουσίαζε ψυχολογικά προβλήματα με ποσοστό μεγαλύτερο στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. (Παναγιωτοπούλου & Πασχάλη, 2012)

Σύμφωνα με τον Στυλιανίδη (2005) από τον γενικό πληθυσμό βρέθηκε ότι υψηλά ποσοστά κατάθλιψης κατέχουν οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι (άνω των 75 ετών), οι άνεργοι (26% των ανέργων), οι εργάτες, οι διαζευγμένοι και οι χήροι.

Σύμφωνα με τον απολογισμό που πραγματοποίησε το Κέντρο Συμβουλευτικής του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών για τα ακαδημαϊκά έτη 2003-2006 το 16,5% των φοιτητών που στράφηκαν για ατομική συμβουλευτική αντιμετώπιζαν προβλήματα άγχους και το 10,7% των φοιτητών εκδήλωναν προβλήματα διαταραχών διάθεσης. Όσον αφορά τα ακαδημαϊκά έτη 2006-2009 αναδείχθηκε ότι το 24% των φοιτητών απευθύνθηκαν στο Κέντρο με αγχώδη

συμπτώματα και το 12% των φοιτητών με καταθλιπτικά συμπτώματα. (Παναγιωτοπούλου & Πασχάλη, 2012)

Σύμφωνα με τον Στυλιανίδη (2005) η κατάθλιψη υποθεραπεύεται σε μεγάλο ποσοστό και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι μόνο το 13% από αυτούς που βρέθηκε ότι πάσχουν από κατάθλιψη, έχει λάβει θεραπεία για αυτήν.

Ταυτόχρονα, το γεγονός αυτό έρχεται να επιβεβαιώσει και η έρευνα του Διεθνούς Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας (NationalInstituteofMentalHealth – NIMH), στα τέλη του εβδομήντα κατά την οποία βρέθηκε ότι λιγότερο από το 20% των ατόμων που εμφανίζουν κάποια ψυχική διαταραχή τους τελευταίους έξι μήνες απευθύνθηκαν σε κάποιον ειδικό αναζητώντας θεραπεία. (Weissman,1987)

### **1.7 Ο ρόλος των ειδικών στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης**

Διάφοροι επαγγελματίες υγείας όπως π.χ. κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, ψυχίατροι και σύμβουλοι προσφέρουν διάφορα είδη υπηρεσιών και θεραπείες για την κατάθλιψη. Παρακάτω αναφέρονται οι πρακτικές και τα είδη υπηρεσιών που προσφέρει ο κάθε επαγγελματίας. (Jorm, Allen, Morgan, Ryan&Purcell, 2013)

#### **Κοινωνικοί λειτουργοί στην ψυχική υγεία**

Οι κοινωνικοί λειτουργοί στην ψυχική υγεία παρέχουν στήριξη στα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη και άγχος, ενθαρρύνοντάς τα στο να πιστέψουν στις δυνάμεις τους και να βρουν οι ίδιοι σε συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς τρόπους αποτελεσματικής διαχείρισης των καταστάσεων που προκαλούν αυτές τις συνθήκες. Οι συνθήκες αυτές μπορεί να είναι κάποια οικογενειακά ζητήματα, οικονομικά προβλήματα, το άγχος της εργασίας και ζωτικές ρυθμίσεις. Επίσης, οι κοινωνικοί λειτουργοί ψυχικής υγείας μπορούν να παρέχουν στοχευμένες ψυχολογικές στρατηγικές αυτό – βοήθειας στις οποίες συγκαταλέγονται τεχνικές χαλάρωσης και κατάρτισης δεξιοτήτων (π.χ. επίλυσης προβλημάτων και διαχείριση άγχους). (Jorm, Allen, Morgan, Ryan&Purcell, 2013)

#### **Ψυχολόγοι**

Οι ψυχολόγοι είναι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι παρέχουν ψυχολογικές θεραπείες όπως είναι η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία και η διαπροσωπική

θεραπεία. Οι κλινικοί ψυχολόγοι ειδικεύονται στην εκτίμηση, στην διάγνωση και στην θεραπεία σε συνθήκες ψυχικής υγείας. Οι ψυχολόγοι και οι κλινικοί ψυχολόγοι δεν είναι γιατροί και δεν μπορούν να συνταγογραφήσουν φάρμακα. (Jorm, Allen, Morgan, Ryan&Purcell, 2013)

### **Ψυχίατροι**

Οι ψυχίατροι είναι γιατροί που είναι περαιτέρω εκπαιδευμένοι στην ειδίκευση της ψυχικής υγείας. Μπορούν να κάνουν ιατρικές και ψυχιατρικές εκτιμήσεις, να διεξάγουν ιατρικές εξετάσεις, να παρέχουν θεραπεία και να συνταγογραφήσουν φάρμακα. Συχνά χρησιμοποιούν ψυχολογικές θεραπείες όπως είναι η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία, η διαπροσωπική θεραπεία και φαρμακοθεραπεία. (Jorm, Allen, Morgan, Ryan&Purcell, 2013)

### **Σύμβουλοι**

Οι σύμβουλοι μπορούν να εργαστούν σε μια σειρά από υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων υπηρεσιών όπως συμβουλευτικά κέντρα φοιτητών, ιδιωτικά ιατρεία, νοσοκομεία, κέντρα ψυχικής υγείας, διάφορες κρατικές υπηρεσίες, σε επιχειρήσεις, κοινοτικά κέντρα υγείας, σχολεία και άλλους εκπαιδευτικούς χώρους καθώς και πανεπιστημιακά ιδρύματα και ως ελεύθεροι επαγγελματίες. Ένας σύμβουλος μπορεί να μιλήσει με το άτομο σχετικά με διάφορα προβλήματα που αντιμετωπίζει και να διερευνήσει μαζί του τις δυνατές λύσεις. (Μαλικιώση – Λοΐζου, 2007)

## **2<sup>ο</sup> Κεφάλαιο**

### **2.1 Φοιτητικός πληθυσμός**

Ο φοιτητικός πληθυσμός αποτελεί μια ομοιογενής και διακριτή ομάδα νέων, ηλικίας 18-25 ετών, οι οποίοι δεν έχουν ακόμη ενταχθεί στην αγορά εργασίας, αλλά προετοιμάζονται για αυτήν. Μπορεί κανείς να ισχυριστεί ότι αποτελεί το πνευματικό δυναμικό ενός κράτους από το γεγονός ότι προετοιμάζονται και εξειδικεύονται με στόχο την εισχώρηση σε επαγγέλματα «υψηλών» προδιαγραφών, που προαπαιτούν καλή βασική εκπαίδευση και υψηλό πνευματικό δυναμικό. (Καλαντζή –Αζίζι, 1999)

Η ύπαρξη εμποδίων, και κυρίως ψυχικών και κοινωνικών δυσκολιών, μπορεί να επηρεάσει την απόδοση των φοιτητών στην μελέτη, να επιδράσει αρνητικά στην ακαδημαϊκή τους ζωή και γενικότερα στην ποιότητα της ζωής τους, επιμηκύνοντας πολλές φορές τη διάρκεια των σπουδών τους, γεγονός που μπορεί να έχει πολλαπλές κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις. (Χαρίλα και Καλαντζή –Αζίζι, 2007)

### **2.2 Αναπτυξιακά χαρακτηριστικά των φοιτητών**

Κατά τη διάρκεια των σπουδών του φοιτητή, ολοκληρώνονται κάποιες εξελικτικές διαδικασίες, οι οποίες είναι οι ακόλουθες: η συμπλήρωση των νοητικών, κοινωνικών, ατομικών και ψυχολογικών ικανοτήτων του, ο σωστός έλεγχος και χειρισμός των συναισθημάτων του, γεγονός το οποίο θα τον βοηθήσει να αποκτήσει καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις, η απόκτηση αυτονομίας, ανεξαρτησίας και ταυτότητας, η αποσαφήνιση των στόχων ζωής που θέτει και το ξεκίνημα για την απόκτηση ενός επιθυμητού τρόπου ζωής και, τέλος, ίσως το πιο σημαντικό από όλα, η αξιοποίηση όλων των προηγούμενων αναπτυξιακών διαδικασιών για την ολοκλήρωση της προσωπικότητάς του και η πορεία προς την

ακεραιότητα του χαρακτήρα του, όταν πλέον το άτομο θα έχει ικανοποιήσει τις εσωτερικές του ανάγκες. (Ευθυμίου, 2007)

Ωστόσο, όπως ειπώθηκε παραπάνω, επειδή οι νεαροί φοιτητές δεν έχουν ενταχθεί ακόμη πλήρως στην ομάδα των ενηλίκων αλλά βρίσκονται στο μεταβατικό στάδιο ανάμεσα στην εφηβεία και την ενηλικίωση, εμφανίζουν ακόμα στη συμπεριφορά τους αρκετά βασικά χαρακτηριστικά της εφηβείας. (Arnett, 2000) Δηλαδή, αντιμετωπίζουν μια σειρά από προκλήσεις, τις οποίες προσπαθούν να ξεπεράσουν θέτοντας αντίστοιχους στόχους. Στους στόχους αυτούς συγκαταλέγονται, η απόκτηση ταυτότητας, η σύνναψη και διατήρηση ώριμων διαπροσωπικών σχέσεων, η κατάρτιση επαγγελματικών προσδοκιών και η επίτευξη της αυτονομίας τους. (Christopoulosetal,1997; Ευθυμίου και συν., 2007)

Επιπλέον, οι φοιτητές αρχίζουν να απομακρύνονται από την οικογένεια και να δένονται με τον κύκλο των συνομηλίκων, ο σεξουαλικός τους προβληματισμός είναι πιο έντονος και, τέλος, θέτουν τις βάσεις για την επαγγελματική τους πορεία και εξέλιξη. (Arnett, 2000; Christopoulosetal., 1997; Ευθυμίου και συν., 2007)

Σύμφωνα με την θεωρία των ψυχοκοινωνικών σταδίων εξέλιξης του ErikErikson το 1968 (Παρασκευόπουλος, 1985), η απόκτηση ταυτότητας που συνιστά τον πρώτο στόχο των νεαρών φοιτητών, αποτελεί την κύρια αναπτυξιακή κρίση της εφηβείας. Στο στάδιο αυτό, το άτομο πρέπει να διαμορφώσει, πρώτα από όλα, μια εικόνα για τον εαυτό του ως πρόσωπο. Το άτομο πρέπει να αισθάνεται ότι είναι ένα ξεχωριστό πρόσωπο με τη δική του αξία, ανεξάρτητα από το εάν και κατά πόσο έχει κοινές αξίες, πεποιθήσεις και ενδιαφέροντα με τους άλλους ανθρώπους. Επιπλέον, η εικόνα που έχει διαμορφώσει το άτομο για τον εαυτό του πρέπει να έχει μια εσωτερική ενότητα και σταθερότητα μέσα στο πέρασμα του χρόνου. Δηλαδή, να πιστεύει ότι, παρά τις ποικίλες αλλαγές που υφίσταται αναπτυσσόμενο, έχει μια εσωτερική ενιαιότητα και προσωπική συνέχεια με το παρελθόν, το παρόν και τις προοπτικές του μέλλοντος.

Εκτός από τη διαχρονική σταθερότητα, μια ολοκληρωμένη προσωπική ταυτότητα, ή αλλιώς ταυτότητα του Εγώ, όπως την ονομάζει ο Erikson, προϋποθέτει και μια συγχρονική σταθερότητα, δηλαδή την πεποίθηση του ατόμου ότι παραμένει το ίδιο πρόσωπο σε όλες τις διαπροσωπικές του αλληλεπιδράσεις, ανεξάρτητα από το πόσο διαφορετικά ενεργεί σε κάθε μια από αυτές. Τέλος, είναι

σημαντικό το άτομο να έχει μια σαφή ιδέα για το ρόλο που θα διαδραματίσει μέσα στην κοινωνία και, για να μπορέσει να αποσαφηνίσει τον κοινωνικό του ρόλο, σημαντική προϋπόθεση είναι η ιεράρχηση των σκοπών και αξιών της ζωής του ατόμου. (Παρασκευόπουλος, 1985)

Η έλλειψη σαφούς και ολοκληρωμένης ταυτότητας οδηγεί, σύμφωνα με τον Erikson, σε σύγχυση ρόλων. (Παρασκευόπουλος, 1985) Το χτίσιμο της σωστής και ολοκληρωμένης εικόνας θα βοηθήσει το άτομο τόσο στο να εξελιχθεί προσωπικά, όσο και στο να εξελιχθεί στον κοινωνικό του ρόλο και στις διαπροσωπικές του αλληλεπιδράσεις. Η διάρκεια της φοίτησης στο Πανεπιστήμιο, δηλαδή η παράταση των «μαθητικών χρόνων», δίνει στους φοιτητές τη χρονική ανάπαυλα ώστε να μπορέσουν να επεξεργαστούν με ηρεμία τις δυσκολίες σχετικά με θέματα ταυτότητας. (Ευθυμίου και συν., 2007)

Η πλειοψηφία των φοιτητών έχει, επιπλέον, την τάση για ριζοσπαστικές και ουτοπιστικές αντιπαραθέσεις με το κοινωνικό κατεστημένο. Σύμφωνα με τον Mendel (1972) αυτό το γεγονός πηγάζει και ταυτόχρονα βρίσκει την εξήγησή του στην κρίση της ταυτότητας που βιώνουν κατά τη μετεφηβεία οι νεαροί φοιτητές και η οποία οδηγεί σε «κρίση των γενεών» (Κραββαρίτη, 2003)

Όταν το άτομο κατακτήσει και σταθεροποιήσει την έννοια της ταυτότητας και της εικόνας του εαυτού του, είναι πλέον έτοιμο να περάσει στην πραγματοποίηση του δεύτερου του στόχου, δηλαδή, να συνάπτει και, κυρίως, να διατηρεί ώριμες διαπροσωπικές σχέσεις σε φιλικό και ερωτικό επίπεδο. Σύμφωνα με τον Erikson (Hayes, 1998), ο στόχος αυτός αντιστοιχεί στην αναπτυξιακή κρίση της νεανικής ηλικίας. Στη φάση αυτή το άτομο είναι προετοιμασμένο να κινηθεί προς την κατεύθυνση της δημιουργίας στενών σχέσεων που να διέπονται από εμπιστοσύνη, αγάπη, σταθερότητα και σεβασμό. Μέσω διάφορων τέτοιων σχέσεων, θα αναπτυχθεί στο άτομο το αίσθημα της οικειότητας και θα γίνει μια ομαλή μετάβαση από τις σχέσεις με την οικογένεια, στις διαπροσωπικές και ερωτικές σχέσεις.

Η σχέση των δυο πρώτων στόχων, δηλαδή του στόχου απόκτησης ταυτότητας και του στόχου σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων, είναι αμφίδρομη. Δηλαδή, η απόκτηση ταυτότητας συμβάλλει στη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων, καθώς τα άτομα που έχουν μια σαφή και ολοκληρωμένη εικόνα για τον εαυτό



τους συνάπτουν ευκολότερα ώριμες διαπροσωπικές σχέσεις που διέπονται από σταθερότητα, και οι διαπροσωπικές σχέσεις βοηθούν στη διαμόρφωση της ταυτότητας, αφού αποτελούν πηγή αποδοχής του ατόμου από τον περίγυρό του, με αποτέλεσμα να το βοηθούν να διαμορφώσει μια πλήρη και σαφή εικόνα για τον εαυτό του. (Aherne, 1997)

Όσον αφορά στον τρίτο στόχο, δηλαδή την κατάρτιση επαγγελματικών προσδοκιών, σχετική είναι η θεωρία των οκτώ περιόδων της ώριμης ηλικίας του Levinson το 1978 (Hayes, 1998), η οποία αναφέρεται στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην κατάρτιση επαγγελματικών στόχων. Σύμφωνα με τη θεωρία του Levinson, η πρώτη μετάβαση στην ώριμη ηλικία συντελείται από το 17<sup>ο</sup> έως το 22<sup>ο</sup> έτος και από το 22<sup>ο</sup> έως το 28<sup>ο</sup> έτος είναι η περίοδος εισόδου στον κόσμο των ενηλίκων. Την περίοδο αυτή, το άτομο αρχίζει να κάνει τις πρώτες του επιλογές στις διαπροσωπικές σχέσεις, τους επαγγελματικούς στόχους και το σύστημα ιδεών και αξιών του.

Τέλος, αλληλένδετοι είναι και οι δύο τελευταίοι στόχοι, καθώς η κατάρτιση επαγγελματικών προσδοκιών και, κατά συνέπεια, η εξεύρεση εργασίας, θα οδηγήσουν στην απόκτηση οικονομικής ανεξαρτησίας, γεγονός που θα οδηγήσει στην επίτευξη της αυτονομίας. (Ευθυμίου και συν., 2007)

Ο τέταρτος στόχος, δηλαδή η επίτευξη της αυτονομίας και της ανεξαρτησίας του ατόμου από το οικογενειακό περιβάλλον, είναι μία διαδικασία η οποία απασχολεί έντονα τους νεαρούς φοιτητές, οι οποίοι, ενώ επιθυμούν να ανεξαρτητοποιηθούν από τους γονείς τους και κάνουν κάποια βήματα προς αυτό τον τομέα, δεν μπορούν να το επιτύχουν στο βαθμό που εξαρτώνται οικονομικά – πλήρως ή εν μέρει – από την οικογένειά τους. (Arnett, 1994)

Εκτός, όμως, από τους οικονομικούς, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που εμποδίζουν το νεαρό φοιτητή να επιτύχει αυτόν τον στόχο, δηλαδή την αυτονομία. Όπως αναφέρουν οι Janigetal. το 1982 (Ευθυμίου και συν., 2007), κατά την είσοδό του στο πανεπιστήμιο, ο νεαρός φοιτητής γίνεται κοινωνικός μιας πληθώρας νέων γνώσεων, ιδεολογιών και ιδεών. Εκεί δημιουργείται το κατάλληλο υπέδαφος για κάθε είδους πνευματικές αναζητήσεις, για ελεύθερη σκέψη, σύγκριση απόψεων, άνοιγμα οριζόντων και αμφισβήτηση. Αυτή η πληθώρα γνώσεων, επιλογών και ιδεών με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπος ο

φοιτητής, τον αποδιοργανώνει, ιδιαίτερα αν συγκρίνει την παρούσα κατάσταση με την ιδιαίτερα δομημένη προηγούμενη ζωή του, και τον δυσκολεύει στην πορεία προς την ανεξαρτητοποίησή του. Ωστόσο, το νεαρό άτομο έχει τη δυνατότητα να πειραματιστεί με αυτές τις εναλλακτικές επιλογές, χωρίς να είναι υποχρεωμένο να προχωρήσει σε αμετάκλητες δεσμεύσεις.

Αυτή η δυνατότητα υπάρχει διότι στη σύγχρονη δυτική κοινωνία, η εφηβεία επιμηκύνεται και από τις δυο πλευρές: ξεκινά νωρίτερα και τελειώνει αργότερα. Από ιστορικής απόψεως, υπάρχει μια τάση οι φυσικές αλλαγές που σχετίζονται με την εφηβεία να ξεκινούν σε μια πιο μικρή ηλικία, ώστε η σωματική και η σεξουαλική ωριμότητα να επιτευχθεί νωρίτερα. Από κοινωνική σκοπιά, όμως, κάποιος κατακτά μια ανεξάρτητη και αυτόνομη θέση πολύ αργότερα λόγω της αναγκαστικής σχολικής παρακολούθησης ή άλλων γεγονότων. (Clara, 1999)

Τα στάδια της πορείας του ατόμου για να φτάσει από την εξάρτηση της οικογένειας στην αυτονομία, περιγράφονται από το μοντέλο της μεταβαλλόμενης συνείδησης του Gould το 1978 (Hayes, 1998). Το μοντέλο αυτό περιγράφει σε δυο στάδια την πορεία του ατόμου από την εξάρτηση μέσα στην οικογένειά του προς την αυτονομία του στην κοινωνία. Στο πρώτο στάδιο (16 – 22 ετών) το άτομο αποκολλάται από τους κόλπους της οικογένειας και αρχίζει να αναλαμβάνει ευθύνες και να οριοθετεί το ίδιο τη ζωή του. Στο δεύτερο στάδιο (22 – 28 ετών) το άτομο κατακτά την αυτονομία του και ενηλικιώνεται.

Ωστόσο, ο χρόνος που μεσολαβεί από την σωματική ωρίμανση του ατόμου έως τη στιγμή της αυτονομισής του, υπόκειται στις επιδράσεις διαπολιτισμικών παραγόντων. Το χρονικό αυτό διάστημα διαφέρει από τη μια χώρα στην άλλη. Μεγαλύτερη διάρκεια παρατηρείται στις χώρες της Νότιας Ευρώπης. Για παράδειγμα, στην Ιταλία το 47% των νέων ηλικίας 20 – 34 ετών δεν σκοπεύουν να εγκαταλείψουν το πατρικό τους σπίτι και την οικογένειά τους και επιπλέον το 40% από αυτούς δεν συνεισφέρουν κατά κανένα τρόπο στα έξοδα της οικογένειας, παρόλο που έχουν έναν κανονικό μισθό και ούτε οι δουλειές του σπιτιού είναι μέρος των υποχρεώσεών τους, ειδικά αν η μητέρα τους ασχολείται με τα οικιακά. (Κραββαρίτη, 2003)

Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τα αντίστοιχα των Καλαντζή, Μπεζεβέγκη και Γιαννίτσα, (1989, παρατίθεται στο Ευθυμίου και συν., 2007) οι οποίοι αναφέρουν

ότι στην Ελλάδα το 76% των φοιτητών και το 82% των εργαζόμενων νέων ηλικίας 19 έως 23 χρόνων μένουν με την γονεϊκή τους οικογένεια. Αντίθετα, στη Βρετανία υπάρχει μια τάση οι φοιτητές να επιλέγουν το πανεπιστήμιο φοιτήσής τους να είναι πολύ μακριά από την γονεϊκή τους κατοικία.

### **2.3 Καταθλιπτική συμπτωματολογία και φοιτητικός πληθυσμός**

Η κατάθλιψη είναι μια σοβαρή συναισθηματική διαταραχή, αρκετά διαδεδομένη στους νεαρούς ενήλικες και, ιδιαίτερα, στους φοιτητές. (Hysenbegasi, Hass&Rowland, 2005) Ένας στους τέσσερις νεαρούς ενήλικες, 18 – 25 ετών, υπολογίζεται ότι θα έχει την εμπειρία ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. (Kuwabara, VanVoorthees, Gollan&Alexander, 2007). Σχεδόν το 20% του φοιτητικού πληθυσμού εμφανίζει κάποιο καταθλιπτικό επεισόδιο κάποια στιγμή, κατά τη διάρκεια των σπουδών του (Daughtry&Kunkel, 1993), ενώ δυνητική περίπτωση αποτελεί ο ένας στους τρεις έως ένας στους πέντε φοιτητές. Το ποσοστό αυτό είναι αυξημένο κατά μιάμιση έως δυο φορές, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό και κρίνεται υψηλό. (Ευθυμίου και συν., 2007)

Σε πολλούς νεαρούς ενήλικους, οι καταθλιπτικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από διακύμανση, αβεβαιότητα και ασυνέχεια στη διάθεση, στην αίσθηση προσωπικής ταυτότητας, στις αναπτυξιακές διαδικασίες και, τέλος, στις κοινωνικές σχέσεις. (Kuwabaraetal., 2007)

Σύμφωνα με την επιδημιολογική έρευνα των Ναυρίδη, Δραγώνα, Μιλιαρίνη και Δαμίγου (1990), η οποία έγινε σε δείγμα 243 φοιτητών των σχολών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, σχετικά με το Συμβουλευτικό Κέντρο για τους φοιτητές του Πανεπιστημίου αυτού, το συνολικό ποσοστό των φοιτητών με συμπτώματα αποθάρρυνσης, όπως αυτή ανιχνεύεται από την κλίμακα C.E.S. – D., με διαχωριστικό σημείο το 16, είναι 29% για τους άνδρες και 49% για τις γυναίκες. Συγκρίνοντας τα στοιχεία αυτά με τα στοιχεία που πρόεκυψαν από την έρευνα των Μαδιανού και Ζάρναρη (1988, παρατίθεται στο Ευθυμίου και συν., 2007) σε πανελλήνιο δείγμα ηλικίας 20 – 29 ετών υπολογίζεται ότι το ποσοστό των φοιτητών με καταθλιπτική συμπτωματολογία στην κλίμακα C.E.S. – D., είναι 39,2%, δηλαδή τριπλάσιο από αυτό του γενικού πληθυσμού (12,2%).

Σύμφωνα με τη βαθμολογία στην κλίμακα Langner, 14% των φοιτητριών και 7% των φοιτητών εμφανίζουν σοβαρή διαταραχή και 13% των φοιτητριών και 4% των φοιτητών εμφανίζουν βαριά διαταραχή. Το ποσοστό των φοιτητών που εμφανίζει σοβαρή ή βαριά διαταραχή είναι τετραπλάσιο του γενικού πληθυσμού στην ίδια ηλικιακή ομάδα (19,2% έναντι 4,9 %). (Ναυρίδης και συν., 1990)

Ωστόσο, πολλά από τα συμπτώματα που εμφανίζουν οι φοιτητές είναι περιστασιακά (δηλαδή, ενδέχεται να έχουν εξαλειφθεί αν οι φοιτητές επανεξεταστούν μετά από μια εβδομάδα) και δεν είναι διαμορφωμένες κλινικές οντότητες, διότι συνδέονται με συναισθήματα απώλειας ελπίδας, τα οποία οδηγούν σε απώλεια του ηθικού, ηττοπάθεια και αποθάρρυνση, δηλαδή, συναισθήματα τα οποία παρουσιάζονται σε διάφορες ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως είναι οι φοιτητές και έχουν χαρακτήρα κοινωνιογενετικό. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι τα αναφερόμενα ποσοστά δεν μπορούν να οριστούν ως ένδειξη ψυχοπαθολογίας αλλά μάλλον ως μια διαταραχή της «φυσιολογικότητας». (Ευθυμίου και συν., 2007)

Επιπλέον, στην πανελλήνια έρευνα ψυχικής υγείας των Ευθυμίου, Ευσταθίου & Καλαντζή – Αζίζι (2007), η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 4533 φοιτητών από όλη την Ελλάδα, διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό των δυνητικών περιπτώσεων αποθάρρυνσης, με χρήση ουδού το 16 στην κλίμακα C.E.S. – D., εμφανίζεται 42,6% για τους άνδρες και 51,4% για τις γυναίκες.

Υψηλά είναι τα ποσοστά κατάθλιψης των φοιτητών και στο εξωτερικό. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε φοιτητές στην Τουρκία (Bostancietal., 2005), βρέθηκε ότι το ένα τέταρτο των φοιτητών εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης. Επιπλέον, σε έρευνα που έγινε σε φοιτητές της Ευρώπης (Wardleetal., 2004), προκειμένου να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στη συχνότητα της κατάθλιψης σε φοιτητικό πληθυσμό της Κεντρικής – Ανατολικής Ευρώπης και της Δυτικής Ευρώπης, βρέθηκε ότι κατάθλιψη εμφανίζει το 43,4% του δείγματος της Κεντρικής – Ανατολικής Ευρώπης και το 30,6% του δείγματος της Δυτικής Ευρώπης.

Σε έρευνα των Andrews&Wilding (2004), η οποία πραγματοποιήθηκε σε φοιτητές σε δυο φάσεις:

1. Λίγο πριν αρχίσουν οι φοιτητές να παρακολουθούν μαθήματα στο Πανεπιστήμιο και
2. Κατά τη διάρκεια των σπουδών των φοιτητών, διαπιστώθηκε ότι το 9% των φοιτητών που δεν παρουσίαζαν κατάθλιψη πριν την είσοδό τους στο Πανεπιστήμιο, από τότε που άρχισε η φοίτησή τους στη σχολή εμφάνισαν ήπια ή σοβαρά συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής.

Σύμφωνα με τους Bosseetal. (1975), η συχνότητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στον φοιτητικό πληθυσμό τείνει να αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου. Ωστόσο, προς το παρόν, η συχνότητα της κατάθλιψης στους φοιτητές είναι υποτιμημένη, καθώς συμπτώματα τα οποία υποδηλώνουν σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή αποσιωπώνται και χαρακτηρίζονται απλώς ως συμπτώματα αποθάρρυνσης.

Οι ίδιοι, σε έρευνά τους σε 158 δευτεροετείς φοιτητές πανεπιστημίου στην Αμερική, στους οποίους ζητήθηκε να αναφέρουν τα χαρακτηριστικά της πιο αγχογόνου περιόδου κατά τη διάρκεια του πρώτου τους έτους στη σχολή, χρησιμοποιώντας μια προσαρμοσμένη μορφή της κλίμακας BDI, διαπίστωσαν ότι το 75% των φοιτητών είχε έρθει αντιμέτωπο με την εμπειρία τουλάχιστον ήπιας μορφής κατάθλιψης το προηγούμενο έτος, ενώ το 41% του δείγματος είχε εμφανίσει μέτριας ή σοβαρής μορφής κατάθλιψη. (Bosseetal., 1975)

Όσον αφορά στις κυριότερες αιτίες της κατάθλιψης, σε έρευνα των Furr, McConnell, Westefeld&Jenkins (2001) βρέθηκε ότι, ανάμεσα στους φοιτητές που δήλωσαν ότι είχαν παρουσιάσει κατάθλιψη από τότε που άρχισε η φοίτησή τους στη σχολή, το 53% των φοιτητών έδωσε ως κύρια αιτία τη χαμηλή επίδοση, το 51% έδωσε ως αιτία τη μοναξιά, το 50% τα οικονομικά προβλήματα και, τέλος, το 48% έδωσε ως βασική αιτία τα προβλήματα στην ερωτική του σχέση.

### **2.3.1 Καταθλιπτική συμπτωματολογία και άγχος στον φοιτητικό πληθυσμό, ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά**

Στη συνέχεια παρατίθενται ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως είναι το φύλο, το έτος σπουδών, η διαμονή και το μορφωτικό επίπεδο γονέων, με βάση τα οποία μπορεί να καταλήξει κανείς στο κατά πόσο επηρεάζουν την εμφάνιση της κατάθλιψης και του άγχους στο φοιτητικό πληθυσμό.

## 1) Φύλο

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό έχει διαπιστωθεί η ύπαρξη διαφορών ανάμεσα στα δυο φύλα, ως προς το άγχος, την κατάθλιψη και γενικότερα, την ψυχοπαθολογία των φοιτητών, με το γυναικείο πληθυσμό να υπερέχει έναντι του ανδρικού ως προς την εμφάνιση των συμπτωμάτων των διαταραχών αυτών.

Οι Christopoulos et al. (1997), στην έρευνά τους που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 235 φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών, διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες ανέφεραν περισσότερες ψυχολογικές δυσκολίες και συμπτώματα άγχους από τους άνδρες. Με τα ευρήματα αυτά συμφωνούν και οι Campbell et al. (1992), οι οποίοι αναφέρουν ότι οι φοιτήτριες βιώνουν πάρα πολλά και μη αναμενόμενα επίπεδα άγχους.

Σύμφωνα με την έρευνα των Ευθυμίου και συν. (2007), το ποσοστό των γυναικών που αποτελούν δυνητική περίπτωση ψυχοπαθολογίας είναι μεγαλύτερο από αυτό των ανδρών. Πιο συγκεκριμένα, υπολογίζεται ότι δυνητική περίπτωση αποτελούν η μια στις τρεις έως μια στις πέντε φοιτήτριες, συγκριτικά με τον έναν στους τέσσερις έως έναν στους έξι φοιτητές.

Ενισχυτική των παραπάνω αναφορών είναι έκθεση που αναφέρει ότι το 7,8% των φοιτητών και το 12,3% των φοιτητριών βιώνει συχνά καταστάσεις στρες (Centers for Disease Control and Prevention – CDC, 2004, παρατίθεται στο Κάμτσιος & Φυλακτίδου, 2008). Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζονται από την έρευνα των Jarama Alvan et al. (1996), σε φοιτητές πανεπιστημίου, η οποία υποστηρίζει ότι οι φοιτήτριες είναι σε διπλάσιο βαθμό πιθανότερο να εμφανίσουν συμπτώματα άγχους από ότι οι φοιτητές.

Επιπλέον, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε φοιτητές και φοιτήτριες από το Ιράν και την Ινδία, βρέθηκε και στις δυο αυτές χώρες οι φοιτήτριες παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα άγχους από τους φοιτητές (Sharma, Parnian & Spielberg, 1983). Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζονται και από την έρευνα των Inam et al. (2003).

Όσον αφορά στην κατάθλιψη, οι απόψεις των ερευνητών, σχετικά με τις διαφορές των δυο φύλων στον φοιτητικό πληθυσμό δίστανται. Σύμφωνα με αρκετούς

ερευνητές, παρατηρούνται διαφορές στη συχνότητα της κατάθλιψης ανάμεσα στα δυο φύλα.

Οι Madianos&Stefanis (1992) διαπίστωσαν, σε έρευνά τους για την κατάθλιψη σε έλληνες φοιτητές, ότι η συχνότητα της κατάθλιψης στις φοιτήτριες είναι δυο φορές μεγαλύτερη, από ότι στους φοιτητές.

Σε έρευνα των Lopez, Campbell&Watkins (1986) σε 18 φοιτητές και 24 φοιτήτριες, στους οποίους χορηγήθηκε η κλίμακα BDI, βρέθηκε ότι οι φοιτήτριες παρουσίαζαν υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης, σχετικά με την απομάκρυνση από τους γονείς, από τους φοιτητές. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τα ευρήματα του Oksoo (2001) στην έρευνά του για τις διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα, ως προς την κοινωνική υποστήριξη, το αίσθημα της μοναξιάς και την κατάθλιψη, σε δείγμα 452 φοιτητών από την Κορέα. Στην έρευνα αυτή βρέθηκε ότι οι γυναίκες βιώνουν λιγότερη κοινωνική υποστήριξη, περισσότερη μοναξιά και μεγαλύτερη κατάθλιψη από τους άνδρες.

Επιπλέον, σε έρευνα των Boggiano&Barett (1991) σε φοιτητικό πληθυσμό, διαπιστώθηκε ότι οι φοιτήτριες παρουσιάζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από τους φοιτητές, Στην ίδια έρευνα, παρατηρήθηκε μεγαλύτερη ασυμφωνία ανάμεσα στον πραγματικό και στον ιδανικό εαυτό στις γυναίκες, από ότι στους άνδρες. Τέλος, διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα, ως προς την κατάθλιψη, βρέθηκαν και σε έρευνα των Chevron, Quinlan&Blatt (1978), σε δείγμα 39 φοιτητών και 82 φοιτητριών.

Οι διαφορές που παρατηρούνται ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες, ως προς την κατάθλιψη, θα μπορούσαν να αποδοθούν, σύμφωνα με πολλούς ερευνητές στα στερεότυπα, σχετικά με τη θέση και τους ρόλους των δυο φύλων στην οικογένεια και στην κοινωνία. (Ευθυμίου, 2007; Madianosetal, 1992; Chevronetal, 1978)

Σε αντίθεση με αυτά τα ευρήματα, πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν πως, ενώ στον γενικό πληθυσμό παρατηρούνται διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα, ως προς την κατάθλιψη, στον φοιτητικό πληθυσμό οι διαφορές αυτές εξαφανίζονται (Hammenetal, 1977; Santoretal, 1994; Nolen – Hoeksema, 1987; Daughtryetal, 1993; Inametal, 2003). Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, οι φοιτητές και οι φοιτήτριες σημειώνουν περίπου τις ίδιες βαθμολογίες στην κλίμακα BDI, χωρίς

να παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές. (Hammenetal, 1977; Nolen – Hoeksema, 1987; Daughtryetal, 1993; Inametal, 2003)

Σύμφωνα με τη Nolen – Hoeksema (1987), η έλλειψη διαφορών, ως προς την κατάθλιψη, ανάμεσα σε άνδρες φοιτητές και γυναίκες φοιτήτριες θα μπορούσε να οφείλεται στο γεγονός ότι η ψυχική υγεία των ανδρών που πηγαίνουν στο πανεπιστήμιο είναι πιο αντιπροσωπευτική της ψυχικής υγείας των ανδρών γενικότερα, ίσως επειδή είναι περισσότερο αναμενόμενο για τους άνδρες, από ότι για τις γυναίκες, να φοιτήσουν στο πανεπιστήμιο. Επομένως, σύμφωνα με την υπόθεση αυτή, ακόμη και οι άνδρες με κατάθλιψη πηγαίνουν στο πανεπιστήμιο, ενώ, όσον αφορά στο γυναικείο πληθυσμό, πιθανότερο είναι να φοιτούν στο πανεπιστήμιο γυναίκες με καλή ψυχική υγεία.

## 2) Έτος σπουδών

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, οι φοιτητές που βρίσκονται στην αρχή της φοίτησης τους παρουσιάζουν περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα, όπως άγχος και κατάθλιψη σε σύγκριση με τους φοιτητές που βρίσκονται στη μέση της και στο τέλος της φοίτησής τους.

Οι Inam et al (2003), στην έρευνα τους σε φοιτητές στο Πακιστάν, διαπίστωσαν ότι οι φοιτητές που βρίσκονταν στην αρχή της φοίτησης τους, δηλαδή στο πρώτο και δεύτερο έτος, εμφανίζουν περισσότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης από τους φοιτητές που βρίσκονται στο τέλος της φοίτησης τους, δηλαδή στο τρίτο και τέταρτο έτος.

Στην έρευνα των Bosse et al (1975), η οποία πραγματοποιήθηκε με σκοπό να διερευνηθεί η συχνότητα της κατάθλιψης σε πρωτοετείς φοιτητές και έγινε σε δείγμα δευτεροετών φοιτητών, στους οποίους ζητήθηκε να αναφέρουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα που αντιμετώπισαν κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της φοίτησης τους, το 75% του δείγματος των φοιτητών δήλωσε πως είχε αντιμετωπίσει τουλάχιστον ήπιας μορφής κατάθλιψη το περασμένο έτος, της οποίας τα συμπτώματα είχαν ήδη μειωθεί σε σημαντικό βαθμό.

Στην πανελλήνια επιδημιολογική έρευνα των Ευθυμίου και συν (2007) βρέθηκε μικρή επιβάρυνση της ψυχικής κατάστασης των φοιτητών από την είσοδο στην τριτοβάθμια εκπαίδευση και μεγαλύτερη κατά την έξοδο. Παρόμοια ευρήματα



αναφέρονται από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στον ελληνικό χώρο από το Εθνικό Κέντρο Ερευνών, για το σύνολο των νέων 18-24 ετών. (Ευθυμίου και συν, 2007)

Σύμφωνα με την Clara (1999), οι πρωτοετείς φοιτητές και οι τελειόφοιτοι αποτελούν την πλειοψηφία των φοιτητών που ζητούν βοήθεια σε Κέντρο Ψυχικής Υγείας Φοιτητών κυρίως για τα προβλήματα που σχετίζονται με άγχος και κατάθλιψη.

Τα ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζει ο φοιτητικός πληθυσμός κατά την είσοδο του στο Πανεπιστήμιο, ενδεχομένως οφείλονται στη μοναξιά που αισθάνονται οι φοιτητές λόγω του αποχωρισμού από τους γονείς τους και στην ψυχολογική πίεση που αισθάνονται, λόγω του ότι βρίσκονται σε ένα νέο περιβάλλον, το οποίο μέχρι στιγμής τους ήταν άγνωστο. (Clara, 1999; Inam et al, 2003)

Επιπλέον οι ψυχολογικές δυσκολίες που παρουσιάζουν οι φοιτητές, κατά την έξοδο τους από το Πανεπιστήμιο, πιθανώς σχετίζονται με τις ανησυχίες και τους προβληματισμούς τους για τις επαγγελματικές προοπτικές, ο οποίος είναι εντονότερος για τους φοιτητές των μεγαλύτερων ετών. (Ευθυμίου και συν, 2007)

Επιπλέον, οι ψυχολογικές δυσκολίες που παρουσιάζουν οι τελειόφοιτοι φοιτητές ενδεχομένως οφείλονται στην ψυχολογική πίεση που αισθάνονται, καθώς αναγκάζονται πλέον να εγκαταλείψουν το προστατευμένο οικογενειακό περιβάλλον και να μπουν στη διαδικασία εύρεσης εργασίας και αναζήτησης της θέσης τους στην κοινωνία γενικότερα. (Clara, 1999)

### 3) Διαμονή

Η Καλαντζή – Αζίζι σε έρευνα που πραγματοποίησε στο Πανεπιστήμιο Αθηνών με θέμα την ανεξαρτητοποίηση των φοιτητών έδειξε ότι οι φοιτητές που κατάγονται από την επαρχία έχουν μεγαλύτερο βαθμό συναισθηματικής και οικονομικής εξάρτησης, η οποία τους προκαλεί ψυχολογική και σεξουαλική δυσλειτουργία και τους κάνει να παραμένουν σε έναν βαθμό έφηβοι.

Τα ψυχολογικά προβλήματα των φοιτητών συχνά σχετίζονται με το γεγονός ότι σε κάποιες περιπτώσεις, με την είσοδο τους στο Πανεπιστήμιο αναγκάζονται να απομακρυνθούν από το οικογενειακό περιβάλλον και να μείνουν μακριά από τους

γονείς τους για όσο διάστημα σπουδάζουν. Το γεγονός αυτό είναι πολύ δυσάρεστο για τους φοιτητές πολλές φορές και για τις οικογένειες τους καθώς είναι πολύ δύσκολο για τα νέα άτομα να αποδεσμευτούν από τις οικογένειες τους και να αυτονομηθούν, ειδικά στο μεταβατικό στάδιο από την εφηβεία στην ενηλικίωση (Clara, 1999). Σε αυτήν την περίπτωση, οι νεαροί φοιτητές δυσκολεύονται να συνηθίσουν τον αποχωρισμό από τους γονείς τους και βιώνουν συναισθήματα μοναξιάς, άγχους και κάποιες φορές κατάθλιψη. (Clara, 1999)

Σχετικές έρευνες έρχονται σε συμφωνία με τη θεωρία της Clara (1999), καθώς διαπίστωσαν πως οι φοιτητές βιώνουν συναισθήματα μοναξιάς, άγχους και κατάθλιψης λόγω του αποχωρισμού με τους γονείς τους. Ωστόσο, στις έρευνες αυτές βρέθηκε ότι οι άνδρες φοιτητές ήταν, σε σημαντικό βαθμό, πιο ανεξάρτητοι από τους γονείς τους, συγκριτικά με τις φοιτήτριες. Επιπλέον, οι φοιτήτριες παρουσίαζαν υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης, σε σχέση με την απομάκρυνση από τους γονείς συγκριτικά με τους φοιτητές. (Oksoo, 2001; Lopezetal, 1986)

Σε αντίθεση με τις έρευνες αυτές έρχεται η έρευνα των Ευθυμίου και συν (2007), στην οποία βρέθηκε ότι η διαμονή μακριά από τους γονείς δεν έχει τόσο σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των φοιτητών, άποψη η οποία υποστηρίζεται και από τα ευρήματα άλλης έρευνας. (O' Mahony & O' Brien, 1980)

#### 4) Μορφωτικό επίπεδο γονέων

Οι έρευνες σχετικά με τη σχέση του μορφωτικού επιπέδου των γονέων και τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που παρουσιάζουν οι φοιτητές είναι περιορισμένες και, ειδικά στον ελλαδικό χώρο. Μια από αυτές είναι η έρευνα των Christopoulosetal (1997), η οποία διερευνά τη σχέση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο του πατέρα και τα επίπεδα κατάθλιψης που παρουσιάζουν οι φοιτητές. Διαπιστώθηκε ότι πράγματι υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο του πατέρα και στα επίπεδα ψυχολογικής πίεσης και κατάθλιψης που παρουσιάζει ο φοιτητικός πληθυσμός. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, τόσο πιο σοβαρή είναι η κατάθλιψη που παρουσιάζει το άτομο.

Οι Christopoulosetal (1997) αποδίδουν αυτό το φαινόμενο πιθανότατα στην ανάγκη των φοιτητών να έχουν την ίδια καλή επίδοση, σε ακαδημαϊκό επίπεδο, με τον πατέρα τους. Μια άλλη πιθανή εξήγηση είναι ότι οι γονείς και, ειδικά οι

πατέρες, ασκούν πίεση στα παιδιά τους να έχουν την ίδια καλή ακαδημαϊκή επίδοση με τους ίδιους.

Αυτό που προβλημάτισε τους ερευνητές είναι γιατί αυτή η πίεση, είτε είναι εσωτερική είτε είναι εξωτερική, προκαλεί στους φοιτητές συμπτώματα κατάθλιψης, αντί για συμπτώματα άλλων διαταραχών, όπως για παράδειγμα, άγχους. Οι Christopoulosetal (1997) θεώρησαν ως μια πιθανή εξήγηση γι' αυτό το φαινόμενο το γεγονός ότι η ανάγκη των φοιτητών να αποδείξουν ότι είναι ικανοί να επιτύχουν στον ακαδημαϊκό τομέα, όπως ο πατέρας τους, τους θέτει σε μια διαδικασία σύγκρισης των δικών τους προσωπικών επιτευγμάτων με τα επιτεύγματα του πατέρα τους. Αυτό έχει επίπτωση στην αυτοεκτίμηση των φοιτητών, η οποία συνδέεται άμεσα με την κατάθλιψη. (Christopoulosetal., 1997)

#### **2.4 Προβλήματα φοιτητών**

Υπάρχουν μερικές υποομάδες φοιτητών όπως είναι οι πρωτοετείς, οι τελειόφοιτοι, οι μεταπτυχιακοί και οι αλλοδαποί που είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στο άγχος και υποφέρουν από σωματικά και ψυχικά συμπτώματα, τα οποία προέρχονται από το συναίσθημα του αποχωρισμού και της προσκόλλησης καθώς και με θέματα σχετικά με την κοινωνική θέση που κατέχουν και από την αργοπορημένη μετάβαση από την εφηβεία στην ενήλικη ζωή. (Clara, 1999)

Παρακάτω αναφέρονται συνοπτικά τα βασικότερα ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές, τα οποία είναι:

1. Η προσπάθεια για την ανάκτηση ταυτότητας και την δημιουργία αυτόνομης προσωπικότητας μετά από τις αλλαγές στο βιολογικό, τον ψυχολογικό και τον κοινωνικό τομέα
2. Η αναζήτηση προτύπων για ταύτιση
3. Η διαδικασία ανεξαρτητοποίησης και αυτονομίας
4. Η σύναψη σχέσεων με το αντίθετο φύλο (Μαλικιώση- Λοϊζου, 1989)

Σύμφωνα με την Καλαντζή – Αζίζι (1992), έχουν τρία χαρακτηριστικά γνωρίσματα που τους κάνουν να διαφέρουν από τον υπόλοιπο συνομήλικο πληθυσμό που δεν σπουδάζει. Αρχικά, οι φοιτητές λόγω των συνεχόμενων υποχρεώσεων προς την σχολή τους στερούνται αρκετό χρόνο από την καθημερινότητα, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να προσαρμοστούν στις

απαιτήσεις της πραγματικής ζωής. Στη συνέχεια, «οι φοιτητές είναι αποκομμένοι από τον ίδιο τους τον εαυτό, υπάρχει μια διάσταση μεταξύ της χρονολογικής ηλικίας και της ιδιαίτερης θέσης που κατέχει στην κοινωνία ένας φοιτητής.» Τέλος, οι φοιτητές αντικαθιστούν τις συνήθειες και τον παλιό τρόπο ζωής τους, προσαρμόζοντας την ζωή τους στις νέες συνθήκες, αποκομμένοι από το παρελθόν τους.

Επιπροσθέτως, η Μαλικιώση – Λοΐζου αναφέρει πως οι βασικότεροι προβληματισμοί που αφορούν τους φοιτητές είναι ψυχολογικοί, εκπαιδευτικοί και κοινωνικοί. Πιο συγκεκριμένα, τα βασικότερα ζητήματα με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι οι φοιτητές είναι:

1. η μεταβατική αλλαγή από μια καθημερινή ρουτίνα σε μια πιο χαλαρή και ανέμελη καθημερινότητα,
2. η έλλειψη ασφάλειας και προστασίας έξω από το οικογενειακό περιβάλλον και η ανεξαρτησία τους μέσα από την ανάληψη των ευθυνών για τις πράξεις τους,
3. η αναζήτηση νέων στρατηγικών διαχείρισης προβλημάτων και τρόπων προσαρμογής,
4. η μετακίνηση τους σε άλλη πόλη από τον τόπο μόνιμης κατοικίας τους συνεπάγεται με τις δυσμενείς στεγαστικές συνθήκες καθώς και με την ευθύνη φροντίδας του νοικοκυριού με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι,
5. η ανεργία και οι οικονομικές δυσκολίες που επιφέρει,
6. οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν με διάφορα σπουδαστικά τους θέματα και με τις επαναλαμβανόμενες εξεταστικές περιόδους,
7. προβλήματα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής και κοινωνικής ένταξης,
8. προβλήματα σεξουαλικής φύσεως και εύρεσης συντρόφου. (Ευθυμίου, Ευσταθίου & Καλαντζή – Αζίζι, 2007)

Σύμφωνα με κάποιους ερευνητές οι φοιτητές εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ψυχοπαθολογίας και αυτό αποδεικνύεται από μια σειρά σταδίων σύγκρουσης της φοιτητικής ζωής.

Παιδί – ενήλικος: Ο φοιτητής ζώντας σε μια παρατεταμένη εφηβεία, οικονομικά εξαρτημένος και κοινωνικά απομονωμένος βιώνει μια μεγάλη αντίθεση, από την

μια είναι πνευματικά καλλιεργημένος ενώ από την άλλη συναισθηματικά ανώριμος.

Χαμηλή θέση στην ακαδημαϊκή ιεραρχία – υψηλή κοινωνική θέση: Από την μια ο φοιτητής μπροστά στην υψηλή θέση που κατέχουν οι καθηγητές, μην μπορώντας να επηρεάσει την δομή των μαθημάτων, αναλώνεται στην βαθμοθηρία για την κατάκτηση του κύρους που επιθυμεί. Από την άλλη ο φοιτητής λόγω της φοιτητικής του ταυτότητας αποκτά την αναγνώριση και το κύρος από την κοινωνία. Η διττή αυτή κατάσταση του προκαλεί ανάμεικτα συναισθήματα υπεροχής και κατωτερότητας, τα οποία εκδηλώνονται με αμφίθυμο τρόπο.

Ζώντας για ένα μελλοντικό στόχο – ζώντας το «εδώ και τώρα»: Ο φοιτητής παραμελεί την προσωπική του ζωή για την ολοκλήρωση της ακαδημαϊκής του πορείας, σε αντίθεση με τους συνομήλικούς του που απολαμβάνουν τον προνόμιο του ελεύθερου χρόνου.

Επιτυχία – αποτυχία: Η επιτυχία του φοιτητή σε κάθε στάδιο της εκπαιδευτικής του πορείας, του δίνει το αίσθημα της ηθικής του ικανοποίησης, προκειμένου να αποκτήσει κοινωνικό υπόβαθρο και να ενηλικιωθεί.

### **3<sup>ο</sup> Κεφάλαιο**

#### **3.1 Πρόληψη**

##### **3.1.1 Γονική πρόληψη**

Παρακάτω παρατίθενται κάποιες από τις στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι γονείς για την πρόληψη της κατάθλιψης στους νέους οι οποίες αναφορικά είναι:

- Υπενθύμιση αγάπης στα παιδιά
- Διαθεσιμότητα και αφιέρωση χρόνου σε συζητήσεις
- Εκμάθηση τρόπου επικοινωνίας σχετικά με τα δυνατά συναισθήματα και τα δύσκολα θέματα που αφορούν τους νέους
- Συμμετοχή και ενδιαφέρον στη ζωή του
- Αποφυγή υπερβολικής συμμετοχής και ενθάρρυνση της αυτονομίας
- Καθιέρωση σαφών κανόνων και συνεπειών μέσα στην οικογένεια
- Ελάττωση των συζυγικών συγκρούσεων στο σπίτι καθώς και όσο το δυνατόν αποφυγή της σύγκρουσης
- Αποφυγή έντονης/κακής κριτικής του εφήβου
- Αποτελεσματική επίλυση των συγκρούσεων και ανάδειξη δεξιοτήτων συμβιβασμού και διαπραγμάτευσης
- Ανάδειξη καλών τρόπων υγιεινής
- Ενθάρρυνση του εφήβου να ασχοληθεί με την επίλυση των προβλημάτων του, θέτοντας ρεαλιστικούς στόχους
- Υποστήριξη του εφήβου μέσω εκμάθησης στρατηγικών διαχείρισης του άγχους
- Ενθάρρυνση του εφήβου να ανταποκριθεί θετικά στην πίεση και τις προσδοκίες της καθημερινής ζωής
- Υποστήριξη του εφήβου για την αποτελεσματική διαχείριση των προβλημάτων του στο σχολείο (π.χ. σχολικός εκφοβισμός, άρνηση του σχολείου)

- Ανάπτυξη διττού ρόλου από τον γονιό: από τη μια να συνεχίσει την στήριξη που έδινε στο παιδί κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας , και από την άλλη να μειώσει το βαθμό παρέμβασης , κριτικής και παροχής συμβουλών
- Ανάπτυξη της ικανότητας για θετική σκέψη και συζήτηση μέσα στο σπίτι
- Αποφυγή καταστροφικών σκέψεων
- Σημαντική η ύπαρξη αρκετού υλικού θετικών εμπειριών στην οικογένεια
- Καταγραφή θετικών και αρνητικών επαφών μέσα στην οικογένεια
- Συνεδριάσεις οικογένειας για την εξέταση συναισθηματικών αναγκών των μελών
- Ενδυνάμωση των οικογενειακών δεσμών για την αποφυγή της ψυχοπαθολογίας (Parentingstrategiesprogram, 2013)
- Ενθάρρυνση σύναψης σχέσεων με τους συνομηλίκους του και συμμετοχή σε δραστηριότητες
- Ενθάρρυνση σωματικής άσκησης
- Επιβολή τακτικού ωραρίου ύπνου
- Αποφυγή προβολής ταινιών και τηλεοπτικών εκπομπών που διαθέτουν εξιδανικευμένους χαρακτήρες και καταστάσεις
- Εξέταση πιθανότητας ψυχοθεραπείας σε περίπτωση ύπαρξης οικογενειακού ιστορικού κατάθλιψης  
(<http://www.medinova.gr/efiviki-katathlipsi-prolipsi-xekina-me-goniki-ypostirixi/>)

### **3.1.2 Πρόληψη από ενήλικες που έρχονται σε συχνή επαφή με το παιδί**

Παρακάτω παρατίθενται κάποια βήματα που μπορούν να ακολουθήσουν οι ενήλικες που έρχονται σε συχνή επαφή με παιδιά, με σκοπό την αποτελεσματική πρόληψη του παιδιού από τον επικείμενο κίνδυνο της κατάθλιψης.

Εάν έχει πέσει στην υποψία ενός ενήλικα πως ένα παιδί μπορεί να είναι καταθλιπτικό καλό θα ήταν να βεβαιωθεί πως οι γονείς και οι φύλακες του σχολείου είναι ενημερωμένοι. Σημαντικό θα ήταν ρωτώντας ένας ενήλικας το παιδί εάν έχει αυτοκτονικούς ιδεασμούς, να του σώσει την ζωή και το πρώτο πράγμα στην περίπτωση που παραδεχθεί πως έχει τάσεις αυτοκτονίας είναι να μείνει με το παιδί και να ζητήσει αμέσως βοήθεια από ειδικό. Επίσης, το σχολικό προσωπικό μπορεί να παίξει αποτελεσματικό ρόλο παρέχοντας σημαντική

υποστήριξη μέσω της σύνδεσης της οικογένειας με πληροφορίες και με την παραπομπή τους σε κοινοτικές υπηρεσίες. (<http://www.nasponline.org/resources/handouts/revisedPDFs/depression.pdf>)

### **3.1.3 Σχολική πρόληψη**

#### **Δράσεις από την πλευρά του εκπαιδευτικού**

Παρακάτω παρατίθενται κάποιες δράσεις από την πλευρά των εκπαιδευτικών για την πρόληψη της κατάθλιψης οι οποίες αναφορικά είναι:

- Στήριξη, κατανόηση και ενθάρρυνση του παιδιού από την πλευρά του δασκάλου και των συμμαθητών του
- Εκμάθηση δεξιοτήτων επικοινωνίας, δημιουργίας φιλικών σχέσεων και συνεργασίας μεταξύ των μαθητών
- Οργάνωση σεμιναρίων εκπαιδευτικών στην αντιμετώπιση – πρόληψη της εφηβικής κατάθλιψης
- Εντοπισμός συμπτωμάτων κατάθλιψης στις διάφορες ηλικίες
- Εκδήλωση δέουσας προσοχής οποιασδήποτε αλλαγής στη συμπεριφορά του παιδιού
- Ενημέρωση γονέων για ανησυχητικά σημάδια είναι το πρώτο βήμα για τη συνεργασία του σχολείου και της οικογένειας
- Ενθάρρυνση συνεργασίας σχολείου και οικογένειας
- Αναφορά ύποπτων συμπεριφορών στις κατάλληλες αρχές, ιδίως όταν υπάρχει φόβος για πιθανή επίθεση βίας ή τραυματισμό του ίδιου του παιδιού ή άλλων
- Πολιτική κατά του εκφοβισμού (από τον οποίο πηγάζουν μη υγιείς σχέσεις ανηλίκων)
- Χρήση προγραμμάτων συμπεριφοράς που ενισχύουν την ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησης, βελτιώνουν τις κοινωνικές δεξιότητες και διδάσκουν εναλλακτικές συμπεριφορές κατά της βίας
- Ύπαρξη ενός πλάνου δράσης σε περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας
- Λήψη μέτρων, ώστε κάθε παιδί να νιώθει ευπρόσδεκτο και ασφαλές στο σχολείο
- Κατανόηση, συμπαράσταση, βοήθεια για καλύτερη σχέση παιδιού-γονέα



- Προτροπή της οικογένειας προς αναζήτηση βοήθειας
- Ύπαρξη τουλάχιστον ενός εκπαιδευτικού στον οποίο θα μπορεί να απευθυνθεί το παιδί σχετικά με τυχόν (όχι τόσο εκπαιδευτικά) προβλήματα που προκύπτουν στο σχολικό ή και οικογενειακό περιβάλλον (<http://www.ioanninamed.gr/el/topics/96-psychology-advisory/279-depression-children-teens.html>)
- Ανάπτυξη ενός υποστηρικτικού σχολικού περιβάλλοντος για τα παιδιά, τους γονείς, και το διδακτικό προσωπικό
- Θέσπιση ξεκάθαρων κανόνων και γνωστοποίηση και εφαρμογή αυτών δίκαια και με συνέπεια
- Σχεδιασμός αντιμετώπισης των ΜΜΕ, των γονιών, των καθηγητών και των μαθητών στον αντίκτυπο της αυτοκτονίας ή σχολικής βίας ή φυσικών καταστροφών
- Αξιοποίηση της πείρας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στο σχολείο (σχολικοί ψυχολόγοι, σχολικοί κοινωνικοί λειτουργοί, και σχολικοί σύμβουλοι) στο σχεδιασμό της πρόληψης και παρέμβασης. (<http://www.nasponline.org/resources/handouts/revisedPDFs/depression.pdf>)

### **3.1.4 Κρατική πρόληψη**

Παρακάτω γίνεται αναφορά στην εκπαίδευση των γονέων (μέσω των Σχολών Γονέων) ως μέτρο δράσης από την πλευρά του κράτους για την πρόληψη της κατάθλιψης.

#### **Σχολή Γονέων**

Από το 1962 ξεκίνησαν να λειτουργούν με πρωτοβουλία της Μαρίας Χουρδάκη και μέχρι σήμερα ομάδες Σχολών Γονέων, που έχουν παίξει σημαντικό ρόλο στο χώρο της πρωτογενούς πρόληψης. (<http://www.ioanninamed.gr/el/topics/96-psychology-advisory/279-depression-children-teens.html>)

Οι ομάδες των Σχολών Γονέων απαρτίζονται από 12-15 άτομα για τις οποίες υπεύθυνος είναι κάποιος ειδικός ψυχικής υγείας ο οποίος χρησιμοποιώντας την εργασία με ομάδες (Groupwork) οδηγεί τους γονείς στην συνειδητοποίηση του ρόλου τους, στη σταδιακή διαφοροποίηση της στάσης και της συμπεριφοράς τους και στην απόκτηση της αυτογνωσίας τους. Οι συναντήσεις γίνονται μια φορά την

εβδομάδα για μιάμιση ώρα και η κάθε συνάντηση έχει μια συγκεκριμένη θεματική ενότητα που ενδιαφέρει τους γονείς. (<http://www.ioanninamed.gr/el/topics/96-psychology-advisory/279-depression-children-teens.html>)

Οι Σχολές Γονέων στοχεύουν στην:

- Παροχή υποστήριξης και ενθάρρυνσης των γονέων
- Διαμόρφωση προτύπων γονικού ρόλου
- Προώθηση των γονικών ικανοτήτων/δεξιοτήτων
- Εστίαση στα θετικά στοιχεία και στις δυνάμεις και όχι στις αδυναμίες των γονέων
- Βελτίωση των συζυγικών σχέσεων
- Υποστήριξη της ενδυνάμωσης της αυτοεκτίμησης των γονέων
- Παροχή γνώσεων για τις αναπτυξιακές ανάγκες των παιδιών
- Υποστήριξη των γονέων στην ομαλή προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα, αποφεύγοντας τη γονική εξουθένωση (parentburn-out) (<http://www.ioanninamed.gr/el/topics/96-psychology-advisory/279-depression-children-teens.html>)

### **3.2 Screening – Ανίχνευση**

Στην διαδικασία αναγνώρισης και αντιμετώπισης των καταθλιπτικών διαταραχών σημαντική είναι και η παρέμβαση των ιατρών άλλων ειδικοτήτων εκτός της ψυχιατρικής, καθώς αυτές οι διαταραχές εμφανίζονται πολύ συχνά και από σωματικά συμπτώματα και σωματικές ασθένειες. Τα άτομα που απευθύνονται στη πρωτοβάθμια περίθαλψη για σωματικές ενοχλήσεις, δεν παίρνουν τη σωστή διάγνωση για κατάθλιψη διότι δεν υπάρχουν τα κατάλληλα διαγνωστικά εργαλεία κατάθλιψης. Ακόμα και οι πιο ευαισθητοποιημένοι γιατροί δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης. (Κωνσταντακόπουλος και συν., 2013)

Για την ανίχνευση της κατάθλιψης από μη – ειδικούς έχουν κατασκευαστεί ερωτηματολόγια διαγνωστικής κλινικής εκτίμησης, όπως είναι τα BeckDepressionInventory, CenterforEpidemiologicStudiesDepressionScale – Revised, ZungSelf-RatingDepressionScale, PatientHealthQuestionnaire-9 (PHQ-

9), HospitalAnxietyDepressionScale (HADS) κ.ά., τα οποία χαρακτηρίζονται για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά τους. (Κωνσταντακόπουλος και συν., 2013)

Τα παραπάνω ερωτηματολόγια δεν έχουν καθιερωθεί στη πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη και αυτό οφείλεται στο γεγονός πως δεν πληρούν τα κριτήρια της ακρίβειας με την ευχέρεια και της συντομίας στη συμπλήρωσή τους. (Κωνσταντακόπουλος και συν., 2013)

Η εκδήλωση ενδιαφέροντος για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε συσχέτιση με τις δυσκολίες ανίχνευσης της κατάθλιψης, απέδειξε την ανάγκη δημιουργίας και εφαρμογής μεθόδων με μικρό αριθμό ερωτήσεων. Επιπροσθέτως, ενώ έχει αποδειχθεί πως με την χρήση μικρού αριθμού ερωτήσεων επιτυγχάνεται η ευχέρεια και η συντομία στην διαδικασία της ανίχνευσης, ωστόσο δύσκολα εξασφαλίζεται η μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια. (Κωνσταντακόπουλος και συν., 2013)

Οι ερευνητές Whooley και Arroll με τους συνεργάτες τους χρησιμοποίησαν για την ανίχνευση της κατάθλιψης στους ασθενείς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης δύο ερωτήσεις από το ερωτηματολόγιο PrimaryCareEvaluationofMentalDisorders όπου οι απαντήσεις ήταν κλειστού τύπου. Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις επιλέχθηκαν λόγω του ότι η καταθλιπτική διάθεση και η ανηδονία θεωρούνται κριτήρια ανίχνευσης της κατάθλιψης σύμφωνα με το DSM – IV και πως η ανίχνευση του αν κάποιος έχει ή όχι κατάθλιψη γίνεται σε ποσοστό επιτυχίας 85% για την κατάθλιψη και 75% για την μη κατάθλιψη. Τέλος, ο Arroll και οι συνεργάτες του πρόσθεσαν μια επιπλέον ερώτηση στο ερωτηματολόγιο που αφορά τους ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με κατάθλιψη και ερωτώνται εάν επιθυμούν να λάβουν θεραπεία. (Κωνσταντακόπουλος και συν., 2013)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών, με τη χρήση μιας ερώτησης διαγιγνώσκονται τρία στα δέκα άτομα με κατάθλιψη, ενώ με τη χρήση τριών ερωτήσεων διαγιγνώσκονται οχτώ στους δέκα πάσχοντες από κατάθλιψη. Ωστόσο μερικές φορές με τη χρήση δύο ή τριών ερωτήσεων υπάρχει το ενδεχόμενο λανθασμένης διάγνωσης αφού οι τέσσερις στις δέκα περιπτώσεις δεν πάσχουν στην πραγματικότητα από κατάθλιψη. (Κωνσταντακόπουλος και συν., 2013)

### 3.2.1 Ο ρόλος των διαγνωστικών τεστ στην αξιολόγηση της ψυχοπαθολογίας

Ο Μέλλον (1998) αναφέρει ότι «μία από τις σπουδαιότερες λειτουργίες των ψυχοδιαγνωστικών τεστ είναι να προσφέρουν μια σύντομη, βάσιμη και χρήσιμη περιγραφή του χαρακτηριστικού τρόπου με τον οποίο ένα άτομο σκέπτεται, νιώθει, διαμορφώνει τις στάσεις, τις πεποιθήσεις του και συσχετίζεται με άλλα άτομα και καταστάσεις». Τα ερωτηματολόγια συγκεντρώνουν πληροφορίες για την πιθανή ύπαρξη φυσιολογικών και παθολογικών χαρακτηριστικών με μια πολύ άμεση διαδικασία. Η λογική των ερωτηματολογίων είναι ότι το άτομο από μόνο του μπορεί να είναι μια δυναμικά αξιόλογη πηγή παρατηρήσεων σχετικά με τα δικά του τυπικά συναισθήματα, ενδιαφέροντα, στάσεις, επιθυμίες, πεποιθήσεις, πράξεις και τρόπους συσχέτισης του με άλλους ανθρώπους και καταστάσεις. Επίσης, η πεποίθηση ότι μια προβληματική συμπεριφορά έχει ως αιτία μια εσωτερική ψυχική παθολογία αφηγά την σχέση φυσικών συνθηκών – συμπεριφορά ατόμου. Αν οι φυσικές καταστάσεις αλλάξουν στην συγκεκριμένη περίπτωση (Skinner, 1956) θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην μείωση της ψυχοπαθολογικής συμπτωματολογίας. Το Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας της Μινнесότα (MMPI), (Hathaway&Mckinley, 1943) και η Λίστα Ελέγχου Συμπτωμάτων (SCL-90-R), (Derogatis, 1977) αποτελούν χαρακτηριστικές κλίμακες μελέτης ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων σε ένα ευρύ φάσμα ψυχικών διαταραχών.

Εκτός από τις κλίμακες αξιολόγησης ψυχικών διαταραχών ευρέου φάσματος έχουν δημιουργηθεί και πιο εξειδικευμένα ψυχομετρικά εργαλεία με τα οποία επιχειρείται η εκτίμηση συγκεκριμένων ψυχολογικών συμπτωμάτων και ψυχικών διαταραχών. Οι κλίμακες κατάθλιψης του Beck (1974) και το Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberg (1970) αποτελούν χαρακτηριστικές κλίμακες αξιολόγησης της κατάθλιψης και του άγχους αντίστοιχα.

Παράλληλα, η Κλίμακα BDI – II (Beck, 1996) αξιολογεί μόνο τα συμπτώματα της κατάθλιψης που αντιστοιχούν στα διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών της κατάθλιψης με γνώμονα το ταξινομικό σύστημα DSM – IV. Αποτελείται από 21 ερωτήσεις αυτοαναφοράς σχετικές με συμπτώματα που αφορούν την κατάθλιψη. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε μια διαβαθμιστική κλίμακα από το 0 έως το 3 και η άθροισή τους συνεπάγεται την τελική βαθμολογία. (Σταλίκας και συν, 2002)

### 3.3 Coping – Στρατηγικές διαχείρισης

Η αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων αποδίδεται στη διεθνή βιβλιογραφία με τον όρο coping. Οι Folkman, Lazarus, Dunkel – Shetter, DeLongis και Gruen (1986) ορίζουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους (copingstrategies) ως την έννοια που «αναφέρεται στις προσπάθειες του ατόμου, γνωστικές και σε επίπεδο συμπεριφοράς να διευθετήσει (μειώσει, ελαχιστοποιήσει, επιβληθεί ή αντέξει) τις εσωτερικές και εξωτερικές απαιτήσεις της αλληλεπίδρασης προσώπου – περιβάλλοντος, απαιτήσεις οι οποίες αξιολογούνται ότι θέτουν σε κρίση ή ξεπερνούν τις δυνατότητές του».

Οι Cohen και Lazarus (1979), μετά από ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας παραθέτουν τις εξής λειτουργίες που επιτελεί η αντιμετώπιση των αγχογόνων καταστάσεων:

1. Μειώνει τις βλαπτικές περιβαλλοντικές συνθήκες και επιτείνει τις προοπτικές του ατόμου για «ανάρρωση»
2. Θωρακίζει το άτομο ώστε να υπομείνει ή να προσαρμοστεί σε αρνητικά γεγονότα και καταστάσεις
3. Συμβάλλει στην διατήρηση της θετικής αυτοεικόνας και συναισθηματικής ισορροπίας
4. Καθιστά το άτομο ικανό να διατηρήσει ικανοποιητικές σχέσεις με άλλα πρόσωπα

Οι Cohen και Lazarus (1979) και οι Folkman και Lazarus (1980) αναφέρονται στην ύπαρξη δύο κατηγοριών – διαστάσεων στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους, εκείνες που είναι «εστιασμένες στο πρόβλημα» και εκείνες που είναι «εστιασμένες στο συναίσθημα». Στην πρώτη κατηγορία οι στρατηγικές (problemfocusedcoping) κατευθύνονται στη πηγή άγχους με απώτερο στόχο να τη μειώσουν ή να την τροποποιήσουν με ενεργό τρόπο. Στη δεύτερη κατηγορία οι στρατηγικές κατευθύνονται προς το συναίσθημα (emotionfocusedcoping) με σκοπό να το ρυθμίσουν. Αυτό μπορεί να γίνει με αποφυγή της πηγής άγχους, με γνωστική της αναδόμηση ή με επιλεκτική στροφή προς τις θετικές πλευρές του εαυτού ή της κατάστασης. (Compas, 1987)

Ο Lazarus και η Folkman (1984) έχουν συνδέσει το είδος των στρατηγικών που το άτομο εφαρμόζει με την κατάσταση της υγείας του. Συγκεκριμένα έχουν

υποστηρίζει ότι όταν το άτομο χρησιμοποιεί στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα εγκλωβίζεται σε ένα φαύλο κύκλο, βραχυπρόθεσμα μπορεί να μειώνεται η δυσφορία και τα δυσάρεστα συναισθήματα η πηγή όμως των δυσάρεστων συναισθημάτων μένει ανεπηρέαστη. Μετά από κάποιο χρονικό στάδιο η συνεχιζόμενη παρουσία αυτής της πηγής προκαλεί ακόμα μεγαλύτερη δυσφορία, η οποία διογκώνεται συνεχώς. Το αποτέλεσμα είναι να καταλήξει το άτομο σε μια κατάσταση αδυναμίας, που περιλαμβάνει συμπτώματα χρόνιου άγχους, κατάθλιψης και αναίτιας κόπωσης. Αντιθέτως σύμφωνα με τους ερευνητές η χρήση στρατηγικών εστιασμένων στο πρόβλημα οδηγεί στην επίλυσή του και μακροχρόνια συμβάλλει στην διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας.

Οι Carver, Scheier και Weintraub (1989), μετά από ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η θετική επαναξιολόγηση, η κοινωνική υποστήριξη, η επίλυση προβλήματος, ο σχεδιασμός και η θετική ενίσχυση διευκολύνουν την προσαρμογή του ατόμου. Από την άλλη πλευρά, η άρνηση, η χρήση χημικών ουσιών και η αποφυγή ανάληψης δράσης ανήκουν μάλλον στις δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές.

Η διάκριση σε προσαρμοστικές και δυσπροσαρμοστικές δεν θα πρέπει να εκλαμβάνεται ως αμετάβλητη. Δεν είναι σίγουρο ότι μια στρατηγική που είναι συνήθως λειτουργική, είναι πάντα έτσι. Το ίδιο ισχύει και για τις στρατηγικές εκείνες που κατηγορούνται ως δυσλειτουργικές (π.χ. άρνηση). Η λειτουργικότητα μιας στρατηγικής εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του ατόμου που δρα, του προβλήματος που αντιμετωπίζει και του ευρύτερου περιβάλλοντος. (Καραδήμας, 2005)

Η μελέτη των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων είναι σημαντική καθώς αποτελούν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αλληλεπιδρά στο περιβάλλον όπως επίσης και έναν από τους τρόπους με τους οποίους το άτομο διαμορφώνει το περιβάλλον του. (Lazarus, 1991)

### **3.3.1 Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και φύλο**

Η σχέση ανάμεσα στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και στο φύλο έχει υπάρξει αντικείμενο πολλών ερευνών. Οι περισσότερες από αυτές τις έρευνες δείχνουν είτε ότι οι άνδρες βασίζονται περισσότερο σε στρατηγικές

που αποβλέπουν στην επίλυση του προβλήματος (Folkman&Lazarus, 1980), είτε ότι οι γυναίκες βασίζονται περισσότερο σε στρατηγικές που αποσκοπούν στη ρύθμιση των συναισθημάτων. (Billings&Moos, 1981) Έχει επίσης επισημανθεί ότι οι γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες αποφεύγουν την επεξεργασία πληροφοριών οι οποίες αφορούν στις στρεσογόνες καταστάσεις. (Stone&Neale, 1984; Viney&Westbrook, 1982)

Σε έρευνα των Carveretal (1989) βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο στον τρόπο αντιμετώπισης των αγχογόνων καταστάσεων. Οι γυναίκες ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν περισσότερο από τους άνδρες στρατηγικές, όπως η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και στις δύο μορφές της (αναζήτηση πληροφοριών και συναισθηματική υποστήριξη) και η τάση για εστίαση και έκφραση των συναισθημάτων δυσφορίας. Οι άνδρες αντίθετα ανέφεραν περισσότερο από τις γυναίκες ότι συνήθως καταφεύγουν στη χρήση χημικών ουσιών (αλκοόλ ή/και ναρκωτικών) προκειμένου να αντιμετωπίσουν κάποιον στρεσογόνο παράγοντα.

Διαφορές ως προς το φύλο στην υιοθέτηση στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων έχουν παρατηρηθεί και στον ελληνικό πληθυσμό. Σε σχετική έρευνα η Ρούσση (2001) βρήκε ότι οι άνδρες βασίζονται περισσότερο σε στρατηγικές που στοχεύουν στην επίλυση του προβλήματος, όπως η λήψη μέτρων, ο σχεδιασμός, η αναβολή άλλων δραστηριοτήτων και η αυτοσυγκράτηση, ενώ οι γυναίκες βασίζονται περισσότερο στη στρατηγική της νοητικής αποδέσμευσης δηλαδή επιδιώκουν να αποσπών την προσοχή τους από το στρεσογόνο ερέθισμα που τους παρουσιάζεται.

Παρόμοια είναι και τα ευρήματα στην έρευνα του Καραδήμα (1998). Οι άνδρες έχουν την τάση να χρησιμοποιούν στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα, ενώ οι γυναίκες τείνουν περισσότερο στην αναζήτηση βοήθειας για την αντιμετώπιση του προβλήματος ή περιορίζονται σε γνωστική αποφυγή και παραίτηση. Πιο συγκεκριμένα οι άνδρες χρησιμοποιούν πιο πολύ την στρατηγική της επίλυσης του προβλήματος ενώ οι γυναίκες χρησιμοποιούν συχνότερα στρατηγικές επικεντρωμένες στο συναίσθημα (ευχολογία/ονειροπόληση, αποφυγή/διαφυγή) όπως και η στρατηγική της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης.

Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι διαφορές των δυο φύλων ως προς τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν τις αγχογόνες καταστάσεις διαμορφώνονται ως

αποτέλεσμα διαφορετικών πρακτικών κοινωνικοποίησης. Οι άνδρες εκπαιδεύονται να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην άμεση και δραστική αντιμετώπιση των δυσφορών καταστάσεων, ενώ οι γυναίκες μαθαίνουν από μικρή ηλικία να είναι πιο παθητικές στην αντιμετώπιση προβλημάτων και να αισθάνονται αβοήθητες. (Carver, Scheier&Weintraub, 1989)

### **3.4 Θεραπείες**

#### **Συμπεριφορική θεραπεία**

Η συμπεριφορική θεραπεία που ορίζεται και ως ενεργοποίηση της συμπεριφοράς, αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της γνωσιακής – συμπεριφορικής θεραπείας. Διακρίνεται από την γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία επειδή επικεντρώνεται αποκλειστικά στην θετική ενίσχυση για την πραγματοποίηση ευχάριστων δραστηριοτήτων στην ζωή τους. Η συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να πραγματοποιηθεί με άτομα ή ομάδες και γενικά είναι διάρκειας οχτώ με δέκα έξι εβδομάδων. (Jorm, Allen, Morgan, Ryan&Purcell, 2013)

Η συμπεριφορική θεραπεία κινητοποιεί τα άτομα με κατάθλιψη να γίνουν πιο ενεργητικοί, ακολουθώντας την εκτέλεση δραστηριοτήτων που είναι ευχάριστες στο άτομο και τον ικανοποιούν (π.χ. να περνάει το χρόνο του με φίλους ή να ασχολείται με κάποιο χόμπι, να ασκείται, να εκτελεί κάποια δύσκολη εργασία ή να ασχολείται με κάποιο μακροχρόνιο πρόβλημα). Η θετική αυτή ενίσχυση μέσω των δραστηριοτήτων στοχεύει στην αποφυγή των προτύπων της απόσυρσης, της αδράνειας που επιδεινώνουν την κατάθλιψη. Μερικές μελέτες έχουν προτείνει ως πιο αποτελεσματική την συμπεριφορική θεραπεία στην σοβαρή κατάθλιψη. (Jorm, Allen, Morgan, Ryan&Purcell, 2013)

#### **Γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία**



Η γνωσιακή – συμπεριφορική ψυχοθεραπεία αποτελεί ένωση γνωσιακών και συμπεριφοριστικών προσεγγίσεων. ([http://cbt.edu.gr/arxeia/methodoi\\_texnikes.pdf](http://cbt.edu.gr/arxeia/methodoi_texnikes.pdf))

Η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία προτάθηκε στο να βοηθήσει τα άτομα να αναγνωρίζουν τον τρόπο σκέψης και συμπεριφορά (αρνητισμός του ατόμου για τον εαυτό του, σκέψεις αυτοκριτικής) που τους οδηγεί στην κατάθλιψη ή να παραμένουν στάσιμοι από την πορεία βελτίωσης από την κατάθλιψη. (Jorm, Allen, Morgan, Ryan&Purcell, 2013) Ο παραπάνω στόχος έχει σαν αποτέλεσμα σε ορισμένα στάδια της θεραπείας να δίνεται άλλοτε μεγαλύτερη έμφαση σε συμπεριφοριστικές τεχνικές και άλλοτε σε γνωσιακές τεχνικές. ([http://cbt.edu.gr/arxeia/methodoi\\_texnikes.pdf](http://cbt.edu.gr/arxeia/methodoi_texnikes.pdf))

Η γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία θεμελιώνεται από τις τρεις παρακάτω βασικές αρχές:

1. η γνωστική λειτουργία ασκεί επιρροή στη συμπεριφορά
2. η γνωστική λειτουργία μεταβάλλεται και ελέγχεται
3. οι επιθυμητές αλλαγές στη συμπεριφορά μπορούν να επηρεαστούν από γνωστικές αλλαγές ([http://cbt.edu.gr/arxeia/methodoi\\_texnikes.pdf](http://cbt.edu.gr/arxeia/methodoi_texnikes.pdf))

Με την γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία το άτομο στοχεύει στην αλλαγή του τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς του, αντικαθιστώντας τα με σκέψεις ρεαλιστικές που προάγουν την καλή διάθεση και τον αποτελεσματικότερο τρόπο επίλυσης προβλημάτων. Επίσης, βοηθά το άτομο να αυξήσει τις δραστηριότητες που τον ευχαριστούν και τον ικανοποιούν, αυτή είναι η συμπεριφορική πτυχή της γνωσιακής – συμπεριφορικής θεραπείας. (Jorm, Allen, Morgan, Ryan&Purcell, 2013)

Η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να διεξαχθεί ατομικά ή ομαδικά και η θεραπεία συνήθως διαρκεί τέσσερις έως είκοσι τέσσερις εβδομαδιαίες συνεδρίες. Είναι αποτελεσματική για τη θεραπεία παιδιών, εφήβων, ενηλίκων και ηλικιωμένων. Μερικές μελέτες αποδεικνύουν πως η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων σε συνδυασμό με τη θεραπεία είναι ιδιαίτερα βοηθητική, αν και μπορεί να σταθεί αποτελεσματικά από μόνη της. Τέλος, βοηθάει στην ενεργή πρόληψη της υποτροπής της κατάθλιψης. (Jorm, Allen, Morgan, Ryan&Purcell, 2013)

## **Το γνωσιακό-συμπεριφορικό πρόγραμμα θεραπείας του Lewinsohn**

Οι Lewinsohn και Clarke ανέπτυξαν το πρόγραμμα «Αντιμετώπιση της κατάθλιψης» το οποίο είναι μια ομαδική γνωσιακή-συμπεριφορική παρέμβαση για την κατάθλιψη. Το πρόγραμμα στηρίζεται σε μια δομημένη ψυχοεκπαιδευτική θεραπεία που εστιάζεται στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης σύμφωνα με την οποία η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα μάθησης που επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση του ατόμου από το περιβάλλον. (Ευθυμίου και Ψωμά, 2012)

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει 12 συνεδρίες (διάρκειας 2 ωρών η κάθε συνεδρία) και δύο αναμνηστικές συνεδρίες. Το πρόγραμμα είναι διάρκειας οχτώ εβδομάδων και τα θέματα που διαπραγματεύονται στις δυο πρώτες συνεδρίες έχουν σχέση με τους κανόνες της ομάδας, τη συλλογιστική της θεραπείας, τη θέση της θεωρίας της κοινωνικής μάθησης για την κατάθλιψη και την εκμάθηση δεξιοτήτων αυτορρύθμισης. (Ευθυμίου και Ψωμά, 2012)

Στις επόμενες οχτώ συνεδρίες αρχικά η προσοχή εστιάζεται στην αύξηση των ευχάριστων δραστηριοτήτων, στην εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, στον έλεγχο αρνητικών ή δυσλειτουργικών σκέψεων σύμφωνα με το πρότυπο του Ellis και τέλος παραδίδονται μαθήματα χαλάρωσης. Στις δύο τελευταίες συνεδρίες δίνεται έμφαση στην ολοκλήρωση, διατήρηση των θεραπευτικών επιτυχιών και στην πρόληψη της υποτροπής. Η κάθε ομάδα αποτελείται από έξι με δέκα θεραπευόμενους και από έναν ή δύο θεραπευτές. (Ευθυμίου και Ψωμά, 2012)

### **Διαπροσωπική θεραπεία**

Η διαπροσωπική θεραπεία είναι μια βραχεία, δομημένη, ατομική ή ομαδική θεραπεία, η οποία συνίσταται για τα άτομα που βιώνουν κατάθλιψη, δυσθυμία, νευρική βουλιμία, εφηβική υπερφαγία και κατάθλιψη, προγεννητική και μεταγεννητική κατάθλιψη. (<http://www.ipse.gr/interpersonal.html>)

Η διαπροσωπική θεραπεία δίνει έμφαση στις συμπεριφορές και αλληλεπιδράσεις μεταξύ του ατόμου που βιώνει την κατάθλιψη και του οικογενειακού και φιλικού του περιβάλλοντος. Η θεραπεία έχει ως κύριο στόχο την ενίσχυση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και της αυτοεκτίμησης κατά τη διάρκεια ενός μικρού χρονικού διαστήματος. Η θεραπεία συνίσταται για τα άτομα που βιώνουν πένθος, συγκρουσιακές σχέσεις, κοινωνική απομόνωση και άλλων σημαντικών γεγονότων

της ζωής. (<http://www.psynet.gr/index.php/2010-06-27-12-20-16/146-2013-07-19-05-13-59>)

Η διαπροσωπική θεραπεία στηρίζεται στην ιδέα ότι τα διαπροσωπικά προβλήματα ευθύνονται για την κατάθλιψη και βοηθά τους ανθρώπους να ξεπεράσουν αυτά τα προβλήματα, ενισχύοντας την θετική τους διάθεση. (Jorm, Allen, Morgan, Ryan&Purcell, 2013) Πιο συγκεκριμένα, για να επιτευχθεί η αντιμετώπιση των προβλημάτων του καταθλιπτικού ασθενή, η διαπροσωπική θεραπεία θέτει δυο βασικούς στόχους: την άμεση εξασθένιση των συμπτωμάτων και την ενίσχυση της λειτουργικότητας του ατόμου στον ψυχολογικό, διαπροσωπικό και κοινωνικό τομέα της ζωής του. (<http://www.ipse.gr/interpersonal.html>)

Η διαπροσωπική θεραπεία διαφέρει από τα άλλα είδη θεραπείας της κατάθλιψης καθώς εστιάζει περισσότερο σε προσωπικές σχέσεις απ' ότι συμβαίνει στις ανθρώπινες σκέψεις (π.χ. σκέψεις, συναισθήματα). Η θεραπεία διαρκεί πάνω από τέσσερις έως είκοσι τέσσερις εβδομαδιαίες συνεδρίες. Τέλος, μερικές μελέτες έχουν δείξει πως η θεραπεία αυτή είναι αποτελεσματική για τους έφηβους, τους ενήλικες, τους ηλικιωμένους, καθώς και γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη και άτομα με τον ιό του HIV. (Jorm, Allen, Morgan, Ryan&Purcell, 2013)

### **Οικογενειακή θεραπεία**

Η οικογενειακή θεραπεία βασίζεται στη συστημική θεωρίαόπου «το κάθε άτομο δεν συμπεριφέρεται ως απομονωμένη οντότητα μέσα στο σύστημα, αντίθετα, ακολουθεί ένα κυκλικό πρότυπο, όπου καμιά μεμονωμένη συμπεριφορά δεν είναι η αιτία ή το αποτέλεσμα κάποιων γεγονότων.» (Σταθάρου, Μπέρκ & Γαλάτου, 2012) Οι οικογενειακοί θεραπευτές υποστηρίζουν ότι το να συμπεριληφθεί στις συνεδρίες θεραπείας το σύνολο της οικογένειας απ' ότι μόνο το μέλος της οικογένειας που βιώνει κατάθλιψη θα είναι η πιο βοηθητική προσέγγιση. (Jorm, Allen, Morgan, Ryan&Purcell, 2013)

Η οικογενειακή θεραπεία εστιάζεται στην διαπίστωση των δυσκολιών της οικογένειας και στον αποτελεσματικό τρόπο αξιοποίησης των στρατηγικών παρέμβασης, οι οποίες θα οδηγήσουν στο να αποκτήσουν τα μέλη της οικογένειας αυτογνωσία σχετικά με το τι τους ενοχλεί και ενσυναίσθηση σχετικά με τη στάση τους προς το άτομο με κατάθλιψη. Η βελτίωση αυτών των πτυχών, οδηγεί στη

μείωση των αρνητικών σχέσεων (κριτικά σχόλια, εχθρικότητα), βελτιώνει την αυτοεκτίμηση της οικογένειας και σηματοδοτεί στην μείωση της έντασης της κατάθλιψης και της επιβάρυνσης. (Σταθάρου, Μπέρκ & Γαλάτου, 2012)

Οι οικογενειακές σχέσεις ως ένας σημαντικός παράγοντας για την ψυχική υγεία θεραπεύονται με την εφαρμογή της οικογενειακής θεραπείας μέσω της χρήσης διαφόρων θεραπευτικών προσεγγίσεων. (Jorm, Allen, Morgan, Ryan&Purcell, 2013)

Ο οικογενειακός θεραπευτής έχει ως στόχο την αλλαγή του τρόπου επικοινωνίας των μελών της οικογένειας και την μετατροπή των σχέσεών τους σε πιο υποστηρικτικές και ειλικρινείς, με λιγότερες συγκρούσεις, με αποτέλεσμα την επίλυση των προβλημάτων τους και την βελτίωση της διάθεσης των μελών. (Jorm, Allen, Morgan, Ryan&Purcell, 2013)

Οι προσεγγίσεις της οικογενειακής θεραπείας χρησιμοποιούνται πιο συχνά σε παιδιά και εφήβους που βιώνουν κατάθλιψη. Αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός ότι οι σχέσεις διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στο να επηρεάσουν τα άτομα σχετικά με το πώς αισθάνονται για τον εαυτό τους. (Jorm, Allen, Morgan, Ryan&Purcell, 2013)

### **Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία**

Στόχος της ψυχοδυναμικής θεραπείας είναι να καταστήσει το άτομο ικανό να αποκτήσει μεγαλύτερη επίγνωση των ασυνείδητων συγκρούσεων μιλώντας για τα βιώματά του και να αντιμετωπίσει τα συναισθήματα της παιδικής ηλικίας, επιλύοντας με αυτόν τον τρόπο τα προβλήματα που του προκαλούν κατάθλιψη. (<http://www.psynet.gr/index.php/2010-06-27-12-20-16/146-2013-07-19-05-13-59>)

Η βραχυπρόθεσμη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία είναι διάρκειας λιγότερο από έναν χρόνο (συνήθως περίπου είκοσι με τριάντα εβδομάδες) ενώ η μακροπρόθεσμη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία (η οποία ονομάζεται αλλιώς και ψυχανάλυση) μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από έναν χρόνο, μερικές φορές πολλά χρόνια. (Jorm, Allen, Morgan, Ryan&Purcell, 2013)

### **Ψυχοεκπαίδευση**

Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις έχουν ως στόχο:

- Την υποστήριξη των ατόμων να αποκτήσουν επίγνωση για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν (π.χ. τι είναι η κατάθλιψη, ποιες είναι οι αιτίες της και τι να περιμένει κατά τη διάρκεια της ανάκαμψης), βοηθώντας τους να αποκτήσουν ενεργό ρόλο στη δική τους ανάκαμψη και να είναι πιο δεκτικοί στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους μειώνοντας τα συναισθήματα άγχους ή απελπισίας που βιώνουν. (Jorm, Allen, Morgan, Ryan&Purcell, 2013)
- Την υποστήριξη στα μέλη της οικογένειας του ψυχικά πάσχοντος για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που εμφανίζονται λόγω φόβου ή αίσθησης κοινωνικού αποκλεισμού που βιώνουν. (Σταθάρου, Μπέρκ & Γαλάτου, 2012)
- Την επιμόρφωση συγγενών για την καλύτερη αντιμετώπιση του ψυχικά πάσχοντα – μέλους, μέσα από την απόκτηση στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων. (Σταθάρου, Μπέρκ & Γαλάτου, 2012)
- Την προώθηση για την ίδρυση δικτύου οικογενειών ψυχικά ασθενών με κύριο στόχο την αποφυγή κοινωνικού αποκλεισμού και στιγματισμού. (Σταθάρου, Μπέρκ & Γαλάτου, 2012)

Η ψυχοεκπαίδευση τείνει να έχει κλινικό χαρακτήρα και παρέχεται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, μπορεί να διεξαχθεί μέσω ενός θεραπευτή στις οικογένειες, ομάδων ή ατόμων πρόσωπο με πρόσωπο, ιστοσελίδων ή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, φυλλαδίων. Η ψυχοεκπαίδευση είναι λιγότερο δαπανηρή και παραδίδεται πιο εύκολα απ' ό,τι άλλες ψυχολογικές παρεμβάσεις. (Jorm, Allen, Morgan, Ryan&Purcell, 2013)

Τέλος, σύμφωνα με μια σειρά από μελέτες η ψυχοεκπαίδευση βοηθά στο να ελαττωθούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης και θεωρείται ως μια καλή θεραπεία εκκίνησης για όσους η κατάθλιψη δεν είναι τόσο σοβαρή και βοηθώντας στην πρόληψη της κατάθλιψης από την υποτροπή. (Jorm, Allen, Morgan, Ryan&Purcell, 2013)

## **4<sup>ο</sup> Κεφάλαιο**

### **4.1 Ιστορική αναδρομή συμβουλευτικής**

Η συμβουλευτική φοιτητών με τη μορφή παροχής υπηρεσιών συμβουλευτικής και επαγγελματικού προσανατολισμού στα περισσότερα πανεπιστήμια της Ευρώπης και της Βορείου Αμερικής πρωτοεμφανίστηκε ύστερα από τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Στη συνέχεια λόγω του ότι φοιτητές με ψυχοκοινωνικά προβλήματα στρέφονταν προς τις υπηρεσίες αυτές, δόθηκε η αφορμή να δημιουργηθούν ψυχολογικά συμβουλευτικά κέντρα σε χώρες όπως η Βρετανία, η Γαλλία, η Γερμανία και με τελευταίες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης την Ελλάδα και Πορτογαλία τα οποία είτε εντάσσονταν στις προϋπάρχουσες υπηρεσίες είτε αποτελούσαν αυτοτελής δομές, παρέχοντας συμβουλευτική υποστήριξη στους φοιτητές. (Ευθυμίου, Ευσταθίου & Καλαντζή – Αζίζι, 2007)

### **4.2 Ορισμός και στόχοι της ψυχολογικής συμβουλευτικής φοιτητών**

Ως συμβουλευτική ορίζεται η διαδικασία μέσω της οποίας το άτομο συζητώντας με τον σύμβουλο προσπαθεί να βάλει σε μια σειρά τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες και να αποκτήσει αυτογνωσία. (Μαλικιώση – Λοΐζου, 2011)

Η Συμβουλευτική Ψυχολογία συγκαταλέγεται ανάμεσα στις ειδικότητες του κλάδου της ψυχολογίας, με βάση την οποία το άτομο βοηθιέται να ανακτήσει την λειτουργικότητά του σε διάφορους τομείς της ζωής του όπως είναι ο κοινωνικός, επαγγελματικός, εκπαιδευτικός, αναπτυξιακός, συναισθηματικός και ο τομέας της υγείας, πετυχαίνοντάς την μέσω της θέσπισης στόχων, της θετικής ενίσχυσης και της ενδυνάμωσης των ικανοτήτων του. (Μαλικιώση – Λοΐζου, 2011)

Η συμβουλευτική είναι η πιο συχνά εμφανιζόμενη μέθοδος που χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση προβλημάτων στο φοιτητικό πληθυσμό. Ιδιαίτερα όταν έχουμε να αντιμετωπίσουμε προβλήματα προσωπικής και συναισθηματικής προσαρμογής, παρατηρούμε ότι οι σύμβουλοι χρησιμοποιούν κυρίως τεχνικές της συμβουλευτικής. (Rogers, 1942) Ωστόσο, το περιεχόμενο των προβλημάτων που παρουσιάζουν οι φοιτητές φαίνεται να σχετίζεται στις περισσότερες περιπτώσεις τόσο με τις αναπτυξιακές κρίσεις της ηλικίας τους όσο και με τον έντονα

διανοητικό χαρακτήρα της φοίτησης στα ιδρύματα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. (Καλαντζή – Αζίζι, 1996)

Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι, ενώ οι φοιτητές προσαρμόζονται επιτυχώς στις νέες συνθήκες, ένα ποσοστό 15% – 20% του φοιτητικού πληθυσμού έχει ανάγκη από συμβουλευτική υποστήριξη και σε μικρότερα ποσοστά (περίπου 4%) εμφανίζει ψυχική διαταραχή και έχει ανάγκη από ψυχοθεραπεία. (Ευθυμίου, Ευσταθίου & Καλαντζή, 2001)

#### **4.3 Συμβουλευτική στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση**

Το Υπουργείο Παιδείας συζητά για την θέσπιση συμβουλευτικών προγραμμάτων πρόληψης που θα αφορούν την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Ενώ για όλη την χώρα προβλέπεται η λειτουργία εξήντα Συμβουλευτικών Σταθμών Νέων, έχει επικρατήσει να λειτουργούν μόνο δεκαπέντε. Στους δεκαπέντε Συμβουλευτικούς Σταθμούς Νέων που είναι εν λειτουργία απασχολούνται ως επιστημονικό προσωπικό αποσπασμένοι εκπαιδευτικοί με ειδικευση στους τομείς της παιδοψυχιατρικής, ψυχολογίας και κοινωνικής εργασίας. Σε κάθε Συμβουλευτικό Σταθμό Νέων προβλέπονται θέσεις εργασίας για έναν γιατρό (παιδοψυχίατρο), δύο ψυχολόγους και δύο κοινωνικούς λειτουργούς. Ακόμη υπάρχουν ορισμένα καλά δημόσια και ιδιωτικά σχολεία που λειτουργούν σωστά και αποτελεσματικά τα δικά τους Κέντρα Επαγγελματικού Προσανατολισμού και συμβουλευτικής, στελεχωμένα από κλινικούς, αναπτυξιακούς και σχολικούς ψυχολόγους. (Μαλικιώση – Λοΐζου, 2011)

Οι Συμβουλευτικοί Σταθμοί Νέων έχουν ως στόχους:

1. Την δημιουργία και την υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης της ψυχικής υγείας, των ναρκωτικών και των εξαρτησιογόνων ουσιών στα σχολεία
2. Την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση μαθησιακών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα παιδιά και οι έφηβοι και
3. Την παροχή συμβουλευτικής σε άτομα, γονείς, οικογένειες σε κρίση, σε γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες, σε εκπαιδευτικούς κ.ά. (Μαλικιώση – Λοΐζου, 2011)

#### **4.4 Ιστορική αναδρομή εγκαθίδρυσης Συμβουλευτικών Κέντρων Φοιτητών στην Ελλάδα**

Η πρώτη προσπάθεια εγκαθίδρυσης ενός συμβουλευτικού κέντρου για φοιτητές έγινε στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης το 1998 από το τμήμα Ψυχιατρικής δίνοντας όμως ιδιαίτερη έμφαση σε ψυχιατρικά προβλήματα. Το 1989, το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων ύστερα από την εμφάνιση κάποιων σοβαρών ψυχολογικών προβλημάτων των φοιτητών ξεκίνησε την λειτουργία ενός συμβουλευτικού κέντρου. Έπειτα, το Πανεπιστήμιο Αθηνών, ιδρύει το 1990 το συμβουλευτικό κέντρο για φοιτητές, το οποίο από το 2002 αλλάζει το όνομά του σε Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών. Το επόμενο έτος δηλαδή το 2003 λειτούργησε από το Πανεπιστήμιο Αθηνών και Κέντρο Συμβουλευτικής και Επαγγελματικού Προσανατολισμού. Το ίδιο χρονικό διάστημα και σε άλλα Τ.Ε.Ι. αρχίζουν την λειτουργία συμβουλευτικών κέντρων. Επίσης, από το 1995 άρχισε να λειτουργεί στο Τμήμα Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία του Πανεπιστημίου Αθηνών το Συμβουλευτικό Κέντρο Ομηλίκων (ΣΥ.ΚΕ.ΟΜ), στηριζόμενο στην ιδέα ότι οι συνομήλικοι έχουν την δεξιότητα να παρηγορούν, να καθησυχάζουν και να στηρίζουν ο ένας τον άλλον, σε ένα περιβάλλον ισοτιμίας και αλληλοσεβασμού. Τέλος, στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης λειτουργεί από το 1997 το Κέντρο Συμβουλευτικής και Ψυχολογικής Υποστήριξης (ΚΕ.ΣΥ.Ψ.Υ.) φοιτητών, το οποίο, στόχο έχει την επίλυση των προβλημάτων των φοιτητών. Το ΚΕ.ΣΥ.Ψ.Υ. προσφέρει συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη, σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο, σε προβλήματα που αφορούν την προσωπική, κοινωνική και ακαδημαϊκή ζωή των φοιτητών. Στην σημερινή εποχή, λειτουργούν Συμβουλευτικά Κέντρα σε πολλά ελληνικά πανεπιστήμια. Η χρηματοδότηση ωστόσο είναι ελλιπής και η στελέχωση των κέντρων με επαγγελματίες ψυχικής υγείας αντίστοιχη σε αριθμό με τους φοιτητές με επακόλουθο οι ανάγκες των φοιτητών να μην καλύπτονται σε ικανοποιητικό βαθμό. (Μαλικιώση – Λοΐζου, 2011)

#### **4.5 Σκοπός των συμβουλευτικών κέντρων**

Ο σκοπός των συμβουλευτικών κέντρων φοιτητών είναι η παροχή άμεσης ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στους φοιτητές ώστε να καταφέρουν να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες προσαρμογής στο καινούριο εκπαιδευτικό περιβάλλον έγκαιρα και με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και να εντοπίσουν



τρόπους αντιμετώπισης των αναπτυξιακών μετεφηβικών αναζητήσεων και προβληματισμών τους. Στα συμβουλευτικά κέντρα φοιτητών οι υπηρεσίες διαφέρουν ανάλογα με την περίπτωση, την υποδομή και εξειδίκευση και αφορούν και τις τρεις βαθμίδες περίθαλψης με ιδιαίτερη έμφαση στο προληπτικό επίπεδο που προσφέρεται μέσω της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. (Ευθυμίου, Ευσταθίου & Καλαντζή – Αζίζι, 2007 )

#### **4.6 Νομοθεσία για τα Συμβουλευτικά Κέντρα Φοιτητών**

Σύμφωνα με την υπάρχουσα νομοθεσία (3549/20-3-2007, άρθρο 12) που ψηφίστηκε από την Βουλή και δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ ορίζεται μεταξύ άλλων ότι «Σε κάθε Τμήμα προβλέπεται από τον Εσωτερικό Κανονισμό λειτουργίας του οικείου Α.Ε.Ι. η σύσταση και λειτουργία υπηρεσίας υποστήριξης φοιτητών και σπουδαστών με σκοπό την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών προς αυτούς για την ομαλή μετάβαση από τη δευτεροβάθμια στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, την υποστήριξη φοιτητών και σπουδαστών με αναπηρία ή φοιτητών και σπουδαστών που αντιμετωπίζουν δυσκολίες και την επιτυχή περάτωση των σπουδών τους». (Μαλικιώση – Λοΐζου, 2011)

Με βάση την παραπάνω νομοθεσία από τα είκοσι δύο ΑΕΙ μόνο στα δέκα λειτουργεί Συμβουλευτικό Κέντρο για τους φοιτητές, μερικά από αυτά σε επίπεδο Τμήματος και άλλα σε επίπεδο Ιδρύματος, έχοντας ανεπαρκή στελέχωση προσωπικού λόγω έλλειψης χρηματοδότησης. (Μαλικιώση – Λοΐζου, 2011)

#### **4.7 Ρόλος του συμβουλευτικού ψυχολόγου φοιτητών**

Τα Συμβουλευτικά Κέντρα Φοιτητών στελεχώνονται από επαγγελματίες που έχουν την ειδικότητα του Κλινικού ή Σχολικού Ψυχολόγου, καθώς και από άλλες ειδικότητες. (Καλαντζή, 1999)

Οι συμβουλευτικοί ψυχολόγοι είναι οι επαγγελματίες που εργάζονται σε μια σειρά από υπηρεσίες όπως είναι τα συμβουλευτικά κέντρα φοιτητών, τα ιδιωτικά ιατρεία, τα νοσοκομεία, τα κέντρα ψυχικής υγείας, διάφορες κρατικές υπηρεσίες, τα κοινοτικά κέντρα υγείας, τα κέντρα αποκατάστασης και επανένταξης, τα σχολεία και άλλοι εκπαιδευτικοί χώροι καθώς και πανεπιστημιακά ιδρύματα. (Μαλικιώση – Λοΐζου, 1999)

Στις παραπάνω υπηρεσίες ο συμβουλευτικός ψυχολόγος είναι υπεύθυνος για την παροχή συμβουλευτικής καθώς και καθοδηγήσεων σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο, με στόχο να βοηθήσει τα άτομα να ανακτήσουν την λειτουργικότητά τους σε προσωπικό, κοινωνικό, μορφωτικό και επαγγελματικό τομέα. Επίσης, συλλέγει στοιχεία χρησιμοποιώντας ως εργαλεία την συνέντευξη, το ιστορικό του, τεχνικές παρατήρησης, καθώς και ψυχολογικές κλίμακες που σκοπεύουν να εκτιμήσουν το επίπεδο νοημοσύνης, των δεξιοτήτων, των ικανοτήτων και των ενδιαφερόντων του ατόμου. Αναζητά τα αίτια του προβλήματος και αποφασίζει σχετικά με το αν είναι η ιδανική η συμβουλευτική παρέμβαση ή αν χρειάζεται παραπομπή σε άλλο ειδικό ή υπηρεσία. Ακόμη πραγματοποιεί συμβουλευτικές ή θεραπευτικές συνεντεύξεις με σκοπό να βοηθήσει το άτομο να αποκτήσει αυτογνωσία, να συνειδητοποιήσει τα προβλήματά του, να θέσει στόχους και να προγραμματίσει ενέργειες με βάση τα θετικά στοιχεία και προσόντα του ατόμου. Επιπλέον, παρέχει επαγγελματική, εκπαιδευτική και άλλη ενημέρωση για να βοηθήσει το άτομο να προσανατολιστεί σχετικά με την εκπαιδευτική και επαγγελματική του σταδιοδρομία. (Μαλικιώση – Λοΐζου, 1999)

Επίσης, ο συμβουλευτικός ψυχολόγος φοιτητών έχει τον ρόλο του συνηγόρου των φοιτητών που είτε στρέφονται σε αυτόν με αίτημα την αντικατάσταση της ψυχικής τους δυσφορίας με την ψυχική τους ευημερία, είτε την διατήρηση της ψυχικής τους ισορροπίας μέσα σε ένα περιβάλλον ανταγωνιστικό με κριτήριο την δύσκολη επαγγελματική αποκατάσταση. Ο ρόλος του συμβουλευτικού ψυχολόγου φοιτητών κρίνεται απαραίτητος καθώς οι φοιτητές λόγω των ατομικών, ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν και των αδιεξόδων τους, δεν έχουν την απαιτούμενη σκέψη και κρίση αλλά και ούτε τις αντοχές για να επιφέρουν αλλαγές τόσο σε επίπεδο πανεπιστημίου όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. (Καλαντζή Αζίζι, υπό δημοσίευση)

Όσον αφορά τον συμβουλευτικό ψυχολόγο φοιτητών χρειάζεται να έχει κατάλληλη εκπαίδευση και να διακατέχεται από το αίσθημα της ενσυναίσθησης, της γνησιότητας, της μη κριτικής συμπεριφοράς, της αυτογνωσίας και της ευαισθησίας, καθώς και της αντικειμενικότητας. (Μαλικιώση – Λοΐζου, 1999) Ακόμη δεν πρέπει να δρα ατομικά αλλά σε συνεργασία με όλα τα μέλη του συστήματος ΑΕΙ, μέσω της συνεργασίας με άλλους συμβούλους (σύμβουλοι σπουδών, σύμβουλοι σύνδεσης με την αγορά εργασίας), των μελών του

Διδακτικού Ερευνητικού Προσωπικού (ΔΕΠ), της Διοίκησης των Πανεπιστημίων αλλά και των φοιτητικών συλλόγων μπορεί να δημιουργηθεί μια ομάδα πίεσης που θα εφαρμόζει αποφάσεις όπως είναι η εφαρμογή της πολιτικής ψυχικής υγείας των Πανεπιστημίων και να επιφέρει θεσμικές και δομικές αλλαγές. (Καλαντζή Αζίζι, υπό δημοσίευση)

Συνοψίζοντας, οι βασικοί ρόλοι του συμβουλευτικού ψυχολόγου είναι κυρίως τρεις:

1. Θεραπευτικός ή αποκατάστασης όπου σκοπό έχει να βοηθηθεί το άτομο να αντιμετωπίσει άμεσα κάποιο πρόβλημα που τον απασχολεί
2. Προληπτικός όπου σκοπό έχει την πρόληψη εμποδίων και δύσκολων καταστάσεων που μπορούν να εμφανιστούν στο μέλλον
3. Εκπαιδευτικός και εξελικτικός όπου έχει ως σκοπό να βοηθήσει τους ανθρώπους να αποκτήσουν αυτογνωσία, για να μπορέσουν να ανακαλύψουν τις δυνάμεις τους και να πάρουν πρωτοβουλίες σχετικά με την εύρεση τρόπου επίλυσης του προβλήματος τους (Μαλικιώση – Λοΐζου, 1999)

#### **4.8 Παροχές και υπηρεσίες του Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών**

Οι φοιτητές είναι ένας πληθυσμός με συγκεκριμένες ανάγκες και προβλήματα που δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν και να επιλύσουν, χρειάζοντας γι' αυτό τον λόγο στήριξη στις αποφάσεις τους για να προχωρήσουν σε επιλογές ζωής. Τα Συμβουλευτικά Κέντρα Φοιτητών έρχονται να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην ακαδημαϊκή ζωή των φοιτητών, προσφέροντας εξειδικευμένες υπηρεσίες στους φοιτητές οι οποίες ανταποκρίνονται με τρόπο ολιστικό στις ανάγκες τους και ενδεικτικά είναι οι εξής:

Ατομική συμβουλευτική: Το Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών έχει ως στόχο να προσφέρει υποστήριξη στους φοιτητές ώστε να αποκτήσουν αυτογνωσία, να προσαρμοστούν στο νέο περιβάλλον αντιμετωπίζοντας τα όποια προβλήματα προκύπτουν, να αντιμετωπίσουν τις όποιες δυσκολίες μάθησης μέσω της κατάρτισης των κατάλληλων γνώσεων και ικανοτήτων, να ενισχύσουν θετικά τη συμπεριφορά τους σε σχέση με τους γύρω τους, να ελέγξουν το άγχος τους μέσω στρατηγικών διαχείρισης και να αποκτήσουν πιο ενεργό ρόλο στη λήψη

αποφάσεων σχετικά με τα προβλήματα που τους αφορούν άμεσα. ([http://www.unipi.gr/ypires/symv\\_ken/symv\\_ken\\_par\\_ypyr1.html](http://www.unipi.gr/ypires/symv_ken/symv_ken_par_ypyr1.html))

Ομαδική συμβουλευτική: Η ομαδική συμβουλευτική βασιζόμενη στη δυναμική της ομάδας και στηριζόμενη στις αρχές της ενεργητικής μάθησης, προσφέρει βοήθεια στα μέλη της να: ([http://www.unipi.gr/ypires/symv\\_ken/symv\\_ken\\_par\\_ypyr2.html](http://www.unipi.gr/ypires/symv_ken/symv_ken_par_ypyr2.html))

- αποκτήσουν προσωπική ανάπτυξη και αυτοεκτίμηση
- αναπτύξουν διαπροσωπικές σχέσεις
- αναπτύξουν το αίσθημα της διεκδικητικότητας
- αναπτύξουν δημιουργική έκφραση
- ελέγξουν το άγχος
- ελέγξουν το θυμό
- διαχειριστούν τον χρόνο
- αναπτύξουν δεξιότητες μάθησης
- αναπτύξουν δεξιότητες επικοινωνίας στο ακαδημαϊκό περιβάλλον (<http://athena.hua.gr/careeroffice/?q=node/20>)

Οι προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται για την λειτουργικότητα της ομαδικής συμβουλευτικής είναι: γνωσιακή-συμπεριφοριστική, υπαρξιακή, θεραπεία μέσω τέχνης, θεραπεία gestalt και κλασικό ψυχόδραμα. (<http://athena.hua.gr/careeroffice/?q=node/20>)

Ηλεκτρονική συμβουλευτική: Το Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών έχει κατασκευάσει μια ιστοσελίδα την οποία οι ενδιαφερόμενοι φοιτητές μπορούν να επισκεφθούν, να εκφράσουν τις απορίες και τους προβληματισμούς που τους απασχολούν και να πάρουν απάντηση από το εξειδικευμένο προσωπικό. Η ηλεκτρονική συμβουλευτική αφορά κυρίως τους φοιτητές εκείνους που δεν έχουν προσβασιμότητα στο Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών ή στους φοιτητές που δυσκολεύονται να εκφραστούν στη πρόσωπο με πρόσωπο συνάντηση με τον σύμβουλο. ([http://www.unipi.gr/ypires/symv\\_ken/symv\\_ken\\_par\\_ypyr1.html](http://www.unipi.gr/ypires/symv_ken/symv_ken_par_ypyr1.html))

Δίκτυο εθελοντών φοιτητών: Το Δίκτυο Εθελοντών Φοιτητών αποτελεί υπηρεσία του Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών στην οποία δραστηριοποιούνται από όλα τα ακαδημαϊκά τμήματα. Η συμμετοχή των φοιτητών είναι εθελοντική και δίνεται

σε αυτούς βεβαίωση παροχής εθελοντικής εργασίας. Οι φοιτητές πληροφορούνται για τις αρμοδιότητές τους από το αρμόδιο προσωπικό του Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών οι οποίες απαρτίζονται στην υποστήριξη και στην ενίσχυση των «ανεργών» φοιτητών και σε όσους δυσκολεύονται να παρακολουθήσουν τα μαθήματα (εργαζόμενοι φοιτητές, ΑΜΕΑ) και αφορά στη διάθεση βιβλίων, σημειώσεων ή οδηγιών που αφορούν την ύλη των μαθημάτων. Αποδέκτες των παροχών του Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών είναι όσοι από τους φοιτητές αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας (ΑΜΕΑ), οι αλλοδαποί φοιτητές, οι εργαζόμενοι φοιτητές και μητέρες και φοιτητές που αντιμετωπίζουν ειδικές δυσκολίες (κάτοικοι άλλων πόλεων).

([http://www.unipi.gr/ypires/symv\\_ken/symv\\_ken\\_par\\_ypyr1.html](http://www.unipi.gr/ypires/symv_ken/symv_ken_par_ypyr1.html))

Η υπηρεσία στήριξης για επανένταξη στην διαδικασία φοίτησης: Η υπηρεσία παρέχει τις υπηρεσίες της σε φοιτητές οι οποίοι αδυνατούν να παρακολουθήσουν τα μαθήματα και διακόπτουν τις σπουδές του πριν τις ολοκληρώσουν. Οι λόγοι που στάθηκαν εμπόδιο στη μη παρακολούθηση των εισηγήσεων και στην αποχή των εξετάσεων από τους φοιτητές έχουν σχέση είτε με προβλήματα υγείας, οικογενειακά ή επαγγελματικά.

([http://www.unipi.gr/ypires/symv\\_ken/symv\\_ken\\_par\\_ypyr1.html](http://www.unipi.gr/ypires/symv_ken/symv_ken_par_ypyr1.html))

Σεμινάριο εκμάθησης πρώτων βοηθειών: Το σεμινάριο οργανώνεται και διεξάγεται σε συνεργασία με τον Ερυθρό Σταυρό και απευθύνεται σε φοιτητές που εκδηλώνουν το ενδιαφέρον τους να μάθουν βασικούς τρόπους αντιμετώπισης ατυχημάτων και πρώτων βοηθειών.

([http://www.unipi.gr/ypires/symv\\_ken/symv\\_ken\\_par\\_ypyr1.html](http://www.unipi.gr/ypires/symv_ken/symv_ken_par_ypyr1.html))

Τηλεσυμβουλευτική: Η τηλεσυμβουλευτική είναι η εξ αποστάσεως παροχή εξειδικευμένης συμβουλευτικής βοήθειας από κάποιο ή κάποια άτομα κατάλληλα εκπαιδευμένα στη συμβουλευτική. Η τηλεσυμβουλευτική μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε μέσω τηλεφώνου είτε μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή. Η τηλεσυμβουλευτική έχει ως σκοπό να παρέχει γενική ψυχοεκπαίδευση στους φοιτητές όσον αφορά την ατομική τους ανάπτυξη και τις δυσκολίες προσαρμογής τους σε ένα νέο περιβάλλον. Δεν αντικαθιστά τη συνεργασία με έναν ειδικό ψυχικής υγείας και μέσω αυτής οι φοιτητές έχουν πρόσβαση σε ηλεκτρονικά κείμενα αυτοβοήθειας και έχουν την ευκαιρία να διατυπώνουν ερωτήματα μέσω ανώνυμων μηνυμάτων ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. (Σχορετσανίτης, 2010)

Ψυχολογική συμβουλευτική υποστήριξη φοιτητών με αναπηρία: Στόχος της ψυχολογικής συμβουλευτικής υποστήριξης φοιτητών με αναπηρία είναι η παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και συμβουλευτικής στους φοιτητές με αναπηρία και η ομαλή ένταξη τους στην φοιτητική ζωή μέσω της αλληλεπίδρασης με άλλους συμφοιτητές τους. Η συμβουλευτική παρέχεται τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο παρέμβασης (επιλογή μαθημάτων, σημειώσεις, ύλη εξετάσεων, προετοιμασία για τις εξετάσεις) και προσφέρεται από την ψυχολόγο της μονάδας προσβασιμότητας των φοιτητών με αναπηρία. (Σχορετσανίτης, 2010)

Η συμβουλευτική υποστήριξη παρέχεται σε φοιτητές που αντιμετωπίζουν: προβλήματα δυσχερής αλληλεπίδρασης τόσο με το οικογενειακό όσο και με το κοινωνικό περίγυρο, δυσκολίες κατά το ακαδημαϊκό έτος και άγχος για τις εξετάσεις και την οργάνωση της μελέτης τους, χαμηλή αυτοεκτίμηση, άγχος – φοβίες, προβλήματα με την διάθεση, διατροφικά προβλήματα και κάθε τι που τους καθιστά δυσλειτουργικούς. (<http://access.uoa.gr/Unit%20Consult.htm>)

Η υπηρεσία αυτή δίνει την ευκαιρία στους φοιτητές με αναπηρία να έχουν το προνόμιο της συμβουλευτικής υποστήριξης και μέσω διαδικτύου, με τη χρήση εικονοτηλεφωνίας και συγκεκριμένα μέσω των προγραμμάτων οοοο, windowlivesmessenger και Skype. (<http://access.uoa.gr/Unit%20Consult.htm>)

Συμβουλευτική ομηλίκων: Πρόκειται για συμβουλευτική που παρέχεται στο συμβουλευτικό κέντρο ομηλίκων και προσφέρεται εθελοντικά από άτομα της ίδιας ηλικιακής ομάδας με την βοήθεια υποστηρικτικών συστημάτων μέσω ευαίσθητης και ενσυναίσθητης φροντίδας. Οι στόχοι της συμβουλευτικής ομηλίκων είναι η διευκόλυνση προσαρμογής των φοιτητών στην νέα φοιτητική ζωή, η ενίσχυση της προσωπικότητας, η συναισθηματική στήριξη των φοιτητών και η παροχή υπηρεσιών ενημέρωσης και προσανατολισμού για εκπαιδευτικά ζητήματα. Η υλοποίηση της συμβουλευτικής ομηλίκων πραγματοποιείται μέσω ατομικής και ομαδικής συζήτησης και μέσω τηλεσυμβουλευτικής. (Μαλικιώση - Λοΐζου, Στιβακτάκη και Τσερμίδου, 2007)

Βιωματικό σεμινάριο ευαισθητοποίησης με θέμα βασικές γνώσεις ουσιοεξάρτησης και πρόληψης: Το σεμινάριο διοργανώνεται σε συνεργασία με τον τομέα πρόληψης του ΚΕΘΕΑ. Στόχος του είναι η παροχή έγκυρης και

τεκμηριωμένης ενημέρωσης για θέματα ουσιοεξάρτησης, για τους παράγοντες που οδηγούν στην ουσιοεξάρτηση, για τον τρόπο αντιμετώπισής τους και για την ευαισθητοποίηση των φοιτητών στην πρόληψη της ουσιοεξάρτησης. ([http://www.unipi.gr/ypires/symv\\_ken/symv\\_ken\\_par\\_ypyr6.html](http://www.unipi.gr/ypires/symv_ken/symv_ken_par_ypyr6.html))

#### **4.9 Υπηρεσίες ψυχολογικής συμβουλευτικής φοιτητών που λειτουργούν στα ελληνικά Α.Ε.Ι. και Τ.Ε.Ι.**

Όσον αφορά τα στοιχεία επικοινωνίας και πρόσβασης των Κέντρων Συμβουλευτικής Στήριξης που λειτουργούν στα Α.Ε.Ι και Τ.Ε.Ι. της χώρας όπου μπορεί να απευθυνθεί ο κάθε φοιτητής που νομίζει ότι χρειάζεται οποιαδήποτε βοήθεια παρουσιάζονται σε έναν κατάλογο (βλ. παράρτημα).

## **B' μέρος**

### **Ερευνητικό μέρος**

#### **5<sup>ο</sup> Κεφάλαιο**

##### **5.1 Εισαγωγή**

«Η επιστημονική έρευνα περιλαμβάνει την συστηματική εξέταση διαφόρων καταστάσεων, με σκοπό να ανακαλύψει νέες πληροφορίες ή σχέσεις και να διευρύνει και να επαληθεύσει την υπάρχουσα γνώση. Επεξεργάζεται γεγονότα, έννοιες ή σύμβολα με σκοπό την γενίκευση, την επέκταση, την διόρθωση ή την επαλήθευση μιας γνώσεως· έτσι η γνώση γίνεται απρόσωπη, αντικειμενική και έχει γενική ισχύ. Η επιστημονική έρευνα δεν παραθέτει τις γνώμες των άλλων σχετικά με την λύση ενός προβλήματος, αλλά προσφέρει την εμπειριστατωμένη εμπειρική γνώση ως την μοναδική λύση του προβλήματος.» (Παρασκευόπουλος, 1985)

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας για την λήψη πτυχίου, είχε ως σκοπό τη διερεύνηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές, το κατά πόσο τους επηρέασε κατά την προηγούμενη εβδομάδα πριν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, τι τρόπους διαχείρισης χρησιμοποιούν και εάν θεωρούν αναγκαία την δημιουργία ενός συμβουλευτικού κέντρου στο ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, με τελικό στόχο την ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση των αρμόδιων για την δημιουργία ενός συμβουλευτικού κέντρου στο ΑΤΕΙ.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που χρησιμοποιήθηκαν για την δημιουργία του ερωτηματολογίου της έρευνας είναι τα εξής:

1. Ποια είναι τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές;
2. Πόσο τους επηρέασαν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, πριν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου;
3. Τι στρατηγικές διαχείρισης χρησιμοποιούν για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους;



4. Κατά πόσο θεωρούν αναγκαία την δημιουργία ενός Συμβουλευτικού Κέντρου στο ΑΤΕΙ Πάτρας;

## **5.2 Διαδικασία συλλογής δεδομένων**

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο χώρο του ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας κατά το χρονικό διάστημα Απρίλιος 2014 με Μάιο 2014 με την κάθε φοιτήτρια – μέλος της πτυχιακής που εκπονείται να παρευρίσκεται στο χώρο της εκάστοτε σχολής και να ενημερώνει τον κάθε φοιτητή για τη φύση, το σκοπό της έρευνας και τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Τα ερωτηματολόγια ήταν αυτοσυμπληρούμενα, οπότε ο κάθε φοιτητής που συμφωνούσε να συμμετέχει στην έρευνα το συμπλήρωνε μόνος του εκείνη τη στιγμή που του δινόταν το ερωτηματολόγιο.

Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές ενημερώνονταν ότι τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιούνταν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας και ότι δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις παρά ειλικρινής συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους φοιτητές. Τέλος, πριν ο κάθε φοιτητής συμφωνήσει να συμμετάσχει στην έρευνα ενημερωνόταν ότι η συμμετοχή του στην έρευνα είναι προαιρετική.

Η δειγματοληψία που χρησιμοποιήθηκε ήταν κατά στρώματα και πιο συγκεκριμένα ήταν στρωματοποιημένη τυχαία ως προς την σχολή φοίτησης, έτσι έγινε η ίση κατανομή μεταξύ των τριών σχολών. Οι φοιτητές προέρχονταν από διάφορα τμήματα και από τις τρεις σχολές του ΑΤΕΙ. Επίσης οι φοιτητές προέρχονταν και από διάφορα εξάμηνα. Στόχος αυτής της ενέργειας ήταν να αποκτήσουμε μία σφαιρική άποψη και να διερευνήσουμε τα πιθανά προβλήματα των φοιτητών που προκύπτουν σε όλα τα στάδια της φοιτητικής ζωής.

## **5.3 Δείγμα**

Το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν 300 φοιτητές και η προϋπόθεση συμμετοχής στην έρευνα ήταν να αποτελούν φοιτητές του ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, οι οποίοι συμμετείχαν εθελοντικά και ανώνυμα. Από τους 300 συμμετέχοντες το 54% του δείγματος το αποτελούν άνδρες (138 άτομα), και το 46% γυναίκες (162 άτομα). Η πλειοψηφία (ποσοστό 81%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι βρίσκεται στην ηλικιακή ομάδα 20 – 24 ετών (243 άτομα), ενώ ότι το 18% είναι κάτω των 20

ετών (54 άτομα) και ότι το 1% είναι ηλικίας 25 – 29 ετών (3 άτομα). Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 99,7%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι είναι άγαμοι (299 άτομα), ενώ ότι μόνο το 0,3% είναι παντρεμένοι (1 άτομο). Η πλειοψηφία (ποσοστό 47%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι η μόνιμη κατοικία τους είναι σε αστική περιοχή (141 άτομα), ενώ ότι από αγροτική περιοχή είναι το 29% (87 άτομα) και από ημιαστική περιοχή είναι το 27% (72 άτομα). Η πλειοψηφία (ποσοστό 72%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι το εισόδημά τους προέρχεται από τους γονείς τους (216 άτομα), ότι το 13% από εργασία (39 άτομα), από άλλο εισόδημα το 5% (15 άτομα) και το 10% από όλα τα παραπάνω (30 άτομα). Η πλειοψηφία (ποσοστό 47%) των ερωτηθέντων απάντησε πως μένει με τον έναν ή τους δυο γονείς (141 άτομα), ότι το 34% μένει μόνος/η (102 άτομα), ότι το 8% με συμφοιτητή/ρια (24 άτομα), ότι το 6% με σύντροφο (18 άτομα) και το 5% με συγγενείς (15 άτομα). Ως προς τη σχολή φοίτησης οι ερωτηθέντες είχαν χωριστεί σε τρία ισάριθμα μέρη των 100 ατόμων με αποτέλεσμα η κάθε σχολή που αποτελείται από τρία τμήματα να έχει καταλάβει ποσοστό 33,33%. Όσον αφορά το τμήμα της Ηλεκτρολογίας οι ερωτηθέντες ήταν το 17% (51 άτομα), στην Μηχανολογία 11% (32 άτομα), στον Πολιτικών έργων υποδομής 6% (17 άτομα), στη Διοίκηση επιχειρήσεων 8% (24 άτομα), στη Λογιστική 19% (57 άτομα), στον Τουριστικών επιχειρήσεων 6% (19 άτομα), στην Κοινωνική εργασία 8% (25 άτομα), στην Νοσηλευτική 17% (50 άτομα) και στην Λογοθεραπεία 8% (25 άτομα). Οι ερωτηθέντες φοιτητές με ισάριθμο ποσοστό 26% απάντησαν ότι βρίσκονταν στο 4<sup>ο</sup>(78 άτομα), 6<sup>ο</sup>(78 άτομα) και 8<sup>ο</sup> εξάμηνο (78 άτομα) φοίτησης, ενώ ότι το 12% (36 άτομα) είναι άνω του Α' πτυχίου και ότι το 10% (30 άτομα) είναι στο 2<sup>ο</sup> εξάμηνο φοίτησης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά φοιτητών

Μεταβλητές	Κατηγορίες	Σύνολο	Ποσοστό
Φύλο	Άνδρες	138	46%
	Γυναίκες	162	54%
Ηλικία	≥20 ετών	54	18%
	21 – 24 ετών	243	81%
	25 – 29 ετών	3	1%
	30 – 34 ετών	0	0%

	35 – 39 ετών	0	0%
	≤ 40 ετών	0	0%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	299	99,7%
	Έγγαμος	1	0,3%
	Χωρισμένος	0	0%
	Χήρος	0	0%
Τόπος μόνιμης κατοικίας	Αγροτική	87	29%
	Ημιαστική	72	24%
	Αστική	141	47%
Εισόδημα	Εργασία	39	13%
	Γονείς	216	72%
	Άλλο εισόδημα	15	5%
	Όλα τα παραπάνω	30	10%
Κατοικώ με	Με τον έναν ή τους δυο γονείς	141	47%
	Με συμφοιτητή/ρια	24	8%
	Με σύντροφο	18	6%
	Μόνος/η	102	34%
	Με συγγενείς	15	5%
Σχολή φοίτησης	ΣΔΟ	100	33,33%
	ΣΕΥΠ	100	33,33%
	ΣΤΕΦ	100	33,33%
Τμήμα φοίτησης	Ηλεκτρολογία	51	17%
	Μηχανολογία	32	11%
	Πολιτικών έργων υποδομής	17	6%
	Διοίκηση επιχειρήσεων	24	8%
	Λογιστική	57	19%
	Τουριστικών επιχειρήσεων	19	6%
	Κοινωνική	25	8%

	εργασία		
	Νοσηλευτική	50	17%
	Λογοθεραπεία	25	8%
Εξάμηνο φοίτησης	2 <sup>ο</sup> εξάμηνο	30	10%
	4 <sup>ο</sup> εξάμηνο	78	26%
	6 <sup>ο</sup> εξάμηνο	78	26%
	8 <sup>ο</sup> εξάμηνο	78	26%
	Α' πτυχίο και άνω	36	12%

#### 5.4 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Το είδος έρευνας που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ποσοτική, η οποία πραγματοποιήθηκε μέσω χορήγησης ερωτηματολογίων στους φοιτητές. Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου (βλ. παράρτημα) περιλαμβάνονται τα δημογραφικά στοιχεία του φοιτητή που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο (ζητήθηκε το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος μόνιμης κατοικίας, το προερχόμενο εισόδημα, ο τρόπος διαμονής, η σχολή φοίτησης και το εξάμηνο φοίτησης).

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονται το Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) και η Κλίμακα της Τουλούζης για τη διαχείριση (E.T.C.). Συγκεκριμένα για την Κλίμακα της Τουλούζης επιλέχθηκαν τυχαία 22 από τις 52 ερωτήσεις λόγω του υπέρογκου ερωτηματολογίου που θα δημιουργούταν και που θα κούραζε τους φοιτητές.

Τα δυο αυτά μέρη συνοδεύονται από ένα σύντομο εισαγωγικό, όπου δίνονται επεξηγήσεις για το σκοπό της έρευνας, καθώς και τη διαβεβαίωση για την τήρηση της ανωνυμίας.

#### Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

Το CES-D αναπτύχθηκε στη δεκαετία του '70 από την Lenore Radloff κατά τη διάρκεια που ήταν ερευνήτρια στο Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας. (<http://counsellingresource.com/lib/quizzes/depression-testing/cesd/>)

Η κλίμακα CES-D είναι μια μικρή κλίμακα η οποία σχεδιάστηκε για να μετρήσει την καταθλιπτική συμπτωματολογία στο γενικό πληθυσμό. Τα στοιχεία της κλίμακας είναι συμπτώματα που συνδέονται με την κατάθλιψη, τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενες επικυρωμένες πλέον κλίμακες. (<http://apm.sagepub.com/content/1/3/385.short>) Η κλίμακα έχει βρεθεί αξιόπιστη (Alpha>.85) ([http://www.valueoptions.com/providers/Education\\_Center/Provider\\_Tools/Depression\\_Screening.pdf](http://www.valueoptions.com/providers/Education_Center/Provider_Tools/Depression_Screening.pdf))

Η κλίμακα CES-D είναι ένα ερωτηματολόγιο 20 στοιχείων που ζητά από τους ερωτηθέντες να αξιολογήσουν πόσο συχνά κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας παρουσίασαν συμπτώματα που σχετίζονται με την κατάθλιψη, όπως ανήσυχο ύπνο, ανορεξία και το αίσθημα της μοναξιάς. (<http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practicesettings/assessment/tools/depression-scale.aspx>)

Όσον αφορά τις επιλογές απαντήσεων, αυτές κυμαίνονται από 0 έως 3 για κάθε στοιχείο (0 = Σπάνια ή Καθόλου, 1 = Μερικές φορές, 2 = Περιστασιακά, 3 = Συχνά) και οι βαθμοί αυτών των στοιχείων κυμαίνονται από 0 έως 60, με τις υψηλές βαθμολογίες να δείχνουν μεγαλύτερα καταθλιπτικά συμπτώματα. (<http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practicesettings/assessment/tools/depression-scale.aspx>) Επίσης το CES-D παρέχει σκορ αποκοπής (π.χ., 16 ή μεγαλύτερο) που βοηθούν στην ταυτοποίηση ατόμων σε κίνδυνο για κλινική κατάθλιψη, με καλή ευαισθησία και ειδικότητα και υψηλή εσωτερική συνοχή. (<http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practicesettings/assessment/tools/depression-scale.aspx>) Τέλος, τα αποτελέσματα ταξινομούνται σύμφωνα με την διαβάθμιση 0 – 15 καθόλου κατάθλιψη, 16 – 20 ελαφριά κατάθλιψη, 21 – 25 μέτρια κατάθλιψη, 26 και πάνω σοβαρή κατάθλιψη. (<http://www.cancerquest.org/depression-self-test.html>)

Κλίμακα της Τουλούζης για τη διαχείριση (E.T.C.)

Η κλίμακα της Τουλούζης για τη διαχείριση των προβλημάτων εκτιμά τις στρατηγικές που χρησιμοποιεί το δείγμα για να αντιμετωπίσει σημαντικά προβλήματα της ζωής του. Ο λόγος που επιλέχτηκε η κλίμακα της Τουλούζης για τη διαχείριση των προβλημάτων είναι πως είχε δοκιμασθεί σε 290 φοιτητές του

ΤΕΙ Πάτρας και αποδείχτηκε κατόπιν ελέγχου της εσωτερικής αξιοπιστίας των στρατηγικών διαχείρισης οι τιμές ήταν πολύ ικανοποιητικές. (Θεοδωράτου, 2006)

Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 3 τομείς: τη δράση (τομέας δράσης), την πληροφόρηση (τομέας γνωστικός) και το συναίσθημα (τομέας συναισθηματικός). Η σύνθεση αυτών επιτρέπει την εμφάνιση 6 στρατηγικών διαχείρισης προβλημάτων (εστίαση, κοινωνική στήριξη, απόσυρση, μεταστροφή, έλεγχος, και άρνηση). Στον πίνακα που ακολουθεί, φαίνεται ότι ο κάθε τομέας αποτελείται από 6 διαστάσεις (κάθετα) και κάθε στρατηγική περιλαμβάνει 3 διαστάσεις (οριζόντια). Η κλίμακα επομένως αποτελείται από 18 διαστάσεις. Κάθε διάσταση εξετάζεται με βάση 3 προτάσεις στις οποίες το υποκείμενο πρέπει να απαντήσει με βάση μια κλίμακα 5 βαθμίδων (1: καθόλου, 2: σπάνια, 3: που και που, 4: συχνά, 5: πολύ συχνά). Συμπερασματικά αναφέρουμε ότι εξετάζονται οι εξής δείκτες (στην ανάλυση των δεδομένων):

A) οι τρεις τομείς

B) οι έξι στρατηγικές διαχείρισης

Γ) 1. Οι θετικές και 2. οι αρνητικές στρατηγικές (στο σύνολο τους είναι 18) (Θεοδωράτου, 2006)

Παρουσίαση των τομέων, των στρατηγικών και των διαστάσεων

Η κλίμακα συνδέει τρεις τομείς :

1. Το συμπεριφοριστικό τομέα που αντιπροσωπεύει το σύνολο των διαδικασιών, με τις οποίες το άτομο αρχίζει να ενεργεί, δηλ. η προετοιμασία της δράσης, η κίνηση και η συνέπεια αυτής της δράσης.

2. Τον τομέα της πληροφόρησης (ή γνωστικό τομέα), που προσδιορίζει τις διαδικασίες εκείνες με τις οποίες το άτομο αποκτά τις πληροφορίες για το περιβάλλον του και τις επεξεργάζεται για να ρυθμίσει τη συμπεριφορά του.

3. Τον συναισθηματικό τομέα που είναι σύνολο των μη γνωστικών και μη ενεργών διαδικασιών που ποικίλουν από τις ξαφνικές συναισθηματικές αντιδράσεις έως τα συνήθη συναισθήματα του ατόμου. Ο συντονισμός μεταξύ των τομέων επιτρέπει την εμφάνιση έξι στρατηγικών, που η κάθε μια περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις σε σχέση με τους ανωτέρω τομείς. Κάθε μια από τις τρεις διαστάσεις εξετάζεται με βάση τρεις προτάσεις στις οποίες το

υποκείμενο πρέπει να απαντήσει μέσα σε ένα πλαίσιο μιας κλίμακας πέντε σημείων, όπως αναφέρεται πιο πάνω αναλυτικά. (Θεοδωράτου, 2006)

	Τομείς		
Στρατηγικές	Δράση	Πληροφόρηση	Συναίσθημα
Εστίαση	A. Ενεργός Εστίαση	Z. Γνωστική Εστίαση	M. Συναισθηματική Εστίαση
Κοινωνική στήριξη	B. Συνεργασία	H. Κοινωνική Πληροφοριακή Στήριξη	N. Συναισθηματική Κοινωνική Στήριξη
Απόσυρση	Γ. Συμπεριφορική και Κοινωνική Απόσυρση	Θ. Διανοητική Απόσυρση	Ξ. Εθισμός σε ουσίες
Μεταστροφή	Δ. Συμπεριφορική Αλλαγή	I. Αποδοχή	O. Αλλαγή αξιών
Έλεγχος	E. Ρύθμιση δραστηριοτήτων	K. Γνωστικός Έλεγχος και Σχεδιασμός	Π. Συναισθηματικός Έλεγχος
Άρνηση	ΣΤ. Διασκέδαση	Λ. Άρνηση	P. Αλεξιθυμία

Οι στρατηγικές είναι οι εξής :

1. Η εστίαση υπονοεί ότι το άτομο συγκεντρώνεται στο πρόβλημα και στους τρόπους επίλυσης του προβλήματος. Η συναισθηματική εστίαση υπονοεί όντως την διείδυση ειδικών συναισθημάτων (επιθετικότητας και ενοχής). Η στρατηγική αυτή έχει τρεις διαστάσεις:

A. Ενεργός Εστίαση: Όταν αντιμετωπίζει κανείς το πρόβλημα και πηγαίνει κατευθείαν σε αυτό.

Z. Γνωστική Εστίαση: Όταν αναλύει κανείς την κατάσταση, χρησιμοποιεί παρελθοντικές εμπειρίες, εφαρμόζει στρατηγικές για να λύσει καλύτερα το πρόβλημα.

M. Συναισθηματική Εστίαση: Όταν κανείς γίνεται ευερέθιστος ή επιθετικός απέναντι στους άλλους ή όταν κλείνεται στον εαυτό του βιώνοντας ενοχές.

2. Η κοινωνική στήριξη υπονοεί την αναζήτηση βοήθειας με όρους γνωστικούς (συμβουλές, πληροφόρηση) ή συναισθηματικούς (η ανάγκη του ανθρώπου να τον ακούσει κάποιος και να τον αναγνωρίσει). Υπονοεί επίσης, τη χρήση πράξεων συνεργασίας ως μέσο καταπολέμησης του στρες. Η στρατηγική αυτή περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις:

B. Συνεργασία: Όταν κάποιος έχει την ανάγκη να εργαστεί μαζί με τους άλλους.

H. Πληροφοριακή Κοινωνική Στήριξη: Όταν κάποιος απευθύνεται σε πρόσωπα για να πάρει πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση που του δημιουργεί πρόβλημα.

N. Συναισθηματική Κοινωνική Στήριξη: Όταν κάποιος έχει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον, να απευθυνθεί σε πρόσωπα που μπορούν να δώσουν παρηγοριά.

3. Η απόσυρση υπονοεί ότι το υποκείμενο κλείνεται στον εαυτό του, προσπαθεί να μη σκέφτεται το πρόβλημα καταφεύγοντας στο όνειρο ή στη φαντασία ή υιοθετώντας συμπεριφορές που προσφέρουν υποκατάστατα (τροφή, ναρκωτικά, κάπνισμα, φάρμακα). Η στρατηγική αυτή έχει τρεις διαστάσεις:

Γ. Συμπεριφορική και Κοινωνική Απόσυρση: Όταν το άτομο κλείνεται στον εαυτό του, απομακρύνεται από τους άλλους, αποσύρεται σε σχέση με τους άλλους.

Θ. Διανοητική απόσυρση: Όταν το άτομο προσπαθεί να διώξει το πρόβλημα από το μυαλό του, αρνείται να το σκέφτεται, θέλει να το ξεχάσει. Όταν ευχαριστείται με τις ονειροπολήσεις με τη φαντασία του προκειμένου να ξεχάσει τις δυσκολίες.

Ξ. Εθισμός σε ουσίες: Όταν το άτομο αναζητά υποκατάστατα μέσα από την τροφή, τα φάρμακα, τα ναρκωτικά, τον καπνό.

4. Η μεταστροφή υπονοεί την αλλαγή, την τροποποίηση της συμπεριφοράς, των γνωστικών θέσεων (αποδοχή) ή αξιών (όταν το άτομο στρέφεται προς το Θεό, αποκτά μια φιλοσοφία ζωής, αστειεύεται σχετικά με το πρόβλημα). Η στρατηγική αυτή έχει τρεις διαστάσεις:

Δ. Συμπεριφορική Αλλαγή: Όταν τροποποιεί τις πράξεις του, τη συμπεριφορά του, τον τρόπο ζωής του σχετικά με το πρόβλημα.



I. Αποδοχή: Όταν αποδέχεται το πρόβλημα όπου κι αν είναι ή μαθαίνει να ζει με αυτό.

O. Αλλαγή των αξιών: Όταν κάποιος εμπιστεύεται το Θεό (στάση πίστης), στρέφεται σε μια άλλη φιλοσοφία ζωής, σχετικοποιεί με τρόπο διασκεδαστικό την κατάσταση (χιούμορ).

5. Ο έλεγχος υπονοεί την κυριαρχία στην κατάσταση, τον συντονισμό των συμπεριφορών ή των δραστηριοτήτων και την συγκράτηση των συναισθημάτων. Η στρατηγική αυτή έχει τρεις διαστάσεις:

E. Ρύθμιση των δραστηριοτήτων: Όταν το άτομο αντιστέκεται στην παρόρμηση να κάνει απερίσκεπτες κρίσεις ή να πάρει αποφάσεις βασισμένες, όταν παίρνει μια απόσταση σε σχέση με την κατάσταση και παίρνει κάποιο χρόνο για να δράσει. Αυτή η στρατηγική έχει σαν σκοπό να συγκρατήσει την δραστηριότητα όταν αυτή μπορεί να κάνει περισσότερο κακό παρά καλό.

K. Γνωστικός έλεγχος και σχεδιασμός: Όταν το άτομο θέτει στόχους, κάνει ένα σχεδιασμό. Όταν χειρίζεται το πρόβλημα με τρόπο αφηρημένο και λογικό (διανοητικοποίηση).

Π. Συναισθηματικός έλεγχος: Όταν το άτομο αφενός δεν πανικοβάλλεται, αφετέρου δεν δείχνει στους άλλους τα συναισθήματα που το διακατέχουν.

6. Η Άρνηση: Όταν το υποκείμενο κάνει σαν να μην υπήρχε το πρόβλημα, διασκεδάζει κάνοντας κάτι πιο ευχάριστο. Έχει δυσκολίες για να περιγράψει τα συναισθήματα του. Η στρατηγική αυτή έχει τρεις διαστάσεις:

ΣΤ. Διασκέδαση: Όταν κάποιος ψάχνει να σκεφτεί κάτι άλλο εκτός από το πρόβλημα, όταν ασχολείται με άλλες δραστηριότητες για να μην το σκέφτεται. Όταν ψάχνει για ικανοποιήσεις σε άλλους τομείς της ύπαρξης.

Λ. Άρνηση: Όταν κάποιος κάνει σαν να μην υπήρχε το πρόβλημα.

P. Αλεξιθυμία: Όταν κάποιος δεν μπορεί να περιγράψει τα συναισθήματα του.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων μιας μελέτης που έκανε ο Tap με 260 κριτές προκειμένου να προσδιοριστεί ο θετικός ή ο αρνητικός χαρακτήρας των αντιδράσεων απέναντι στο στρες επιτρέπει τρεις διαπιστώσεις:

1. Η θετική διαχείριση (coping) συνδέει τις γνωστικές πλευρές με τη κοινωνική στήριξη (συνεργασία, βοήθεια μέσω πληροφόρησης, συναισθηματική στήριξη). Η ενεργός εστίαση και ο συναισθηματικός έλεγχος έρχονται να συμπληρώσουν αυτή την πρώτη δομή. Χάρη στη βοήθεια των άλλων (κοινωνική στήριξη), η ενεργός εστίαση εισάγει την προσαρμοστική προσπάθεια, την αντιμετώπιση του προβλήματος. Σε αυτή τη δομή βρίσκουμε την ενεργό-γνωστική εστίαση και τον συναισθηματικό έλεγχο, λειτουργίες που έχουν περιγραφεί από τον Lazarus (1984).

2. Η αρνητική διαχείριση υπονοεί την σύνδεση απόσυρσης και άρνησης, αλλά αυτή η δεύτερη δομή οργανώνεται γύρω από την άρνηση, την διανοητική απόσυρση και την αλεξιθυμία (δυσκολία διαχείρισης των ιδίων συναισθημάτων, Sifneos 1973).

3. Κάποιες συγκεκριμένες διαστάσεις, ιδιαίτερα η συμπεριφορική αλλαγή, η αλλαγή των αξιών, η διασκέδαση και η αποδοχή γίνονται αντιληπτές με τρόπο πιο διαφορούμενο και λειτουργούν ως στρατηγικές ενδιάμεσες ανάμεσα στο θετικό και αρνητικό πρότυπο της διαχείρισης. Παραδείγματος χάρη η αποδοχή της κατάστασης γίνεται αντιληπτή θετικά όταν συσχετίζεται με τον συναισθηματικό έλεγχο. Αποδέχομαι σημαίνει, ελέγχω τα συναισθήματα μου, τις άμυνες μου, ρυθμίζω τις επιθυμίες μου. Όμως, η αποδοχή γίνεται αντιληπτή αρνητικά, όταν συσχετίζεται με την συγκράτηση. Αποδοχή της προβληματικής κατάστασης σημαίνει τότε παραίτηση. (Θεοδωράτου, 2006)

Θετικές στρατηγικές

A. Ενεργός εστίαση

B. Συνεργασία

H. Κοινωνική πληροφοριακή στήριξη

I. Αποδοχή

Π. Συναισθηματικός έλεγχος

K. Γνωστικός έλεγχος και σχεδιασμός

ΣΤ. Διασκέδαση

Z. Γνωστική εστίαση

N. Κοινωνική συναισθηματική εστίαση

Αρνητικές στρατηγικές

Ξ. Εθισμός στις ουσίες

Θ. Διανοητική απόσυρση

Ο. Αλλαγή αξιών

Γ. Συμπεριφορική και κοινωνική απόσυρση

Δ. Συμπεριφορική αλλαγή

P. Αλεξιθυμία

E. Ρύθμιση των δραστηριοτήτων

Λ. Άρνηση

M. Συναισθηματική εστίαση (Θεοδωράτου, 2006)

### **5.5 Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού υποκειμένων**

Το κριτήριο εισαγωγής στην έρευνα ήταν να είναι φοιτητές του ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας και το κριτήριο αποκλεισμού ήταν η ύπαρξη μη πλήρους συμπληρωμένου ερωτηματολογίου. Τελικά χρησιμοποιήθηκαν και τα 300 ερωτηματολόγια, διότι όλα ήταν πλήρως συμπληρωμένα.

### **5.6 Εκτίμηση δυσκολιών για την πραγματοποίηση της μελέτης**

Κατά την υλοποίηση της έρευνας και τη συγγραφή του θεωρητικού μέρους υπήρξαν δυσκολίες ως προς την δυσανασχέτηση αρκετών φοιτητών για τον όγκο του ερωτηματολογίου. Επίσης μια ακόμη δυσκολία που αντιμετωπίσαμε είχε να κάνει με την πρόσβαση σε βιβλιοθήκες εκτός Πάτρας για την ανεύρεση σχετικής βιβλιογραφίας.

### **5.7 Ζητήματα ηθικής**

Ακολουθήθηκε με ευλάβεια ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη της Ελσίνκι που αφορά την προστασία του δείγματος από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (π.χ. να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή, πλήρης διαφάνεια, ανωνυμία, εχεμύθεια και αυτοδιάθεση).

### **5.8 Στατιστική μεθοδολογία**

Η επεξεργασία και η ανάλυση των στοιχείων που συλλέχθηκαν πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια του MicrosoftExcel 2010. Για την περιγραφή των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν πίνακες συχνότητας και γραφήματα μορφής ράβδων. Τα ερωτηματολόγια εισήχθησαν στο MicrosoftExcel 2010 και οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν με μορφή αριθμών. Η συνάρτηση που χρησιμοποιήθηκε για τα αποτελέσματα ήταν το «count» και για να μπορέσει να γίνει η συσχέτιση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε η συνάρτηση «countif». Για την διεξαγωγή των ποσοστών έγινε διαίρεση του υπομέρους συνόλου με το σύνολο.

## 5.9 Ευρήματα

### 5.9.1 Με βάση τη κλίμακα της Τουλούζης

Με βάση τη κλίμακα της Τουλούζης και το ανοικτό ερώτημα «Παρακαλούμε επιλέξτε το πιο σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζετε» προέκυψαν οι εξής κατηγορίες σε αλφαβητική σειρά: άγχος, ανεργία, απουσίες, δυσκολία συγκέντρωσης, έλλειψη προσοχής, εξεταστική, επαγγελματικό, καθηγητές, κατάθλιψη, κλείσιμο σχολής, μέλλον, μοναξιά, νεύρα, οικογενειακό, οικονομικό, πάχος, προκατάληψη, προσωπικά, πτυχιακή, συγκατοίκηση, συνεργασία, σχέσεις, σχολή, τσακωμοί με φίλους, υγεία, χρόνος, χρωστάω μαθήματα και ψυχολογικά.

Η κατανομή των δηλωθέντων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα.

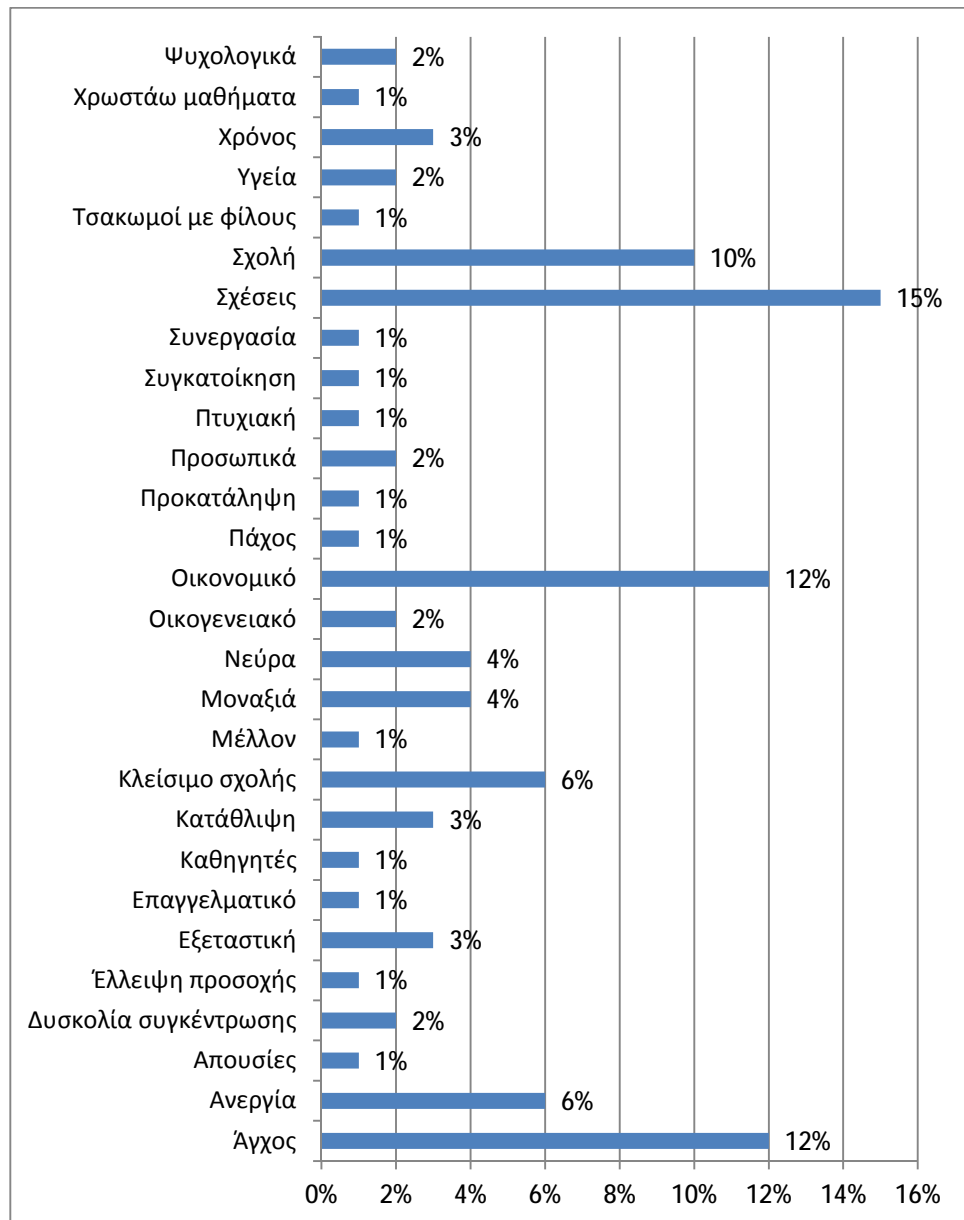
**Πίνακας 1. Προβλήματα φοιτητών**

Προβλήματα	Σύνολο	Ποσοστό
Άγχος	33	10%
Ανεργία	21	6%
Απουσίες	2	1%
Δυσκολία συγκέντρωσης	5	2%
Έλλειψη προσοχής	2	1%
Εξεταστική	8	3%
Επαγγελματικό	2	1%
Καθηγητές	2	1%
Κατάθλιψη	9	3%
Κλείσιμο σχολής	17	6%
Μέλλον	3	1%
Μοναξιά	11	4%
Νεύρα	13	4%
Οικογενειακό	6	2%
Οικονομικό	38	12%
Πάχος	2	1%
Προκατάληψη	2	1%
Προσωπικά	5	2%

Πτυχιακή	2	1%
Συγκατοίκηση	3	1%
Συνεργασία	3	1%
Σχέσεις	49	15%
Σχολή	38	12%
Τσακωμοί με φίλους	2	1%
Υγεία	6	2%
Χρόνος	7	3%
Χρωστάω μαθήματα	3	1%
Ψυχολογικά	6	2%

Όσον αφορά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές, τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης των προβλημάτων συγκεντρώνουν οι σχέσεις 15% (49 άτομα), τα οικονομικά 12% (38 άτομα), η σχολή 12% (38 άτομα), το άγχος 10% (33 άτομα), η ανεργία 6% (21 άτομα), το κλείσιμο σχολής 6% (17 άτομα), τα νεύρα 4% (13 άτομα) η μοναξιά 4% (10 άτομα). Στη συνέχεια, παρατηρείται πως στα χαμηλότερα ποσοστά των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές, συγκαταλέγονται η κατάθλιψη 3% (9 άτομα), η εξεταστική 3% (8 άτομα), ο χρόνος 3% (7 άτομα), τα οικογενειακά 2% (6 άτομα), η υγεία 2% (6 άτομα), τα ψυχολογικά 2% (6 άτομα), οι δυσκολίες συγκέντρωσης 2% (5 άτομα), τα προσωπικά 2% (5 άτομα), χρωστάω μαθήματα 1% (3 άτομα), το μέλλον 1% (3 άτομα), η συνεργασία 1% (3 άτομα), η συγκατοίκηση 1% (3 άτομα), οι τσακωμοί με φίλους 1% (2 άτομα), η πτυχιακή 1% (2 άτομα), η προκατάληψη 1% (2 άτομα), το πάχος 1% (2 άτομα), τα επαγγελματικά 1% (2 άτομα), οι καθηγητές 1% (2 άτομα), η έλλειψη προσοχής 1% (2 άτομα) και οι απουσίες 1% (2 άτομα).

**Γράφημα 1. Προβλήματα φοιτητών**



### 5.9.2 Μεβάσητο Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES – D)

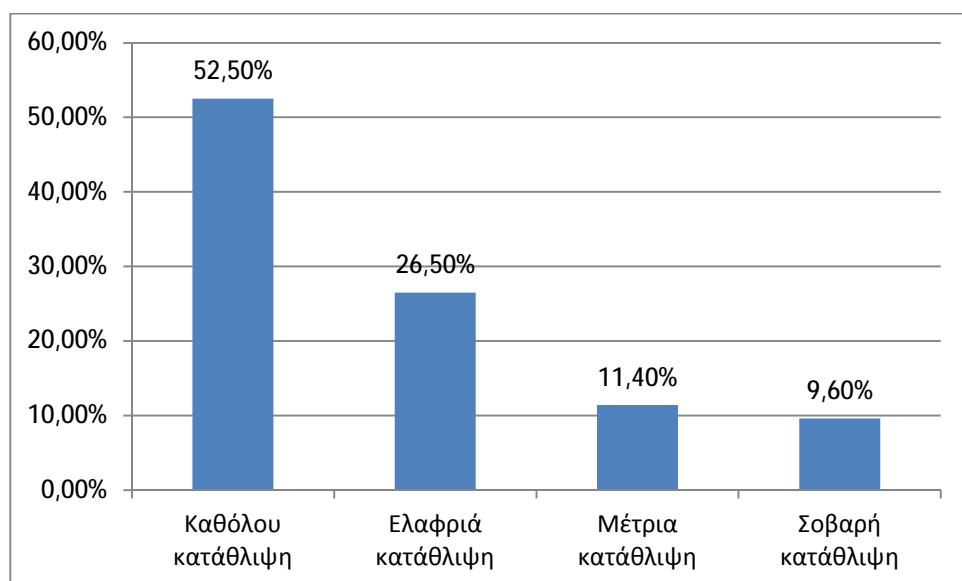
Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο CenterforEpidemiologicStudiesDepressionScale (CES – D) υπολογίστηκε η συνολική βαθμολογία του κάθε φοιτητή και ταξινομήθηκαν σύμφωνα με την διαβάθμιση 0 – 15 καθόλου κατάθλιψη, 16 – 20 ελαφριά κατάθλιψη, 21 – 25 μέτρια κατάθλιψη, 26 και πάνω σοβαρή κατάθλιψη. Η κατανομή του δείγματος ως προς τις κατηγορίες του CES – D παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα.

**Πίνακας 2. Βαθμίδες κατάθλιψης στους φοιτητές**

Βαθμίδες κατάθλιψης	Σύνολο	Ποσοστό
Καθόλου κατάθλιψη	158	52,5%
Ελαφριά κατάθλιψη	79	26,5%
Μέτρια κατάθλιψη	34	11,4%
Σοβαρή κατάθλιψη	29	9,6%

Όσον αφορά τις βαθμίδες κατάθλιψης που εμφανίζουν οι φοιτητές το 52,5% (158 άτομα) δεν εμφανίζουν καθόλου κατάθλιψη, το 26,5% (79 άτομα) δείχνουν να εμφανίζουν ελαφριά κατάθλιψη, το 11,4% (34 άτομα) εκδηλώνουν μέτρια κατάθλιψη και τέλος σοβαρή κατάθλιψη εμφανίζουν το 9,6% των ερωτηθέντων (29 άτομα).

**Γράφημα 2. Βαθμίδες κατάθλιψης στους φοιτητές**



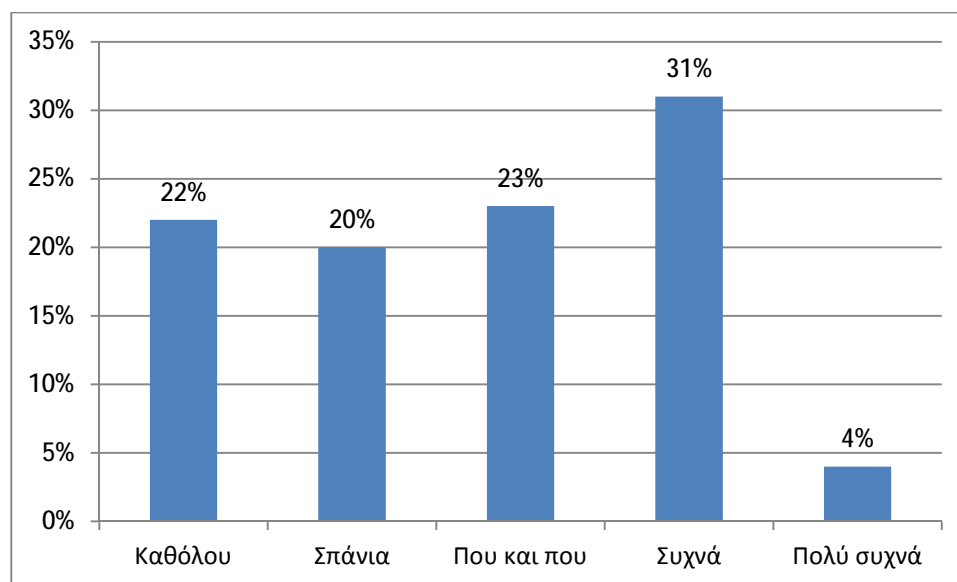


**Πίνακας 3. Κατά πόσο χρησιμοποιούν στρατηγικές διαχείρισης οι φοιτητές**

	Σύνολο	Ποσοστό
Καθόλου	66	22%
Σπάνια	63	20%
Που και που	69	23%
Συχνά	90	31%
Πολύ συχνά	12	4%

Όσον αφορά το κατά πόσο χρησιμοποιούν στρατηγικές διαχείρισης οι φοιτητές, τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 22% των ερωτηθέντων (66 άτομα) δεν χρησιμοποιούν καθόλου στρατηγικές διαχείρισης, το 21% (63 άτομα) χρησιμοποιούν σπάνια στρατηγικές διαχείρισης, το 23% (69 άτομα) χρησιμοποιούν που και που στρατηγικές διαχείρισης, το 31% (90 άτομα) συχνά χρησιμοποιούν στρατηγικές διαχείρισης και το 4% (12 άτομα) χρησιμοποιούν πολύ συχνά στρατηγικές διαχείρισης.

**Γράφημα 3. Κατά πόσο χρησιμοποιούν στρατηγικές διαχείρισης οι φοιτητές**

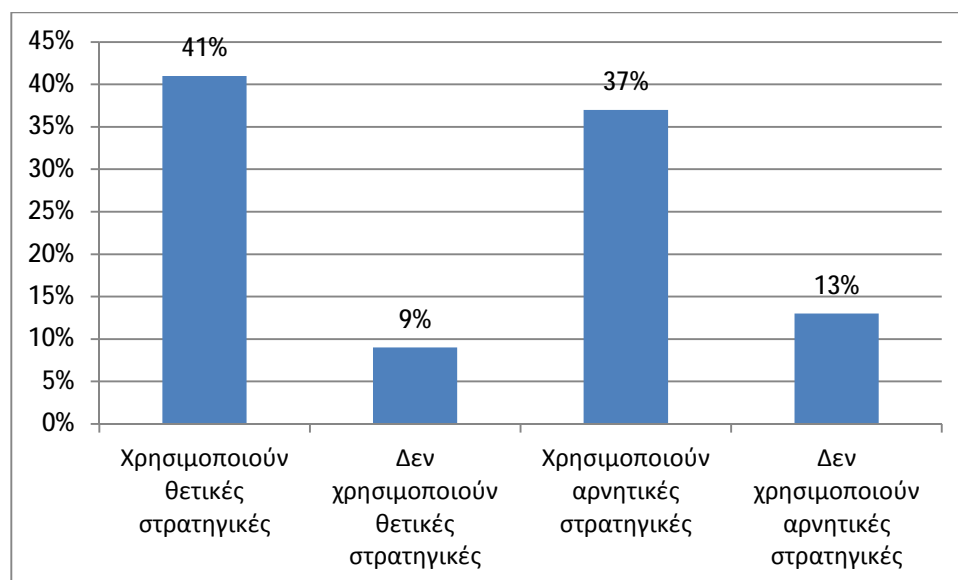


**Πίνακας 4. Πόσοι χρησιμοποιούν ή δεν χρησιμοποιούν θετικές ή αρνητικές στρατηγικές**

	Σύνολο	Ποσοστό
Χρησιμοποιούν θετικές στρατηγικές	123	41%
Δεν χρησιμοποιούν καθόλου θετικές στρατηγικές	27	9%
Χρησιμοποιούν αρνητικές στρατηγικές	111	37%
Δεν χρησιμοποιούν καθόλου αρνητικές στρατηγικές	39	13%

Όσον αφορά τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι φοιτητές σχετικά με τον αν είναι θετικές ή αρνητικές, το 41% (123 άτομα) αποδείχθηκε πως χρησιμοποιούν θετικές στρατηγικές με ένα μικρό όμως ποσοστό του δείγματος της τάξης του 9% (27 άτομα) να παρατηρείται πως δεν χρησιμοποιεί καθόλου τις θετικές στρατηγικές, ενώ το 37% (111 άτομα) αποδείχθηκε πως χρησιμοποιούν αρνητικές στρατηγικές με ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό του δείγματος της τάξης του 13% (39 άτομα) να παρατηρείται πως δεν χρησιμοποιεί καθόλου αρνητικές στρατηγικές.

**Γράφημα 4. Πόσοι χρησιμοποιούν ή δεν χρησιμοποιούν θετικές ή αρνητικές στρατηγικές**

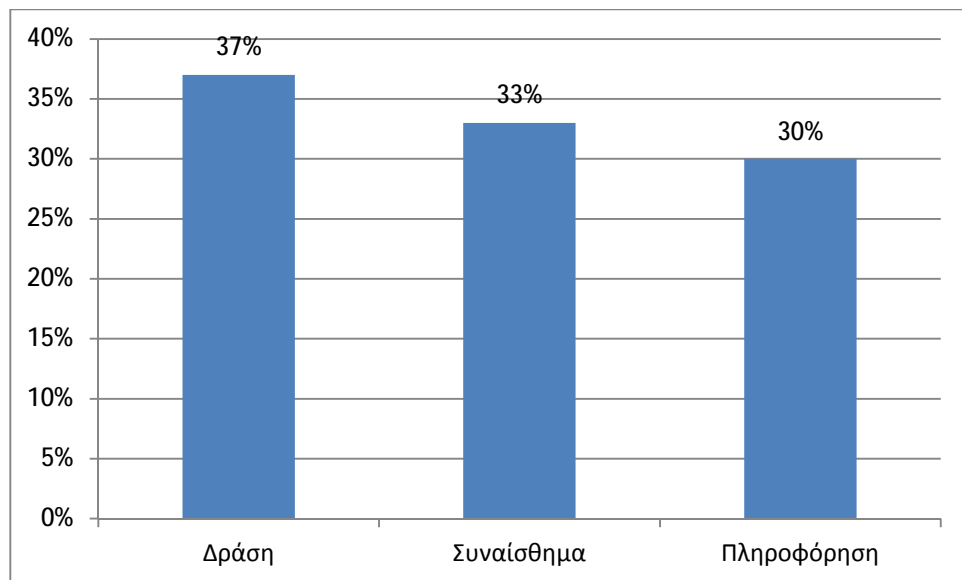


### Πίνακας 5. Τομείς που χρησιμοποιούν οι φοιτητές

Τομείς	Σύνολο	Ποσοστό
Δράση	110	37%
Συναίσθημα	100	33%
Πληροφόρηση	90	30%

Όσον αφορά τους τομείς στρατηγικών διαχείρισης, παρατηρείται πως το 37% των ερωτηθέντων (110 άτομα) χρησιμοποιούν ως τομέα τη δράση, το 33% (100 άτομα) χρησιμοποιούν ως τομέα το συναίσθημα και το 30% (90 άτομα) ως τομέα τη πληροφόρηση.

### Γράφημα 5. Τομείς που χρησιμοποιούν οι φοιτητές

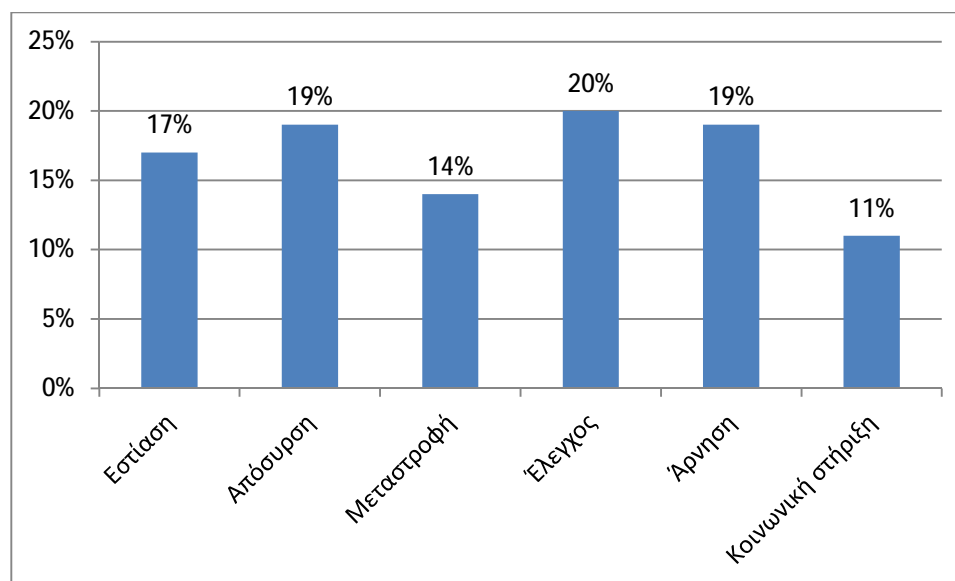


### Πίνακας 6. Στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι φοιτητές

Στρατηγικές	Σύνολο	Ποσοστό
Εστίαση	53	17%
Απόσυρση	56	19%
Μεταστροφή	41	14%
Έλεγχος	59	20%
Άρνηση	56	19%
Κοινωνική στήριξη	35	11%

Όσον αφορά τις στρατηγικές διαχείρισης το 17% των ερωτηθέντων (53 άτομα) χρησιμοποιούν ως στρατηγική την εστίαση, το 19% (56 άτομα) χρησιμοποιούν την απόσυρση, το 14% (41 άτομα) χρησιμοποιούν τη μεταστροφή, το 20% (59 άτομα) χρησιμοποιούν τον έλεγχο, το 19% (56 άτομα) χρησιμοποιούν την άρνηση και το 11% (35 άτομα) χρησιμοποιούν την κοινωνική στήριξη.

### Γράφημα 6. Στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι φοιτητές

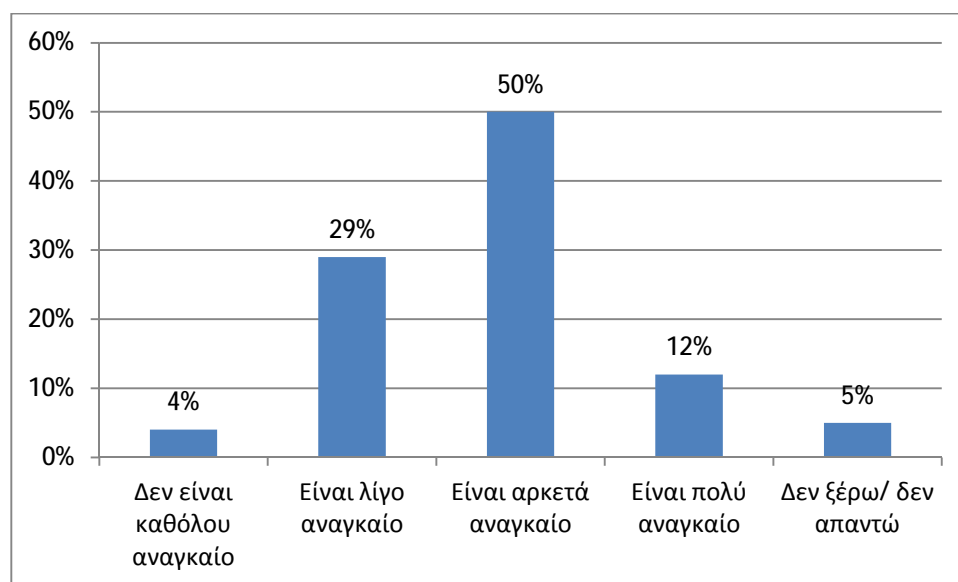


**Πίνακας 7. Κατά πόσο θεωρούν αναγκαία την ίδρυση Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών**

	Σύνολο	Ποσοστό
Δεν είναι καθόλου αναγκαία	12	4%
Είναι λίγο αναγκαία	87	29%
Είναι αρκετά αναγκαία	150	50%
Είναι πολύ αναγκαία	36	12%
Δεν ξέρω/ δεν απαντώ	15	5%

Όσον αφορά το κατά πόσο θεωρούν οι φοιτητές αναγκαίο την ίδρυση ενός Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών παρατηρείται πως το 50% του δείγματος (150 άτομα) θεωρεί πως είναι αρκετά αναγκαία η ίδρυση ενός Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών, το 29% (87 άτομα) θεωρεί πως είναι λίγο αναγκαία, το 12% (36 άτομα) θεωρεί πως είναι πολύ αναγκαία, το 5% (15 άτομα) ισχυρίζονται πως δεν ξέρουν/δεν απαντούν και το 4% (12 άτομα) θεωρεί πως δεν είναι καθόλου αναγκαία.

**Γράφημα 7. Κατά πόσο θεωρούν αναγκαία την ίδρυση Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών**



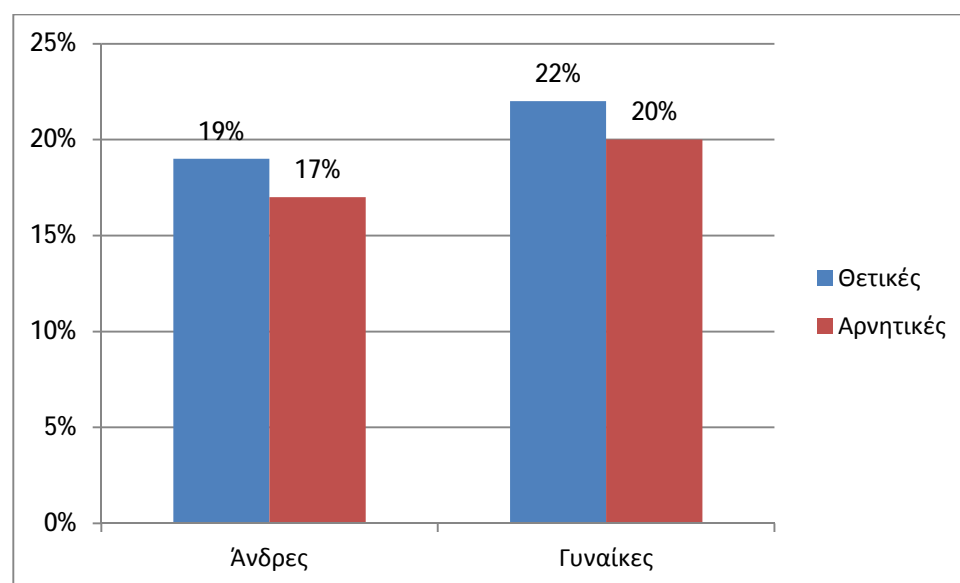
#### 5.9.4 Πίνακες συσχετίσεων

**Πίνακας 8. Στρατηγικές διαχείρισης και φύλο**

Στρατηγικές	Σύνολο ανδρών	Ποσοστό	Σύνολο γυναικών	Ποσοστό
Θετικές	57	19%	66	22%
Αρνητικές	51	17%	60	20%

Όσον αφορά τις στρατηγικές διαχείρισης που χρησιμοποιεί το φύλο, παρατηρείται ότι οι άνδρες σε ποσοστό 19% (57 άτομα) χρησιμοποιούν τις θετικές στρατηγικές, ενώ το 17% (51 άτομα) χρησιμοποιούν αρνητικές στρατηγικές. Οι γυναίκες σε ποσοστό 22% (66 άτομα) χρησιμοποιούν θετικές στρατηγικές, ενώ το 20% (60 άτομα) αρνητικές στρατηγικές.

**Γράφημα 8. Στρατηγικές διαχείρισης και φύλο**

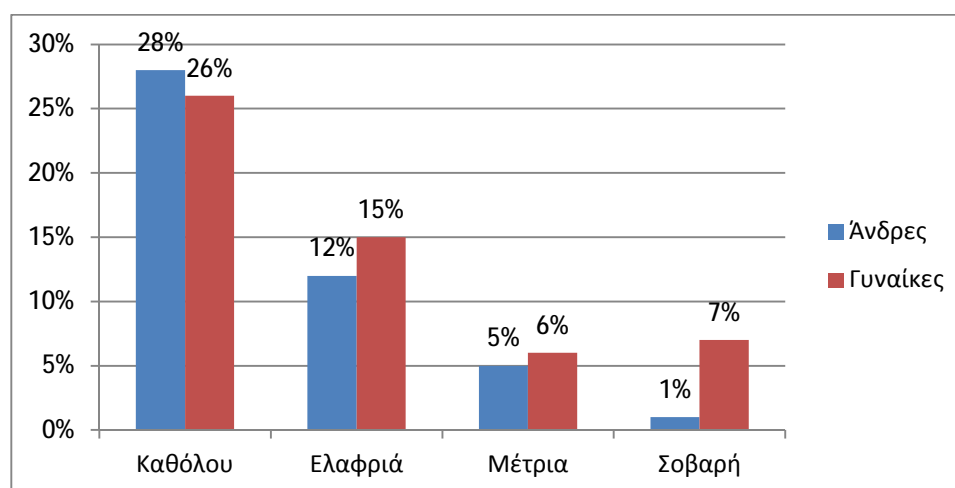


**Πίνακας 9. Κατάθλιψη και φύλο**

	Σύνολο ανδρών	Ποσοστό	Σύνολο γυναικών	Ποσοστό
Καθόλου	84	28%	78	26%
Ελαφριά	36	12%	45	15%
Μέτρια	15	5%	18	6%
Σοβαρή	3	1%	21	7%

Συμπερασματικά συγκρίνοντας κανείς το φύλο με το βαθμό σοβαρότητας της κατάθλιψης παρατηρεί πως τόσο οι άνδρες 28% (84 άτομα) όσο και οι γυναίκες 26% (78 άτομα) κατά ένα μεγάλο ποσοστό δεν εμφανίζουν καθόλου κατάθλιψη. Ωστόσο, οι γυναίκες εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό την ελαφριά κατάθλιψη με ποσοστό 15% (45 άτομα) σε σχέση με τους άνδρες που το ποσοστό εμφάνισης είναι 12% (36 άτομα). Επίσης, οι γυναίκες φαίνεται να υπερτερούν στην μέτρια κατάθλιψη με διαφορά ενός μικρού ποσοστού 1% σε σχέση με τους άνδρες με τα ποσοστά να κυμαίνονται στο 6% (18 άτομα) για τις γυναίκες και στο 5% (15 άτομα) για τους άντρες. Τέλος, οι γυναίκες υπερಿಸχύνουν σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με τους άνδρες στην εμφάνιση σοβαρού βαθμού κατάθλιψης με τα ποσοστά για τις μεν γυναίκες να κυμαίνονται στα 7% (21 άτομα) και για τους δε άντρες στο πολύ μικρό ποσοστό της τάξης του 1% (3 άτομα) εμφάνισης σοβαρής κατάθλιψης.

**Γράφημα 9. Κατάθλιψη και φύλο**

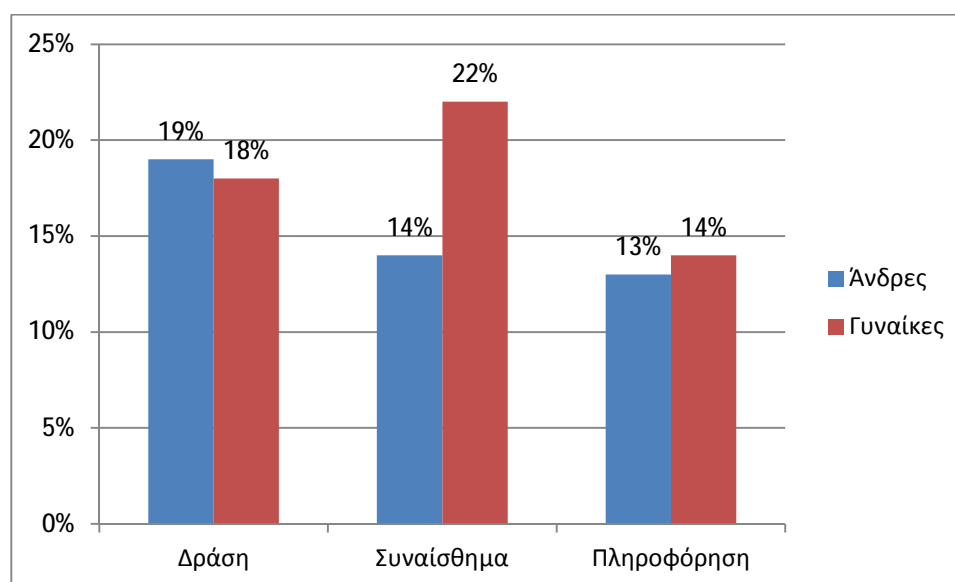


**Πίνακας 10. Τομείς και φύλο**

	Σύνολο ανδρών	Ποσοστό	Σύνολο γυναικών	Ποσοστό
Δράση	57	19%	54	18%
Συναίσθημα	42	14%	66	22%
Πληροφόρηση	39	13%	42	14%

Συγκρίνοντας κανείς το φύλο με τους τομείς παρατηρεί πως οι άνδρες σε ποσοστό 19% (57 άτομα) χρησιμοποιούν περισσότερο την Δράση με διαφορά ενός μικρού ποσοστού 1% σε σχέση με τις γυναίκες 18% (54 άτομα), ενώ οι γυναίκες υπερσχύουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες στην χρησιμοποίηση του Συναισθήματός και της Πληροφόρησης αναφορικά με την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους με τα ποσοστά για τις μεν γυναίκες να κυμαίνονται στα 22% (66 άτομα) και 14% (42 άτομα) αναφορικά με τις στρατηγικές του συναισθήματος και της πληροφόρησης αντίστοιχα και για τους δε άντρες στα 14% (42 άτομα) όσον αφορά το συναίσθημα και όσον αφορά την πληροφόρηση στα 13% (39 άτομα).

**Γράφημα 10. Τομείς και φύλο**



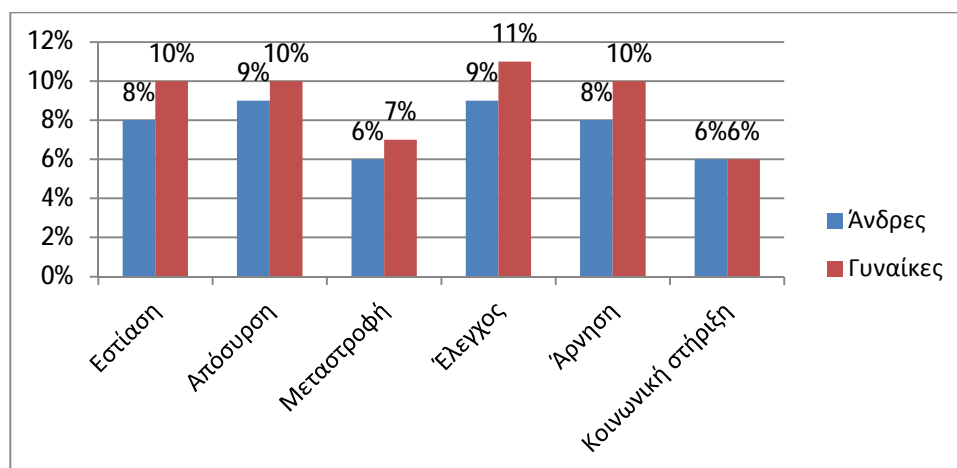


**Πίνακας 11. Στρατηγικές διαχείρισης και φύλο**

	Σύνολο ανδρών	Ποσοστό	Σύνολο γυναικών	Ποσοστό
Εστίαση	24	8%	29	10%
Απόσυρση	26	9%	31	10%
Μεταστροφή	19	6%	22	7%
Έλεγχος	27	9%	32	11%
Άρνηση	25	8%	30	10%
Κοινωνική στήριξη	17	6%	18	6%

Συγκρίνοντας κανείς το φύλο με τις στρατηγικές διαχείρισης παρατηρεί πως οι γυναίκες υπερτερούν σε σχετικά μεγαλύτερο ποσοστό χρησιμοποίησης της Εστίασης, της Άρνησης, και του Έλεγχου σε σχέση με τους άνδρες αναφορικά με τις στρατηγικές διαχείρισης των προβλημάτων τους με τα ποσοστά για τις μεν γυναίκες να κυμαίνονται στα 10% (29 άτομα), 10% (30 άτομα) και 11% (32 άτομα) αναφορικά με τις στρατηγικές της Εστίασης, της Άρνησης, και του Έλεγχου αντίστοιχα και για τους δε άντρες στα 8% (24 άτομα) όσον αφορά την Εστίαση, στα 8% (25 άτομα) όσον αφορά την Άρνηση και όσον αφορά τον Έλεγχο στα 9% (27 άτομα). Επιπλέον, οι γυναίκες φαίνεται να υπερισχύουν τόσο στην στρατηγική της Απόσυρσης 10% (31 άτομα) όσο και της Μεταστροφής 7% (22 άτομα) με συγκριτική διαφορά ενός μικρού ποσοστού της τάξης του 1% σε σχέση με τους άντρες 9% (26 άτομα) και 6% (19 άτομα) αντίστοιχα για την κάθε μια από τις αναφερθέντες στρατηγικές. Τέλος, παρατηρείται πως τόσο οι άνδρες 6% (17 άτομα) όσο και οι γυναίκες 6% (18 άτομα) με τα ποσοστά να είναι ισάριθμα χρησιμοποιούν εξίσου ως στρατηγική διαχείρισης την Κοινωνική στήριξη.

**Γράφημα 11. Στρατηγικές διαχείρισης και φύλο**

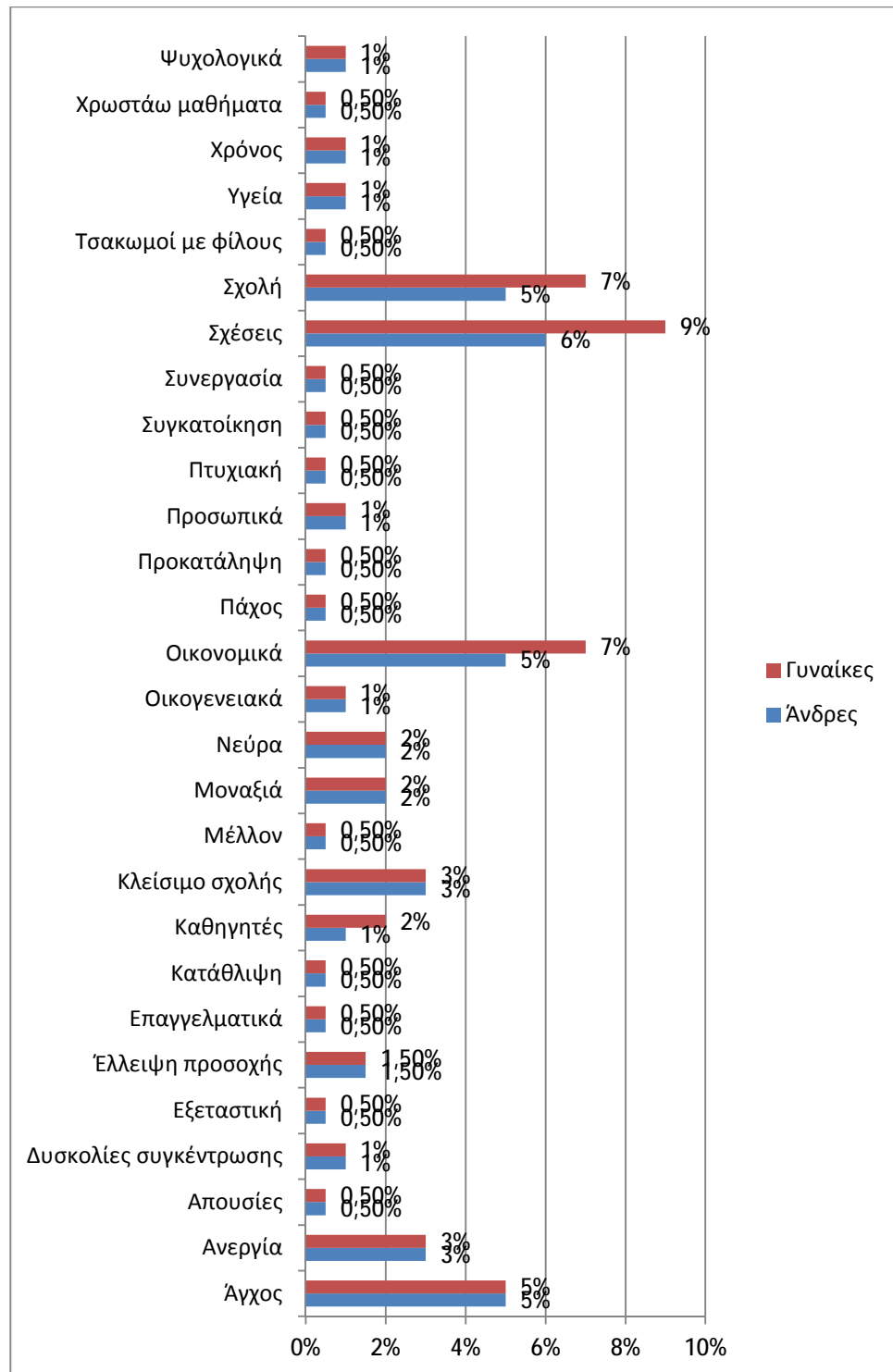


**Πίνακας 12. Προβλήματα και φύλο**

	Σύνολο ανδρών	Ποσοστό	Σύνολο γυναικών	Ποσοστό
Άγχος	15	5%	18	5%
Ανεργία	10	3%	11	3%
Απουσίες	1	0,5%	1	0,5%
Δυσκολίες συγκέντρωσης	2	1%	3	1%
Εξεταστική	1	0,5%	1	0,5%
Έλλειψη προσοχής	4	1,5%	4	1,5%
Επαγγελματικά	1	0,5%	1	0,5%
Κατάθλιψη	1	0,5%	1	0,5%
Καθηγητές	3	1%	6	2%
Κλείσιμο σχολής	8	3%	9	3%
Μέλλον	1	0,5%	2	0,5%
Μοναξιά	5	2%	6	2%
Νεύρα	6	2%	7	2%
Οικογενειακά	3	1%	3	1%
Οικονομικά	17	5%	21	7%
Πάχος	1	0,5%	1	0,5%
Προκατάληψη	1	0,5%	1	0,5%
Προσωπικά	3	1%	2	1%
Πτυχιακή	1	0,5%	1	0,5%
Συγκατοίκηση	1	0,5%	2	0,5%
Συνεργασία	1	0,5%	2	0,5%
Σχέσεις	22	6%	27	9%
Σχολή	18	5%	20	7%
Τσακωμοί με φίλους	1	0,5%	1	0,5%
Υγεία	3	1%	3	1%
Χρόνος	3	1%	4	1%
Χρωστάω μαθήματα	2	0,5%	1	0,5%
Ψυχολογικά	3	1%	3	1%

Συγκρίνοντας κανείς το φύλο με τα προβλήματα παρατηρεί κανείς πως οι γυναίκες υπερτερούν σε σχέση με τους άνδρες σε μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης των προβλημάτων στις σχέσεις τους, στα οικονομικά, στη σχολή τους και στο άγχος με τα ποσοστά στις μεν γυναίκες να κυμαίνονται στο 9% (27 άτομα) για τα προβλήματα των σχέσεων, στο 7% (21 άτομα) για τα οικονομικά προβλήματα, στο 7% (20 άτομα) για τα προβλήματα σχετικά με τη σχολή τους και στο 5% (18 άτομα) για το άγχος και για τους δε άνδρες στο 6% (22 άτομα) για τα προβλήματα των σχέσεων, στο 5% (17 άτομα) για τα οικονομικά προβλήματα και στο 5% (18 άτομα) για τα προβλήματα σχετικά με τη σχολή και στο 5% (15 άτομα) οι άνδρες για το άγχος. Στη συνέχεια, για τα υπόλοιπα προβλήματα τα ποσοστά είναι χαμηλά, με μικρή απόκλιση μεταξύ των δύο φύλων.

**Γράφημα 12. Προβλήματα και φύλο**



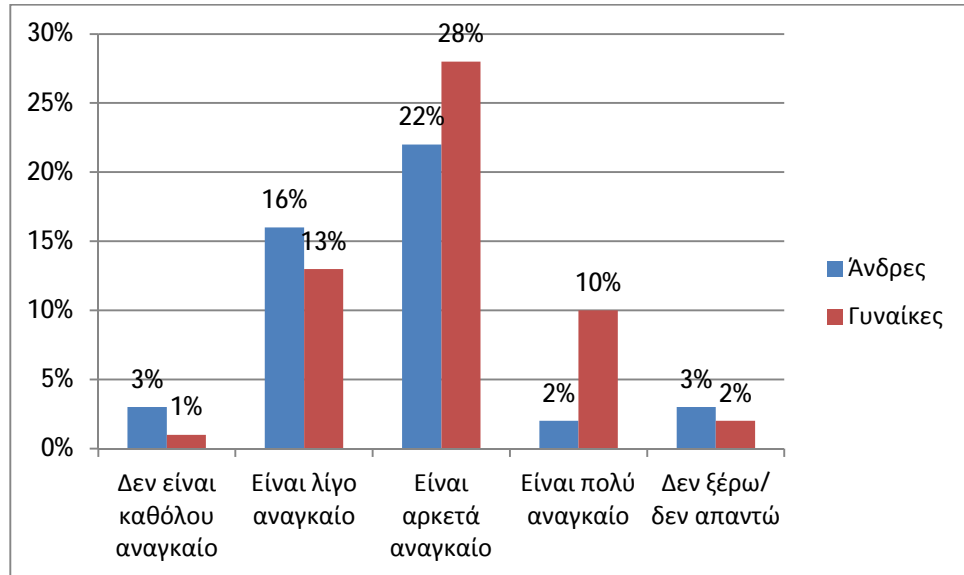
**Πίνακας 13. Φύλο και Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών**

	Σύνολο ανδρών	Ποσοστό	Σύνολο γυναικών	Ποσοστό
Δεν είναι καθόλου αναγκαίο	9	3%	3	1%
Είναι λίγο αναγκαίο	48	16%	39	13%
Είναι αρκετά αναγκαίο	66	22%	84	28%
Είναι πολύ αναγκαίο	6	2%	30	10%
Δεν ξέρω/ δεν απαντώ	3	3%	6	2%

Συγκρίνοντας κανείς το φύλο με το κατά πόσο θεωρούν αναγκαίο οι φοιτητές την ίδρυση ενός Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών παρατηρεί πως οι άντρες τείνουν να έχουν ένα αρκετά αρνητικό ποσοστό αντίληψης όσον αφορά την μη αναγκαιότητα ίδρυσης ενός Συμβουλευτικού κέντρου φοιτητών αναφορικά με την εξίσου αρνητική αντίληψη των γυναικών που αυτή φαίνεται να κυμαίνεται σε λιγότερο χαμηλότερα ποσοστά. Τον παραπάνω ισχυρισμό έρχονται να επιβεβαιώσουν και τα ποσοστά όπου κυμαίνονται για τους άντρες στο 3% (9 άτομα) και για τις γυναίκες στο 1% (3 άτομα) αναφορικά με την άποψη τους πως δεν είναι καθόλου αναγκαίο ένα Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών και στο 16% (48 άτομα) για τους άνδρες καθώς και στο 13% (39 άτομα) για τις γυναίκες σχετικά με την άποψη τους πως είναι λίγο αναγκαίο ένα Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών. Στη συνέχεια φαίνεται πως ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό που αντικατοπτρίζει και τα δυο φύλα της τάξης του 22% (66 άτομα) για τους άντρες και του 28% (84 άτομα) για τις γυναίκες ισχυρίζεται πως είναι αρκετά αναγκαίο ένα Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών. Επίσης, οι γυναίκες υπερισχύουν με βαθμό απόκλισης 8 μονάδων συγκριτικά με τους άντρες όσον αφορά την άποψη πως είναι πολύ αναγκαίο ένα Συμβουλευτικό Κέντρο. με τα ποσοστά για τις μεν γυναίκες να κυμαίνονται στο 10% (30 άτομα) και για τους δε άντρες στο πολύ μικρό ποσοστό της τάξης του 2% (6 άτομα). Τέλος, μόνο ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 3% (3 άτομα) για τους άντρες και του 2% (6 άτομα) για τις γυναίκες

απάντησαν πως δεν ήξεραν/δεν απαντούσαν αναφορικά με την αναγκαιότητα ενός Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών.

**Γράφημα 13. Φύλο και Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών**



### 5.10 Συμπεράσματα

Αρχίζοντας την συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας θεωρήθηκε σημαντικό να γίνει μια μικρή αναφορά στα ευρήματα όσον αφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των φοιτητών που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ποσοστό 54% (162 άτομα) αποτελείται από γυναίκες, ενώ το 46% (138 άτομα) από άνδρες. Η πλειοψηφία ποσοστό 81% (243 άτομα) των ερωτηθέντων βρίσκεται στην ηλικιακή ομάδα 20 – 24 ετών, ενώ το 18% (54 άτομα) είναι κάτω των 20 ετών και το 1% (3 άτομα) είναι ηλικίας 25 – 29 ετών. Η συντριπτική πλειοψηφία ποσοστό 99,7% (299 άτομα) των ερωτηθέντων είναι άγαμοι, ενώ μόνο το 0,3% (1 άτομο) είναι παντρεμένοι. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ποσοστό 47% (141 άτομα) ανέφερε ως μόνιμη κατοικία τους την αστική περιοχή, ενώ το 29% (87 άτομα) ότι κατάγεται από αγροτική περιοχή και ένα ακόμη μικρότερο ποσοστό 27% (72 άτομα) από ημιαστική περιοχή. Η πλειοψηφία ποσοστό 72% (216 άτομα) των ερωτηθέντων ανέφερε ότι το εισόδημά τους προέρχεται από τους γονείς τους, ότι το 13% (39 άτομα) από εργασία, από άλλο εισόδημα το 5% (15 άτομα) και το 10% (30 άτομα) από όλα τα παραπάνω. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ποσοστό 47% (141 άτομα) απάντησε πως μένει με τον έναν ή τους δυο γονείς, ότι το 34% (102 άτομα) μένει μόνος/η, ότι το 8% (24 άτομα) με συφοιτητή/ρια, ότι το 6% (18 άτομα) με σύντροφο και το 5% (15 άτομα) με συγγενείς. Ως προς τη σχολή φοίτησης οι ερωτηθέντες είχαν χωριστεί σε τρία ισάριθμα μέρη των 100 ατόμων με αποτέλεσμα η κάθε σχολή που αποτελείται από τρία τμήματα να έχει καταλάβει ποσοστό 33,33%. Όσον αφορά το τμήμα της Ηλεκτρολογίας οι ερωτηθέντες ήταν το 17% (51 άτομα), στην Μηχανολογία 11% (32 άτομα), των Πολιτικών έργων υποδομής 6% (17 άτομα), στη Διοίκηση επιχειρήσεων 8% (24 άτομα), στη Λογιστική 19% (57 άτομα), των Τουριστικών επιχειρήσεων 6% (19 άτομα), στην Κοινωνική εργασία 8% (25 άτομα), στην Νοσηλευτική 17% (50 άτομα) και στην Λογοθεραπεία 8% (25 άτομα). Οι ερωτηθέντες φοιτητές με ισάριθμο ποσοστό 26% απάντησαν ότι βρίσκονταν στο 4<sup>ο</sup> (78 άτομα), 6<sup>ο</sup> (78 άτομα) και 8ο εξάμηνο (78 άτομα) φοίτησης, ενώ ότι το 12% (36 άτομα) είναι άνω του Α' πτυχίου και ότι το 10% (30 άτομα) είναι στο 2ο εξάμηνο φοίτησης.

Αναφορικά με το σκορ στο ερωτηματολόγιο της κατάθλιψης φάνηκε ότι η πλειοψηφία των φοιτητών ανήκουν στην κατηγορία καθόλου (52,5%) ή ελαφρά κατάθλιψη (26,5%), ενώ στην κατηγορία μέτρια ανήκουν το (11,4%) και στην



κατηγορία σοβαρή το (9,6%). Σε αυτό συμφωνεί και η έρευνα των Kuwabara, VanVoorthees, Gollan&Alexander (2007) που αποδεικνύει ότι ένας στους τέσσερις νεαρούς ενήλικες, 18 – 25 ετών, υπολογίζεται ότι θα έχει την εμπειρία ενός καταθλιπτικού επεισοδίου και ότι σχεδόν το 20% του φοιτητικού πληθυσμού εμφανίζει κάποιο καταθλιπτικό επεισόδιο κάποια στιγμή, κατά τη διάρκεια των σπουδών του (Daughtry&Kunkel, 1993), ενώ δυνητική περίπτωση αποτελεί ο ένας στους τρεις έως ένας στους πέντε φοιτητές. Το ποσοστό αυτό είναι αυξημένο κατά μιάμιση έως δυο φορές, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό και κρίνεται υψηλό. (Ευθυμίου και συν., 2007) Επιπλέον, υψηλά είναι τα ποσοστά κατάθλιψης των φοιτητών και στο εξωτερικό. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε φοιτητές στην Τουρκία (Bostancietal., 2005), βρέθηκε ότι το ένα τέταρτο των φοιτητών εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης. Επιπρόσθετα, σε έρευνα που έγινε σε φοιτητές της Ευρώπης (Wardleetal., 2004), προκειμένου να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στη συχνότητα της κατάθλιψης σε φοιτητικό πληθυσμό της Κεντρικής – Ανατολικής Ευρώπης και της Δυτικής Ευρώπης, βρέθηκε ότι κατάθλιψη εμφανίζει το 43,4% του δείγματος της Κεντρικής – Ανατολικής Ευρώπης και το 30,6% του δείγματος της Δυτικής Ευρώπης.

Συμπερασματικά συγκρίνοντας κανείς το φύλο με το βαθμό σοβαρότητας της κατάθλιψης παρατηρεί πως τόσο οι άνδρες 28% (84 άτομα) όσο και οι γυναίκες 26% (78 άτομα) κατά ένα μεγάλο ποσοστό δεν εμφανίζουν καθόλου κατάθλιψη. Ωστόσο, οι γυναίκες εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό την ελαφριά κατάθλιψη με ποσοστό 15% (45 άτομα) σε σχέση με τους άνδρες που το ποσοστό εμφάνισης είναι 12% (36 άτομα). Επίσης, οι γυναίκες φαίνεται να υπερτερούν στην μέτρια κατάθλιψη με διαφορά ενός μικρού ποσοστού 1% σε σχέση με τους άνδρες με τα ποσοστά να κυμαίνονται στο 6% (18 άτομα) για τις γυναίκες και στο 5% (15 άτομα) για τους άντρες. Τέλος, οι γυναίκες υπερσχύουν σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με τους άνδρες στην εμφάνιση σοβαρού βαθμού κατάθλιψης με τα ποσοστά για τις μεν γυναίκες να κυμαίνονται στα 7% (21 άτομα) και για τους δε άντρες στο πολύ μικρό ποσοστό της τάξης του 1% (3 άτομα) εμφάνισης σοβαρής κατάθλιψης. Παρόμοια διαπίστωση έκαναν και οι Madianos & Stefanis (1992), σε έρευνά τους για την κατάθλιψη σε έλληνες φοιτητές, ότι η συχνότητα της κατάθλιψης στις φοιτήτριες είναι δυο φορές μεγαλύτερη, από ότι στους φοιτητές. Επιπροσθέτως, οι Daughtry & Kunkel (1993) τονίζουν πως σχεδόν το 20% του φοιτητικού πληθυσμού εμφανίζει κάποιο καταθλιπτικό επεισόδιο κάποια στιγμή,

κατά τη διάρκεια των σπουδών του, ενώ δυνητική περίπτωση αποτελεί ο ένας στους τρεις έως ένας στους πέντε φοιτητές. Τέλος, οι Ευθυμίου (2007), Madianos et al. (1992) και οι Chevron et al. (1978) τονίζουν πως οι διαφορές που παρατηρούνται ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες, ως προς την κατάθλιψη, θα μπορούσαν να αποδοθούν, στα στερεότυπα, σχετικά με τη θέση και τους ρόλους των δυο φύλων στην οικογένεια και στην κοινωνία.

Όσον αφορά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές, τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης των προβλημάτων συγκεντρώνουν οι σχέσεις 15% (49 άτομα), τα οικονομικά 12% (38 άτομα), η σχολή 12% (38 άτομα), το άγχος 10% (33 άτομα), η ανεργία 6% (21 άτομα), το κλείσιμο σχολής 6% (17 άτομα), τα νεύρα 4% (13 άτομα) η μοναξιά 4% (10 άτομα). Τα παραπάνω ευρήματα έρχεται να επιβεβαιώσει και η Μαλικιώση – Λοϊζου η οποία αναφέρει πως οι βασικότεροι προβληματισμοί που αφορούν τους φοιτητές είναι ψυχολογικοί, εκπαιδευτικοί και κοινωνικοί. Πιο συγκεκριμένα, τα βασικότερα ζητήματα με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι οι φοιτητές είναι:

1. η μεταβατική αλλαγή από μια καθημερινή ρουτίνα σε μια πιο χαλαρή και ανέμελη καθημερινότητα,
2. η έλλειψη ασφάλειας και προστασίας έξω από το οικογενειακό περιβάλλον και η ανεξαρτησία τους μέσα από την ανάληψη των ευθυνών για τις πράξεις τους,
3. η αναζήτηση νέων στρατηγικών διαχείρισης προβλημάτων και τρόπων προσαρμογής,
4. η μετακίνηση τους σε άλλη πόλη από τον τόπο μόνιμης κατοικίας τους συνεπάγεται με τις δυσμενείς στεγαστικές συνθήκες καθώς και με την ευθύνη φροντίδας του νοικοκυριού με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι,
5. η ανεργία και οι οικονομικές δυσκολίες που επιφέρει,
6. οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν με διάφορα σπουδαστικά τους θέματα και με τις επαναλαμβανόμενες εξεταστικές περιόδους,
7. προβλήματα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής και κοινωνικής ένταξης, προβλήματα σεξουαλικής φύσεως και εύρεσης συντρόφου.

Στη συνέχεια, συγκρίνοντας κανείς το φύλο με τα προβλήματα παρατηρεί πως οι γυναίκες υπερτερούν σε σχέση με τους άνδρες σε μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης των προβλημάτων στις σχέσεις τους, στα οικονομικά, στη σχολή τους και στο

άγχος με τα ποσοστά στις μεν γυναίκες να κυμαίνονται στο 9% (27 άτομα) για τα προβλήματα των σχέσεων, στο 7% (21 άτομα) για τα οικονομικά προβλήματα, στο 7% (20 άτομα) για τα προβλήματα σχετικά με τη σχολή τους και στο 5% (18 άτομα) για το άγχος και για τους δε άνδρες στο 6% (22 άτομα) για τα προβλήματα των σχέσεων, στο 5% (17 άτομα) για τα οικονομικά προβλήματα και στο 5% (18 άτομα) για τα προβλήματα σχετικά με τη σχολή και στο 5% (15 άτομα) οι άνδρες για το άγχος. Όσον αφορά το εύρημα του άγχους οι Christopoulos et al. (1997), στην έρευνά τους που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 235 φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών, διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες ανέφεραν περισσότερες ψυχολογικές δυσκολίες και συμπτώματα άγχους από τους άνδρες.

Αναφορικά με τους τομείς των στρατηγικών διαχείρισης, διαπιστώθηκε ότι οι φοιτητές προκειμένου να αντιμετωπίσουν μια δύσκολη κατάσταση χρησιμοποιούν περισσότερο την πληροφόρηση, το συναίσθημα και μετά την δράση. Ενδεχομένως νιώθουν την ανάγκη περισσότερο να πάρουν πληροφορίες για αυτό ώστε να το αντιμετωπίσουν όσο το δυνατόν καλύτερα. Συμπερασματικά συγκρίνοντας κανείς το φύλο με τις στρατηγικές διαχείρισης παρατηρεί πως οι άνδρες 19% (57 άτομα) χρησιμοποιούν περισσότερο την Δράση με διαφορά ενός μικρού ποσοστού 1% σε σχέση με τις γυναίκες 18% (54 άτομα), ενώ οι γυναίκες υπερσχύουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες στην χρησιμοποίηση του συναισθήματός και της πληροφόρησης αναφορικά με την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους με τα ποσοστά για τις μεν γυναίκες να κυμαίνονται στα 22% (66 άτομα) και 14% (42 άτομα) αναφορικά με τις στρατηγικές του συναισθήματος και της πληροφόρησης αντίστοιχα και για τους δε άνδρες στα 14% (42 άτομα) όσον αφορά το συναίσθημα και όσον αφορά την πληροφόρηση στα 13% (39 άτομα). Έπειτα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, διαπιστώθηκε πως υπάρχει σχέση ανάμεσα στις στρατηγικές διαχείρισης αγχογόνων καταστάσεων και στο φύλο. Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες χρησιμοποιούν τις στρατηγικές διαχείρισης εστιασμένες στο πρόβλημα (θέτουν στόχους που πρέπει να πετύχουν, ψάχνουν δραστηριότητες ομαδικές για να διασκεδάσουν, σκέφτονται στρατηγικές που θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν για να λύσουν καλύτερα το πρόβλημά τους), ενώ οι γυναίκες χρησιμοποιούν τις στρατηγικές διαχείρισης εστιασμένες στο συναίσθημα (ζητάνε από τον Θεό να τους βοηθήσει, καταφεύγουν στην φαντασία ή στο όνειρο, τους συμβαίνει να

αισθανθούν επιθετικότητα για τους άλλους, ελέγχουν τα συναισθήματά τους). Τα παραπάνω ευρήματα έρχεται να επιβεβαιώσει ο Καραδήμας (1998) σε σχετική έρευνα του όπου βρέθηκε ότι οι άνδρες έχουν την τάση να χρησιμοποιούν στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα, ενώ οι γυναίκες τείνουν περισσότερο στην αναζήτηση βοήθειας για την αντιμετώπιση του προβλήματος ή περιορίζονται σε γνωστική αποφυγή και παραίτηση. Πιο συγκεκριμένα οι άνδρες χρησιμοποιούν πιο πολύ την στρατηγική της επίλυσης του προβλήματος ενώ οι γυναίκες χρησιμοποιούν συχνότερα στρατηγικές επικεντρωμένες στο συναίσθημα (ευχολογία/ονειροπόληση, αποφυγή/διαφυγή) όπως και η στρατηγική της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης. Τέλος, οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι διαφορές των δυο φύλων ως προς τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν τις αγχογόνες καταστάσεις διαμορφώνονται ως αποτέλεσμα διαφορετικών πρακτικών κοινωνικοποίησης. Οι άνδρες εκπαιδεύονται να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην άμεση και δραστική αντιμετώπιση των δυσφορών καταστάσεων, ενώ οι γυναίκες μαθαίνουν από μικρή ηλικία να είναι πιο παθητικές στην αντιμετώπιση προβλημάτων και να αισθάνονται αβοήθητες. (Carver, Scheier & Weintraub, 1989)

Επιπλέον, εκτιμάται ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που τους απασχολούν χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό θετικές στρατηγικές διαχείρισης με τα ποσοστά να κυμαίνονται σε 45% (62 άτομα) για τον ανδρικό πληθυσμό και σε ποσοστό 46% (75 άτομα) για το γυναικείο πληθυσμό. Όσον αφορά τις στρατηγικές διαχείρισης που χρησιμοποιεί το φύλο, παρατηρείται ότι οι άνδρες σε ποσοστό 19% (57 άτομα) χρησιμοποιούν τις θετικές στρατηγικές, ενώ το 17% (51 άτομα) χρησιμοποιούν αρνητικές στρατηγικές. Οι γυναίκες σε ποσοστό 22% (66 άτομα) χρησιμοποιούν θετικές στρατηγικές, ενώ το 20% (60 άτομα) αρνητικές στρατηγικές. Τα παραπάνω ευρήματα έρχεται να επιβεβαιώσει εν μέρει η έρευνα των Hänninen & Aro (1996) και συγκεκριμένα παρατηρώντας κανείς κοινά στοιχεία μόνο στο κομμάτι των αρνητικών στρατηγικών διαχείρισης όπου οι γυναίκες υπερτερούν σε σχέση με τους άνδρες. Όσον αφορά τις θετικές στρατηγικές διαχείρισης τα αποτελέσματα είναι ίδια μεταξύ ανδρών και γυναικών στην έρευνα των Hänninen & Aro, ενώ στην έρευνά μας αποδείχθηκε πως οι γυναίκες υπερτερούν από τους άνδρες.

Συγκρίνοντας κανείς το φύλο με τις στρατηγικές διαχείρισης παρατηρεί πως οι γυναίκες υπερτερούν σε σχετικά μεγαλύτερο ποσοστό χρησιμοποίησης της Εστίασης, της Άρνησης, και του Έλεγχου σε σχέση με τους άνδρες αναφορικά με τις στρατηγικές διαχείρισης των προβλημάτων τους με τα ποσοστά για τις μεν γυναίκες να κυμαίνονται στα 10% (29 άτομα), 10% (30 άτομα) και 11% (32 άτομα) αναφορικά με τις στρατηγικές της Εστίασης, της Άρνησης, και του Έλεγχου αντίστοιχα και για τους δε άντρες στα 8% (24 άτομα) όσον αφορά την Εστίαση, στα 8% (25 άτομα) όσον αφορά την Άρνηση και όσον αφορά τον Έλεγχο στα 9% (27 άτομα). Επιπλέον, οι γυναίκες φαίνεται να υπερσχύουν τόσο στην στρατηγική της Απόσυρσης 10% (31 άτομα) όσο και της Μεταστροφής 7% (22 άτομα) με συγκριτική διαφορά ενός μικρού ποσοστού της τάξης του 1% σε σχέση με τους άντρες 9% (26 άτομα) και 6% (19 άτομα) αντίστοιχα για την κάθε μια από τις αναφερθέντες στρατηγικές. Τέλος, παρατηρείται πως τόσο οι άνδρες 6% (17 άτομα) όσο και οι γυναίκες 6% (18 άτομα) με τα ποσοστά να είναι ισάριθμα χρησιμοποιούν εξίσου ως στρατηγική διαχείρισης την Κοινωνική στήριξη.

Συμπερασματικά, όσον αφορά στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε, έδειξε πως οι γυναίκες υπερτερούν στις στρατηγικές της εστίασης, της άρνησης, του ελέγχου, της μεταστροφής και της απόσυρσης σε σύγκριση με τους άνδρες. Ωστόσο όμως τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες χρησιμοποιούν εξίσου τη στρατηγική της κοινωνικής στήριξης. Τα παραπάνω όμως ευρήματα δεν επιβεβαιώνουν οι παρακάτω έρευνες.

Σε έρευνα των Carver et al (1989) βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο στον τρόπο αντιμετώπισης των αγχογόνων καταστάσεων. Οι γυναίκες ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν περισσότερο από τους άνδρες στρατηγικές, όπως την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και στις δύο μορφές της (αναζήτηση πληροφοριών και συναισθηματική υποστήριξη) και την τάση για εστίαση και έκφραση των συναισθημάτων δυσφορίας. Οι άνδρες αντίθετα ανέφεραν περισσότερο από τις γυναίκες ότι συνήθως καταφεύγουν στη χρήση χημικών ουσιών (αλκοόλ ή/και ναρκωτικών) προκειμένου να αντιμετωπίσουν κάποιον στρεσογόνο παράγοντα. Σε σχετική έρευνα η Ρούσση (2001) βρήκε ότι οι άνδρες βασίζονται περισσότερο σε στρατηγικές που στοχεύουν στην επίλυση του προβλήματος, όπως η λήψη μέτρων, ο σχεδιασμός, η αναβολή άλλων

δραστηριοτήτων και η αυτοσυγκράτηση, ενώ οι γυναίκες βασίζονται περισσότερο στη στρατηγική της νοητικής αποδέσμευσης δηλαδή επιδιώκουν να αποσπών την προσοχή τους από το στρεσογόνο ερέθισμα που τους παρουσιάζεται.

Παρόμοια είναι και τα ευρήματα στην έρευνα του Καραδήμα (1998). Οι άνδρες έχουν την τάση να χρησιμοποιούν στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα, ενώ οι γυναίκες τείνουν περισσότερο στην αναζήτηση βοήθειας για την αντιμετώπιση του προβλήματος ή περιορίζονται σε γνωστική αποφυγή και παραίτηση. Πιο συγκεκριμένα οι άνδρες χρησιμοποιούν πιο πολύ την στρατηγική της επίλυσης του προβλήματος ενώ οι γυναίκες χρησιμοποιούν συχνότερα στρατηγικές επικεντρωμένες στο συναίσθημα (ευχολογία/ονειροπόληση, αποφυγή/διαφυγή) όπως και η στρατηγική της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης. Οι περισσότερες από αυτές τις έρευνες δείχνουν είτε ότι οι άνδρες βασίζονται περισσότερο σε στρατηγικές που αποβλέπουν στην επίλυση του προβλήματος (Folkman&Lazarus, 1980), είτε ότι οι γυναίκες βασίζονται περισσότερο σε στρατηγικές που αποσκοπούν στη ρύθμιση των συναισθημάτων. (Billings&Moos, 1981) Έχει επίσης επισημανθεί ότι οι γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες αποφεύγουν την επεξεργασία πληροφοριών οι οποίες αφορούν στις στρεσογόνες καταστάσεις. (Stone&Neale, 1984; Viney&Westbrook, 1982)

Όσον αφορά το κατά πόσο θεωρούν οι φοιτητές αναγκαίο την ίδρυση ενός Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών παρατηρείται πως το 50% του δείγματος (150 άτομα) θεωρεί πως είναι αρκετά αναγκαία η ίδρυση ενός Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών, το 29% (87 άτομα) θεωρεί πως είναι λίγο αναγκαία, το 12% (36 άτομα) θεωρεί πως είναι πολύ αναγκαία, το 5% (15 άτομα) ισχυρίζονται πως δεν ξέρουν/δεν απαντούν και το 4% (12 άτομα) θεωρεί πως δεν είναι καθόλου αναγκαία. Τα παραπάνω ευρήματα για την αναγκαιότητα ενός Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών έρχεται να επιβεβαιώσει η υπάρχουσα νομοθεσία (3549/20-3-2007, άρθρο 12) που ψηφίστηκε από την Βουλή και δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ σύμφωνα με την οποία «Σε κάθε Τμήμα προβλέπεται από τον Εσωτερικό Κανονισμό λειτουργίας του οικείου Α.Ε.Ι. η σύσταση και λειτουργία υπηρεσίας υποστήριξης φοιτητών και σπουδαστών με σκοπό την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών προς αυτούς για την ομαλή μετάβαση από τη δευτεροβάθμια στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, την υποστήριξη φοιτητών και σπουδαστών με αναπηρία

ή φοιτητών και σπουδαστών που αντιμετωπίζουν δυσκολίες και την επιτυχή περάτωση των σπουδών τους».

## Βιβλιογραφία

### Ελληνικά βιβλία

1. Γιωτάκος Ο., Κουτσιαύτη Π., Λάγγαρη Β. (2006). *Η ψυχική υγεία των σπουδαστών: οδηγός στήριξης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
2. Ευθυμίου, Κ. & Ψωμά, Μ. (2012). *Το γνωσιακό – συμπεριφορικό πρόγραμμα ομαδικής θεραπείας της κατάθλιψης του Lewinsohn: Δομή, Εφαρμογή και Αποτελεσματικότητα του προγράμματος*. Εγκέφαλος, τόμος 49, τεύχος 3, σσ 60 – 66.
3. Ευθυμίου, Κ. (2007). *Επιδημιολογική έρευνα αναγκών για την ίδρυση μιας κοινοτικής υπηρεσίας ψυχικής υγείας: Η περίπτωση ενός αθηναϊκού Δήμου*. Διδακτορική διατριβή, Τμήμα Φιλοσοφικής, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας, Πρόγραμμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
4. Ευθυμίου, Κ., Ευσταθίου, Γ. & Καλαντζή –Αζίζι, Α. (2007). *Πανελλήνια Επιδημιολογική Έρευνα Ψυχικής Υγείας στον Φοιτητικό Πληθυσμό*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
5. Ευθυμίου, Κ., Ευσταθίου, Γ. & Καλαντζή –Αζίζι, Α. (2001). *Η ανάγκη για συμβουλευτική: Έρευνα στο φοιτητικό πληθυσμό. Στο Πρακτικά Α' Διεθνούς Συνεδρίου του Ε.Κ.Ε.Π. "Εξελίξεις στη Συμβουλευτική και τον Επαγγελματικό Προσανατολισμό στην Αυγή του 21<sup>ου</sup> Αιώνα"*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Επαγγελματικού Προσανατολισμού.
6. Θεοδωράτου – Μπέκου, Μ. (2006). *Ωρίμανση και δυναμική ομάδας – Συμβολή στη συμβουλευτική νέων*. Αθήνα: Rosili.
7. Κάκουρος Ε., Μανιαδάκη Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων αναπτυξιακή προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω - Γιώργος Δαρδάνος.
8. Καλαντζή – Αζίζι, Α. (1996). *Ψυχολογική Συμβουλευτική Φοιτητών: Ευρωπαϊκή διάσταση, ελληνική εμπειρία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
9. Καλαντζή – Αζίζι, Α. (2007). *Συμβουλευτικές Υπηρεσίες για φοιτητές: Θεσμοί Υλοποίησης της Πολιτικής Ψυχικής Υγείας (MentalHealthPolicy) στα Πανεπιστήμια της Ευρώπης Σήμερα*. Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού.



10. Καλαντζή –Αζίζι, Α. (1992). *Συμβουλευτικό Κέντρο για Φοιτητές του Πανεπιστημίου Αθηνών. Επιθεώρηση Συμβουλευτικής – Προσανατολισμού.*
11. Καλαντζή – Αζίζι, Α. (1999). *Συμβουλευτικά Κέντρα Φοιτητών: Ένας θεσμός εκπέμπει SOS.* Τετράδια Ψυχιατρικής. Τόμος 68, σσ 38 – 51.
12. Καλαντζή - Αζίζι, Α. (υπό δημοσίευση). *Η σημασία της ψυχολογικής συμβουλευτικής φοιτητών στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ζώνης Ανώτατης Εκπαίδευσης (European Higher Education Area).* Παρατίθεται στο Μ. Μαλικιώση - Λοΐζου & Θ. Γιοβαζολιάς, Συμβουλευτική Ψυχολογία: Εφαρμογές και Προκλήσεις. Αθήνα: Πεδίο.
13. Κάμτσιος, Σ & Φυλακτίδου, Α. (2008). *Σχέση στρατηγικών αντιμετώπισης ερεθισμάτων άγχους, αυτοαποτελεσματικότητας και συμμετοχής σε φυσική δραστηριότητα σε φοιτητές του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.* Αναζητήσεις στην φυσική αγωγή και τον αθλητισμό. Τόμος 6, τεύχος 3, σσ 257 - 269 .
14. Καραγιώργος, Δ. (19 Σεπτεμβρίου 2009)«Χτυπούν καμπανάκι οι ειδικοί για την κατάθλιψη», εφημ. Το Έθνος (Αθήνα). Ανακτήθηκε: <http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=22733&subid=2&pubid=6204862#>
15. Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). *Ψυχολογία της υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη.* Αθήνα: Τυπωθήτω.
16. Καραδήμας, Ε. Χ. (1998). *Επιλογή επαγγέλματος: Ο ρόλος των γνωσιακών σχημάτων στη διαμόρφωση της επαγγελματικής επιλογής.* Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού.
17. Καρλατήρα, Π. (29 Σεπτεμβρίου 2002). «Οι προβληματικοί φοιτητές είναι ακριβοί», εφημ. Το Βήμα (Αθήνα). Ανακτήθηκε: <http://www.tovima.gr/relatedarticles/article/?aid=145772> (7/7/2014)
18. Κλεφταράς, Γ. (1998). *Η κατάθλιψη σήμερα, περιγραφή, διάγνωση, ερευνητικά δεδομένα.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
19. Κραββαρίτη, Β. (2003). *Βασικοί επιδημιολογικοί δείκτες ψυχικής υγείας σε φοιτητές της Φιλοσοφικής Σχολής Αθηνών.* Διπλωματική εργασία, Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας, Πρόγραμμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

20. Κωνσταντακόπουλος, Γ., Σοφianoπούλου, Ε., Τουλούμη, Γ. & Πλουμπίδης, Δ. (2013). *Σύντομα ερωτηματολόγια για την ανίχνευση της κατάθλιψης και του άγχους*. Αθήνα: Ψυχιατρική. Τόμος 24, σσ 288 – 297.
21. Μαδιανός, Μ. (2003). *Κλινική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτη.
22. Μαλικιώση –Λοΐζου, Μ. (1989). *Ψυχολογικά – εκπαιδευτικά – κοινωνικά προβλήματα των φοιτητών/σπουδαστών της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης*. Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού.
23. Μαλικιώση – Λοΐζου, Μ. (1999). *Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
24. Μαλικιώση – Λοΐζου, Μ. (2007). *Συμβουλευτική Ψυχολογία: Σύγχρονες Προσεγγίσεις*. Συλλογικό. Αθήνα: Άτραπος
25. Μάνου, Ν. (2008). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*, Universitystudiopress, Θεσσαλονίκη
26. Μέλλον, Ρ. (1998). *Ψυχοδιαγνωστικές μέθοδοι* (5<sup>η</sup> έκδ), Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
27. Ναυρίδης, Κ., Δραγώνα, Θ., Μαλιαρίνη, Μ. & Δαμίγος, Δ. (1990). *Συμβουλευτικό Κέντρο για τους Φοιτητές του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων: Ένα μεταβατικό πλαίσιο για μια μεταβατική ηλικία Ιωάννινα*. Εκδόσεις: Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.
28. Παναγιωτοπούλου, Α. & Πασχάλη, Α. (2012). *Άγχος και κατάθλιψη στους φοιτητές Νοσηλευτικής: εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης*. Ψυχολογία. Τόμος 19, τεύχος 3
29. Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1985). *Εξελικτική ψυχολογία*. Τόμος 4. Αθήνα (αυτοέκδοση)
30. Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1985). *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας*. Αθήνα (αυτοέκδοση)
31. Ρούσση, Π. (2001) *Η προσαρμογή της κλίμακας CopingOrientationstoProblemsExperienced στον ελληνικό πληθυσμό*. Στο Βασιλάκη, Ε., Τριλίβα, Σ. & Μπεζεβέγκης, Η. (επιμ.) Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
32. Σολδάτος Κ., Λυκούρας Λ. (2006) *Σύγγραμμα ψυχιατρικής* Αθήνα: Βήτα Medicalarts.
33. Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ. & Ρούσση, Π. (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα.Μια συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων*,

δοκιμασιών και καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στον ελληνικό χώρο. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

34. Στυλιανίδης, Σ., Παντελίδου, Σ. & Χονδρός, Π. (2005). *Συνοπτική παρουσίαση και αποτελέσματα της έρευνας: Η ψυχική υγεία στον γενικό πληθυσμό: Εικόνες και πραγματικότητες*. Τετράδια Ψυχιατρικής.
35. Σχορετσανίτης Ν. (2010). *Εργαστήριο ψυχολογικής συμβουλευτικής φοιτητών ΕΚΠΑ. Απολογισμός δραστηριοτήτων 2006 – 2009*. Αθήνα: Πεδίο.
36. Χαρίλα, Ν. & Καλαντζή – Αζίζι, Α. (2007). *Ποιότητα ζωής και ψυχολογική συμβουλευτική φοιτητών*. Επιθεώρηση συμβουλευτικής και προσανατολισμού.
37. Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2005). *Κατάθλιψη*. Αθήνα: Βήτα Medicalarts.
38. Χριστοδούλου, Γ.Ν. (1998). *Κατάθλιψη*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

#### **Μεταφρασμένα ξενόγλωσσα βιβλία**

39. Bennett P. (2010). *Κλινική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Πεδίο.
40. Getzfeld, A. (2009). *Βασικά στοιχεία ψυχοπαθολογίας*. Gotsis.
41. Hayes, N. (1998). *Εισαγωγή στην ψυχολογία* (τόμ. Β'). Στο I.N. Παρασκευόπουλος (Επιμ. Έκδ.), Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
42. Kaplan H., Sadock B, Grebb J. (2000). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Λίτσας.

#### **Ξενόγλωσσα βιβλία**

43. Aherne, D. (1997). *Student's stress: A developmental perspective*. Στο A. Kalantzi – Azizi, G. Rott & D. Aherne (Επιμέλεια έκδ.) *Psychological counselling in higher education: Practice and research*. Athens: Fedora – Ellinika Grammata.
44. Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
45. Christopoulos, A.L., Konstantinidou, M., Lambiri, V., Leventidou, M., Manou, T., Mavroidi, K., Pappas, V. & Tzoumalakis, L. (1997). *University students in Athens: Mental Health and Attitudes toward Psychotherapeutic Intervention*. Στο Kalantzi – Azizi, G. Rott & D. Aherne (Επιμ. Έκδ.) *Psychological counselling in Higher Education: Practice and research*. Athens: Fedora – Ellinika Grammata.

46. Clara, A. (1999). University life and the delay of adulthood. Εισήγηση στο συνέδριο της FEDORAPSYCHE για τον Αποχωρισμό και την Προσκόλληση, Κοπεγχάγη, Δανία.
47. Clarke, G., Lewinsohn, P. & Hops, H. (1990) *Leader's Manual For Adolescent Groups: Adolescent Coping with Depression Course*. Castalia Publishing Company; Leaders Manual edition.
48. Cohen, F. & Lazarus, R.S. (1979). *Coping with the stresses of illness*. Στο G.C. Stone, F. Cohen & N.E. Adler (1979). *Health psychology*. San Francisco: Jossey – Bass.
49. Derogatis, L.R. (1977). *The SCL – 90 Manual I. scoring, administration and procedures for the SCL – 90*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.
50. Hathaway, S.R. & Mckinley, J.C. (1943) *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. New York: Psychological Corporation.
51. Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
52. Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
53. Peterson, S., Maier, S.F. & Seligman, M. (1993). *Learned helplessness: a theory for the age of personal control*. Oxford: Oxford University Press.
54. Rogers, C. (1942). *Counselling and psychotherapy – newer concepts in practice*. New York: Houghton Mifflin Company.
55. Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W.H. Freeman.

### **Ξενογλώσσα Περιοδικά**

56. Andrews, B. & Wilding, J.M. (2004). *The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students*. British Journal of Psychology. Vol 95, Issue 4, pp. 509 – 521.
57. Arnett, J.J. (1994). *Are college students adults? Their conceptions of the transition to adulthood*. Journal of Adult Development. Vol 1, Issue 4, pp. 213 – 224.

58. Arnett, J.J. (2000). *Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties*. *American Psychologist*. Vol 55, Issue 5, pp.
59. Billings, A.G. & Moos, R.H. (1981). *The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events*. *Journal of Behavioral Medicine*. Vol 4, Issue 2, pp 139 – 157.
60. Boggiano, A.K. & Barrett, M. (1991). *Gender differences in depression in college students*. *Sex roles A role of research*. Vol 25, Issue 11 – 12, pp. 595 – 605.
61. Bosse, J.J., Croghan, L.M., Greenstein, M.B., Katz, N.W., Oliver, J.M., Powell, D.A. & Smith, W.R. (1975). *Frequency of depression in the freshman year as measured in a random sample by a retrospective version of the Beck Depression Inventory*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 43, Issue 5, pp. 746 – 747.
62. Bostanci, M., Ozdel, O., Oguzhanoglu, N.K., Ozdel, L., Ergin, A., Ergin, N., Atesci F. & Karadag, F. (2005). *Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: Prevalence and sociodemographic correlates*. *Croat Med J*. Vol 46, Issue 1, pp. 96 – 100.
63. Burns, J.M., Andrews, G. & Szabo, M. (2002). *Depression in young people. What causes it and can we prevent it?* *Medical Journal of Australia (MJA)*. Vol 177, pp. 93 – 96.
64. Campbell, R. L., Svenson, L. W. & Jarvis, G. K. (1992). *Perceived level of stress among university undergraduate students in Edmonton, Canada*. *Perceptual and Motor skills*. Vol 75, Issue 2, pp. 552 – 554.
65. Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). *Assessing coping strategies: A theoretically based approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol 56, Issue 2, pp. 267 – 283.
66. Chevron, E.S., Quinlan, D.M. & Blatt, S.J. (1978). *Sex roles and gender differences in the experience of depression*. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol 87, Issue 6, pp. 680 – 683.
67. Compas B.E. (1987). *Coping with stress during childhood and adolescence*. *Psychological Bulletin*. Vol 101, Issue 3, pp. 393 – 403.

68. Crook, T., Eliot, J., (1980). *Parental death during childhood and adult depression: A critical review of the literature*. Psychological Bulletin. Vol 37, Issue 2, pp. 252 – 259.
69. Daughtry, D. & Kunkel, M. A. (1993). *Experience of depression in college students: A concept map*. Journal of Counselling Psychology. Vol 40, Issue 3, pp. 316 – 323.
70. Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980). *An analysis of coping in a middle – aged community sample*. Journal of Health and Social Behavior. Vol 21, Issue 3, pp. 219 – 239.
71. Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel – Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R.J. (1986). *Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes*. Journal of Personality and Social Psychology. Vol 50, Issue 5, pp. 992 – 1003.
72. Furr, S.R., Westefeld, J.S., McConnell, G.N. & Jenkins, J.M. (2001). *Suicide and depression among college students, a decade later*. Professional Psychology: Research and Practice. Research and practice. Vol 32, Issue 1, pp. 97 – 100.
73. Hammen, C.L. & Padesky, C.A. (1977). *Sex differences in the expression of depressive responses on the Beck Depression Inventory*. Journal of Abnormal Psychology. Vol 86, pp. 609 – 614.
74. Hysenbegasi, A., Hass, S.L. & Rowland, C.R. (2005). *The impact of depression on the academic productivity of university students*. Journal of Mental Health Policy and Economics. Vol 8, Issue 3, pp. 145 – 151.
75. Hänninen, V. & Aro, H. (1996). *Sex differences in coping and depression among young adults*. Social Science and Medicine. Vol 43, Issue 10, pp. 1453 – 1460.
76. Inam, S.N.B., Saqib, A. & Alam, E. (2003). *Prevalence of Anxiety and Depression among Medical Students of Private University*. Journal of Pakistan Medical Association. Vol 53, pp. 44 – 47.
77. Jarama Alvan, S.L., Belgrave, F.Z. & Zea, M.C. (1996). *Stress, social support and college adjustment among Latino students*. Cultural Diversity and Mental Health. Vol 2, Issue 3, pp. 193 – 203.
78. Kuwabara, S.A., Van Woorhees, B.W., Gollan, J.K. & Alexander, G.C. (2007). *A qualitative exploration of depression in emerging adulthood*:

- disorder, development and social context*. General Hospital Psychiatry. Vol 29, Issue 4, pp. 317 – 324.
79. Lopez, F.G, Campbell, V.L. & Watkins, C.E. (1986). *Depression, psychological separation and college adjustment: An investigation of sex differences*. Journal of Counseling Psychology. Vol 36, pp. 286 – 294.
80. Madianos, M.G. & Stefanis, C.N. (1992). *Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. Vol 27, Issue 5, pp. 211 – 219.
81. Nolen – Hoeksema, S. (1987). *Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory*. Psychological Bulletin. Vol 101, Issue 2, pp. 259 – 282.
82. O' Mahony, P. & O' Brien, S. (1980). *Demographic and social characteristics of university students attending a psychiatrist*. British Journal of Psychiatry. Vol 137, pp. 547 – 550.
83. Oksoo, K. (2001). *Sex difference in social support, loneliness and depression among Korean college students*. Psychological Reports. Vol 88, pp. 521 – 526.
84. Santor, D.A., Ramsay, J.O. & Zuroff, D.C. (1994). *Nonparametric item analyses of the Beck Depression Inventory: Evaluating gender items bias and response option weights*. Psychological Assessment. Vol 6, Issue 3, pp. 255 – 270.
85. Sharma, S., Parnian, S. & Spielberger, C.D. (1983). *A cross – cultural study of test anxiety levels in Iranian and Indian students*. Personality and Individual Differences. Vol 4, Issue 1, pp. 117 – 120.
86. Stone, A. A., & Neale, J. M. (1984). *New measure of daily coping: Development and preliminary results*. Journal of Personality and Social Psychology. Vol 46, Issue 4, pp. 892 – 906.
87. Strauman, T.J. & Higgins, T.E. (1988). *Self – discrepancies as predictors of vulnerability to distinct syndromes of chronic emotional distress*. Journal of Personality. Vol 56, pp. 685 – 707.
88. Youngren, M.A. & Lewinsohn P.M. (1980). *The functional relation between depression and problematic interpersonal behavior*. Journal of Abnormal Psychology. Vol 89, Issue 3, pp. 333 – 341.

89. Viney, L.L. & Westbrook, M.T. (1982). *Patients' psychological reactions to chronic illness: are they associated rehabilitation?* Journal of Applied Rehabilitation Counseling. Vol 13, Issue 2, pp. 38 – 44.
90. Wardle, J., Steptoe, A., Gulis, G., Sartory, G., Sek, H., Todorova, I., Vogele, C. & Ziarko, M. (2004). *Depression, perceived control and life satisfaction in University Students from Central – Eastern and Western Europe.* International Journal of Behavioral Medicine. Vol 11, Issue 1, pp. 27 – 36.
91. Weissman, M.M. (1987). *Advances in Psychiatric Epidemiology: Rates and risks for Major Depression.* American Journal of Public Health. Vol 77, Issue 4, pp. 445 – 451.

#### **Διαθέσιμα στο διαδίκτυο**

92. Jorm AF, Allen NB, Morgan AJ, Ryan S, Purcell R. (2013) *A guide to what works for depression; 2nd Edition.* Beyondblue: Melbourne. [Πρόσβαση: 4/2/2014]
93. Parenting Strategies Program (2013). *How to prevent depression and clinical anxiety in your teenager: Strategies for parents.* Melbourne: beyondblue. [Πρόσβαση: 23/5/2014]
94. <http://access.uoa.gr/Unit%20Consult.htm>[Πρόσβαση: 21/5/2014]
95. <http://athena.hua.gr/careeroffice/?q=node/20>[Πρόσβαση: 20/5/2014]
96. [http://cbt.edu.gr/arxeia/methodoi\\_texnikes.pdf](http://cbt.edu.gr/arxeia/methodoi_texnikes.pdf) [Πρόσβαση: 3/4/2014]
97. <http://www.depressionanxiety.gr/2/article/greek/2/70/index.htm>[Πρόσβαση: 4/2/2014]
98. <http://www.ioanninamed.gr/el/topics/96-psychology-advisory/279-depression-children-teens.html> [Πρόσβαση: 18/2/2014]
99. <http://www.ipse.gr/interpersonal.html>[Πρόσβαση: 20/2/2014]
100. <http://www.mazi.org.gr>[Πρόσβαση: 28/2/2014]
101. <http://www.medinova.gr/efiviki-katathlipsi-prolipsi-xekina-megoniki-ypostirixi/> [Πρόσβαση: 20/5/2014]
102. <http://www.nasponline.org/resources/handouts/revisedPDFs/depression.pdf> [Πρόσβαση: 22/3/2014]
103. <http://www.psychologia.gr/therapy/psychodynamictherapy.htm>[Πρόσβαση: 21/3/2014]



104. <http://www.psynet.gr/index.php/2010-06-27-12-20-16/146-2013-07-19-05-13-59>[Πρόσβαση: 9/4/2014]
105. <http://www.sciencedaily.com/releases/2011/07/110725202240.htm>  
[Πρόσβαση: 7/6/2014]
106. [http://www.unipi.gr/ypires/symv\\_ken/symv\\_ken\\_par\\_ypyr1.html](http://www.unipi.gr/ypires/symv_ken/symv_ken_par_ypyr1.html)  
Πρόσβαση: 23/6/2014]

## **Παράρτημα**

### **Παράρτημα 1**

**Κατάλογος υπηρεσιών ψυχολογικής συμβουλευτικής φοιτητών που λειτουργούν στα ελληνικά Α.Ε.Ι. και Τ.Ε.Ι.**

#### **ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

Κέντρο Συμβουλευτικής και Ψυχολογικής Υποστήριξης (ΚΕ.ΣΥ.ΨΥ)

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Επιτροπή Κοινωνικής Πολιτικής Α.Π.Θ.,

Κτίριο Διοίκησης "Κ. Καραθεοδωρή", 540 06 Θεσσαλονίκη

Τηλέφωνο: 2310 - 992 643

Fax: 2310 - 995 360

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: [efklides@psy.auth.gr](mailto:efklides@psy.auth.gr)

Ιστοσελίδα: [students.auth.gr/prwtoeths/kesipsi\\_what.html](http://students.auth.gr/prwtoeths/kesipsi_what.html)

**Συμβουλευτικό Σταθμός Φοιτητών του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας  
κεντρικού τομέα, Β' Παν/κη Ψυχιατρική Κλινική (ΣΣΦ / ΚΚΨΥ κ.τ.λ.)**

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Υγειονομική Υπηρεσία Φοιτητικής Λέσχης ΑΠΘ

Τηλέφωνο: 2310 - 992 654, 548 113

Fax: 2310 - 511 981

Ιστοσελίδα: [students.auth.gr/prwtoeths/stathmos.html](http://students.auth.gr/prwtoeths/stathmos.html)

#### **ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών (Ε.Ψυ.Συ.Φοι)**

(πρώην "Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών - Σ.Κ.Φ.")

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Φιλοσοφική Σχολή,

Τμήμα Φιλοσοφίας Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας,

Τομέας Ψυχολογίας,

Πανεπιστημιούπολη, 157 84 Αθήνα

Τηλέφωνο: 210 - 727 7553 / 4

Fax: 210 - 727 7553

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: [skf@cc.uoa.gr](mailto:skf@cc.uoa.gr)

Ιστοσελίδα: [www.uoa.gr/skf](http://www.uoa.gr/skf)

### **Γραφείο Συμβουλευτικής**

(σε συνεργασία με το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Αθηνών)

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Θεολογική Σχολή, Τμήμα Κοινωνικής Θεολογίας,

Τομέας Χριστιανικής Λατρείας, Αγωγής και Διαποιμάνσεως,

Πανεπιστημιούπολη,

157 84 Αθήνα

Τηλέφωνο: 210 - 727 5775

Fax: 210 - 727 5775

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: [astavrop@soctheol.uoa.gr](mailto:astavrop@soctheol.uoa.gr)

### **Συμβουλευτικό Κέντρο Ομιλήκων (Σ.Κ.Ο.)**

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Τμήμα Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία,

Ιπποκράτους 35, 6ος όροφος, 106 80 Αθήνα

Τηλέφωνο: 210 - 368 8533, 368 8507

Fax: 210 - 368 8510

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: [sykeom@ecd.uoa.gr](mailto:sykeom@ecd.uoa.gr)

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**Υπηρεσία Συμβούλου Ψυχικής Υγείας**

Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Πατησίων 76, 10434 Αθήνα

Τηλέφωνο: 210 - 820 3239

Fax: 210 - 822 6204

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: [counseling@aueb.gr](mailto:counseling@aueb.gr)

Ιστοσελίδα: [www.aueb.gr/counseling](http://www.aueb.gr/counseling)

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**Συμβουλευτική Υπηρεσία του Γραφείου Διασύνδεσης του Πανεπιστημίου  
Θεσσαλίας**

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Γραφείο Διασύνδεσης

Πεδίον Άρεως, Λεωφόρος Αθηνών, 38334 Βόλος

Τηλέφωνο: 24210 - 74141

Fax: 24210 - 74142

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: [akoletti@uth.gr](mailto:akoletti@uth.gr)

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

**Συμβουλευτικό Κέντρο Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (Σ.ΚΕ.Π.Ι.)**

Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Πανεπιστημιούπολη, 451 10 Ιωάννινα

Τηλέφωνο: 26510 - 96 600

Fax: 26510 - 96 600

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: [skepi@cc.uoi.gr](mailto:skepi@cc.uoi.gr)

Ιστοσελίδα: [www.uoi.gr/gr/services/skepi/](http://www.uoi.gr/gr/services/skepi/)

## **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

### **Συμβουλευτικό Κέντρο Πανεπιστημίου Πειραιώς (ΣΥ.ΚΕ.Π.Π.)**

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Καραολή και Δημητρίου 80, 185 34 Πειραιάς

Τηλέφωνο: 210 - 414 2042-3,8

Fax: 210 - 414 2328

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: [kkounen@unipi.gr](mailto:kkounen@unipi.gr), [eparadak@unipi.gr](mailto:eparadak@unipi.gr)

Ιστοσελίδα: [www.unipi.gr/counsel\\_center/](http://www.unipi.gr/counsel_center/)

## **ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΘΗΝΩΝ**

### **Κοινωνική Υπηρεσία (Κ.Υ.)**

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας

Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας,

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας,

Αγ. Σπυρίδωνος, 122 10 Αιγάλεω

Τηλέφωνο: 210 - 538 5129

Fax: 210 - 531 4819

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: [koinyp@teiath.gr](mailto:koinyp@teiath.gr)

Ιστοσελίδα: [www.teiath.gr/verwalt/social\\_service](http://www.teiath.gr/verwalt/social_service)

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΕΙΡΑΙΑ**

**Συμβουλευτική Υπηρεσία του Γραφείου Διασύνδεσης του ΤΕΙ Πειραιά**

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πειραιά

Γραφείο Διασύνδεσης,

Π.Ράλλη & Θηβών 250, 122 44 Αιγάλεω

Τηλέφωνο: 210 - 538 1294

Fax: 210 - 569 1705

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: [counsellor@gdias.teipir.gr](mailto:counsellor@gdias.teipir.gr)

Ιστοσελίδα: [gdias.teipir.gr](http://gdias.teipir.gr)

**ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**Συμβουλευτικό Κέντρο Χαροκοπείου Πανεπιστημίου**

Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών

Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας,

Ελ. Βενιζέλου 70, 176 71 Αθήνα

Τηλέφωνο: 210 - 957 7051 (εσωτ. 207)

Fax: 210 - 957 7050

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: [kmaridaki@hua.gr](mailto:kmaridaki@hua.gr)

## Παράρτημα 2

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Με το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί διερευνώνται οι τρόποι αντιμετώπισης των προβλημάτων από τους φοιτητές, κατά την διάρκεια των σπουδών τους, καθώς επίσης και η ανάγκη δημιουργίας ενός Συμβουλευτικού Κέντρου στο χώρο του ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Είναι σημαντικό να απαντήσετε με ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, τα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο που θα διαθέσετε για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

#### **Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

##### **1.Φύλο**

Ανδρας

Γυναίκα

##### **2.Ηλικία**

κάτω από 20

20 – 24

25 – 29

30 – 34

35 – 39

40 και άνω

##### **3.Οικογενειακή κατάσταση**

Άγαμος/η

Έγγαμος/η

Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

**4.Περιοχή μόνιμης**

**κατοικίας** Αγροτική

Ημιαστική

Αστική

**5.Εισόδημα προερχόμενο από**

Εργασία

Τους γονείς

Άλλο εισόδημα

Όλα τα παραπάνω

**6.Κατοικώ**

Με τον ένα ή τους δυο  
γονείς

Με συμφοιτητή/ρια

Με σύντροφο

Μόνος/η

Με συγγενείς

**7.Σχολή/Τμήμα**

ΣΔΟ

Τμήμα Διοίκησης επιχειρήσεων

Τμήμα Λογιστικής

Τμήμα Τουριστικών επιχειρήσεων

Τμήμα Επιχειρηματικού σχεδιασμού και πληροφοριακών συστημάτων



Τμήμα Πληροφορικής και ΜΜΕ

Τμήμα Εφαρμογών πληροφορικής στη διοίκηση και στην οικονομία

Τμήμα Μουσειολογίας – Μουσειογραφίας και σχεδιασμού εκθέσεων

### ΣΕΥΠ

Τμήμα Κοινωνικής εργασίας

Τμήμα Νοσηλευτικής

Τμήμα Λογοθεραπείας

Τμήμα Φυσικοθεραπείας

Τμήμα Οπτικής – οπτικομετρίας

### ΣΤΕΦ

Τμήμα Ηλεκτρολογίας

Τμήμα Μηχανολογίας

Τμήμα Πολιτικών έργων υποδομής

Τμήμα Ανακαίνισης και αποκατάστασης κτιρίων

### **8.Εξάμηνο φοίτησης**

2<sup>ο</sup> εξάμηνο

4<sup>ο</sup> εξάμηνο

6<sup>ο</sup> εξάμηνο

8<sup>ο</sup> εξάμηνο

Α' πτυχίο και άνω

### **Β.ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΝΕΩΝ (α' μέρος)**

### Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας

	Σπάνια ή καθόλου	Μερικές φορές	Περιστασιακά	Συχνά
1.Με ενοχλούσαν πράγματα, που συνήθως δεν με ενοχλούσαν				
2.Δεν μου έκανε αίσθηση να φάω, η όρεξή μου ήταν μειωμένη				
3.Ένιωθα πως δεν μπορώ να ξεφύγω από την μελαγχολία ακόμη και με την βοήθεια της οικογένειας ή των φίλων				
4.Ήμουν καλός άνθρωπος				
5.Είχα πρόβλημα να κρατήσω την συγκέντρωσή μου σε πράγματα που έκανα				
6.Είχα καταθλιπτική διάθεση				
7.Ότι έκανα χρειαζόταν ιδιαίτερη προσπάθεια				
8.Ένιωθα αισιόδοξος για το μέλλον				
9.Ένιωθα πως η ζωή μου ήταν μια αποτυχία				
10.Ένιωθα φόβο				
11.Ο ύπνος μου ήταν ανήσυχος				
12.Ήμουν χαρούμενος				
13.Μιλούσα λιγότερο απ' ότι συνήθως				
14.Ένιωθα μόνος				

15.Οι άνθρωποι ήταν εχθρικοί				
16.Χαιρόμουν την ζωή				
17.Είχα ξεσπάσματα κλάματος				
18.Ένιωθα θλίψη				
19.Ένιωθα πως οι άνθρωποι δεν με συμπαθούσαν				
20.Δεν μπορούσα να συνεχίσω τις προσπάθειές μου γενικότερα				

### **Β' μέρος**

**Όταν έχω να αντιμετωπίσω κάποιο πρόβλημα [(ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΕΠΙΛΕΞΤΕ ΤΟ ΠΙΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ (.....))]**

	Καθόλου	Σπάνια	Που και που	Συχνά	Πολύ συχνά
21.Ζητώ συμβουλές από επαγγελματίες					
22.Προσπαθώ να αισθανθώ καλύτερα τρώγοντας					
23.Ζητάω από τον Θεό να με βοηθήσει					
24.Αποφεύγω να συναντώ ανθρώπους					
25.Αρνούμαι να το παραδεχτώ					
26.Μου συμβαίνει να αισθανθώ επιθετικότητα για τον άλλο					
27.Αισθάνομαι την ανάγκη να					

μοιράζομαι με τους δικούς μου αυτό που αισθάνομαι εσωτερικά					
28.Ψάχνω δραστηριότητες ομαδικές για να διασκεδάσω					
29.Καταφεύγω στη φαντασία ή στο όνειρο					
30.Μου συμβαίνει να μην κάνω αυτό που είχα αποφασίσει					
31.Μαθαίνω να ζω με το πρόβλημα					
32.Ελέγχω τα συναισθήματά μου					
33.Ενεργώ σαν να μην υπήρχε το πρόβλημα					
34.Πηγαίνω στο σινεμά ή βλέπω τηλεόραση για να σκέφτομαι λιγότερο το πρόβλημα					
35.Σκέφτομαι τις εμπειρίες που θα μπορούσαν να με βοηθήσουν να αντιμετωπίσω την κατάσταση					
36.Καπνίζω ή παίρνω φάρμακα για να ηρεμήσω το άγχος μου					
37.Προσπαθώ με κάθε τρόπο να σκεφτώ άλλα πράγματα					
38.Θέτω στόχους που πρέπει να πετύχω					
39.Συγκρατούμαι από το να αντιδράσω πολύ γρήγορα					

40.Κατακλύζομαι από τα συναισθήματά μου					
41.Σκέφτομαι στρατηγικές που θα μπορούσα να χρησιμοποιήσω για να λύσω καλύτερα τα προβλήματά μου					
42.Ψάχνω την συμπάθεια και την ενθάρρυνση των άλλων					

**43. Θεωρείτε αναγκαίο ένα συμβουλευτικό κέντρο στο ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας;**

Δεν είναι καθόλου αναγκαίο

Είναι λίγο αναγκαίο

Είναι αρκετά αναγκαίο

Είναι πολύ αναγκαίο

Δεν ξέρω/δεν απαντώ