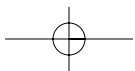
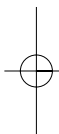
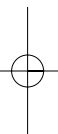


Πανελλήνια Επιδημιολογική Έρευνα
Ψυχικής Υγείας στον Φοιτητικό Πληθυσμό



Το βιβλίο χρηματοδοτήσε το Charities Aid Foundation London /U.K.
της Johnson & Johnson, με τη μεσοδιάβηση
της Janssen-Cilag Φαρμακευτική Α.Ε.Β.Ε.

Διόρθωση: Χρύσα Ξενάκη
Ηλ. επεξεργασία: Μαρία Παπαδάκη
Εξώφυλλο: Ρούλα Φραγκούλη

© 2007
Κ. Ευθυμίου, Γ. Ευσταθίου, Α. Καλαντζή-Αζίζι

ISBN 978-960-6760-14-3

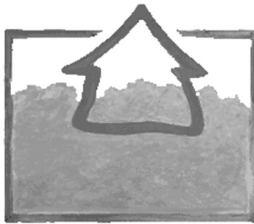
Παραγωγή - κεντρική διάθεση:
Πηλαπούτα 2 και Καλλιδρομίου, 11473, Αθήνα
Τηλ.: 210 8222835-856
Fax: 210 8222684

Η πνευματική ιδιοκτησία αποκτάται χωρίς καμία διατύπωση και χωρίς την ανάγκη ρήτρας απαγορευτικής των προσβολών της. Κατά το Ν. 2387/20 (όπως έχει τροποποιηθεί με το Ν. 2121/93 και ισχύει σήμερα) και κατά τη Διεθνή Σύμβαση της Βέρνης (που έχει κυρωθεί με το Ν. 100/1975) απαγορεύεται η αναδημοσίευση, η αποθήκευση σε κάποιο σύστημα διάσωσης και γενικά η αναπαραγωγή του παρόντος έργου με οποιονδήποτε τρόπο ή μορφή, τμηματικά ή περιληπτικά, στο πρωτότυπο ή σε μετάφραση ή άλλη διασκευή, χωρίς γραπτή άδεια του εκδότη.

www.toposbooks.gr

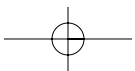
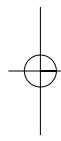
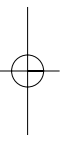
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑΣ, ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

Πανελλήνια Επιδημιολογική Έρευνα Ψυχικής Υγείας στον Φοιτητικό Πληθυσμό



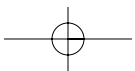
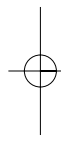
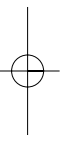
Κ. Ευθυμίου, Γ. Ευσταθίου & Α. Καλαντζή-Αζίζι





περιεχόμενα

Πρόλογος	9
1. Εισαγωγή	11
2. Επιδημιολογία	15
2.1. Επιδημιολογία ψυχικής υγείας	17
2.2. Ανασκόπηση επιδημιολογικών ερευνών στην Ελλάδα και στο εξωτερικό	24
3. Χαρακτηριστικά του φοιτητικού πληθυσμού	33
3.1. Αναπτυξιακά χαρακτηριστικά των φοιτητών	34
3.2. Επίδραση της φοιτητικής ιδιότητας	41
3.3. Ανασκόπηση ερευνών σχετικά με την επιδημιολογία της ψυχικής υγείας και τους φοιτητές	47
3.4. Τα συμβουλευτικά κέντρα φοιτητών	57
3.5. Το Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του ΕΚΠΑ	61
4. Ερευνητική μεθοδολογία	67
4.1. Συμμετέχοντες	67
4.2. Ψυχομετρικά μέσα	67
4.2.1. Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο	68
4.2.2. General Health Questionnaire - GHQ	70
4.2.3. CES-D	71
4.2.4. Symptom Checklist 90 Revised - SCL-90-R	71
4.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων	72
4.4. Οργανωτικά θέματα	76
5. Ευρήματα	77
6. Κύρια ευρήματα - συμπεράσματα	87
6.1. Ποσοστό δυνητικών περιπτώσεων	87
6.2. Επίδραση του φύλου	87
6.3. Αύξηση του ποσοστού δυνητικών περιπτώσεων	93
6.4. Επιβάρυνση κατά την είσοδο και την έξοδο από την τριτοβάθμια εκπαίδευση	94
6.5. Διαμονή μακριά από τον τόπο μόνιμης κατοικίας	96
6.6. Ακαδημαϊκές επιπτώσεις στη βαθμολογία	98
6.7. Συμπεράσματα	98
Βιβλιογραφία	103



πρόλογος

Μια από τις σημαντικότερες δραστηριότητες μιας κοινοτικής υπηρεσίας ψυχικής υγείας όπως το Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών (www.uoa.gr/skf) είναι η διεξαγωγή ερευνών για ειδικά θέματα σχετικά με τις ψυχικές δυσλειτουργίες του φοιτητικού πληθυσμού αλλά και επιδημιολογικών ερευνών που μπορούν να διαφωτίσουν σε βάθος ευρύτερα θέματα που σχετίζονται με αυτή την ειδική κατηγορία νέων ατόμων.

Ως γνωστόν, η διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών είναι όχι μόνο χρήσιμη αλλά και επιβεβλημένη για την πληρέστερη καταγραφή της επικράτησης διάφορων μορφών δυσλειτουργίας του πληθυσμού καθώς και για τη συγκρότηση κατάλληλων υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισής τους στο πλαίσιο της κοινότητας, η οποία στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι το πανεπιστήμιο.

Το Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών κατέχει προνομιακή θέση έναντι των περισσότερων συμβουλευτικών κέντρων τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό. Καθώς το κύριο έργο των συμβουλευτικών κέντρων είναι η παροχή άμεσης ψυχοκοινωνικής βοήθειας σε φοιτητές που δυσλειτουργούν, οι δυνατότητες για έρευνα περιορίζονται από αυτές τις καθημερινές επιτακτικές ανάγκες. Το Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών όμως, επειδή είναι άμεσα συνδεδεμένο με την ακαδημαϊκή κοινότητα, έχει συνεχή ανατροφodότηση από τα ερευνητικά τεκταινόμενα στον Τομέα Ψυχολογίας (εκπόνηση πτυχιακών και διπλωματικών εργασιών και διδακτορικών διατριβών), με αποτέλεσμα η έρευνα για διάφορα θέματα που σχετίζονται με τον φοιτητικό πληθυσμό να βρίσκεται πάντοτε στο προσκήνιο. Είμαστε συνεπώς σε θέση να παρουσιάσουμε μια πληθώρα ερευνών (βλ. Απολογισμό Δραστηριοτήτων 2003-2006), αν και έλειπε μια επιδημιο-

λογική έρευνα που θα έδινε πιο πλήρη στοιχεία από τον ελληνικό φοιτητικό πληθυσμό. Η δυνατότητα αυτή παρουσιάστηκε όταν εγκρίθηκε η αίτηση χρηματοδότησης μιας έρευνας από το Charities Aid Foundation της Johnson & Johnson, την οποία ευχαριστούμε θερμά.

Σ' αυτή την έρευνα το κύριο οργανωτικό βάρος έπεσε στους εκλεκτούς νέους συναδέλφους Κώστα Ευθυμίου και Γιώργο Ευσταθίου, οι οποίοι συνεργάζονται εδώ και αρκετό καιρό με το Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών. Ο Κώστας Ευθυμίου με τις εξειδικευμένες γνώσεις του στην επιδημιολογική έρευνα και ο Γιώργος Ευσταθίου με την εξειδίκευσή του στην ψυχολογική συμβουλευτική φοιτητών, και ειδικά στην τηλεσυμβουλευτική, υπήρξαν ιδεώδεις συνεργάτες σε όλα τα επίπεδα της έρευνας. Στην προσπάθεια συνέδραμαν και οι ψυχολόγοι Κατερίνα Δουκάκη, Ειρήνη Δρακοπούλου, Βασιλική Κραββαρίτη και Ελένη Παδιατέλη, οι οποίες ανέλαβαν να υλοποιήσουν την πιλοτική έρευνα-οδηγό για την πανελλαδική διερεύνηση που ακολούθησε.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τους συναδέλφους στα συμβουλευτικά κέντρα φοιτητών, καθώς χάρη στη δική τους ουσιαστική βοήθεια και συνέπεια στάθηκε δυνατή η επιτόπια συλλογή των δεδομένων. Αυτοί είναι η Ντιάνα Χαρίλα, η Κατερίνα Μαριδάκη-Κασσωτάκη, ο Βαγγέλης Καραδήμας, η Ντόνα Παπαστυλιανού, η Βασιλική Παπαδιώτη-Αθανασίου, η Καλλιόπη Κουνενού, η Αικατερίνη Κατιθένιου, η Μαρία Πλατσίδου και ο Παναγιώτης Καμμάς. Εκτός των άλλων, μας συνδέει ο μακροχρόνιος αγώνας για την ίδρυση και λειτουργία συμβουλευτικών κέντρων σε όλα τα ΑΕΙ και τα ΤΕΙ της Ελλάδας.

Αθήνα, Ιούλιος 2007

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΑΛΑΝΤΖΗ-ΑΖΙΖΙ

Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας

Διευθύντρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Κλινικής Ψυχολογίας

Διευθύντρια του Εργαστηρίου Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του ΕΚΠΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εισαγωγή

Η διερεύνηση του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται μια υπηρεσία αποτελεί πάγια τακτική της σύγχρονης κοινοτικής αντίληψης για την ψυχική υγεία, καθώς τα ευρήματα επιτρέπουν στις δομές ψυχικής υγείας να προσαρμόσουν τη λειτουργία τους στις ιδιαιτερότητες του εκάστοτε πληθυσμού-στόχου. Ειδικά για θεσμούς με σχετικά σύντομη ιστορία, όπως είναι τα συμβουλευτικά κέντρα φοιτητών –στην Ελλάδα η πρώτη μεγάλη έρευνα σε φοιτητικό πληθυσμό πραγματοποιήθηκε το 1971-1972 από τον Anderson και τη Μαλικιώση-Λοΐζου (1980)–, η μελέτη των αναγκών και των προσδοκιών των φοιτητών από αυτά προβάλλει επιτακτική (Rott, 1997). Την ίδια άποψη διατυπώνουν και οι Ναυρίδης, Δραγώνα, Μιλιαρίνη και Δαμίγος (1990), που θεωρούν ότι αν ο στόχος είναι ένα συμβουλευτικό κέντρο φοιτητών προσαρμοσμένο στις ανάγκες μιας συγκεκριμένης κοινότητας, τότε οι ανάγκες αυτές θα πρέπει να χαρτογραφηθούν.

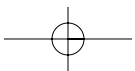
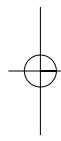
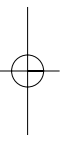
Ακολουθώντας την καθιερωμένη αυτή πρακτική και υπό το φως των ευρημάτων της έρευνας των Christopoulos και συν. (1997) σχετικά με την ψυχική υγεία και τη στάση των φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών, ότι δηλαδή οι Έλληνες φοιτητές αποτελούν μια διακεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα που διαφοροποιείται από κάποιες απόψεις τόσο από τον γενικό ελληνικό πληθυσμό όσο και από τον παγκόσμιο φοιτητικό πληθυσμό, το Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών (ΣΚΦ) διεξήγαγε έρευνα με στόχο τη συστηματική καταγραφή των αναγκών των φοιτητών για ψυχολογική βοήθεια (Ευσταθίου, Ευθυμίου, & Καλαντζή, 2003).

Οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες των φοιτητών σε σχέση με τη λειτουργία των συμβουλευτικών κέντρων διερευνήθηκαν σε δείγμα φοιτητών (N=1184) του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, του Εθνικού Μετσόβιου Πολυτεχνείου και του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης. Η επιλογή του δείγματος έγινε με τη μέθοδο της κατά στρώματα τυχαίας δειγματοληψίας ως προς το εκπαιδευτικό ίδρυμα και τη σχολή φοίτησης. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που κατασκεύασε το 1992 η Α. Καλαντζή-Αζίζι. Το ερωτηματολόγιο αυτό βασίζεται σε ανοικτές κυρίως ερωτήσεις που αποσκοπούν στη μελέτη δέκα τομέων: δημογραφικά χαρακτηριστικά, οικογενειακή υποδομή, επιλογή σχολής φοίτησης, κατοικία και οικονομική κατάσταση, ζητήματα που απασχολούν τους φοιτητές γενικώς, προβλήματα που αντιμετωπίζουν ή αντιμετώπισαν οι φοιτητές προσωπικά, πρόθεση συνεργασίας με ειδικό του συμβουλευτικού κέντρου φοιτητών, δραστηριότητες που θα πρέπει να έχει ένα συμβουλευτικό κέντρο φοιτητών και παρατηρήσεις, σκέψεις και προτάσεις σχετικά με την οργάνωση και τη λειτουργία ενός συμβουλευτικού κέντρου φοιτητών. Τα ευρήματα της έρευνας κατέδειξαν τη σημασία των υπηρεσιών που προσφέρονται από τα συμβουλευτικά κέντρα φοιτητών, αλλά και από τα γραφεία διασύνδεσης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της φοιτητικής ζωής.

Σκοπός της έρευνας ήταν μια πρώτη γενική διερεύνηση των αναγκών, των στάσεων και των προσδοκιών του φοιτητικού πληθυσμού, και η δημιουργία ενός πλαισίου περαιτέρω διερεύνησης. Για την εξυπηρέτηση αυτού του σκοπού χρησιμοποιήθηκαν κυρίως ανοικτές ερωτήσεις, προκειμένου να μην προκαταληφθούν κατά κανένα τρόπο οι απαντήσεις των φοιτητών (π.χ. επιλέγοντας μεταξύ έτοιμων απαντήσεων). Ωστόσο η χρήση ανοικτών ερωτήσεων περιορίζει σε σημαντικό βαθμό την ακρίβεια των μετρήσεων, κυρίως ως προς τους

παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά και τη σκέψη των φοιτητών σχετικά με τους τομείς διερεύνησης. Τα ευρήματα της έρευνας προσφέρουν υποθέσεις για νέες έρευνες που θα αποσκοπούν στη μέλτη επιμέρους θεμάτων με τη χρήση ψυχολογικών κλιμάκων εγνωσμένων ψυχομετρικών ιδιοτήτων.

Υπήρχε συνεπώς ανάγκη για μια επιδημιολογική έρευνα η οποία δεν θα περιοριζόταν στη χορήγηση μιας κλίμακας που μετρά το γενικό επίπεδο της ψυχικής υγείας, αλλά σε δεύτερη φάση θα προχωρούσε και στη χορήγηση εξειδικευμένων κλιμάκων που προσφέρουν στοιχεία για συγκεκριμένες κλινικές περιοχές. Με αυτό τον τρόπο θα ήταν δυνατόν να διερευνηθεί το εύρος των ψυχικών διαταραχών που παρατηρούνται στον φοιτητικό πληθυσμό σε σχέση με τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά της μετεφηβείας και της πρώτης νεότητας, το πλαίσιο της ανώτατης εκπαίδευσης αλλά και το οικογενειακό τους περιβάλλον.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Επιδημιολογία

Η επιδημιολογία είναι η επιστήμη που μελετά την κατανομή και τους καθοριστικούς παράγοντες της συχνότητας εμφάνισης των νόσων στον άνθρωπο (Τριχόπουλος, 1982). Η συχνότητα των νόσων μετράται και σχετίζεται με διάφορα χαρακτηριστικά των ατόμων ή με το περιβάλλον τους. Εξετάζοντας την ετυμολογία της λέξης «επιδημιολογία» διαπιστώνουμε ότι αποτελείται από τις ελληνικές λέξεις «επί» (μεταξύ), «δήμος» (άνθρωποι, λαός) και «λόγος» (δόγμα), που σημαίνουν «τον λόγο για το τι συμβαίνει στον λαό/πληθυσμό». Η διερεύνηση της συχνότητας των νόσων δεν είναι νέο φαινόμενο. Αλλά η ανάπτυξη της επιδημιολογικής θεωρίας και μεθόδου τις τελευταίες δεκαετίες έχει προσφέρει νέες δυνατότητες και έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον σε πολλά πεδία εφαρμογών (Ahlbom & Norell, 1992).

Στο παρελθόν η επιδημιολογία οριζόταν ως η επιστήμη η οποία μελετά τις επιδημίες, δηλαδή τις λοιμώδεις ασθένειες που προσβάλλουν πλήθος ανθρώπων απότομα και ανεξέλεγκτα (Κατσουγιαννόπουλος, 1984). Ο Ιπποκράτης, πατέρας της ιατρικής, χρησιμοποίησε τον όρο «επιδημιολογία» για να περιγράψει την επικράτηση μιας ασθένειας στον πληθυσμό μιας περιοχής. Από τον όρο «επιδημία» έλαβε και το όνομά της η επιδημιολογία, που σημαίνει «η επιστήμη, η οποία μελετά τις επιδημίες».

Αργότερα, κυρίως μετά τη βιομηχανική επανάσταση, έγινε αντιληπτό ότι ο ορισμός και το περιεχόμενο της επιδημιολογίας ήταν ιδιαίτερα περιορισμένα (Κατσουγιαννόπουλος, 1984). Οι μεγάλες λοιμώδεις επιδημίες που μάστιζαν την ανθρωπότητα έκαναν τον κύκλο

τους και έφταναν στο τέλος τους χάρη στα προληπτικά μέτρα που εφαρμόζονταν και, φυσικά, χάρη στην πρόοδο της επιστήμης, με τις σημαντικές ανακαλύψεις στους τομείς της μικροβιολογίας και της ανοσολογίας, που επέτρεπαν την αντιμετώπιση ή ακόμη και την εξάλειψή τους.

Από την άλλη πλευρά, τα νοσήματα που άρχιζαν να επικρατούν και να μαστίζουν το ανθρώπινο γένος είχαν εντελώς διαφορετική αιτιολογία και ήταν μη λοιμώδη στην πλειονότητά τους. Τέτοια ήταν τα χρόνια νοσήματα, οι χρόνιες εκφυλιστικές παθήσεις, τα νοσήματα φθοράς –δεδομένου ότι είχε αυξηθεί ο μέσος όρος ζωής– καθώς και νοσήματα που η αιτιολογία τους πρέπει να αναζητηθεί στον τρόπο ζωής του σύγχρονου ανθρώπου, π.χ. νοσήματα που οφείλονται στο άγχος της καθημερινότητας, στη μεταβολή, τη ρύπανση και την καταστροφή του φυσικού περιβάλλοντος ή στις αυξημένες απαιτήσεις της επαγγελματικής δραστηριότητας.

Αυτή η μεταβολή στη νοσολογία των ανθρώπων οδήγησε σταδιακά και στη διεύρυνση του περιεχομένου και των αντικειμένων έρευνας της επιδημιολογίας. Στις μέρες μας η επιδημιολογία ασχολείται με μια πληθώρα νοσημάτων, με ψυχικές διαταραχές, ατυχήματα, ακόμα και αυτοκτονίες, και γενικότερα με οποιαδήποτε πάθηση παρουσιάζει *επικράτηση* στον πληθυσμό (Κατσουγιαννόπουλος, 1984).

Το πεδίο της επιδημιολογίας μπορεί να χωριστεί σε τρεις περιοχές: την περιγραφική, την αναλυτική και την πειραματική επιδημιολογία (Korchin, 1976. Regier & Burke, 1985).

Η *περιγραφική επιδημιολογία* ασχολείται με τον καθορισμό της συχνότητας εμφάνισης των νόσων και των διαταραχών σε έναν ορισμένο πληθυσμό. Με βάση τα δεδομένα που αντλούνται από τέτοιες έρευνες, είναι δυνατόν να δημιουργηθούν τα κατάλληλα συστήματα δημόσιας υγείας προσαρμοσμένα στις ανάγκες του κάθε πληθυσμού,

και να συλλεχθούν πληροφορίες τόσο γι' αυτούς που νοσούν και χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας όσο και για εκείνους που αντιμετωπίζουν προβλήματα αλλά δεν λαμβάνουν θεραπευτική φροντίδα (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1988).

Η *αναλυτική επιδημιολογία* καθορίζει τους «παράγοντες κινδύνου» στην εμφάνιση των νόσων και των διαταραχών, καθώς και τους «προστατευτικούς παράγοντες» στην πορεία και την εξέλιξη τέτοιων διαταραχών. Τα δεδομένα αυτών των ερευνών είναι χρήσιμα για αναδρομικές μελέτες σε μια κοινότητα, καθώς και για την προσωπική μελέτη ασθενών και τον καθορισμό της εξέλιξης της πάθησής τους (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1988).

Η *πειραματική επιδημιολογία* αναλαμβάνει την πειραματική εφαρμογή των προληπτικών και θεραπευτικών μεθόδων των νόσων και των διαταραχών σε ένα μέρος του πληθυσμού, έτσι ώστε να διαπιστωθεί κατά πόσο είναι δυνατή η εφαρμογή τους και στην ευρύτερη κοινότητα (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1988).

2.1. Επιδημιολογία ψυχικής υγείας

Η επιδημιολογία ψυχικής υγείας αποτελεί κλάδο της γενικής επιδημιολογίας. Αναπτύχθηκε κυρίως μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο για την εκτίμηση των αναγκών σε επίπεδο περιοχών, ώστε να δημιουργηθούν οι απαραίτητες υπηρεσίες ψυχικής υγείας που να καλύπτουν τις ανάγκες αυτές. Η επιδημιολογία ψυχικής υγείας ενδιαφέρεται για την επικράτηση (prevalence) και την επίπτωση (incidence) των ψυχικών διαταραχών και διερευνά βαθύτερα τους κοινωνικο-πολιτισμικούς παράγοντες που έχουν πιθανή σημασία στην αιτιολογία και τη δυναμική των διαταραχών αυτών (Μαδιανός, 1986). Όπως αναφέ-

ρουν οι Regier και Burke (1985) συγκεκριμένα για τον τομέα της ψυχικής υγείας, επιδημιολογία είναι η μελέτη της κατανομής, της συχνότητας και των αιτίων των ψυχικών διαταραχών στον ανθρώπινο πληθυσμό (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1988).

Τα μέτρα της συχνότητας των νόσων αποτελούν κεντρική δραστηριότητα όλης της επιδημιολογίας και μπορεί να αφορούν είτε το πλήθος των υπαρχόντων περιστατικών είτε την εμφάνιση νέων (Ahlbom & Norell, 1992). Αυτά τα μέτρα ονομάζονται *δείκτες νοσηρότητας* και είναι δύο ειδών: οι *δείκτες επικράτησης*, που εκφράζουν τη συχνότητα μιας κατάστασης σε μια ορισμένη χρονική στιγμή, και οι *δείκτες επίπτωσης*, που εκφράζουν τη συχνότητα εμφάνισης ενός γεγονότος σε μια χρονική περίοδο καθορισμένης διάρκειας. Η επικράτηση δεν έχει χρονική διάσταση επειδή αναφέρεται σε μια στιγμή. Σημειώνεται ότι χρησιμοποιείται ο όρος «επικράτηση» αντί του «επιπολασμός», καθώς ο δεύτερος συνδέεται κυρίως με λοιμώδη νοσήματα και όχι με ψυχικές διαταραχές (Μαδιανός, 1989). Συγκεκριμένα στην επιδημιολογία «χρονική στιγμή» θεωρείται συνήθως μια ορισμένη ημέρα. Η «επίπτωση», από την άλλη πλευρά, έχει χρονική διάσταση και η τιμή της εξαρτάται από την έκταση της χρονικής περιόδου ή από το είδος της μονάδας χρόνου που χρησιμοποιείται κάθε φορά (Τριχόπουλος, 1982). Η επίπτωση έχει καταλήξει να θεωρείται ως η *αληθινή επικράτηση* (true prevalence) (Μαδιανός, 1989).

Τα *μέτρα επικράτησης* περιγράφουν ποιο ποσοστό του πληθυσμού εκδηλώνει την ψυχική διαταραχή σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, ενώ τα *μέτρα επίπτωσης* περιγράφουν τη συχνότητα εμφάνισης νέων περιπτώσεων κατά τη διάρκεια μιας δεδομένης χρονικής περιόδου. Γίνεται επομένως φανερό ότι κάθε άτομο τοποθετείται σε μία από τις δύο «καταστάσεις»: είτε σε μια κατάσταση που δεν αφορά ψυχική διαταραχή είτε σε μια κατάσταση που συνδέεται με κάποια διαταραχή

αυτού του είδους. Σ' αυτό το πλαίσιο, τα μέτρα επικράτησης περιγράφουν το ποσοστό του πληθυσμού που βρίσκεται σε κατάσταση ψυχικής διαταραχής σε μια συγκεκριμένη στιγμή, ενώ τα μέτρα επίπτωσης περιγράφουν τη ροή-μετακίνηση από μια κατάσταση που δεν συνδέεται με διαταραχή στην κατάσταση της διαταραχής (Ahlbom & Norell, 1992).

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, το ύψος της επικράτησης εξαρτάται από την επίπτωση, αφού υψηλότερος ρυθμός εμφάνισης νέων περιπτώσεων προσθέτει περιπτώσεις στον αριθμό των ήδη υπάρχουσών, τον οποίο και τείνει να αυξήσει (Ahlbom & Norell, 1992).

Σύμφωνα με τους Lin και Standley (1962), η επιδημιολογία ψυχικής υγείας έχει τους ακόλουθους στόχους:

- Να διερευνήσει την επικράτηση των ατόμων που εκδηλώνουν ψυχική διαταραχή και αυτών που δεν εκδηλώνουν αντίστοιχη διαταραχή στον γενικό πληθυσμό.
- Να αποκαλύψει τις σχέσεις μεταξύ χαρακτηριστικών του πληθυσμού και εμφάνισης της ψυχικής διαταραχής, έτσι ώστε να διευκρινιστεί η προέλευση της δεύτερης.
- Να δοκιμάσει αιτιολογικές υποθέσεις που προέρχονται είτε από εργαστηριακές είτε από κλινικές μελέτες.
- Να εκτιμήσει τα ποσοστά θεραπευτικής βελτίωσης σε σχέση με την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των προληπτικών και θεραπευτικών μέτρων.

Στις επιδημιολογικές έρευνες διερευνάται μια εξαρτημένη μεταβλητή από άλλες που είναι ανεξάρτητες. Ανεξάρτητες μεταβλητές θεωρούνται οι διάφοροι δημογραφικοί δείκτες, όπως είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση κ.ά., ενώ εξαρτημένη μεταβλητή θεωρείται η ψυχική υγεία και οι ψυχικές διαταραχές. Αυτές οι μεταβλητές είναι αναγκαίο να εκτιμηθούν μέσα σε συγκεκριμένο χρόνο και

χώρο. Το κύριο όργανο ανίχνευσης της ψυχοπαθολογίας στην επιδημιολογία ψυχικής υγείας είναι το ερωτηματολόγιο (Μαδιανός, 1989).

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι το βασικό έργο της επιδημιολογίας ψυχικής υγείας είναι η ανίχνευση των διαστάσεων των ψυχικών διαταραχών στον γενικό πληθυσμό (έννοιες της επικράτησης και της επίπτωσης) και η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των προληπτικών και θεραπευτικών μέσων (Μαδιανός, 1989).

Στο σημείο αυτό είναι χρήσιμο να παρουσιαστεί ένας ορισμός της ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, «ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα» (Μαδιανός, 1989).

Η Marie Jahoda, η οποία έχει ασχοληθεί ιδιαίτερα με τον ορισμό της ψυχικής υγείας (1985), ορίζει τη θετική ψυχική υγεία ως το αποτέλεσμα της φυσιολογικής συμπεριφοράς, ως μια κατάσταση ισορροπίας που περιλαμβάνει επτά χαρακτηριστικά:

- την επίγνωση από το άτομο της ταυτότητάς του,
- τη δυνατότητα του ατόμου να είναι αυτοδύναμο,
- τη δυνατότητά του να αντιστέκεται στο στρες,
- τη δυνατότητα του ατόμου να είναι ενεργητικό και ανεξάρτητο από κοινωνικές επιρροές,
- την ικανότητά του να ελέγχει το περιβάλλον,
- την ικανότητά του να αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει,
- τη δυνατότητά του να επιλύει τα προβλήματά του.

Για την αξιολόγηση και τον καθορισμό της συμπεριφοράς, αλλά κυρίως για τη διάκριση ανάμεσα στη μέση-φυσιολογική και στην αποκλίνουσα-παθολογική συμπεριφορά, έχουν προταθεί και χρησιμοποιούνται τριών ειδών κριτήρια: τα στατιστικά, τα ιδεαλιστικά και τα

λειτουργικά (Jahoda, 1985). Τα τρία αυτά είδη δεν αποκλείουν το ένα το άλλο· αντίθετα, είναι καλύτερο να χρησιμοποιείται ένας συνδυασμός τους για τον πληρέστερο καθορισμό και την αξιολόγηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς και της ψυχικής υγείας.

Τα **στατιστικά** κριτήρια είναι τα συνηθέστερα και συχνότερα χρησιμοποιούμενα. Σύμφωνα με αυτά, η ομαλή συμπεριφορά είναι ό,τι κάνουν ή δεν κάνουν οι περισσότεροι άνθρωποι και ό,τι προσεγγίζει τον μέσο όρο της ανθρώπινης συμπεριφοράς για κάθε περίπτωση. Με άλλα λόγια, όσο πιο συνήθης είναι μια συμπεριφορά και όσο περισσότερο πλησιάζει προς τον μέσο όρο, τόσο πιο φυσιολογική θεωρείται και το αντίστροφο. Παρόλο που τα στατιστικά κριτήρια προσφέρουν μια σταθερή βάση για την αξιολόγηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, υπάρχουν κάποια σημεία για τα οποία η συγκεκριμένη προσέγγιση έχει δεχθεί κριτική:

- Αυτό που είναι στατιστικά πιο συνηθισμένο δεν είναι απαραίτητο να αποτελεί πάντα και ομαλή ή επιθυμητή συμπεριφορά.
- Ομοίως, το στατιστικά ασυνήθιστο δεν είναι αναγκαία παθολογικό, ειδικά στην περίπτωση κατά την οποία η απόκλιση κινείται προς τη θετική κατεύθυνση.
- Η στατιστική προσέγγιση είναι δύσκολο να αποδώσει την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης προσωπικότητας και συμπεριφοράς.
- Οι τυπικές αντιδράσεις (νόρμες), στις οποίες στηρίζονται τα στατιστικά κριτήρια, συχνά βασίζονται σε κλινικές, άρα όχι αντιπροσωπευτικές, ομάδες του πληθυσμού.
- Σημαντικό είναι και το πρόβλημα της οριοθέτησης (συχνότητα εμφάνισης, ποσοστό στο οποίο εμφανίζεται μια συγκεκριμένη μορφή συμπεριφοράς στον πληθυσμό και απόστασή της από τον μέσο όρο), προκειμένου μια συμπεριφορά να μπορεί να θεωρηθεί με ασφάλεια φυσιολογική ή παθολογική.

Μια προσέγγιση διαφορετική της στατιστικής είναι η χρήση της συμμόρφωσης στις κοινωνικές αξίες ως κριτηρίου καθορισμού της ομαλής συμπεριφοράς. Σ' αυτό το πλαίσιο, ομαλή θεωρείται η συμπεριφορά που βρίσκεται πιο κοντά στις κοινωνικές και πολιτισμικές αξίες και στα καθιερωμένα πρότυπα. Πρέπει πάντως να σημειωθεί ότι αυτή η προσέγγιση έχει περισσότερα προβλήματα από ό,τι η στατιστική, δεδομένης και της ρευστότητας των κριτηρίων της.

Η *ιδεαλιστική* προσέγγιση αναφέρεται στο επιθυμητό, στο απόλυτο και στο δέον, δηλαδή στο τι θα έπρεπε να συμβαίνει. Σύμφωνα με τα κριτήριά της, υπάρχει ένα ιδεώδες συμπεριφοράς, προς το οποίο συγκρίνεται κάθε φορά η πραγματική συμπεριφορά για να εκτιμηθεί κατά πόσο είναι φυσιολογική ή όχι. Η θεώρηση ότι αυτό που είναι ομαλό είναι και ιδεώδες εμπεριέχει θετικά στοιχεία, γιατί τονίζει τη σημασία που έχουν για τον άνθρωπο οι ανώτεροι σκοποί και επιδιώξεις. Παρ' όλα αυτά δεν βρίσκει μεγάλο πεδίο εφαρμογής, αφού ελάχιστοι είναι οι άνθρωποι που κατορθώνουν να επιτύχουν το τέλειο στην εξέλιξή τους, και επιπλέον όλοι έχουν ελαττώματα και αδυναμίες.

Τα *λειτουργικά* κριτήρια είναι τα πλέον πρακτικά και εφαρμόσιμα για την αξιολόγηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τη λειτουργική προσέγγιση, το κριτήριο για τη διάκριση της ομαλής από την προβληματική συμπεριφορά είναι οι συνέπειες που έχει ένα σύμπτωμα στην ενδοπροσωπική και διαπροσωπική προσαρμογή του ατόμου. Δηλαδή ό,τι εμποδίζει ή δυσχεραίνει την προσαρμογή αυτή θα πρέπει να θεωρείται παθολογική συμπεριφορά. Οι τομείς στους οποίους εξετάζεται η επίπτωση μιας μορφής συμπεριφοράς είναι η ανάπτυξη των νοητικών ικανοτήτων, η κοινωνική προσαρμογή, ο αυτοέλεγχος, η αξιολόγηση από άλλα πρόσωπα και το αυτοσυναίσθημα.

Με βάση τα προηγούμενα, εξάγεται το συμπέρασμα ότι η επδημιολογία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επίτευξη μακροπρόθεσμων

στόχων, όπως ο προσδιορισμός των αιτίων κάποιας διαταραχής, αλλά και για βραχυπρόθεσμους στόχους, όπως η άμεση εφαρμογή των δεδομένων σε προγράμματα παρέμβασης και πρόληψης (Korchin, 1976).

Η διεξαγωγή επιδημιολογικών μελετών, η διερεύνηση της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών και κατ' επέκταση η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με θέματα ψυχικής υγείας κρίνονται ιδιαίτερα σημαντικά. Αυτό καταδεικνύεται σε έρευνα του Τσαχαγέα (1994α), όπου η πλειονότητα των ερωτώμενων αναγνωρίζει τον πρωταρχικό ή βασικό ρόλο της ψυχικής υγείας στη ζωή του ανθρώπου και το γεγονός ότι αυτή βλάπεται εύκολα. Θετικό εύρημα της έρευνας αποτελεί το δεδομένο ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων υποστηρίζει πως η κοινωνία έχει υποχρέωση να λάβει μέτρα για την ψυχική υγεία. Η άποψη αυτή συμφωνεί και με τα σύγχρονα δεδομένα της επιδημιολογίας της ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τα οποία τόσο οι κοινωνίες όσο και οι κυβερνήσεις οφείλουν να είναι πάντοτε ευαισθητοποιημένες στις βασικές αρχές της ψυχικής υγιεινής.

Σε μια άλλη έρευνα του Τσαχαγέα (1994β) για την εξακρίβωση του βαθμού γνώσεων του ελληνικού κοινού σχετικά με την ψυχική υγιεινή, βρέθηκε ότι μεγάλο ποσοστό δεν έχει διδαχθεί για την ψυχική υγιεινή, άρα δεν έχει σαφή αντίληψή της. Τα πιο πολλά άτομα επιθυμούν περισσότερες και σωστές γνώσεις για την ψυχική υγιεινή και θεωρούν ότι οι αποτελεσματικότεροι φορείς γι' αυτό τον σκοπό είναι η παιδεία, η συστηματική αγωγή υγείας και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Ως συμπέρασμα, ο συγγραφέας αναφέρει ότι «επιβάλλεται να συμπληρωθεί το ανεπαρκές επίπεδο γνώσεων και να τονωθεί το ενδιαφέρον του πληθυσμού για τη συμμετοχή του σε προγράμματα παρέμβασης στα πλαίσια της προληπτικής ιατρικής» (Τούντας, 2001).

2.2. Ανασκόπηση επιδημιολογικών ερευνών στην Ελλάδα και στο εξωτερικό

Οι συστηματικές προσπάθειες για την επιδημιολογική ανάλυση των ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα είναι αρκετά περιορισμένες. Γενικά πάντως διαπιστώνεται η ύπαρξη αρκετά υψηλών ποσοστών με εμφανείς σοβαρές διαταραχές (Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 1984). Μεγάλο ποσοστό των επιδημιολογικών ερευνών στον ελληνικό χώρο έχει διεξαχθεί από τον Μαδιανό και τους συνεργάτες του, τη Μονάδα Κοινωνικής Ψυχιατρικής της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.

Σε εκτεταμένη επιτόπια διατημηματική έρευνα που διεξήχθη από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Μαδιανός & Ζάρναρη, 1983) εξετάστηκε ένα τυχαία συστηματικό, δύο φάσεων δείγμα 4.083 ενήλικων ανδρών και γυναικών ηλικίας 20-64 ετών, από 33 νομούς της χώρας. Το δείγμα αυτό αντιπροσωπεύει το 1,5% των νοικοκυριών του συνόλου της χώρας. Ως βασικό όργανο ελέγχου της επικράτησης της ψυχοπαθολογίας στον πληθυσμό χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Langner. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 24% των γυναικών και 11,1% των ανδρών του δείγματος θα μπορούσαν να θεωρηθούν άτομα με σοβαρή έκπτωση στην ψυχική τους υγεία, αφού παρουσίαζαν προβλήματα λειτουργικότητας. Τα άτομα που προέρχονταν από την Αθήνα εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας συγκριτικά με τα άτομα που προέρχονταν από άλλες γεωγραφικές περιοχές. Τα χαμηλότερα ποσοστά επικράτησης ψυχοπαθολογίας παρουσιάζονται στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Οι γυναίκες εμφανίζουν τριπλάσια ποσοστά βαριάς και υπερδιπλάσια ποσοστά σοβαρής διαταραχής. Όσον αφορά την καταθλιπτική συμπτωματολογία με τη χρήση της κλίμακας CES-D (με διαχωριστικό σημείο το 16), βρέθηκε ότι σε εθνικό

επίπεδο το 17,2% του συνολικού δείγματος (23,4% των γυναικών και 9,6% των ανδρών) παρουσίαζε καταθλιπτικά συμπτώματα.

Το 1984 διεξήχθη μια δεύτερη πανελλήνια επιτόπια συγχρονική έρευνα με θέμα τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες στην ψυχική υγεία και τη χρήση ουσιών. Το δείγμα αποτελούνταν από 4.292 άτομα ηλικίας 12-64 ετών, προερχόμενα από 37 νομούς της χώρας, και ήταν απόλυτα αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού. Η ανίχνευση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων έγινε με τις κλίμακες Langner και CES-D. Με κριτήριο την ύπαρξη έξι ή περισσότερων ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, σοβαρή διαταραχή της ψυχικής τους υγείας παρουσίαζαν το 18,7% των ανδρών ηλικίας 18-64 ετών και το 34,1% των γυναικών. Σύμφωνα με το διαχωριστικό σημείο 16 της κλίμακας CES-D, το 15,4% των ανδρών και το 37,6% των γυναικών ενέπιπταν στην κατηγορία της καταθλιπτικής κατάστασης. Τα ποσοστά αυτά είναι σχετικά υψηλά –ειδικά για τις γυναίκες– αν συγκριθούν με εκείνα της πανελλήνιας έρευνας του ΕΚΚΕ. Τα συγκεκριμένα ποσοστά δεν αποτελούν κλινικές καταστάσεις, αλλά φαινόμενα αποθάρρυνσης εξαιτίας των ψυχοπιεστικών κοινωνικών συνθηκών και γεγονότων της ζωής, ωστόσο δείχνουν ότι τα άτομα αυτά βρίσκονται σε ομάδες «υψηλού κινδύνου» για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών.

Το 1979-1980 εξετάστηκε στην Αθήνα ένα τυχαίο δείγμα 1.574 ανδρών και γυναικών ηλικίας 20-64 ετών, το οποίο επιλέχθηκε με τη διαδικασία των δύο σταδίων από τους Δήμους Βύρωνα-Καισαριανής που εξυπηρετούνται από το Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής, στο πλαίσιο της συστηματικής επιδημιολογικής εκτίμησης των ψυχιατρικών αναγκών των δήμων αυτών (Μαδιανός και συν., 1983α. Μαδιανός και συν., 1985). Το δείγμα αποτελούσε το 15% του πληθυσμού των δύο δήμων, και με την εφαρμογή του κριτηρίου των έξι και πλέον ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων της κλίμακας Langner η επικράτηση

των ψυχικών διαταραχών βρέθηκε μεγαλύτερη στις γυναίκες (29%) από ό,τι στους άνδρες (18,1%). Μετά από μια πιο σύνθετη επεξεργασία με την εφαρμογή έντεκα κλινικών και άλλων κριτηρίων από δύο ανεξάρτητους εκτιμητές των ερωτηματολογίων, τα ποσοστά της επικράτησης μειώθηκαν στο 18% και στο 8% αντίστοιχα. Τα ποσοστά της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως ανιχνεύτηκαν από την κλίμακα CES-D, ήταν 9,26% για τους άνδρες και 23,3% για τις γυναίκες.

Στη δεύτερη φάση της ίδιας έρευνας (Τομαράς και συν., 1986), δύο ψυχίατροι πραγματοποίησαν κλινικές διαγνωστικές συνεντεύξεις με 350 άτομα που επιλέχθηκαν από το αρχικό δείγμα των 1.574 ατόμων. Σύμφωνα με την κλινική τους κατάσταση, βρέθηκε ότι το 18,8% αυτού του επιμέρους δείγματος παρουσίαζε έκδηλη κλινική ψυχοπαθολογία, που στο μεγαλύτερο μέρος της ήταν του τύπου της νευρωσικής διαταραχής (16,5%), σε αντίθεση με τις σχιζοφρενικού τύπου διαταραχές, που βρέθηκαν να αποτελούν το 1,2%, και τις συναισθηματικές διαταραχές που εμφανίστηκαν στο 0,50% (Τομαράς και συν., 1986).

Τα παραπάνω ποσοστά είναι παρόμοια με εκείνα που ανέφεραν οι Μανρεάς και συνεργάτες (1986) κατά τη διεξαγωγή μιας επιτόπιας έρευνας σε δείγμα 489 ενήλικων κατοίκων των δήμων Αγίας Βαρβάρας και Χαϊδαρίου. Με τη χρήση του PSE και κριτήριο τη βαθμολογία στο Index of Definition, μεγαλύτερη ή ίση του 5, το 8,6% των ανδρών και το 22,6% των γυναικών χαρακτηρίστηκαν ως κλινικές περιπτώσεις, ενώ το συνολικό ποσοστό της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών στο δείγμα ήταν 16%.

Το 1992 ο Μουζάς (1996) πραγματοποίησε μια επιτόπια έρευνα στον νομό Ιωαννίνων, και συγκεκριμένα στην πόλη των Ιωαννίνων και σε 99 κοινότητες. Το δείγμα αποτελούσαν 1.986 άτομα ηλικίας 18-65 ετών, επιλεγμένα με τυχαίο τρόπο. Και σε εκείνη την έρευνα

χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες Langner και CES-D. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι γυναίκες παρουσίαζαν υψηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας από τους άνδρες (25,8% και 15,8% αντίστοιχα), ενώ οι κάτοικοι της πόλης εμφάνιζαν υψηλότερο ποσοστό ψυχοπαθολογίας σε σχέση με τους κατοίκους των κοινοτήτων (23,8% προς 21,5%). Αυξημένη ψυχοπαθολογία παρατηρήθηκε επίσης στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, στα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, σε περιπτώσεις χρείας και στους παλιννοστούντες· παράλληλα και τα ψυχοπαισιικά γεγονότα ζωής βρέθηκαν να έχουν ιδιαίτερη σημασία στην εκδήλωση ψυχοπαθολογικών προβλημάτων. Όσον αφορά την επικράτηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, οι γυναίκες παρουσίαζαν διπλάσια ποσοστά από τους άνδρες (18,4% έναντι 9,5%). Την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας βρέθηκε ότι επηρέαζαν τα ψυχοπαισιικά γεγονότα ζωής, η παλιννόστηση, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η κατάσταση της χρείας, όπως και στην περίπτωση της γενικής ψυχοπαθολογίας.

Μια έρευνα που διενεργήθηκε από ψυχίατρο, σε τυχαίο δείγμα 251 υπερηλικών ηλικίας 65 ετών και άνω, στους Δήμους Βύρωνα-Καισαριανής (Γουρνάς, Μαδιανός, & Στεφανής, 1986), αποκάλυψε ότι οι εξεταζόμενοι στην πλειονότητά τους έπασχαν από κάποια σωματική αρρώστια. Οι γυναίκες παρουσίαζαν περισσότερες ψυχικές διαταραχές (ελαφρές-σοβαρές διαταραχές) στο σύνολό τους (39,8%), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες ήταν 29,5%. Ωστόσο οι άνδρες κυριαρχούσαν στην κατηγορία των μέτριων-σοβαρών διαταραχών με ποσοστό 19% έναντι 16,7% στις γυναίκες.

Μια επιδημιολογική έρευνα σε δείγμα 126 κοριτσιών ηλικίας 14-20 ετών, που ήταν σπουδάστριες μιας μέσης επαγγελματικής σχολής και διέμεναν σε οικοτροφείο, διεξήχθη από τους Μαδιανό, Γιαννάκη, Μαδιανού και Κρα (1980). Την ομάδα ελέγχου αποτελούσαν 61 κο-

ρίτσια της ίδιας ηλικίας και του ίδιου κοινωνικοοικονομικού και μορφωτικού επιπέδου με το δείγμα, που επίσης διέμεναν σε οικοτροφείο και αποκτούσαν επαγγελματική εκπαίδευση, καθώς και 50 κορίτσια της ίδιας ηλικίας με παρόμοια κοινωνικά και εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά, τα οποία όμως έμεναν με συγγενείς ή με την οικογένειά τους. Με τη χρησιμοποίηση της κλίμακας Langner και την εμφάνιση περισσότερων από έξι παθολογικών συμπτωμάτων, διαπιστώθηκε ότι οι τρεις ομάδες εκδήλωσαν υψηλά ποσοστά ψυχοπαθολογίας (43,6%, 50,8% και 30% αντίστοιχα).

Στον τομέα των εφήβων υπάρχει άλλη μια επιδημιολογική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ημιαστική περιοχή (Κοκκέβη και συν., 1986). Το δείγμα αποτελούσαν 795 μαθητές ηλικίας 14-18 ετών, από δύο αντιπροσωπευτικά σχολεία της Αθήνας, που συγκρίθηκαν με μια ομάδα 320 ενηλίκων, υπαλλήλων τράπεζας στην Αθήνα, και 309 εφήβων, μαθητών από τη Σαλαμίνα, που παρουσίαζαν χαρακτηριστικά παρόμοια με του δείγματος. Από την εξέτασή τους με την κλίμακα MMPI, από πλευράς προσωπικότητας, προέκυψε ότι τα κορίτσια ανησυχούσαν περισσότερο και αισθάνονταν λιγότερη ασφάλεια και αυτοπεποίθηση σε σύγκριση με τα αγόρια. Επιπλέον, σχεδόν διπλάσιος αριθμός κοριτσιών εμφάνιζε ήπια ή σοβαρότερα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους. Σε σύγκριση με το δείγμα των ενηλίκων και με τους εφήβους της Σαλαμίνας, οι έφηβοι της Αθήνας φαίνονταν ότι εκδηλώνουν υψηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας.

Η μελέτη των αποτελεσμάτων των παραπάνω ερευνών αποκαλύπτει ότι οι κοινωνικές και δημογραφικές μεταβλητές επηρεάζουν την επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό (Madianos και συν., 1985). Συγκεκριμένα, η ηλικία, η κοινωνική, οικονομική και οικογενειακή κατάσταση, το φύλο, ο τόπος μόνιμης κατοικίας, η εθνική καταγωγή, τα ψυχοπαισιτικά γεγονότα ζωής και άλλες ανεξάρτητες με-

ταβλπτές φαίνεται ότι συμβάλλουν στην εκδήλωση ορισμένων ψυχικών διαταρακών.

Τα ψυχοπαθολογικά και καταθλιπτικά συμπτώματα που ανιχνεύθηκαν στις παραπάνω έρευνες δεν πρέπει να θεωρηθούν διαμορφωμένες κλινικές οντότητες, αλλά συμπτώματα αποθάρρυνσης (demoralization), τα οποία, όπως αναφέρει ο Μαδιανός (1986), «έχουν κοινωνιογενετικό χαρακτήρα και εμφανίζονται μέσα από συναισθήματα ματαίωσης (frustration) και απώλειας ανταμοιβής (reward) σε ευάλωτες (highrisk) ή περιθωριακές (αποστερημένες) κοινωνικές ομάδες (μετανάστες και άλλες μειονότητες) που διαβιούν σε ένα κοινωνικό σύστημα αποργάνωσης (disintegration)». Βέβαια, τα συμπτώματα αυτά θα πρέπει να γίνονται αντιληπτά από το άτομο ως «σήματα κινδύνου» και να το οδηγούν στην αναζήτηση βοήθειας. Σε γενικές γραμμές πάντως, τα ποσοστά της επικράτησης των ψυχικών διαταρακών που αποκαλύφθηκαν από τις έρευνες στον ελληνικό χώρο είναι αντίστοιχα με εκείνα παρόμοιων ξένων κοινοτικών ερευνών (Dohrenwend και συν., 1990).

Στον διεθνή χώρο αρκετές επιδημιολογικές έρευνες γύρω από την επικράτηση των ψυχικών διαταρακών πραγματοποιήθηκαν κυρίως πριν από τη δεκαετία του 1950, μια εποχή που, κατά τον Dohrenwend (αναφέρεται στο Μαδιανός, 1989), σημαδεύτηκε από τη διεξαγωγή κλασικών επιδημιολογικών ερευνών. Οι έρευνες αυτές, και συγκεκριμένα όσες ασχολήθηκαν με την εμφάνιση ψυχικών διαταρακών στην κοινότητα, κατέδειξαν τη σπουδαιότητα των κοινωνικών παραγόντων στην εκδήλωση αυτών των διαταρακών.

Επιχειρώντας μια ιστορική αναδρομή, σημειώνεται ότι οι πρώτες προσπάθειες για τη διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών έγιναν στις αρχές του 20ού αιώνα. Η πρώτη συστηματική έρευνα για τις ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα πραγματοποιήθηκε τη δεκαετία του 1930

(Faris & Dunham, 1939) στο Σικάγο των ΗΠΑ. Οι ερευνητές μελέτησαν τη σχέση μεταξύ ψυχικής διαταραχής και βιοτικού επιπέδου συγκρίνοντας τους τόπους κατοικίας 35.000 ατόμων, τα οποία είχαν νοσηλευτεί σε δημόσια ή ιδιωτικά ψυχιατρεία. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η κοινωνική τάξη έχει άμεση σχέση με τις σχιζοφρενικές διαταραχές.

Η δεύτερη σημαντική έρευνα, αυτή των Hollingshead και Redlich (1958), είχε καλύτερη μεθοδολογία. Σ' αυτήν μελετήθηκε ο πληθυσμός μιας αμερικανικής πόλης που είχε εκδηλώσει ψυχικές διαταραχές, ο οποίος στη συνέχεια συγκρίθηκε με τον «υγιή» πληθυσμό της ίδιας πόλης προκειμένου να καθοριστούν οι κοινωνικές μεταβλητές των προβλημάτων. Η σχέση μεταξύ κοινωνικής τάξης και ψυχικών διαταραχών διαπιστώθηκε και σ' εκείνη την έρευνα.

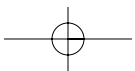
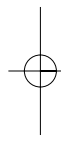
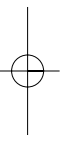
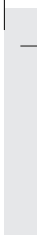
Μία από τις σημαντικότερες έρευνες στον τομέα της επιδημιολογίας ήταν εκείνη των Srole και συνεργατών (1962), που επιχείρησαν τη διερεύνηση της ψυχικής υγείας ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος του πληθυσμού από ένα τμήμα της πόλης της Νέας Υόρκης. Τα αποτελέσματα επανέλαβαν την υπόθεση για τη σχέση κοινωνικής τάξης και ψυχικής υγείας.

Σύμφωνα με πιο σύγχρονα διεθνή δεδομένα (Μαδιανός, 1989), από έρευνες αντιπροσωπευτικών δειγμάτων του γενικού πληθυσμού στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι ποσοστό 15%-25% έχει ανάγκη περίθαλψης (President's Commission on Mental Health, 1978), ενώ περίπου 7 εκατομμύρια άνθρωποι λαμβάνουν ενδονοσοκομειακή ή εξωτερική ψυχιατρική περίθαλψη κάθε χρόνο (NIMH, 1978). Γενικότερα, οι έρευνες της δεκαετίας του 1970 στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ δείχνουν ότι ποσοστό 4%-8% των ανδρών και 8%-15% γυναικών από τον γενικό πληθυσμό εμφανίζουν συμπτώματα διαταραχών στην ψυχική τους υγεία (Stationary Office, Dublin 1984).

Μία από τις σημαντικότερες προσπάθειες διερεύνησης του επιπέδου ψυχικής υγιεινής στην κοινότητα αποτελεί η έρευνα του Camperwell στην Αγγλία (Bebbington και συν., 1981), στην οποία διαπιστώθηκε ότι το 10,9% του δείγματος παρουσίαζε ψυχικές διαταραχές, με ποσοστό 6,1% για τους άνδρες και 14,9% για τις γυναίκες.

Επίσης, από την έρευνα των Shapiro και συνεργατών (1984), που εξέτασαν την ψυχική υγεία των κατοίκων τριών αμερικανικών κοινοτήτων, αναφέρεται ότι το 22% του πληθυσμού συνδέεται με κάποια από τις διαγνωστικές κατηγορίες του DSM-III (American Psychiatric Association, 1980).

Στις μέρες μας η διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών είναι όχι μόνο χρήσιμη αλλά και επιβεβλημένη, δεδομένου ότι οι κοινωνικές, οικονομικές, περιβαλλοντικές και άλλες εξελίξεις και αλλαγές στις σύγχρονες κοινωνίες έχουν πολύ συχνά επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, με αποτέλεσμα ολοένα και μεγαλύτερα τμήματα του πληθυσμού να παρουσιάζουν ψυχικά προβλήματα. Οι επιδημιολογικές μελέτες θα βοηθήσουν να καταγραφεί η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες, να ληφθεί μέριμνα και να συγκροτηθούν οι κατάλληλες υπηρεσίες και προγράμματα πρόληψης και αντιμετώπισης των διαταραχών αυτών στο πλαίσιο της κοινότητας.



Χαρακτηριστικά του φοιτητικού πληθυσμού

Οι φοιτητές σε παγκόσμια κλίμακα αποτελούν μια σχετικά ομοιογενή ομάδα. Στην πλειονότητά τους είναι νέοι ηλικίας από 18 έως 25 ετών, οι οποίοι δεν έχουν ενταχθεί ακόμα στην αγορά εργασίας, αλλά προετοιμάζονται γι' αυτήν. Το γεγονός ότι σπουδάζουν – και μάλιστα πολλοί από αυτούς ακολουθούν και μεταπτυχιακές σπουδές για να αποκτήσουν περαιτέρω εξειδίκευση– τους κατατάσσει αυτόματα σε μια ομάδα που στοχεύει να εισχωρήσει σε επαγγέλματα υψηλών προδιαγραφών, τα οποία προαπαιτούν καλή βασική εκπαίδευση και υψηλό πνευματικό δυναμικό. Συνεπώς μπορεί να υποστηριχθεί ότι οι φοιτητές αποτελούν το πνευματικό δυναμικό ενός κράτους. Και στο σημείο αυτό γίνεται φανερό ότι τόσο το κράτος και η πολιτεία όσο και το πανεπιστήμιο θα πρέπει να εγκύπτουν στα προβλήματα των φοιτητών, να μεριμνούν για την επίλυσή τους και να διασφαλίζουν την ψυχοσωματική τους υγεία (Καλαντζή-Αζίζι, 1998).

Οι νέοι 18-24 ετών, οι οποίοι σπουδάζουν, δηλαδή οι φοιτητές, έχουν κάποια ιδιαίτερα ψυχολογικά χαρακτηριστικά τα οποία τους διαφοροποιούν από τον γενικό πληθυσμό και από τους συνομηλίκους τους που δεν σπουδάζουν. Αυτές οι ιδιαιτερότητες είναι κυρίως δύο ειδών.

Κατά πρώτον, οι φοιτητές διανύουν μια μεταβατική αναπτυξιακή φάση, τη *μετεφηβεία* ή *πρώτη νεότητα*, η οποία θεωρείται ξεχωριστό αναπτυξιακό στάδιο από πολλούς αναπτυξιακούς ψυχολόγους. Σ' αυτή την περίοδο δεν έχουν ακόμα ολοκληρωθεί οι αναπτυξιακές απαιτή-

σεις της εφηβείας, κάποιες μάλιστα από αυτές βρίσκονται σε έξαρση (π.χ. η κρίση ταυτότητας).

Κατά δεύτερον, σε αυτό το μεταβατικό αναπτυξιακό στάδιο έρχεται να προστεθεί μια άλλη, ιδιαίτερα σημαντική μετάβαση –η εγγραφή και η φοίτηση στο πανεπιστήμιο– ως ένα «κρίσιμο συμβάν» στη ζωή του κάθε φοιτητή, το οποίο συνιστά μια πρόκληση για την ψυχική του ισορροπία και μια ριζική αλλαγή στον τρόπο ζωής του (Καλαντζή-Αζίζι, 1998). Με τον όρο «κρίσιμο συμβάν στη ζωή» εννοείται η αλλαγή στον τρόπο ζωής του ανθρώπου, κατά την οποία ξεκινά μια καινούργια διαδικασία «προσαρμογής», όπου: (α) η κοινωνικοποίηση του ατόμου έως εκείνη τη στιγμή, (β) οι τρόποι επίλυσης των προβλημάτων και αντιμετώπισης της ζωής (στρατηγικές coping και mastery), και (γ) η βοήθεια από το περιβάλλον οδηγούν σε θετική ή αρνητική προσαρμογή.

3.1. Αναπτυξιακά χαρακτηριστικά των φοιτητών

Οι αναπτυξιακές διαδικασίες που ολοκληρώνονται κατά τη διάρκεια των σπουδών του φοιτητή είναι: η συμπλήρωση των νοητικών, κοινωνικών, ατομικών και ψυχολογικών ικανοτήτων του· ο σωστός χειρισμός και έλεγχος των συναισθημάτων του, γεγονός το οποίο θα τον οδηγήσει σε 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, ίσως το πιο σημαντικό από όλα, η αξιοποίηση όλων των προηγούμενων εξελικτικών διαδικασιών για την ολοκλήρωση της προσωπικότητάς του και η πορεία προς την ακεραιότητα του χαρακτήρα του όταν πλέον θα έχουν ικανοποιηθεί οι εσωτερικές του ανάγκες (Anderson & Μαλικιώση-Λοΐζου, 1980. Μαλικιώση-Λοΐζου, 1989).

Παρά τις διαδικασίες αυτές όμως, οι νεαροί φοιτητές εμφανίζουν ακόμα στη συμπεριφορά τους αρκετά βασικά χαρακτηριστικά της εφηβείας. Συνεχίζουν να αγωνίζονται για την κατάκτηση της ταυτότητας τους, τους απασχολούν έντονες πνευματικές διεργασίες, αρχίζουν να απομακρύνονται από την οικογένεια και να δένονται με τον κύκλο των συνομηλίκων, έχουν πιο έντονους σεξουαλικούς προβληματισμούς, θέτουν τις βάσεις για την επαγγελματική τους πορεία και εξέλιξη κ.λπ. (Καλαντζή-Αζίζι, 1987).

Στη διάρκεια της μεταβατικής αναπτυξιακής φάσης την οποία διανύουν, δηλαδή στο μεταίχμιο της εφηβείας και της ενηλικίωσης, τα νεαρά άτομα αντιμετωπίζουν μια σειρά από προκλήσεις και θέτουν αντίστοιχους στόχους προκειμένου να τις ξεπεράσουν. Οι στόχοι αυτοί αφορούν είτε την εφηβική ηλικία είτε την ενήλικη ζωή· αλλά λόγω της ρευστότητας και της μεταβατικότητας του συγκεκριμένου σταδίου, τα μεταξύ τους όρια είναι δυσδιάκριτα (Cooper, 1997. Valerio, 1997. Μαλικιώση-Λοϊζου, 1989). Οι στόχοι αυτοί αφορούν:

- την απόκτηση ταυτότητας,
- τη σύναψη και διατήρηση ώριμων διαπροσωπικών σχέσεων,
- την κατάρτιση επαγγελματικών προσδοκιών,
- την επίτευξη της αυτονομίας.

Ο πρώτος στόχος, η *απόκτηση ταυτότητας* –ή, αντίθετα, η σύγχυση των ρόλων– συνιστά την κύρια αναπτυξιακή κρίση της εφηβείας, η οποία εμφανίζεται κατά τη διάρκεια του πέμπτου κρίσιμου σταδίου ανάπτυξης, σύμφωνα με τη θεωρία των ψυχοκοινωνικών σταδίων εξέλιξης του Erik Erikson (1968, παρατίθεται στο Παρασκευόπουλος, 1985). Σ' αυτό το στάδιο το άτομο πρέπει να αποκτήσει μια ολοκληρωμένη και σωστή αντίληψη για τον εαυτό του και την εικόνα του, που να έχει ενότητα και σταθερότητα. Το χτίσιμο της σωστής εικόνας θα βοηθήσει το άτομο να εξελιχθεί και προσωπικά στον κοινωνικό του

ρόλο και στις διαπροσωπικές του αλληλεπιδράσεις. Η περίοδος φοίτησης στο πανεπιστήμιο –η παράταση των «μαθητικών χρόνων»– δίνει στους φοιτητές την ανάπαυλα και την ευκαιρία να επεξεργαστούν με ηρεμία τις δυσκολίες που αφορούν τα θέματα της ταυτότητας.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό της πλειονότητας του φοιτητικού πληθυσμού είναι η τάση για ριζοσπαστικές και ουτοπιστικές αντιπαραθέσεις με το κοινωνικό κατεστημένο. Σύμφωνα με τον Mendel (παρατίθεται στο Καλαντζή-Αζίζι, 1992), το γεγονός αυτό πηγάζει από, και ταυτόχρονα βρίσκει την εξήγησή του στην κρίση ταυτότητας που βιώνουν κατά τη μετεφηβεία οι νεαροί φοιτητές και η οποία οδηγεί σε «κρίση των γενεών».

Έχοντας κατακτήσει και σταθεροποιήσει την έννοια της ταυτότητας και της εικόνας του εαυτού του, το άτομο είναι έτοιμο να περάσει στην πραγματοποίηση του δεύτερου στόχου του, που είναι η *σύναψη* και κυρίως η *διατήρηση ώριμων διαπροσωπικών σχέσεων* σε φιλικό και ερωτικό επίπεδο. Σύμφωνα με τον Erikson (παρατίθεται στο Hayes, 1998), ο στόχος αυτός αντιστοιχεί στην αναπτυξιακή κρίση της νεανικής ηλικίας. Στη φάση αυτή το άτομο είναι έτοιμο να κινηθεί προς τη δημιουργία στενών σχέσεων που χαρακτηρίζονται από εμπιστοσύνη, αγάπη, σταθερότητα και σεβασμό. Μέσω διάφορων τέτοιων σχέσεων θα αναπτυχθεί μέσα του το αίσθημα της οικειότητας και θα επιτευχθεί η ομαλή μετάβασή του από τις σχέσεις του με την οικογένεια στις διαπροσωπικές και ερωτικές σχέσεις.

Η απόκτηση ταυτότητας συμβάλλει στη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων και οι διαπροσωπικές σχέσεις βοηθούν στη διαμόρφωση της ταυτότητας, αφού λειτουργούν ως πηγή αποδοχής του ατόμου από τον περίγυρό του. Όπως γίνεται επομένως κατανοητό, η σχέση των δύο αυτών στόχων είναι αμφίδρομη (Aherne, 1997).

Σχετική με τον τρίτο στόχο είναι η θεωρία των οκτώ περιόδων της

ώριμης ηλικίας του Levinson (1978, παρατίθεται στο Hayes, 1998), η οποία αναφέρεται τόσο στις διαπροσωπικές σχέσεις όσο και στην *κατάρτιση επαγγελματικών στόχων*. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, από το 17ο έως το 22ο έτος της ζωής συντελείται η πρώτη μετάβαση στην ώριμη ηλικία. Από το 22ο έως το 28ο έτος είναι η περίοδος εισόδου στον κόσμο των ενηλίκων, κατά την οποία το άτομο αρχίζει να κάνει τις πρώτες του επιλογές στις διαπροσωπικές σχέσεις, στους επαγγελματικούς στόχους και στο σύστημα ιδεών και αξιών του.

Αλληλένδετοι είναι και οι δύο τελευταίοι στόχοι, αφού η κατάρτιση επαγγελματικών στόχων και η εξεύρεση εργασίας θα οδηγήσουν στην *απόκτηση οικονομικής ανεξαρτησίας* και κατ' επέκταση στην *κατάκτηση της αυτονομίας* (Clara, 1998). Ο τέταρτος στόχος – η επίτευξη της αυτονομίας και της ανεξαρτησίας τους από το οικογενειακό περιβάλλον – είναι μια διαδικασία η οποία απασχολεί έντονα τους νεαρούς φοιτητές. Αυτή η διαδικασία, σύμφωνα με τον Erikson, είναι ένας αρκετά πρώιμος εξελικτικός στόχος στην ανθρώπινη ανάπτυξη. Αρχίζει από τη νηπιακή ηλικία και η διάρκειά της εκτείνεται και πέρα από την εφηβεία, φθάνοντας μέχρι τη στιγμή που ο νέος θα κατορθώσει να διαμορφώσει έναν σταθερό τρόπο και ένα δικό του στυλ ζωής.

Η προσπάθεια για την κατάκτηση αυτονομίας και ανεξαρτησίας αποτελεί άλλο ένα χαρακτηριστικό το οποίο διαφοροποιεί τους φοιτητές από τους συνομηλίκους τους που δεν σπουδάζουν. Οι φοιτητές, ενώ θέλουν να ανεξαρτητοποιηθούν και εκ των πραγμάτων κάνουν κάποια βήματα προς αυτή την κατεύθυνση, δεν μπορούν να το επιτύχουν, αφού συνήθως εξαρτώνται οικονομικά – πλήρως ή εν μέρει – από την οικογένειά τους. Οι συνομηλικοί των φοιτητών οι οποίοι εργάζονται έχουν επιτύχει την οικονομική τους ανεξαρτησία και έχουν καταφέρει να ενταχθούν πλήρως στον κόσμο των ενηλίκων. Αυτή η στιγμή όμως δεν έχει έρθει για τους φοιτητές, οι οποίοι

δεν καλούνται να αναλάβουν κοινωνικές υποχρεώσεις ή δεσμευτικές αποφάσεις για διάφορους τομείς της ζωής τους (Καλαντζή-Αζίζι, 1987. Clara, 1998).

Το μοντέλο της μεταβαλλόμενης συνείδησης του Gould (1978, παρατίθεται στο Hayes, 1998) διακρίνει δύο στάδια στην πορεία του ατόμου από την εξάρτησή του από την οικογένειά του προς την αυτονομία του στην κοινωνία. Στο πρώτο στάδιο (16-22 ετών) το άτομο αποσπάται από τους κόλπους της οικογένειας και αρχίζει να αναλαμβάνει ευθύνες και να οριοθετεί το ίδιο τη ζωή του. Στο δεύτερο στάδιο (22-28 ετών) κατακτά την αυτονομία του και ενηλικιώνεται.

Όπως αναφέρει ο Janig (παρατίθεται στο Καλαντζή-Αζίζι, 1987), με την είσοδό του στο πανεπιστήμιο ο νεαρός φοιτητής γίνεται κοινωνός μιας πληθώρας νέων γνώσεων, ιδεολογιών και ιδεών. Εκεί αναπτύσσεται το κατάλληλο έδαφος για κάθε είδους πνευματικές αναζητήσεις, ελεύθερη σκέψη, σύγκριση απόψεων, άνοιγμα οριζώντων και αμφισβήτηση. Αυτός ο πλουραλισμός επιλογών και ιδεών με τον οποίο έρχεται αντιμέτωπος ο φοιτητής τον αποδιοργανώνει –ιδιαίτερα αν επιχειρηθεί μια σύγκριση 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 διάφορες εναλλακτικές λύσεις και επιλογές, χωρίς να είναι υποχρεωμένο να προχωρήσει σε αμετάκλητες δεσμεύσεις (Cooper, 1997. Rott, 1996). Αυτό εξηγείται και από το γεγονός ότι στη σύγχρονη δυτική κοινωνία η εφηβεία επιμηκύνεται και από τις δύο πλευρές: ξεκινά νωρίτερα και τελειώνει αργότερα. Ιστορικά, υπάρχει μια τάση οι φυσικές αλλαγές που σχετίζονται με την εφηβεία να ξεκινούν από πιο μικρή ηλικία, ώστε τόσο η σωματική όσο και η σεξουαλική ωριμότητα να επιτυγχάνονται νωρίτερα. Από κοινωνική σκοπιά όμως, το άτομο κατακτά μια ανεξάρτητη και αυτόνομη θέση

πολύ αργότερα, λόγω της υποχρεωτικής σχολικής φοίτησης και άλλων γεγονότων (Clara, 1998).

Ο χρόνος που μεσολαβεί από τη σωματική ωρίμαση του ατόμου έως τη στιγμή της αυτονόμησής του ποικίλλει. Και επειδή υπόκειται στις επιδράσεις διαπολιτισμικών παραγόντων (Clara, 1999), το χρονικό αυτό διάστημα διαφέρει από τη μια χώρα στην άλλη. Μεγαλύτερη είναι η χρονική του διάρκεια στις χώρες της Νότιας Ευρώπης. Για παράδειγμα, στην Ιταλία, 47% των νέων ηλικίας 20-34 ετών δεν σκοπεύουν να εγκαταλείψουν το πατρικό τους σπίτι και την οικογένειά τους, και επιπλέον 40% από αυτούς δεν συνεισφέρουν κατά κανένα τρόπο στα έξοδα της οικογένειας, παρόλο που έχουν κανονικό μισθό, ενώ ούτε οι οικιακές εργασίες αποτελούν μέρος των υποχρεώσεών τους, ειδικά αν με αυτές ασχολείται η μητέρα τους (Maione & Francescini, 1999). Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τα αντίστοιχα των Καλαντζή-Αζίζι, Μπεζεβέγκη και Γιαννίτσα (1989), οι οποίοι αναφέρουν ότι στην Ελλάδα το 76% των φοιτητών και το 82% των εργαζόμενων νέων ηλικίας 19-23 ετών μένουν με τη γονεϊκή τους οικογένεια. Αντίθετα, στη Βρετανία παρατηρείται μια διαφορετική τάση: οι φοιτητές επιλέγουν το πανεπιστήμιο στο οποίο θα φοιτήσουν να είναι πολύ μακριά από την κατοικία των γονέων τους, για να μην επιστρέφουν εκεί κάθε σαββατοκύριακο.

Σε έρευνα της Καλαντζή-Αζίζι (1987) σχετικά με την τάση ανεξαρτητοποίησης των φοιτητών στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, βρέθηκε ότι οι πρωτοετείς εμφανίζονται συναισθηματικά πιο εξαρτημένοι από την οικογένειά τους συγκριτικά με τους φοιτητές μεγαλύτερων ετών. Αυτό ισχύει τόσο για τα κορίτσια όσο και για τα αγόρια. Οι φοιτητές που προέρχονται από την επαρχία δείχνουν πιο ανεξάρτητοι συναισθηματικά και οικονομικά. Αυτή η οικονομική και συναισθηματική εξάρτηση έχει επιπτώσεις στην ψυχολογική και σεξουαλική εξέλιξη

των φοιτητών και τους κάνει να παραμένουν έως ένα βαθμό έφηβοι, επιμηκύνοντας την πορεία προς την ενηλικίωσή τους. Με τα δεδομένα αυτά συμφωνεί και η Μαλικιώση-Λοϊζου (1989).

Σύμφωνα με τη θεωρία του Bowlby για τον αποχωρισμό και την προσκόλληση, οι σχέσεις που θα κάνει ένα παιδί σε μικρή ηλικία και το πόσο «υγιής» θα είναι η προσκόλληση που θα αναπτύξει με το πρόσωπο που το φροντίζει έχουν αντίκτυπο και στην ενήλικη ζωή του. Όταν λοιπόν οι φοιτητές καλούνται να φύγουν από την οικογένεια, να προχωρήσουν στη ζωή και να ανεξαρτητοποιηθούν, εάν ως παιδιά είχαν δημιουργήσει σχέσεις «ασφαλούς» προσκόλλησης, θεωρείται επόμενο ότι θα έχουν οικοδομήσει ισχυρούς μηχανισμούς και στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων, οπότε η προσαρμογή τους θα είναι ευκολότερη (Crittenden, 1994). Στην αντίθετη περίπτωση θα είναι πιο επιρρεπείς στην εκδήλωση ψυχοπαθολογίας.

Υπάρχουν ειδικότερα κάποιες υποομάδες φοιτητών που είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στο άγχος, το οποίο συνδέεται με θέματα αποχωρισμού και προσκόλλησης, καθώς και με προβλήματα σχετικά με τη συγκεκριμένη κοινωνική τους θέση και την αργοπορημένη μετάβαση από την εφηβεία στην ενήλικη ζωή (Clara, 1999). Οι υποομάδες αυτές είναι οι πρωτοετείς, οι τελειόφοιτοι, οι μεταπτυχιακοί και οι αλλοδαποί φοιτητές.

Η σωματική ή ψυχική κατάρρευση των φοιτητών σχετίζεται συχνά με την αποτυχία τους να αποχωριστούν τους γονείς τους ή να βγουν από τη μοναξιά και να δημιουργήσουν νέες στενές σχέσεις. Και στις δύο περιπτώσεις μοιάζουν να είναι ανίκανοι να μείνουν μόνοι. Η ικανότητα του να είναι κανείς μόνος και να μπορεί να ανέχεται τη μοναξιά του δεν αποτελεί μόνο σημαντική ένδειξη συναισθηματικής ωριμότητας. Θεωρείται επίσης θεμελιώδης για τους φοιτητές, προκειμένου να λειτουργήσουν αυτόνομα σε σχέση με τις σπουδές τους,

να δημιουργήσουν στενές σχέσεις από τη μια πλευρά και να βιώσουν και να χρησιμοποιήσουν τη μοναξιά από την άλλη (Clara, 1999).

Συνοψίζοντας, τα κυριότερα ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές είναι: ο αγώνας για την απόκτηση ταυτότητας και τον σχηματισμό ενιαίας και ανεξάρτητης προσωπικότητας μετά από τις αλλαγές στον βιολογικό, τον ψυχολογικό και τον κοινωνικό τομέα· η αναζήτηση προτύπων για ταύτιση· το γεγονός ότι βιολογικά η εφηβική ηλικία έχει τελειώσει και το άτομο έχει τυπικά ενηλικιωθεί, αλλά από κοινωνική άποψη δεν θεωρείται ακόμα ενήλικο και αισθάνεται μετέωρο, γιατί δεν ξέρει πού ανήκει και άρα πρέπει να προχωρήσει σε μια διαδικασία ενδοσκοπήσης και αυτοεξερεύνησης· η διαδικασία ανεξαρτητοποίησης και αυτονομίας· η αμφισβήτηση ιδεών και αξιών πολιτικού, θρησκευτικού και κοινωνικού περιεχομένου –μέχρι το άτομο να υιοθετήσει τις δικές του και να καταλήξει στα πιστεύω του· η σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων, ιδίως με το αντίθετο φύλο· και οι συναισθηματικές κρίσεις εξάρτησης από την οικογένεια στον συναισθηματικό και τον οικονομικό τομέα (Μαλικιώση-Λοΐζου, 1989).

3.2. Επίδραση της φοιτητικής ιδιότητας

Για τη μελέτη και την κατανόηση του σημαντικού ρόλου που διαδραματίζει στη ζωή και στη διατήρηση της ψυχικής υγείας του νεαρού φοιτητή η φοίτηση στο πανεπιστήμιο, ίσως θα ήταν φρόνιμο να διαχωρίσουμε τους Έλληνες φοιτητές (ως μια διακεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα) τόσο από τον γενικό ελληνικό πληθυσμό όσο και από τον υπόλοιπο παγκόσμιο φοιτητικό πληθυσμό (Christopoulos και συν., 1997), παρόλο που, σε γενικές γραμμές, οι προβληματισμοί των νέων στη χώρα μας είναι παρόμοιοι με αυτούς των νέων άλλων

χωρών (Anderson & Μαλικιώση-Λοϊζου, 1980. Μαλικιώση-Λοϊζου, 1989).

Το γεγονός που διακρίνει τους φοιτητές από τις άλλες πληθυσμιακές ομάδες είναι οι ιδιαίτερες συνθήκες της ζωής τους, δηλαδή η αποκαλούμενη «φοιτητική ζωή», η οποία ποικίλλει σε χρονική διάρκεια. Όλα αυτά που συνεπάγεται η φοιτητική ζωή είναι πιθανό να δημιουργούν μια παθογόνο κατάσταση, της οποίας όμως οι παράμετροι, αν εξεταστούν χωριστά, εντοπίζονται και σε άλλες κοινωνικές ομάδες. Αυτό που διαφοροποιεί τη φοιτητική ζωή είναι ότι συνδυάζει όλες αυτές τις παραμέτρους ταυτόχρονα, οι οποίες μαζί με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του αναπτυξιακού σταδίου της μετεφηβείας και τις αυξημένες πνευματικές απαιτήσεις των φοιτητικών ενασχολήσεων δημιουργούν το κατάλληλο υπόβαθρο για την εκδήλωση ποικίλων ψυχικών διαταραχών (Ναυρίδης και συν., 1990).

Σύμφωνα με τον Mendel (παρατίθεται στο Καλαντζή-Αζίζι, 1992), οι φοιτητές έχουν τρεις ιδιαιτερότητες οι οποίες τους κάνουν να διαφέρουν από τους συνομηλίκους τους που δεν σπουδάζουν.

Πρώτον, οι φοιτητές είναι αποκομμένοι από την πραγματική ζωή. Αυτό συμβαίνει επειδή αναλώνονται κυρίως σε πνευματικές και αφηρημένες ενασχολήσεις, που τους αποξενώνουν από την καθημερινότητα. Η πραγματικότητα όμως είναι αμείλικτη και όταν ο μετέφηβος αναγκάζεται να την αντιμετωπίσει, η σύγκρουση είναι βίαιη.

Δεύτερον, 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.

Τρίτον, οι φοιτητές είναι αποκομμένοι από το παρελθόν τους. Αλλάζοντας τον τρόπο με τον οποίο ζουν, αποκόπτονται εντελώς από τις παλιές τους συνήθειες και τον οικείο τρόπο ζωής.

Ένα θέμα που απασχόλησε πολλές ερευνητικές προσπάθειες είναι

η διερεύνηση του κατά πόσον οι φοιτητές μπορεί να θεωρηθούν ομάδα «υψηλού κινδύνου» για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών σε σχέση με άλλες πληθυσμιακές ομάδες. Οι απόψεις κινούνται σε δύο άξονες. Υπάρχουν οι ερευνητές που υποστηρίζουν ότι πραγματικά οι φοιτητές είναι πιο «ευάλωτοι» στην εκδήλωση ψυχολογικών προβλημάτων (Rubio & Lubin, 1986. Ναυρίδης και συν., 1990. Lindsay, 1997), όπως υπάρχουν και άλλοι που υποστηρίζουν ότι οι ψυχικές διαταραχές παρουσιάζουν την ίδια συχνότητα τόσο στους φοιτητές όσο και στον γενικό πληθυσμό της ίδιας ηλικίας (Clara, 1999).

Σύμφωνα με τους ερευνητές που υποστηρίζουν την υπόθεση της αυξημένης ψυχοπαθολογίας στον φοιτητικό πληθυσμό, υπάρχει μια σειρά πόλων γύρω από τους οποίους στρέφονται οι συγκρούσεις της φοιτητικής ζωής (Aherne, 1997. Bauer, 1997):

- **Παιδί – Ενήλικος.** Σύμφωνα με την Clara (1999), στις προσδοκίες του φοιτητικού ρόλου περιλαμβάνονται και οι απόψεις ότι ο φοιτητής πρέπει να λειτουργεί αυτόνομα σε σχέση με την οργάνωση της καθημερινής του ζωής και των σπουδών του, να διατηρεί ικανοποιητικές φιλίες και σεξουαλικές σχέσεις, και να παίρνει κοινωνικές και πολιτικές θέσεις· αυτό όμως το οποίο δεν αναμένεται είναι το να έχει πλήρη οικονομική ανεξαρτησία. Ζώντας σε μια παρατεταμένη εφηβεία, μη έχοντας προσωπικούς οικονομικούς πόρους και όντας κοινωνικά απομονωμένος, ο φοιτητής βιώνει μια μεγάλη αντίφαση: από τη μια είναι ιδιαίτερα ώριμος πνευματικά, ενώ από την άλλη τον χαρακτηρίζει μια συναισθηματική ανωριμότητα. Αυτή ακριβώς η αντίφαση όμως του επιτρέπει να είναι «εύπλαστος», να μπορεί να ελιχθεί και έτσι να αναπτυχθεί και να ολοκληρωθεί ως ενήλικας (Ναυρίδης και συν., 1990).
- **Χαμηλή θέση στην ακαδημαϊκή ιεραρχία – Υψηλή κοινωνική θέση.** Ο φοιτητής ασκεί πολύ μικρή επιρροή στην οργάνωση

και τον σχεδιασμό των μαθημάτων, θεωρεί τον εαυτό του ασήμαντο και χωρίς καθόλου κύρος – ειδικά στη σχέση του με τους καθηγητές– και το μόνο που του δίνει αξία είναι ο βαθμός του στις εξετάσεις. Την ίδια στιγμή απολαμβάνει κοινωνική αναγνώριση και κύρος –λόγω της φοιτητικής του ιδιότητας– μέσα στην κοινωνία. Αυτή η κατάσταση του δημιουργεί ανάμεικτα συναισθήματα υπεροχής και κατωτερότητας, τα οποία μπορεί να βιώνει με αμφίθυμο τρόπο (Aherne, 1997).

- **Ζώντας για ένα μελλοντικό στόχο – Ζώντας το «εδώ και τώρα».** Ο φοιτητής πρέπει να δείχνει αυτοσυγκράτηση και να αναστέλλει την ικανοποίηση των άμεσων επιθυμιών του, προκειμένου να επιτύχει τους ακαδημαϊκούς του στόχους, οι οποίοι στη συνέχεια θα του επιτρέψουν να κάνει πράξη και τους προσωπικούς του στόχους. Επειδή ο φοιτητής αφιερώνει χρόνο στη μελέτη, νιώθει συχνά ότι δεν ζει το «εδώ και τώρα» και προσπαθεί να αναπληρώσει αυτό τον «χαμένο» χρόνο όταν δεν μελετά. Αυτό δεν ισχύει για τους εργαζόμενους συνομηθικούς του, των οποίων το μέλλον είναι πιο σταθερό, οπότε μπορούν να ζουν το «εδώ και τώρα» (Aherne, 1997).
- **Επιτυχία – αποτυχία.** Η ανάγκη για επιτυχία είναι από τις ισχυρότερες, γιατί χωρίς αυτήν ο φοιτητής αισθάνεται ότι δεν έχει προσωπική αξία. Έχοντας ενταχθεί στο πανεπιστημιακό σύστημα, ο φοιτητής είναι προσανατολισμένος στις εξετάσεις, οι οποίες σηματοδοτούν τις εκπαιδευτικές βαθμίδες, που με τη σειρά τους ορίζουν την αναπτυξιακή του πορεία. Άρα είναι λογικό, προκειμένου να ανελιχθεί στην κοινωνία και να επιτύχει την ανάπτυξη και την ομαλή ενηλικίωσή του, να προσπαθεί να περνά με επιτυχία το κάθε στάδιο στο οποίο βρίσκεται.

Το να ζει λοιπόν κανείς μια ζωή με αντιθέσεις και ανταγωνισμούς δεν είναι ποτέ μόνο καλό ή μόνο κακό. Μπορεί να αποτελεί μια βάση

για πρόκληση και για ανάπτυξη ή, αντίθετα, να δημιουργήσει ανασφάλεια και άγχος όχι μόνο στους «ευάλωτους» αλλά ακόμα και στους λεγόμενους «υγείς» φοιτητές (Bauer, 1997).

Τα πρόσθετα προβλήματα που μπορεί να δημιουργήσει στο άτομο η φοιτητική του ιδιότητα έχουν κυρίως να κάνουν με την εκπαίδευση. Οι φοιτητές αδημονούν να πάρουν τις γνώσεις που τους είναι χρήσιμες για την εξέλιξή τους, αλλά δεν ξέρουν αν το πανεπιστήμιο μπορεί να τους τις προσφέρει (Weissberg και συν., 1982). Αναρωτιούνται αν τα πανεπιστήμια μπορούν να τους προετοιμάσουν για τη μελλοντική επαγγελματική σταδιοδρομία και ζωή τους. Είναι επίσης υποχρεωμένοι να προσαρμοστούν στην αλλαγή του όγκου και της ποιότητας της ύλης αλλά και του τρόπου μελέτης (Weissberg και συν., 1982), καθώς και στο ακανόνιστο ωράριο και τον τρόπο παρακολούθησης των μαθημάτων. Ένα θέμα που τους απασχολεί ιδιαίτερα είναι η επιλογή των μεταπτυχιακών σπουδών τους και του τόπου όπου θα τις πραγματοποιήσουν.

Σε γενικές γραμμές, τα προβλήματα των φοιτητών αποτελούν μια αντανάκλαση των προβλημάτων και των συνθηκών της ευρύτερης κοινωνίας και του κόσμου των «ενηλίκων» που τους περιβάλλει. Η σημερινή μορφή των ΑΕΙ αντικατοπτρίζει τη δομή της ευρύτερης κοινωνίας. Μέσα στο πανεπιστημιακό σύστημα προωθούνται ο ανταγωνισμός, η βαθμοθηρία και η πίεση, η οποία συνεχίζει την πάγια τακτική των προηγούμενων δώδεκα χρόνων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Βέβαια, το σύστημα των ελληνικών πανεπιστημίων έχει περισσότερο χαλαρή δομή, η οποία επιτρέπει στους φοιτητές να κινούνται πιο ελεύθερα, να μην υφίστανται ιδιαίτερη πίεση και να ακολουθούν τους ρυθμούς που οι ίδιοι επιλέγουν. Παρ' όλα αυτά, οι ομοιότητες που συναντούν οι φοιτητές στο πανεπιστήμιο με την προηγούμενη εκπαιδευτική τους εμπειρία τους κάνει να απογοη-

τεύονται, να γίνονται όλο και πιο ανταγωνιστικοί, να προσπαθούν να προσαρμοστούν, να βρίσκουν λύσεις που δεν τους ικανοποιούν και να απορρίπτουν τα όνειρα με τα οποία είχαν περάσει το κατώφλι του πανεπιστημίου (Καλαντζή-Αζίζι, 1987).

Από την επισήμανση των ιδιαιτεροτήτων που παρουσιάζουν οι φοιτητές σε σχέση με άλλες πληθυσμιακές ομάδες, καθώς και του γεγονότος ότι η φοίτηση και η εγγραφή στο πανεπιστήμιο αποτελούν ένα κρίσιμο γεγονός στη ζωή τους, γίνεται κατανοητό ότι το χρονικό διάστημα της φοίτησης στο πανεπιστήμιο είναι καθοριστικό για την εξέλιξη της προσωπικότητας ενός φοιτητή. Διανύοντας μια πορεία τεσσάρων, πέντε ή και περισσότερων πολλές φορές χρόνων, ο έφηβος ενηλικιώνεται, ωριμάζει πνευματικά και συναισθηματικά, θέτει τις βάσεις για την επαγγελματική του σταδιοδρομία, ανεξαρτητοποιείται από τη γονεϊκή οικογένεια, συνάπτει ώριμες διαπροσωπικές σχέσεις και κινείται προς την κατεύθυνση της εξεύρεσης συντρόφου (Μαλικιώση-Λοΐζου, 1989).

Συνοψίζοντας, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους οι προβληματισμοί που αντιμετωπίζουν οι μετέφηβοι κινούνται στο πλαίσιο των διαδικασιών της αναπτυξιακής φάσης την οποία διανύουν (Μαλικιώση-Λοΐζου, 1989). Οι κυριότεροι προβληματισμοί τους είναι ψυχολογικοί, εκπαιδευτικοί και κοινωνικοί. Αυτό σημαίνει ότι τα βασικά ζητήματα που απασχολούν και δυσχεραίνουν τη ζωή και την ψυχική υγεία των φοιτητών (Μαλικιώση-Λοΐζου, 1989) είναι: η μετάβαση από μια άρτια οργανωμένη και δομημένη ζωή σε έναν διαφορετικό τρόπο ζωής, χαλαρό και ακανόνιστο· η έλλειψη ασφάλειας και προστασίας έξω από τους κύκλους της οικογένειας και, αντίστροφα, η ευκαιρία να ελέγξουν τη ζωή τους και να πάρουν στα χέρια τους την ευθύνη των πράξεών τους· η εξεύρεση νέων στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων και τρόπων προσαρμογής· οι δυσμενείς στεγαστικές συνθήκες που αν-

τιμεωπίζον όταν αναγκάζονται να μετακινηθούν σε μια άλλη πόλη ή χώρα και να εγκαταλείψουν την πατρική τους εστία, έχοντας την πρόσθετη ευθύνη της φροντίδας ενός δικού τους σπιτιού ή τα νέα δεδομένα μιας συγκατοίκησης· οι οικονομικές δυσκολίες και το θέμα της ανεργίας· οι δυσκολίες που αφορούν τις σπουδές τους και τις συνεχείς εξετάσεις· προβλήματα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής· προβλήματα κοινωνικής απομόνωσης· σεξουαλικά και συναισθηματικά προβλήματα· προβλήματα στην επιλογή συντρόφου και επαγγέλματος κ.ά. Πολλές έρευνες πάντως καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι προσωπικοί και οι κοινωνικοί προβληματισμοί έρχονται δεύτεροι σε σπουδαιότητα για τους φοιτητές μετά τους ακαδημαϊκούς, εκπαιδευτικούς και επαγγελματικούς προβληματισμούς (Fullerton & Potkay, 1973. Weissberg και συν., 1982).

3.3. Ανασκόπηση ερευνών σχετικά με την επιδημιολογία της ψυχικής υγείας και τους φοιτητές

Στην επιδημιολογική έρευνα των Ναυρίδη, Δραγώνα, Μιλιαρίνη και Δαμίγου (1990) και σε δείγμα 243 φοιτητών σε σχολές του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων –σχετικά με το συμβουλευτικό κέντρο για τους φοιτητές του πανεπιστημίου αυτού– τα ευρήματα έδειξαν ότι το συνολικό ποσοστό των φοιτητών με συμπτώματα αποθάρρυνσης, όπως αυτή ανιχνεύεται από την κλίμακα CES-D με διαχωριστικό σημείο το 16, είναι 29% για τα αγόρια και 49% για τα κορίτσια. Συγκρίνοντας τις κατανομές αυτές με ένα πανελλήνιο δείγμα νέων ηλικίας 20-29 ετών (Μαδιανός & Ζάρναρη, 1988), υπολογίζεται ότι το ποσοστό των φοιτητών με καταθλιπτική συμπτωματολογία στην κλίμακα CES-D είναι 39,2%, δηλαδή τριπλάσιο από εκείνο του γενικού πληθυσμού (12,2%).

Σύμφωνα με τη βαθμολογία στην κλίμακα Langner, 14% των φοιτητριών και 7% των φοιτητών εμφάνιζαν σοβαρή διαταραχή (οκτώ με εννέα παθολογικά-ψυχοφυσιολογικά συμπτώματα), ενώ 13% των φοιτητριών και 4% των φοιτητών εμφάνιζαν βαριά διαταραχή (δέκα και πλέον συμπτώματα). Το ποσοστό των φοιτητών που παρουσίαζαν σοβαρή ή βαριά διαταραχή ήταν τετραπλάσιο του γενικού πληθυσμού στην ίδια ηλικιακή ομάδα (19,2% έναντι 4,9%). Τα συμπτώματα αυτά ήταν περιστασιακά (δηλαδή ήταν πιθανό να μην εμφανιστούν αν οι φοιτητές επανεξετάζονταν μετά από μία εβδομάδα) και δεν αποτελούσαν διαμορφωμένες κλινικές οντότητες, διότι συνδέονταν –σύμφωνα και με αυτά που υποστήριξε ο Μαδιανός (1989)– με συναισθήματα απώλειας ελπίδας, απόγνωσης, εγκατάλειψης και άγχους, τα οποία οδηγούν σε πτώση του ηθικού, ηπιοπάθεια και αποθάρρυνση, παρουσιάζονται σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως είναι οι φοιτητές, και έχουν κοινωνιογενετικό χαρακτήρα. Συνεπώς τα αναφερόμενα ποσοστά δεν μπορούσαν να οριστούν ως ένδειξη ψυχοπαθολογίας, αλλά μάλλον ως μια διαταραχή της «φυσιολογικότητας».

Η σύγκριση των μέσων όρων βαθμολογίας στις δύο κλίμακες για τα δύο φύλα αποκάλυψε ότι τα κορίτσια εμφάνιζαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες μέσες τιμές ψυχοπαθολογικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων από ό,τι τα αγόρια. Ανάλογες διαφορές μεταξύ φύλων έδειξε και η πανελλήνια έρευνα των Μαδιανού και Ζάρναρη (1988).

Επιπλέον, η σύγκριση των μέσων τιμών των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων αυτής της έρευνας με τις αντίστοιχες τιμές άγαμων ανδρών και γυναικών ηλικίας 20-34 ετών της πανελλήνιας έρευνας έδειξε ότι οι φοιτητές εμφάνιζαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες τιμές. Οι δημογραφικές μεταβλητές *επάγγελμα και μορφωτικό επίπεδο πατέρα, ασικότητα και είδος διαμονής στα Γιάννενα* δεν φαίνονταν να σχετίζονται με την ψυχική κατάσταση των φοιτητών.

Αναφορικά με την εκτίμηση των αναγκών των ίδιων φοιτητών, έτσι όπως προέκυψαν από τις απαντήσεις τους στο ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε για τη συγκεκριμένη έρευνα (Ναυρίδης και συν., 1990), διαπιστώθηκε ότι οι παράγοντες *οικογένεια, κοινωνικές σχέσεις, σχέσεις με το άλλο φύλο, συνθήκες της φοιτητικής ζωής και σχέσεις με το πανεπιστήμιο* εμφάνιζαν υψηλούς δείκτες συσχέτισης τόσο με την κλίμακα Langner όσο και με την κλίμακα CES-D, και συνδέονταν με τα ψυχοπαθολογικά και τα συμπτώματα αποθάρρυνσης. Εξάιρεση αποτέλεσε ο παράγοντας *προβληματική των φοιτητών σε σχέση με τις σπουδές τους*, που δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με καμία από τις δύο κλίμακες. Ο παράγοντας *σχέσεις με το άλλο φύλο* φάνηκε να είναι η ισχυρότερη ερμηνευτική μεταβλητή των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων που εκφράστηκαν μέσω της κλίμακας Langner, ενώ οι παράγοντες *κοινωνικές σχέσεις* και *σχέσεις με το άλλο φύλο* υπήρξαν οι ισχυρότερες ερμηνευτικές μεταβλητές των συμπτωμάτων αποθάρρυνσης, όπως αυτά ανιχνεύονταν από την κλίμακα CES-D.

Σε εκτεταμένη επιτόπια διατηρηματική έρευνα του ΕΚΚΕ (Μαδιανός & Ζάρναρη, 1983) και σε ένα τυχαίο δείγμα 4.083 ενηλίκων ηλικίας 20-64 ετών, σύμφωνα με τη βαθμολόγηση στην κλίμακα Langner, στην ηλικιακή ομάδα των 20-25 ετών οι άνδρες παρουσίαζαν καλή ψυχική και σωματική υγεία σε ποσοστό 49,4%, ελαφριά και μέτρια διαταραχή σε ποσοστό 31,7% και 15,2% αντίστοιχα, και σοβαρή ή βαριά διαταραχή σε ποσοστό 1,2% και 0,6%. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες ήταν 41,4%, 14%, 16,3%, 4,6%, 2,3% και 5,7%. Οι γυναίκες ακολουθούσαν αντίστροφη πορεία από εκείνη των ανδρών, παρουσιάζοντας χαμηλότερα ποσοστά στις πιο ήπιες διαταραχές, τα οποία αυξάνονταν όσο πλησίαζαν προς τη βαριά διαταραχή. Επιπλέον υπήρχε μια προοδευτική αύξηση ανά ηλικιακή ομάδα των ποσοστών των ανδρών που ανέφεραν έξι και πλέον παθολογμονικά

συμπτώματα στην κλίμακα Langner, ενώ στις γυναίκες η προοδευτική αύξηση ανά ηλικιακή ομάδα αφορούσε τα ποσοστά των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, με κορύφωση τις ηλικίες 56-60 ετών.

Σύμφωνα με τη βαθμολόγηση στην κλίμακα CES-D με διαχωριστικό σημείο το 16, ποσοστό 92,6% των ανδρών στην ηλικιακή ομάδα των 20-30 ετών δεν εμφάνισε συμπτώματα αποθάρρυνσης, ενώ 7,4% παρουσίασε αποθάρρυνση. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες της ίδιας ηλικιακής ομάδας ήταν 83,1% και 16,9%. Και πάλι οι γυναίκες σημείωναν υψηλότερο ποσοστό στην αποθάρρυνση συγκριτικά με τους άνδρες. Στους άνδρες επίσης παρατηρήθηκε μια προοδευτική αύξηση όσων βαθμολογήθηκαν με 16 και πλέον κατά ηλικιακές ομάδες, με τον μεγαλύτερο αριθμό τους μεταξύ 61 και 65 ετών. Αντίθετα, τα ποσοστά των γυναικών έμεναν σταθερά μέχρι την ηλικία των 40 ετών, αλλά πάνω από αυτήν διπλασιάζονταν.

Στην επιδημιολογική έρευνα που διενεργήθηκε το 1979-1980 από τους Μαδιανό και συνεργάτες (1983α) στους Δήμους Βύρωνα-Καισαριανής, και σε τυχαίο δείγμα 1.574 ατόμων ηλικίας 20-64 ετών, διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες της ηλικιακής ομάδας 20-29 ετών παρουσίαζαν χαμηλότερα ποσοστά στις σοβαρές διαταραχές και υψηλότερα ποσοστά καλής ψυχικής κατάστασης συγκριτικά με τις γυναίκες. Με βάση τη βαθμολογία των ατόμων στις κλίμακες Langner και CES-D –και μετά από την εξέταση του κάθε ερωτηματολογίου από δύο ζεύγη κλινικών ψυχιάτρων και τον καθορισμό αντικειμενικών κριτηρίων– αποφασίστηκε η κατάταξή τους σε πέντε κατηγορίες ανάλογα με το επίπεδο της ψυχικής τους κατάστασης. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των γυναικών με καλή ψυχική κατάσταση ανερχόταν στο 63,9% έναντι 75,2% των ανδρών, ενώ οι γυναίκες ανέφεραν σωματική νόσο σε ποσοστό 0,9% έναντι 2,4% των ανδρών. Μέτρια διαταραχή της ψυχικής τους κατάστασης εκδήλωναν το 19,1% των γυναικών και το 12,8% των

ανδρών. Τα ποσοστά για τη σοβαρή και βαριά διαταραχή ήταν σχεδόν διπλάσια στις γυναίκες (11,4% και 4,7% αντίστοιχα) από ό,τι στους άνδρες (7,2% και 2,4% αντίστοιχα). Σε γενικές γραμμές, τα μεγαλύτερα ψυχοπαθολογικά ποσοστά στο συνολικό δείγμα παρουσίαζε η ηλικιακή ομάδα των 50-59, με δεύτερη την ομάδα των 20-29 ετών.

Στην έρευνα των Manreas και συνεργατών (1986), με δείγμα 489 ενηλίκων ηλικίας 18-74 ετών, κατοίκων των Δήμων Αγίας Βαρβάρας και Χαϊδαρίου, παρατηρήθηκε ότι στην ηλικιακή ομάδα των 18-24 ετών –με τη χρήση του PSE και κριτήριο τη βαθμολογία στο Index of Definition μεγαλύτερη ή ίση του 5– το 92,3% των ανδρών και το 93,6% των γυναικών συγκέντρωσαν βαθμολογία από 1 έως 4, ενώ το 7,7% των ανδρών και το 6,4% των γυναικών βαθμολογήθηκαν από 5 έως 8 και χαρακτηρίστηκαν «κλινικές περιπτώσεις». Το συνολικό ποσοστό όσων χαρακτηρίστηκαν «κλινικές περιπτώσεις» ήταν 8,6% για τους άνδρες έναντι 22,6% για τις γυναίκες. Γενικότερα, δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων στους άνδρες, παρόλο που υπήρχε αύξηση των ποσοστών στις ομάδες των 45-54 και 55-64 ετών· όσο για τις γυναίκες, τα ποσοστά εκείνων που χαρακτηρίστηκαν «κλινικές περιπτώσεις» διατηρήθηκαν χαμηλά στις ομάδες των 18-24 και 65-74 ετών σε σχέση με τα ποσοστά στις ενδιάμεσες ηλικίες (25-64 ετών).

Μια πιο πρόσφατη –όχι επιδημιολογική– έρευνα για τις ψυχολογικές ανάγκες, στάσεις και προσδοκίες των φοιτητών σε σχέση με τη λειτουργία συμβουλευτικών κέντρων, η οποία αποσκοπούσε σε μια γενική αποτύπωση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές (Ευσταθίου, 2000) και πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 1.184 φοιτητών των σχολών του ΕΚΠΑ, του ΕΜΠ και του ΔΠΘ, αποκαλύπτει ορισμένες ιδιαιτερότητες του φοιτητικού πληθυσμού.

Στην έρευνα αυτή το 15,3% των φοιτητών του δείγματος ανέφερε

ότι αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα, ποσοστό το οποίο δεν αποκλίνει από τα συνθήκη δεδομένα για την επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στον φοιτητικό πληθυσμό. Οι γυναίκες ανέφεραν περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα από τους άνδρες, γεγονός το οποίο αποκαλύπτεται σε πολυάριθμες έρευνες με δείγμα φοιτητών και έχει δεχτεί πολλαπλές ερμηνυίες –τόσο στο εξωτερικό (Notman, Salt, & Nadelson, 1984. Foorman & Lloyd, 1986. Lloyd & Musser, 1989. Vitaliano, Maiuro, Russo, & Mitchell, 1989. Aherne, 1999) όσο και στην Ελλάδα (Ναυρίδης και συν., 1990. Christopoulos και συν., 1997)– αλλά και σε έρευνες στον γενικό πληθυσμό (Weissman & Myers, 1978· Μαδιανός, 1996). Επιπλέον, περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα ανέφεραν οι φοιτητές των καθηγητικών σχολών και των σχολών δικαίου, εύρημα που επίσης υποστηρίζεται από άλλες έρευνες (O'Mahony & O'Brien, 1980). Τέλος, λιγότερα ψυχολογικά προβλήματα ανέφεραν οι φοιτητές που υποστηρίζονταν οικονομικά αποκλειστικά από τους γονείς τους.

Στην ίδια έρευνα προβλήματα προσαρμογής δήλωσε ότι αντιμετωπίζει το 5,2% των φοιτητών του δείγματος. Συγκεκριμένα, οι νεότεροι σε ηλικία φοιτητές ανέφεραν σε υψηλότερο ποσοστό προβλήματα προσαρμογής. Τέλος, πρόβλημα στις διαπροσωπικές σχέσεις βρέθηκε ότι αντιμετωπίζει το 19,5% των φοιτητών του δείγματος, με τα υψηλότερα ποσοστά να εμφανίζονται στις καθηγητικές σχολές, στις σχολές θετικών επιστημών και στις σχολές δικαίου.

Μια επιδημιολογική έρευνα της Clara (1998) ασχολήθηκε με την ψυχική υγεία του φοιτητικού πληθυσμού που δεχόταν τις υπηρεσίες ενός πανεπιστημιακού κέντρου ψυχικής υγιεινής στις Βρυξέλλες. Η ηλικία των φοιτητών ήταν μεταξύ 18 και 25 ετών και αντιπροσώπευαν το μισό και πλέον του πληθυσμού που επισκεπτόταν το κέντρο. Στη συγκεκριμένη έρευνα επιχειρήθηκε μια περιγραφή αυτών των φοιτη-

τών καθώς και η σύγκρισή τους με τον γενικό πληθυσμό που παρακολουθούνταν στο συγκεκριμένο κέντρο ψυχικής υγιεινής.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έρχονται σε αντίθεση με εκείνα της έρευνας του Ναυρίδη και των συνεργατών του (1990), αφού κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ψυχικές διαταραχές δεν εμφανίζονται στους φοιτητές συχνότερα από ό,τι στον γενικό πληθυσμό της ίδιας ηλικίας, αλλά τα προβλήματα για τα οποία οι φοιτητές ζητούν συμβουλευτική έχουν περισσότερο σχέση με το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκονται και με συγκεκριμένες κοινωνικές και επαγγελματικές θέσεις. Αντίθετα, στον φοιτητικό πληθυσμό παρουσιάζεται συχνότερα, σε σχέση με τον γενικό, η διαταραχή άγχους, η οποία αποτελεί και τον συνηθέστερο λόγο συμβουλευτικής των φοιτητών.

Σύμφωνα με τα δεδομένα της ίδιας έρευνας, περίπου ένας στους τέσσερις ή πέντε φοιτητές παρουσιάζει ψυχικές διαταραχές, αλλά αυτοί οι φοιτητές στην πλειονότητά τους δεν λαμβάνουν επαγγελματική βοήθεια. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, λιγότερο από το ένα τρίτο των φοιτητών με ψυχική διαταραχή αναζητούν επαγγελματική βοήθεια κατά τη διάρκεια των ακαδημαϊκών σπουδών τους.

Ο αριθμός των συμβουλευόμενων δεν είναι ισοτίμα κατανεμημένος μέσα στην πανεπιστημιακή χρονιά. Έτσι, κάθε χρόνο, αιχμή στη ζήτηση για συμβουλευτική παρατηρείται τον Οκτώβριο (που είναι και η αρχή του ακαδημαϊκού έτους), ενώ ύφεση σημειώνεται τον Ιούνιο (κατά τη διάρκεια της εξεταστικής περιόδου) και το καλοκαίρι (που είναι περίοδος διακοπών).

Οι πρωτοετείς φοιτητές και φοιτήτριες γενικότερα έχουν τη μεγαλύτερη εκπροσώπηση στη συμβουλευτική αυτή υπηρεσία έναντι του όλου πληθυσμού του πανεπιστημίου. Περισσότεροι είναι οι φοιτητές παρά οι φοιτήτριες που έχουν κάποια σοβαρή διαταραχή. Παρόλο

που δεν διαπιστώνονται σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στην επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στον γενικό πληθυσμό σύμφωνα με την ταξινόμηση του *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980), υπάρχουν διαφορές μεταξύ των φύλων στην επικράτηση συγκεκριμένων διαταραχών. Επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν ότι οι άνδρες είναι πιο πιθανό να εμφανίζουν διαταραχές που σχετίζονται με εξαρτήσεις από αλκοόλ και ουσίες, καθώς και αντικοινωνικές διαταραχές της προσωπικότητας, ενώ οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να παρουσιάζουν συναισθηματικές διαταραχές, αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές διατροφής.

Ένα πρόβλημα που, σύμφωνα με την Clara, απασχολεί πολλούς φοιτητές είναι ο αποχωρισμός από τη γονεϊκή τους οικογένεια και παράλληλα η σχέση προσκόλλησης που είχαν αναπτύξει με αυτήν, η οποία σχέση θα καθορίσει πόσο ομαλή θα είναι η προσαρμογή τους στην καινούργια, πιο «μοναχική» και αυτόνομη ζωή τους. Σύμφωνα με τα δεδομένα της συγκεκριμένης συμβουλευτικής υπηρεσίας, υπάρχουν κάποιες ομάδες φοιτητών που είναι πιο ευάλωτοι σε θέματα αποχωρισμού και προσκόλλησης και στο άγχος που σχετίζεται με αυτά. Οι ομάδες αυτές είναι οι πρωτοετείς, οι τελειόφοιτοι, οι μεταπτυχιακοί και οι αλλοδαποί φοιτητές.

Στους πρωτοετείς φοιτητές, συχνά, εξαιτίας των αλλαγών στη ζωή τους, είτε έρχονται στο προσκήνιο κάποια λανθάνοντα προβλήματα είτε παρουσιάζονται κάποια καινούργια. Αυτό υποστηρίζει και ο Ryle (1971, παρατίθεται στο O'Mahony & O'Brien, 1980), ο οποίος αναφέρει ότι οι πρωτοετείς έχουν τις περισσότερες και σοβαρότερες ψυχικές διαταραχές σε σύγκριση με τους φοιτητές των μεγαλύτερων ετών, γεγονός που καταδεικνύει ότι η μετάβαση στο πανεπιστήμιο αποτελεί την πιο τραυματική εμπειρία. Το εύρημα αυτό όμως δεν επιβεβαιώνεται από τους O'Mahony και O'Brien (1980) στην έρευνά τους

για τα χαρακτηριστικά των φοιτητών που έκαναν χρήση μιας ψυχολογικής υπηρεσίας, καθώς το ποσοστό της εκπροσώπησης των πρωτοετών φοιτητών στη συγκεκριμένη υπηρεσία υπήρξε μικρότερο από το αναμενόμενο.

Οι τελειόφοιτοι και οι μεταπτυχιακοί φοιτητές πρέπει να αφήσουν το οικογενειακό περιβάλλον και να προσπαθήσουν να βρουν τη θέση τους στον επαγγελματικό στίβο και στην κοινωνία γενικότερα. Μερικοί δεν καταφέρνουν να κάνουν αυτό το τελικό βήμα προς την ενηλικίωση και τείνουν να το αναβάλλουν όσο το δυνατόν περισσότερο. Η παράταση της φοιτητικής ζωής ή της ακαδημαϊκής καριέρας είναι μια ελκυστική λύση για όσους δεν θέλουν να ωριμάσουν. Αυτοί οι αιώνιοι έφηβοι και οι αιώνιοι φοιτητές αισθάνονται άνετα μέσα στο προστατευτικό περιβάλλον του πανεπιστημίου.

Οι αλλοδαποί φοιτητές, τέλος, αποτελούν μια ετερογενή ομάδα ως προς τη θρησκεία, την κουλτούρα, το εθνικό υπόβαθρο, τη γλώσσα τους κ.λπ. Ο κοινός για όλους παράγοντας, που αποτελεί και τον σημαντικότερο λόγο για την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας, είναι το γεγονός ότι έχουν αποχωριστεί την οικογένειά τους και τους φίλους τους και συχνά ζουν απομονωμένοι (Clara, 1999).

Ένα θέμα που έχει απασχολήσει έντονα πολλούς ερευνητές έχει να κάνει με το εάν ο φοιτητικός πληθυσμός είναι πιο «ευάλωτος» στην εκδήλωση ψυχικών διαταραχών από ό,τι άλλες πληθυσμιακές ομάδες. Οι απόψεις γι' αυτό το θέμα διίστανται. Συγκεκριμένα, έχει υποστηριχθεί ότι ο φοιτητικός πληθυσμός αποτελεί ομάδα «υψηλού κινδύνου» για εκδήλωση ψυχολογικών προβλημάτων (Rubio & Lubin, 1986. Ναυρίδης και συν., 1990. Lindsay, 1997).

Κάποιοι άλλοι ερευνητές, αντίθετα, υποστηρίζουν ότι οι ψυχικές διαταραχές δεν απαντούν συχνότερα στον φοιτητικό συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό της ίδιας ηλικίας (Clara, 1999). Με αυτή την άποψη

συμφωνεί και ο Fillip (αναφέρεται στο Καλαντζή-Αζίζι, 1987), ο οποίος επισημαίνει ότι όλα όσα ο φοιτητής βιώνει για πρώτη φορά στη νέα και διαφορετική ζωή του, καθώς και η πάλη αυτού του νέου ανθρώπου με τα καινούργια δεδομένα του κοινωνικού περιβάλλοντος θεωρούνται, από ψυχολογική εξελικτική άποψη, ότι εμπλουτίζουν τις δυνάμεις προσαρμογής και δεν συμβάλλουν απαραίτητα στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας, όπως υποστηριζόταν παλιότερα. Αντίθετα, οι καινούργιες εμπειρίες ζωής που συναντά ο μετέφηβος στο πανεπιστήμιο μπορούν να προσδώσουν στον χαρακτήρα του μεγαλύτερη σταθερότητα και να τον βοηθήσουν να επιτύχει την ολοκλήρωση της προσωπικότητάς του και να αναπτύξει νέους τρόπους σκέψης και συμπεριφοράς.

Υπάρχουν διαφωνίες σχετικά με τα ποσοστά επικράτησης της ψυχοπαθολογίας στους φοιτητές, καθώς από διάφορες μελέτες φαίνεται ότι αυτή κυμαίνεται μεταξύ 6%-25% (Offer & Spiro, 1987). Σύμφωνα με άλλους ερευνητές (Glotz & Malinowski, 1982), το ποσοστό των φοιτητών με ψυχολογικά προβλήματα κυμαίνεται από 15% έως 20%. Υποστηρίχθηκε μάλιστα ότι ορισμένοι φοιτητές είναι πιθανό να αναπτύξουν ψυχική διαταραχή ακόμα και αν λείπουν τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής και το άγχος, γιατί ο συνήθης και πιο κρίσιμος χρόνος εκδήλωσης κάποιων διαταραχών είναι το τέλος της εφηβείας και η αρχή της ενήλικης ζωής (Clara, 1998). Πολλές ψυχικές διαταραχές –όπως η σχιζοφρένεια, η μείζων κατάθλιψη, η κυκλοθυμική διαταραχή, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η διαταραχή πανικού, η κοινωνική φοβία, οι ειδικές φοβίες, η νευρογενής ανορεξία και η νευρογενής βουλιμία– συχνά εμφανίζονται σε αυτή τη μεταβατική ηλικία (American Psychiatric Association, 1994).

Μια έρευνα των Christopoulos και συνεργατών (1997) σε 235 φοιτητές διαφόρων τμημάτων του Πανεπιστημίου Αθηνών, με τη χρήση του ερωτηματολογίου GHQ, βρήκε ότι ποσοστό περίπου 8%

του δείγματος διέτρεχε υψηλό κίνδυνο εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών, τη στιγμή που το ποσοστό στον διεθνή φοιτητικό πληθυσμό υπολογίζεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 6% και 25%.

Σε έρευνα της Καλαντζή-Αζίζι, οι φοιτητές του δείγματος παρουσιάζονταν ικανοποιημένοι από τη ζωή τους γενικά σε ποσοστό 64%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό από την ΕΟΚ είναι 81%. Μια πιθανή εξήγηση γι' αυτή τη διαφορά μπορεί να λάβει υπόψη το χαμηλότερο βιοτικό επίπεδο της Ελλάδας έναντι αυτού και της Ευρώπης. Ωστόσο οι Έλληνες φοιτητές εμφανίζονται μάλλον περισσότερο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους σε σχέση με το σύνολο των Ελλήνων νέων.

3.4. Τα συμβουλευτικά κέντρα φοιτητών

Η συμβουλευτική φοιτητών άρχισε να αναπτύσσεται μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο με τη λειτουργία υπηρεσιών συμβουλευτικής σπουδών και επαγγελματικού προσανατολισμού στα περισσότερα πανεπιστήμια της Ευρώπης και της Βορείου Αμερικής (Καλαντζή-Αζίζι, 1998). Καθώς στις υπηρεσίες αυτές απευθύνονταν και φοιτητές με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, σταδιακά άρχισαν να δημιουργούνται ψυχολογικά συμβουλευτικά κέντρα τα οποία είτε ήταν ενταγμένα στις προϋπάρχουσες υπηρεσίες είτε αποτελούσαν ανεξάρτητες δομές.

Η αναγκαιότητα της οργανωμένης ψυχολογικής υποστήριξης των φοιτητών οδήγησε, ήδη από τη δεκαετία του 1950, στη δημιουργία συμβουλευτικών κέντρων φοιτητών σε χώρες όπως η Βρετανία, η Γαλλία και η Γερμανία (Καλαντζή-Αζίζι, 1992), αν και στα περισσότερα ευρωπαϊκά κράτη ο θεσμός δεν έχει ιστορία μεγαλύτερη των είκοσι-τριάντα χρόνων (Rott, 1997). Η Πορτογαλία και η Ελλάδα ήταν οι τελευταίες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που εισήγαγαν τον

θεσμό της ψυχολογικής συμβουλευτικής στην τριτοβάθμια εκπαίδευση (Τζέπογλου, 1989).

Η θεσμοθέτηση των συμβουλευτικών κέντρων φοιτητών βασίστηκε στη διαπίστωση ότι η ψυχολογική υποστήριξη των φοιτητών θα πρέπει να γίνεται σε δομές με κοινοτική και μη ιατροκεντρική¹ φιλοσοφία, οι οποίες να βρίσκονται στον χώρο όπου ζουν οι φοιτητές (Καλαντζή-Αζίζι, 1998). Αυτή η διευθέτηση συνάδει με τις αρχές της κοινοτικής ψυχολογίας, σύμφωνα με τις οποίες οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι απαραίτητο να βρίσκονται όσο το δυνατόν πιο κοντά στον πληθυσμό-στόχο. Κρίθηκε όμως αναγκαία και λόγω της αναποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων των εξωτερικών κέντρων, από το προσωπικό των οποίων απουσίαζαν οι απαιτούμενες ειδικές γνώσεις: για παράδειγμα, υπήρχε έλλειψη ειδικής ευαισθητοποίησης σε θέματα μετεφηβείας και αντιμετώπισης δυσκολιών μάθησης, άγνοια των συγκεκριμένων συνθηκών που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές στη σχολή τους αλλά και των δυνατοτήτων που τους παρέχονται κ.ά. (Καλαντζή-Αζίζι, 1996. Eckenfels, Blacklow, & Gotterer, 1984. Hayno, 1991. Plaut και συν., 1993).

Ο σκοπός των συμβουλευτικών κέντρων φοιτητών είναι η προσφορά άμεσης ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στους φοιτητές ώστε: (α) να μπορέσουν να ξεπεράσουν τις δυσκολίες προσαρμογής στο καινούργιο εκπαιδευτικό περιβάλλον έγκαιρα και με τον καλύτερο τρόπο, και (β) να βρουν τρόπους επίλυσης των αναπτυξιακών μετεφηβικών αναζητήσεων και προβληματισμών τους (Καλαντζή-Αζίζι, 1996). Οι

1. Σημειώνεται ότι ο όρος «ιατροκεντρική προσέγγιση» αφορά τη λειτουργία μιας δομής και αναφέρεται στη σημασία που αποδίδεται στον καθορισμό των ορίων μεταξύ ψυχικής αρρώστιας και υγείας (Μαδιανός, 1996). Το κατά πόσο μια δομή λειτουργεί ιατροκεντρικά δεν καθορίζεται από τη φυσική παρουσία ψυχιάτρου, καθώς είναι δυνατόν να επικρατούν ιατροκεντρικές αντιλήψεις ακόμα και σε πλαίσια στα οποία δεν υπάρχουν καθόλου ψυχίατροι (Ναυρίδης και συν., 1990).

υπηρεσίες που προσφέρονται ποικίλλουν ανάλογα με την περίπτωση και αφορούν κυρίως την πρωτοβάθμια περίθαλψη σε προληπτικό επίπεδο, παρότι ένα ολοκληρωμένο κέντρο προσφέρει υπηρεσίες και των τριών βαθμίδων όταν υπάρχει η κατάλληλη υποδομή και εξειδίκευση (Καλαντζή-Αζίζι, 1998).

Εξαιρετικά μεγάλη ανομοιογένεια παρατηρείται και ως προς τους ειδικούς που εργάζονται στα συμβουλευτικά κέντρα φοιτητών (Καλαντζή-Αζίζι, 1996). Στις χώρες όπου υπάρχει θεομοθετημένο πλαίσιο ισχύουν τα ίδια ελάχιστα κριτήρια για τους σύμβουλους φοιτητών με εκείνα που απαιτούνται για την προσφορά συμβουλευτικών υπηρεσιών στον γενικό πληθυσμό. Η μόνη που προσφέρει ειδική εκπαίδευση στη συμβουλευτική φοιτητών είναι η Μεγάλη Βρετανία (Bell και συν., 1994). Μια κοινά αποδεκτή άποψη είναι ότι οι σύμβουλοι δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να αποτελούν μέλη του διδακτικού προσωπικού του πανεπιστημίου, τόσο επειδή ο ρόλος του θεραπευτή είναι ασύμβατος με τον ρόλο του καθηγητή όσο και επειδή υπάρχει περίπτωση ένας τέτοιος σύμβουλος να θέτει διαφορετικές προτεραιότητες κατά τη συνεργασία του με τον φοιτητή –π.χ. να επιστρέψει στις ακαδημαϊκές υποχρεώσεις του το συντομότερο δυνατόν (Ναυρίδης και συν., 1990).

Η εκπαίδευση των ειδικών που στελεχώνουν αυτά τα κέντρα στη συμβουλευτική ή/και την ψυχοθεραπεία έχει ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές δεν περιορίζονται σε κάποια ιδιαίτερη φοιτητική ψυχοπαθολογία, ενώ σε νοσολογικό επίπεδο οι διαταραχές που εμφανίζει ο φοιτητικός πληθυσμός δεν διαφέρουν από εκείνες που εμφανίζουν οι υπόλοιπες πληθυσμιακές ομάδες (Ναυρίδης και συν., 1990). Αντίθετα, η αλληλεπίδραση των προσωπικών χαρακτηριστικών των φοιτητών με περιβαλλοντικούς παράγοντες που σχετίζονται με τις ιδιαίτερες συνθήκες της φοιτητικής ζωής,

με την αναπτυξιακή φάση που διανύουν και με γεγονότα ζωής έξω από το πανεπιστήμιο οδηγεί στην εκδήλωση δυσκολιών οι οποίες προϋπήρχαν σε λανθάνουσα μορφή (Μαλικιώση-Λοϊζου, 1989. Clara, 1998. Notman, Salt, & Nadelson, 1984. Rubio & Lubin, 1986), ενώ γενικά ακόμα και η διάκριση των αιτιάσεων των φοιτητών για ακαδημαϊκές δυσκολίες από την ύπαρξη προσωπικών προβλημάτων θεωρείται εξαιρετικά δυσχερής (Plaut και συν., 1993). Την ίδια άποψη διατυπώνει και ο Rott (1996), ο οποίος αναφέρει ότι τα γνωσιακά σχήματα και η συμπεριφορά των φοιτητών φαίνεται να μην επηρεάζονται τόσο από την παρούσα κατάσταση, όσο κυρίως από εμπειρίες του παρελθόντος.

Παρότι η σημασία της ψυχολογικής συμβουλευτικής των φοιτητών έχει αναγνωριστεί σε παγκόσμιο επίπεδο, η κατάσταση στην πράξη απέχει πολύ από την επιθυμητή (Bell και συν., 1994). Ακόμα και στις ΗΠΑ και τον Καναδά, όπου η συμβουλευτική φοιτητών είναι πολύ πιο ανεπτυγμένη από ό,τι στην Ευρώπη, ένα από τα κύρια αιτήματα είναι η αύξηση της χρηματοδότησης και η πρόσληψη περισσότερων επαγγελματιών από το κλινικό προσωπικό (Plaut και συν., 1993). Στην Ευρώπη σημαντική ανάπτυξη των συμβουλευτικών υπηρεσιών στο πλαίσιο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης παρατηρήθηκε κατά τη δεκαετία του 1990, αν και τα προβλήματα δεν λείπουν ακόμα και σε χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, όπου η ψυχολογική συμβουλευτική φοιτητών αποτελεί κατοχυρωμένο θεσμό, επιδοτείται ικανοποιητικά και είναι αποδεκτή από τους φοιτητές, τις οικογένειές τους και το ακαδημαϊκό προσωπικό. Η Elton-Wilson (1997), διευθύντρια του Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών του Πανεπιστημίου του Bristol, αναφέρει: «Αυτό που ουσιαστικά γίνεται αποδεκτό είναι ότι η συμβουλευτική αποτελεί “κάτι καλό”. Η συμβουλευτική είναι λιγότερο στιγματισμένη από την ψυχοθεραπεία, αλλά συνεχίζει να θεωρείται

απαραίτητη μόνο όταν υπάρχει κάποια κρίση. Τα συμβουλευτικά κέντρα φοιτητών συχνά αντιμετωπίζονται ως ένα αναγκαίο κακό».

Οι κυριότερες αιτίες γι' αυτή την κατάσταση είναι οι οικονομικοί περιορισμοί που υποχρεώνουν τα πανεπιστήμια να μειώνουν την οικονομική επιδότηση για τέτοιου είδους δραστηριότητες, αλλά και η στάση της κοινωνίας και των μελών της πανεπιστημιακής κοινότητας απέναντι στην ψυχική υγεία (Καλαντζή-Αζίζι, 1996). Ακόμα και στις ΗΠΑ και τον Καναδά υπάρχει η γενική τάση να αποφεύγονται οι συζητήσεις σχετικά με θέματα ψυχικής υγείας· κατά ειρωνικό τρόπο μάλιστα, το φαινόμενο αυτό παρατηρείται ακόμα και σε τμήματα ιατρικών σχολών (Plaut και συν., 1993).

3.5. Το Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του ΕΚΠΑ

Το Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών ιδρύθηκε με Πρυτανική Πράξη (αρ. 13637/26-10-1990) τον Οκτώβριο του 1990 και λειτουργεί από τον Ιανουάριο του 1992. Το 2002 έλαβε επίσημα τον χαρακτήρα του Εργαστηρίου του Τομέα Ψυχολογίας του Τμήματος Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας (ΦΕΚ Ν. 99), με την επωνυμία «Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών» (Ε.Ψ.Συ.Φοι.) και έκτοτε καλείται να εξυπηρετήσει το σύνολο των φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών. Το Εργαστήριο είναι μέλος της FEDORA (Ευρωπαϊκό Φόρουμ για τη Συμβουλευτική στην Ανώτατη Εκπαίδευση, <http://www.fedora.eu.org/>) και ιδρυτικό μέλος της FEDORA-PSYCHE (κλάδος της FEDORA για την ψυχολογική συμβουλευτική φοιτητών, <http://www.fedora-psyche.uni-wuppertal.de/>).

Οι κύριοι σκοποί του εργαστηρίου είναι:

- Η παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών και άμεσης ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στους φοιτητές (ατομική και ομαδική συμβουλευτική, τηλεσυμβουλευτική).
- Η κάλυψη διδακτικών και ερευνητικών αναγκών σε θέματα ψυχοκοινωνικών αναγκών των φοιτητών, κλινικής ψυχολογίας και συμβουλευτικής ψυχολογίας.
- Η ευαισθητοποίηση του φοιτητικού πληθυσμού σε θέματα που τον αφορούν.
- Η πραγματοποίηση επιστημονικών δημοσιεύσεων και εκδόσεων.
- Η συνεργασία με άλλα συμβουλευτικά κέντρα, κέντρα ερευνών και ακαδημαϊκά ιδρύματα με ανάλογους επιστημονικούς στόχους.

Το εργαστήριο απευθύνεται στους φοιτητές και τις φοιτήτριες όλων των τμημάτων του Πανεπιστημίου Αθηνών και παρέχει στήριξη και συμβουλευτική για θέματα:

- Σπουδών και φοιτητικής ζωής (π.χ. άγχος εξετάσεων, δυσκολίες στις σπουδές, αναβλητικότητα σπουδών, προσαρμογή στη φοιτητική ζωή).
- Προβλήματα σχέσεων (π.χ. με φίλους, συμμαθητές, οικογένεια, σύντροφο).
- Άλλα προσωπικά προβλήματα και εκδηλώσεις άγχους (π.χ. μειωμένη απόδοση, έλλειψη ενδιαφέροντος, σωματικές εκδηλώσεις με ψυχολογικά αίτια, προβλήματα απομόνωσης).

Η ατομική συμβουλευτική προσφέρεται από την ψυχολόγο του εργαστηρίου, καθώς και από τους ειδικευόμενους μεταπτυχιακούς φοιτητές υπό την εποπτεία της. Εξωτερική επίοπτης είναι η διευθύντρια του εργαστηρίου. Παράλληλα με την ατομική συμβουλευτική λειτουργούν και ομαδικά προγράμματα με βιωματικό-παρεμβατικό χαρακτήρα (π.χ. άγχος εξετάσεων, επικοινωνιακές δεξιότητες και

ζητήματα σχέσεων, ενίσχυση προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας, βελτίωση δεξιοτήτων μελέτης, συμβουλευτική ομηλίκων κ.ά.). Στόχος των ομαδικών παρεμβάσεων είναι να βοηθήσουν τους φοιτητές να αναπτύξουν ή να βελτιώσουν δεξιότητες και λειτουργίες που σχετίζονται με το εκάστοτε θέμα της παρέμβασης. Όλα τα στελέχη που προσφέρουν συμβουλευτικές υπηρεσίες έχουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος ψυχολόγου και δεν ανήκουν στο διδακτικό και ερευνητικό προσωπικό του πανεπιστημίου.

Η λειτουργία της Υπηρεσίας Τηλεσυμβουλευτικής ξεκίνησε τον Σεπτέμβριο του 2001. Σκοπός της υπηρεσίας είναι να προσφέρει στους φοιτητές γενική ψυχοεκπαίδευση σε σχέση με την ατομική τους ανάπτυξη και τις δυσκολίες προσαρμογής τους σε ένα νέο μαθησιακό περιβάλλον. Δεν αποσκοπεί να υποκαταστήσει τη συνεργασία με τον ειδικό ψυχικής υγείας, ούτε να προσφέρει διάγνωση και ψυχοθεραπευτικές υπηρεσίες. Επί του παρόντος, οι φοιτητές έχουν πρόσβαση σε ηλεκτρονικά κείμενα αυτοβοήθειας και μπορούν να θέτουν ερωτήματα μέσω ανώνυμων μηνυμάτων ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail). Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του Κεντρικού Υπολογιστικού Κέντρου του Πανεπιστημίου Αθηνών, η υπηρεσία γνωρίζει ευρεία αποδοχή. Από τον Ιανουάριο του 2003 έως τον Μάιο του 2005 για τις σελίδες που είναι δημοσιευμένα τα μηνύματα καταγράφηκαν 161.612 αιτήσεις.

Τέλος, το εργαστήριο προσπαθεί να προσαρμοστεί –στα μέτρα των δυνατοτήτων του– και να ανταποκριθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες των φοιτητών με αναπηρίες. Στο πλαίσιο αυτής της προσπάθειας προσφέρει πρόγραμμα υποστήριξης σπουδών για τους φοιτητές με αναπηρίες του Τμήματος ΦΠΨ. Το πρόγραμμα βασίζεται στις αρχές της εθελοντικής προσφοράς και συνεργασίας εντός της φοιτητικής κοινότητας, με την υλοποίηση του θεσμού των συμβούλων συμφοιτητών-

βοηθών σπουδών για τους φοιτητές με αναπηρίες. Οι βοηθοί σπουδών, υπό την καθοδήγηση μελών του εργαστηρίου, μελετούν μαζί με τους φοιτητές με αναπηρίες στο πλαίσιο της κοινής τους προετοιμασίας για τις ακαδημαϊκές υποχρεώσεις τους.

Όσον αφορά κοινοτικές δράσεις, το εργαστήριο οργανώνει προγράμματα που προάγουν το άνοιγμα στην κοινότητα είτε προσφέροντας υπηρεσίες σε άλλους φορείς είτε συνεργαζόμενο με άλλους φορείς (ανάπτυξη κοινών δράσεων). Την τελευταία τριετία αναπτύχθηκαν συνεργασίες με το ΚΕΘΕΑ και με τη φοιτητική ομάδα εθελοντών αιμοδοτών «Αιμοπετάλιο».

Παράλληλα, το εργαστήριο αναπτύσσει πολύπλευρο εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο. Προσφέρει πρακτική άσκηση σε μεταπτυχιακούς φοιτητές κλινικής ψυχολογίας και εκπαίδευση σε ειδικά θέματα σε επαγγελματίες άλλων υπηρεσιών ψυχολογικής συμβουλευτικής φοιτητών. Προσφέρει υποστήριξη στην εκπόνηση πτυχιικών εργασιών του Προγράμματος Ψυχολογίας, διπλωματικών εργασιών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Κλινικής Ψυχολογίας και διδακτορικών διατριβών Κλινικής και Συμβουλευτικής Ψυχολογίας. Τέλος, συμμετέχει σε ερευνητικά προγράμματα σε συνεργασία με άλλους φορείς, όπως το ΕΠΙΨΥ.

Επιπλέον, στο πλαίσιο της πρωτογενούς πρόληψης, το εργαστήριο αναλαμβάνει την οργάνωση ημερίδων, σεμιναρίων και συμποσίων με στόχο την ευαισθητοποίηση της ακαδημαϊκής και επιστημονικής κοινότητας για θέματα σχετικά με την ψυχική υγεία του φοιτητικού πληθυσμού, αλλά και για γενικότερα κοινωνικά θέματα. Τα στελέχη του εργαστηρίου συμμετέχουν σε επιστημονικές εκδηλώσεις και δημοσιεύουν μονογραφίες και άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά. Τέλος, εκδίδονται φυλλάδια για θέματα που αφορούν τη φοιτητική ζωή.

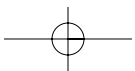
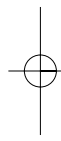
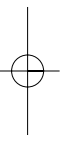
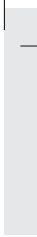
Οι πόροι για την έως τώρα λειτουργία του εργαστηρίου προέρ-

χονται από τον Ειδικό Λογαριασμό Έρευνας του Πανεπιστημίου Αθηνών, τη Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς, το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, διάφορα ευρωπαϊκά προγράμματα και χορηγίες. Μεταξύ των χορηγών του εργαστηρίου συγκαταλέγονται η ΕΛΑΪΣ Α.Ε., το Charities Aid Foundation και οι Αφοί Βασιλόπουλοι Α.Ε. Το Πανεπιστήμιο Αθηνών διαθέτει για το εργαστήριο κατάλληλους χώρους στο κτίριο της Φιλοσοφικής Σχολής και καλύπτει τα τρέχοντα λειτουργικά έξοδά του και τη μισθοδοσία του μόνιμου προσωπικού.

Το Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών υπάγεται στο Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η επιστημονική ευθύνη και εποπτεία του ανήκει στον Τομέα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών και διευθύνεται από εκλεγμένο μέλος ΔΕΠ του Τμήματος ΦΠΨ με τριετή θητεία.

Διευθύντρια του εργαστηρίου είναι η καθηγήτρια κλινικής ψυχολογίας Α. Καλαντζή-Αζίζι. Το μόνιμο επιστημονικό προσωπικό του εργαστηρίου αποτελείται από την Ν. Χαρίλα, κλινική ψυχολόγο-ψυχοθεραπεύτρια, ενώ υπηρεσίες προσφέρουν εννέα εξωτερικοί επιστημονικοί συνεργάτες, τέσσερις από τους οποίους είναι υποψήφιοι διδάκτορες κλινικής ψυχολογίας. Ως ειδικό τεχνικό εργαστηριακό προσωπικό υπηρετεί η Ο. Παπαϊωάννου.

Περισσότερες πληροφορίες για τη δράση του εργαστηρίου παρατίθενται στον δικτυακό τόπο www.uoa.gr/skf.



Ερευνητική μεθοδολογία

4.1. Συμμετέχοντες

Το δείγμα που συμμετείχε στην έρευνα ανήλθε στους 6.472 φοιτητές, 59,7% εκ των οποίων ήταν γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν τα 20,33 έτη ($S.D. = 1,97$). Από το δείγμα αυτό εξαιρέθηκαν, βάσει των κλιμάκων εγκυρότητας του ερωτηματολογίου SCL-90-R, το 12,5% των συμμετεχόντων –που εμφάνισαν μεγέθυνση της συμπτωματολογίας (fake bad) σύμφωνα με το κριτήριο Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων μεγαλύτερο του 60–, το 1,8% των συμμετεχόντων –που εμφάνισαν σμίκρυνση της συμπτωματολογίας (fake good) σύμφωνα με το κριτήριο Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων μικρότερο του 4– και το 2,4% των συμμετεχόντων –οι οποίοι υπερέβαιναν το προσδιορισμένο από τα κριτήρια συμμετοχής έτος φοίτησης.

Το δείγμα που προμήθευσε τα δεδομένα ανήλθε στους 4.533 φοιτητές, 59,7% εκ των οποίων ήταν γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν τα 20,26 έτη ($S.D. = 1,87$). Το συμμετέχον δείγμα και το προμηθεύον τα δεδομένα δείγμα δεν διέφεραν κατά στατιστικώς σημαντικό τρόπο ως προς την ηλικία και το φύλο.

4.2. Ψυχομετρικά μέσα

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων και τρία σταθμισμένα ερωτηματολόγια: το CES-D, το SCL-90-R και το GHQ-28.

Τα ερωτηματολόγια αυτά επιλέχθηκαν επειδή, όπως αναφέρει ο Μαδιανός (1989), σύμφωνα με τον Link και τους συνεργάτες του (1999) η κατάσταση της ψυχικής ή γενικής υγείας ή της διαταραχής αυτής, που μετρούν διάφορα ερωτηματολόγια, μπορεί να αποδοθεί σε συναισθήματα απόγνωσης, εγκατάλειψης, απώλειας ελπίδας και άγχους, δηλαδή σε συναισθήματα που δημιουργούν μια κατάσταση την οποία ο Frank αποκαλεί «απώλεια ηθικού», «ηττοπάθεια» ή «αποθάρρυνση» (demoralization). Οι καταστάσεις αποθάρρυνσης αποτελούν το προστάδιο της εκδήλωσης ψυχοπαθολογίας, και επομένως η κλίμακα CES-D, ο δείκτης «εξεύρεσης περιπτώσεων» του SCL-90-R και ο γενικός δείκτης υγείας του GHQ-28 μετρούν μια τέτοια κατάσταση και όχι κάποια συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή. Με άλλα λόγια, τα ποσοστά που δίνουν αυτές οι κλίμακες δεν αποτελούν κλινικές καταστάσεις αλλά φαινόμενα αποθάρρυνσης. Άρα τα συμπτώματα που ανιχνεύονται μέσω αυτών των ερωτηματολογίων δεν είναι διαμορφωμένες κλινικές οντότητες, αλλά περιστασιακά συμπτώματα, τα οποία όμως, επειδή συνδέονται με συναισθήματα αποθάρρυνσης, είναι πολύ σημαντικό να ανιχνευτούν έγκαιρα και τελικά να αναζητηθεί βοήθεια από το άτομο που υποφέρει από αυτά (Μαδιανός και συν., 1983β).

4.2.1. Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο

Όπως προαναφέρθηκε, για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τρία σταθμισμένα ερωτηματολόγια –το CES-D, το SCL-90-R και το GHQ-28– καθώς και ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων.

Το αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε από την ερευνητική ομάδα, προκειμένου να διερευνηθούν τα δημογραφικά στοιχεία των φοιτητών του δείγματος. Αποτελείται από 20 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Σε μερικές από αυτές η απάντηση είναι εκ των προτέρων δο-

μημένη και ο εξεταζόμενος καλείται να απαντήσει με ένα «Ναι» ή ένα «Όχι»· σε κάποιες άλλες ο εξεταζόμενος καλείται να επιλέξει την απάντησή του από μια σειρά –περισσότερων από δύο (επίσης δομημένων)– προτεινόμενων εναλλακτικών απαντήσεων· τέλος, σε ορισμένες ερωτήσεις ο εξεταζόμενος καλείται να απαντήσει με μια σύντομη φράση, η οποία δίνει μια συγκεκριμένη πληροφορία. Μέσω του ερωτηματολογίου συλλέγονται πληροφορίες για τους ακόλουθους τομείς:

- α. *Ατομικά στοιχεία*: Φύλο, ηλικία. Διαμονή σε φοιτητική εστία, με συγκάτοικο, μόνοι, με τους γονείς τους, με συγγενείς ή με κάποια άλλη διευθέτηση. Οικογενειακή κατάσταση, δηλαδή αν είναι άγαμοι, έγγαμοι, έγγαμοι με παιδιά, διαζευγμένοι-χήροι, αν συμβιώνουν με σύντροφο ή αν είναι άγαμοι με παιδιά. Πηγές οικονομικής υποστήριξης από τους γονείς, από προσωπική εργασία, από υποτροφία ή από κάποια άλλη πηγή.
- β. *Ακαδημαϊκά στοιχεία*: Τμήμα φοίτησης, σειρά προτίμησης της σχολής φοίτησης, έτος σπουδών, μέσος όρος βαθμολογίας προηγούμενου εξαμήνου και αριθμός χρωστούμενων μαθημάτων.
- γ. *Οικογενειακά στοιχεία*: Αν οι γονείς των φοιτητών είναι μαζί, αν βρίσκονται σε διάσταση, αν είναι χωρισμένοι και ποια ήταν η ηλικία τους όταν συνέβη αυτό. Αν έχουν χάσει κάποιον από τους γονείς τους και ποια ήταν η ηλικία τους όταν συνέβη αυτό. Αν έχει ξαναπαντρευτεί κάποιος από τους γονείς τους, ποια ήταν η ηλικία τους όταν συνέβη αυτό, και αν έχουν ετεροθαλή αδέρφια από αυτούς τους γάμους. Το μορφωτικό επίπεδο των γονέων τους, τη δική τους σειρά γέννησης και τον αριθμό αδελφών (εξαιρουμένου του εαυτού τους).
- δ. *Προηγούμενη χρήση υπηρεσιών υγείας*: Αν έχουν επισκεφθεί στο παρελθόν κάποιον ειδικό για ψυχολογικά προβλήματα, αν έχουν ή είχαν σοβαρά προβλήματα σωματικής υγείας, και αν έχουν νοσηλευτεί ποτέ για σοβαρά προβλήματα υγείας.

Το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από κείμενο το οποίο πληροφορούσε ότι ο σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση των ψυχολογικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές και ανέφερε τον φορέα διεξαγωγής της έρευνας. Στη συνέχεια τόνιζε τη σημασία των αυθόρμητων και ειλικρινών απαντήσεων και το γεγονός ότι όλα τα στοιχεία που θα προσφέρονταν θα ήταν ανώνυμα.

4.2.2. General Health Questionnaire – GHQ

Το GHQ (Goldberg & Hillier, 1977) χρησιμοποιείται διεθνώς για την επισήμανση των ελαφρότερων μορφών ψυχοπαθολογίας στον γενικό πληθυσμό. Το ερωτηματολόγιο ενδιαφέρεται ειδικά για τον ενδιάμεσο χώρο μεταξύ της ψυχολογικής νόσου και της ψυχικής υγείας, και εστιάζεται σε δύο μεγάλες τάξεις φαινομένων: στην ανικανότητα να εξακολουθήσει κανείς να εκπληρώνει τις φυσιολογικές «υγιείς» λειτουργίες και στην εμφάνιση νέων φαινομένων που προκαλούν ενόχληση.

Η εκδοχή των 28 ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα έχει σχεδιαστεί για μελέτες στις οποίες ένας ερευνητής χρειάζεται περισσότερη πληροφόρηση από όση παίρνει από μία μόνο τιμή που δείχνει τη σοβαρότητα της κλινικής κατάστασης. Ωστόσο το τεστ μπορεί να προσφέρει και μια τέτοια γενική τιμή, η οποία αντανακλά την έννοια της «μόλις σημαντικής κλινικής διαταραχής». Από το ερωτηματολόγιο εξάγονται πέντε δείκτες: (α) Σωματικά συμπτώματα, (β) Άγχος και αϋπνία, (γ) Κοινωνική δυσλειτουργία, (δ) Σοβαρή κατάθλιψη, και (ε) Γενικός δείκτης: Γενική εκτίμηση ψυχικής υγείας.

Το ερωτηματολόγιο προσαρμόστηκε στα ελληνικά από τους Μουτζούκη, Αδαμοπούλου, Γαρύφαλλο και Καραστεργίου (1990).

4.2.3. CES-D

Η κλίμακα CES-D (Radloff, 1977) ανιχνεύει καταθλιπτικά συμπτώματα. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς αποτελούμενο από 20 ερωτήσεις που αφορούν καταθλιπτικά συμπτώματα.

Οι ερωτήσεις της κλίμακας προσφέρουν έναν γενικό δείκτη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Αυτός ο δείκτης αντικατοπτρίζει περισσότερο μια διαταραχή της φυσιολογικότητας παρά παρέχει μια ένδειξη διαμορφωμένης κλινικής οντότητας, και συνδέεται με συναισθήματα αποθάρρυνσης κοινωνιογενετικού χαρακτήρα (Μαδιανός, 1996). Η κλίμακα έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά από τον Μαδιανό και τους συνεργάτες του (1983β).

4.2.4. Symptom Checklist 90 Revised – SCL-90-R

Η κλίμακα SCL-90-R (Derogatis, 1977) αποσκοπεί στη μέτρηση της έντασης των ψυχολογικών συμπτωμάτων σε μια σειρά από κλινικές περιοχές. Το ερωτηματολόγιο προσφέρει τρεις γενικούς δείκτες και εννέα δείκτες συμπτωμάτων.

Γενικοί δείκτες

- Γενικός δείκτης συμπτωμάτων: Δείκτης γενικής ψυχολογικής δυσφορίας που αντανακλά τον αριθμό των συμπτωμάτων και την έντασή τους.
- Σύνολο θετικών συμπτωμάτων: Δείκτης του αριθμού των συμπτωμάτων.
- Δείκτης ενασχόλησης από θετικά συμπτώματα: Δείκτης της έντασης των συμπτωμάτων.

Δείκτες συμπτωμάτων

- Σωματοποίηση.
- Ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα.

- Διαπροσωπική ευαισθησία.
- Κατάθλιψη.
- Άγχος.
- Θυμός-επιθετικότητα.
- Φοβικό άγχος.
- Παρανοειδής ιδεασμός.
- Ψυχωτισμός.

Μια ιδιαίτερα σημαντική χρήση του SCL-90-R είναι αυτή του ε-νοποισμού των διαταραχών ψυχικής υγείας σε μη κλινικούς πληθυσμούς (Dohrenwend, 1990. Derogatis, 1977. Derogatis, 1994. Derogatis & Lazarus, 1994). Γι' αυτό είναι απαραίτητο να οριστεί ο δείκτης «εξεύρεσης περιπτώσεων» (caseness), ώστε να μπορούν να τοποθετούνται στη συγκεκριμένη κατηγορία τα άτομα που εμφανίζουν ποσοστό πάνω από το διαχωριστικό σημείο που θέτει ο δείκτης αυτός.

Η προσαρμογή του SCL-90-R στα ελληνικά έγινε από τους Ντώνια, Καραστεργίου και Μάνο (1991).

4.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συμμετοχή στην έρευνα επιτρεπόταν σε φοιτητές που δεν είχαν υπερβεί την προβλεπόμενη διάρκεια σπουδών για τη σχολή τους (πρωτοετείς έως τελειόφοιτοι). Δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε στα ΑΕΙ και ΤΕΙ τα οποία κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας διατηρούσαν ενεργό συμβουλευτική υπηρεσία φοιτητών.

Η πρόσκληση για συμμετοχή στην έρευνα στις συμβουλευτικές υπηρεσίες φοιτητών έγινε μέσω επιστολής προς όλες τις ενεργές υπηρεσίες. Όλες οι υπηρεσίες αποδέχθηκαν την πρόσκληση να συμμετάσχουν στην έρευνα, με εξαίρεση το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο

Θεσσαλονίκης (Κέντρο Συμβουλευτικής και Ψυχολογικής Υποστήριξης – ΚΕΣΥΨΥ), με επιστολή της επιστημονικής υπευθύνου ότι η έρευνα δεν εμπίπτει στους σκοπούς του κέντρου, και το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Τέλος, παρά την αρχική συγκατάθεση από την υπεύθυνα υπηρεσία του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πειραιά, δεν κατέστη δυνατόν να συλλεχθεί το ανάλογο δείγμα.

Αναλυτικά συμμετείχαν οι ακόλουθες υπηρεσίες (ίδρυμα, όνομα υπηρεσίας, όνομα υπευθύνου):

- Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών (πρώην Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών), Ντιάνα Χαρίλα, Δρ. κλινικής ψυχολογίας (στην πιλοτική έρευνα συνεργάστηκαν οι ψυχολόγοι Κατερίνα Δουκάκη, Ειρήνη Δρακοπούλου, Βασιλική Κραββαρίτη και Ελένη Παδιατέλη).
- Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Συμβουλευτικό Κέντρο Πανεπιστημίου Πειραιώς (ΣΥΚΕΠΠ), Καλλιόπη Κουνενού, Δρ. ψυχολογίας.
- Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, Κέντρο Συμβουλευτικής Φοιτητών, Αικατερίνη Μαριδάκη-Κασσωτάκη, αντιπρύτανης Ακαδημαϊκών Υποθέσεων και Προσωπικού, αναπληρώτρια καθηγήτρια.
- Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Υπηρεσία Συμβούλου Ψυχικής Υγείας, Α. Κατιδένιου, παιδοψυχίατρος.
- Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Συμβουλευτικό Κέντρο Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (ΣΚΕΠΙ), Βασιλική Σ. Παπαδιώτη-Αθανασίου, αναπληρώτρια καθηγήτρια ψυχολογίας.
- Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Κέντρο Συμβουλευτικής και Στήριξης Φοιτητών (ΚΣΣΦ), Μαρία Πλατσίδου, επίκουρη καθηγήτρια αναπτυξιακής ψυχολογίας.
- Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών, Κοινωνική-Συμβουλευτική Υπηρεσία, επιστημονικός υπεύθυνος Δρ. Αντώνιος Π. Καμμάς, αντιπρόεδρος ΤΕΙ Αθήνας.

- Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αντωνία Παπαστυλιανού, αναπληρώτρια καθηγήτρια κοινωνικής ψυχολογίας.
- Πανεπιστήμιο Κρήτης, Συμβουλευτικό Κέντρο, Ευάγγελος Καραδήμας, επίκουρος καθηγητής κλινικής ψυχολογίας της υγείας.

Οι συμμετέχουσες υπηρεσίες υπέβαλαν αίτημα στους προέδρους των τμημάτων του εκπαιδευτικού ιδρύματος στο οποίο ανήκαν, προκειμένου να λάβουν έγκριση για χορήγηση ερωτηματολογίων στα αμφιθέατρα παρουσία του διδάσκοντος καθηγητή, με τη σύμφωνη πάντα γνώμη του και κατόπιν συνεννοήσεως.

Στη συνέχεια οι ερευνητές εφοδιάστηκαν με βεβαιώσεις που πιστοποιούσαν τον ρόλο τους, τη διεξαγωγή και το θέμα της έρευνας, και οι οποίες δίνονταν στον διδάσκοντα της κάθε τάξης ή αμφιθεάτρου ώστε να πραγματοποιηθεί η χορήγηση. Τέλος, οι ερευνητές συγκέντρωσαν τα προγράμματα μαθημάτων του τρέχοντος εξαμήνου όλων των τμημάτων, για να είναι σε θέση να συγκροτήσουν το καθημερινό πρόγραμμα χορήγησης των ερωτηματολογίων της έρευνας.

Τα δεδομένα της έρευνας συλλέχθηκαν με ομαδική χορήγηση των ερωτηματολογίων στους χώρους διδασκαλίας της κάθε σχολής κατά την ώρα του διαλείμματος ή στα τελευταία 15 λεπτά της παράδοσης, μετά από συνεννόηση με τον εκάστοτε διδάσκοντα. Ο διδάσκων παρουσίαζε τους ερευνητές και παρέμενε στο αμφιθέατρο για να υποστηρίξει την όλη διαδικασία της χορήγησης.

Οι ερευνητές ενημέρωναν εν συντομία τους παριστάμενους φοιτητές για τον σκοπό και το θέμα της έρευνας, λέγοντάς τους ότι πρόκειται για μια έρευνα σχετικά με τη «διερεύνηση των ψυχικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές», χωρίς να τους δίνουν περαιτέρω λεπτομέρειες και πληροφορίες, προκειμένου να μην επηρεαστούν οι απαντήσεις των συμμετεχόντων. Απαντήσεις σε ερωτήσεις που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη χορήγηση των ερωτηματολο-

γίων δίνονταν μόνο μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας. Σημειώνεται επίσης ότι απαντήσεις στις ερωτήσεις των συμμετεχόντων έδιναν μόνο οι ερευνητές και όχι ο εκάστοτε διδάσκων.

Οι ερευνητές ενημέρωναν τους φοιτητές ότι η διαδικασία είναι έτσι σχεδιασμένη ώστε να διασφαλίζεται η ανωνυμία τους και ότι δεν υπάρχει κανένας τρόπος να συνδεθεί το όνομά τους με τις πληροφορίες που θα έδιναν. Τέλος, οι ερευνητές εξηγούσαν ότι η χορήγηση του ερωτηματολογίου δεν είναι υποχρεωτική και ότι όσοι δεν επιθυμούν να απαντήσουν θα πρέπει να παραμείνουν στην αίθουσα ασχολούμενοι με κάτι άλλο, προκειμένου να μη διαταραχθεί η διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων από μετακινήσεις κ.λπ.

Σε περίπτωση που οι παραπάνω προϋποθέσεις δεν τηρούνταν απαρέγκλιτα (π.χ. παρεμβάσεις από τον διδάσκοντα, έλλειψη χρόνου κ.λπ.) η χορήγηση διακοπτόταν, τα ερωτηματολόγια κηρύσσονταν άκυρα και η διαδικασία χορήγησης επαναλαμβανόταν.

Η χορήγηση των ερωτηματολογίων έγινε σε χρόνο που η εκάστοτε σχολή λειτουργούσε κανονικά (γίνονταν μαθήματα). Δεν πραγματοποιήθηκε χορήγηση κατά το διάστημα των εξεταστικών περιόδων ούτε κατά το διάστημα αμέσως πριν από αυτές (15 ημέρες), καθώς είναι αποδεδειγμένο ότι οι εξετάσεις αποτελούν ψυχοπιεστικό παράγοντα για τους φοιτητές. Για τη χορήγηση των κλιμάκων απαιτούνταν περίπου 30-40 λεπτά.

Η ανάγκη συνεννόησης με τον διδάσκοντα επηρέασε τη δειγματοληψία, καθώς παρατηρήθηκε σημαντικός αριθμός αρνήσεων από διδάσκοντες. Το ποσοστό επιστροφής συμπληρωμένων ερωτηματολογίων ήταν αρκετά υψηλό και έφτασε περίπου στο 80%, αφού από τη διαδικασία της δειγματοληψίας αποκώρηναν ή δεν δέχτηκαν να απαντήσουν και να συμμετάσχουν στην έρευνα 206 άτομα.

Στο τέλος της κάθε χορήγησης οι ερευνητές εξέφραζαν τις ευχα-

ριστίες τους στον διδάσκοντα και στους φοιτητές για τη συμμετοχή τους στην ερευνητική διαδικασία και τους γνωστοποιούσαν ότι θα μπορούσαν να ενημερωθούν για τα αποτελέσματα της έρευνας, αν το επιθυμούσαν, όταν αυτή θα ολοκληρωνόταν.

Κατά την ερευνητική διαδικασία δεν συλλέχθηκαν πληροφορίες που θα μπορούσαν να συνδεθούν καθ' οιονδήποτε τρόπο με συγκεκριμένα πρόσωπα. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν ανώνυμη και προαιρετική, και υπήρχε προηγούμενη γραπτή άδεια του προέδρου της σχολής-τμήματος. Ως «συγκατάθεση μετά από ενημέρωση» θεωρήθηκε η συναίνεση των φοιτητών να συμμετάσχουν στην έρευνα.

4.4. Οργανωτικά θέματα

Ο φορέας διεξαγωγής της έρευνας ήταν το Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Την επιστημονική ευθύνη της έρευνας είχε η καθηγήτρια κλινικής ψυχολογίας και διευθύντρια του Εργαστηρίου Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών Αναστασία Καλαντζή-Αζίζι.

Την οργανωτική ευθύνη είχαν οι Κώστας Ευθυμίου και Γιώργος Ευσταθίου, διδάκτορες κλινικής ψυχολογίας - ψυχοθεραπευτές, συνεργάτες του Εργαστηρίου Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών. Στην πιλοτική έρευνα συνεργάστηκαν οι ψυχολόγοι Κατερίνα Δουκάκη, Ειρήνη Δρακοπούλου, Βασιλική Κραββαρίτη και Ελένη Παδιατέλη.

Ευρήματα

Το προφίλ των φοιτητών που προσέφεραν δεδομένα παρουσιάζεται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Προφίλ των φοιτητών που προσέφεραν δεδομένα

	%	
Φύλο (% γυναικών)	59,7	
Οικογενειακή κατάσταση (% αγάμων)	96,7	
Δεν σπουδάζουν στον τόπο κατοικίας τους (% ναι)	54,3	
Οικονομική υποστήριξη από γονείς (% ναι)	90,1	
Γονείς χωρισμένοι ή σε διάσταση (% ναι)	18,8	
Θάνατος γονέα (% ναι)	4,4	
Σοβαρά προβλήματα υγείας (% ναι)	6,3	
Συνεργασία με ειδικό ψυχικής υγείας (% ναι)	5,5	
	<i>M</i>	<i>(S.D.)</i>
Ηλικία	20,26	(1,87)
Βαθμολογία προηγούμενου εξαμήνου	7,22	(1,26)
Σειρά προτίμησης σχολής φοίτησης	4,00	(5,75)
Σειρά γέννησης	1,61	(0,74)
Αριθμός αδελφών	1,29	(0,79)

Προκειμένου να διερευνηθούν οι διαφορές ως προς το φύλο, το έτος σπουδών και τις σπουδές μακριά από τον μόνιμο τόπο κατοικίας, τα δεδομένα υποβλήθηκαν σε πολυπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης (full factorial MANOVA), με εξαρτημένες μεταβλητές τον γενικό

δείκτη του GHQ-28 (βαθμολόγηση Likert), τον γενικό δείκτη του SCL-90-R και τον δείκτη του CES-D. Επειδή παρατηρήθηκε ελαφρά θετική ασυμμετρία, χρησιμοποιήθηκε η τετραγωνική ρίζα των εξαρτημένων μεταβλητών.

Στατιστικώς σημαντικές βρέθηκαν οι κύριες επιδράσεις του φύλου (Wilks' Lambda=0,97, $F(3, 3742) = 36,30, p < 0,001$), του έτους (Wilks' Lambda=0,99, $F(9, 9107,19) = 2,83, p < 0,01$) και του τόπου σπουδών (Wilks' Lambda=0,99, $F(3, 3742) = 7,44, p < 0,01$), ενώ η μόνη στατιστικώς σημαντική αλληλεπίδραση ήταν αυτή του τόπου σπουδών με το φύλο (Wilks' Lambda=0,99, $F(3, 3742) = 4,31, p < 0,01$).

Κατά τις μονοπαραγοντικές αναλύσεις διακύμανσης (ANOVA) που ακολούθησαν για καθεμιά από τις τρεις εξαρτημένες μεταβλητές, μόνο η κύρια επίδραση του φύλου βρέθηκε στατιστικώς σημαντική και για τους δείκτες των τριών κλιμάκων: CES-D ($F(1, 3744) = 38,16, p < 0,001$), GHQ-28 ($F(1, 3744) = 36,68, p < 0,001$) και SCL-90-R ($F(1, 3744) = 108,22, p < 0,001$). Οι άλλες δύο κύριες επιδράσεις βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές μόνο για το GHQ-28: έτος σπουδών ($F(3, 3744) = 5,03, p < 0,01$), τόπος σπουδών ($F(1, 3744) = 9,94, p < 0,01$). Στατιστικώς σημαντική μόνο για το GHQ ήταν και η αλληλεπίδραση του τόπου σπουδών με το φύλο ($F(1, 3744) = 10,18, p < 0,01$).

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι για τις διάφορες κύριες επιδράσεις και αλληλεπιδράσεις που εντοπίστηκαν. Οι μέσοι όροι είναι εκφρασμένοι στις αρχικές κλίμακες του κάθε ερωτηματολογίου και όχι στις μετατροπές που χρησιμοποιήθηκαν κατά τις αναλύσεις προκειμένου να διευκολυνθεί η ερμηνεία τους. Οι άνδρες βρέθηκαν να σημειώνουν χαμηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις περιπτώσεις. Ως προς το έτος φοίτησης, κατά τις εκ των υστέρων κατά ζεύγη συγκρίσεις

με το κριτήριο Tukey HSD, οι φοιτητές του πρώτου έτους βρέθηκαν να διαφοροποιούνται σημαντικά από τους τελειόφοιτους φοιτητές, χωρίς να παρατηρούνται διαφορές μεταξύ των υπόλοιπων ετών φοίτησης. Τέλος, ενδιαφέρον παρουσιάζει η αλληλεπίδραση φύλου και σπουδών στον τόπο μόνιμης διαμονής, όπου, ενώ στις γυναίκες δεν φαίνεται να υπάρχει διαφοροποίηση, οι άνδρες που φοιτούν στον τόπο μόνιμης κατοικίας τους δείχνουν να συγκεντρώνουν υψηλότερες βαθμολογίες.

Πίνακας 2. Διαφορές ως προς το φύλο, το έτος σπουδών και τις σπουδές στον τόπο μόνιμης κατοικίας

<i>Επιδράσεις</i>	<i>M</i>	<i>(S.D.)</i>
Φύλο		
Άνδρες (GHQ-28)	17,58	(8,27)
Γυναίκες (GHQ-28)	19,12	(8,64)
Άνδρες (CES-D)	13,58	(7,77)
Γυναίκες (CES-D)	15,29	(8,54)
Άνδρες (SCL-90-R)	0,60	(0,36)
Γυναίκες (SCL-90-R)	0,72	(0,39)
Έτος (GHQ-28)		
1ο	17,93	(8,84)
2ο	18,63	(8,47)
3ο	18,40	(8,38)
4ο	19,05	(8,38)
Σπουδές στον τόπο μόνιμης κατοικίας (GHQ-28)		
Άνδρας - Ναι	18,46	(8,31)
Γυναίκα - Ναι	19,20	(8,51)
Άνδρας - Όχι	16,80	(8,21)
Γυναίκα - Όχι	19,08	(8,77)

Το ποσοστό των δυνητικών περιπτώσεων κυμαίνεται από 18,3% έως 40,7% ανάλογα με τον δείκτη που χρησιμοποιείται, ενώ σε όλους τους δείκτες οι γυναίκες εμφάνιζαν υψηλότερα ποσοστά δυνητικών περιπτώσεων από τους άνδρες (βλ. Πίνακα 3). Υπενθυμίζεται ότι τα ποσοστά δυνητικών περιπτώσεων έχουν υπολογιστεί αφού εξαιρέθηκαν περιπτώσεις βάσει των δεικτών εγκυρότητας του SCL-90-R, όπως περιγράφεται στην ενότητα 2.1.

Πίνακας 3. Δυνητικές περιπτώσεις

Δείκτης	Άνδρες(%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
SCL-90-R	13,7	21,3	18,3
CES-D-21	18,1	25,2	22,3
GHQ-28	27,4	32,7	30,6
CES-D-16	36,9	43,3	40,7

Το ποσοστό των δυνητικών περιπτώσεων αποθάρρυνσης με χρήση ουδού το 16 στην κλίμακα CES-D εμφανίζεται 42,6% για τους άνδρες και 51,4 % για τις γυναίκες (βλ. Πίνακα 4). Σε ανάλογες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν το 1990 σε φοιτητές του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, οι γυναίκες εμφάνιζαν επίσης υψηλότερα ποσοστά δυνητικών περιπτώσεων (49%) από τους άνδρες (29%). Σε πρόσφατη έρευνα από το ίδιο πανεπιστήμιο (Παπαδιώτη-Αθανασίου & Δαμίγος, 2003) οι φοιτήτριες παρουσίαζαν υψηλότερα ποσοστά αποθάρρυνσης σε σύγκριση με τα αποτελέσματα που είχαν σημειώσει στην προηγούμενη έρευνα φοιτητές του ίδιου πανεπιστημίου (Ναυρίδης και συν., 1990), με τους μεν άνδρες να αξιολογούνται σε ποσοστό 38,5% ως δυνητικές περιπτώσεις, τις δε γυναίκες σε ποσοστό 55,8%.

**Πίνακας 4. Δυνητικές περιπτώσεις βάσει του CES-D
με ουδό το 16 σε τρεις έρευνες σε φοιτητικό πληθυσμό**

	Πανελλήνια 2005-2007 N=4.533	Ιωάννινα 1990 N=243	Ιωάννινα 2003 N=675
Άνδρες	42,6%	29%	38,5%
Γυναίκες	51,4%	49%	55,8%
Σύνολο	47,9%	39,2%	50,47%

Σημείωση: Τα ποσοστά για την πανελλήνια έρευνα έχουν υπολογιστεί χωρίς να εξαιρεθούν περιπτώσεις βάσει των δεικτών εγκυρότητας του SCL-90-R, προκειμένου να είναι συγκρίσιμα με αυτά των άλλων ερευνών.

Σε πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Ευθυμίου (2007), στην οποία συμμετείχε το 10,5% όλων των οικογενειών ενός αθηναϊκού δήμου (N=738), διερευνήθηκαν τα ποσοστά κλινικών περιπτώσεων στις κλίμακες CES-D και GHQ. Βρέθηκε ποσοστό 28,4% κλινικών περιπτώσεων με χρησιμοποιούμενη ουδό το 16 και 15,4% με χρησιμοποιούμενη ουδό το 21 στην κλίμακα CES-D. Επίσης, στην κλίμακα GHQ βρέθηκε επικράτηση πιθανών κλινικών περιπτώσεων 27,4% με χρησιμοποιούμενη ουδό το 4/5. Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται συγκριτικά οι βασικοί επιδημιολογικοί δείκτες της πανελλήνιας έρευνας ψυχικής υγείας του φοιτητικού πληθυσμού και η αντίστοιχη της επιδημιολογικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε γενικό πληθυσμό. Το ποσοστό των δυνητικών περιπτώσεων κυμαίνεται από 25,1% έως 51,47% για τον φοιτητικό πληθυσμό και από 9% ως 32,4% για τον γενικό πληθυσμό ανάλογα με το δείκτη που χρησιμοποιείται, ενώ σε όλους τους δείκτες οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά δυνητικών περιπτώσεων από τους άνδρες.

**Πίνακας 5. Σύγκριση με γενικό πληθυσμό
(επιδημιολογική Μελισσίων)**

Δείκτης	Πανελλήνια 2005-2007			Μελίσσια (γενικός πληθυσμός)		
	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
GHQ-28	33,5	41,0	38,0	21,0	32,4	27,3
CES-D-21	25,1	33,9	30,4	9,0	20,5	15,4
CES-D-16	42,6	51,4	47,9	23,9	31,9	28,3

Σημείωση: Τα ποσοστά για την πανελλήνια έρευνα έχουν υπολογιστεί χωρίς να εξαιρεθούν περιπτώσεις βάσει των δεικτών εγκυρότητας του SCL-90-R, προκειμένου να είναι συγκρίσιμα με αυτά των άλλων ερευνών.

Εστιάζοντας στα στοιχεία που παρέχει η έρευνα του Ευθυμίου (2007), η οποία πραγματοποιήθηκε περίπου κατά την ίδια χρονική περίοδο που διενεργήθηκε και η έρευνά μας, φαίνεται ότι στις ηλικίες 20 έως 24 ετών οι φοιτητές παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά αποθάρρυνσης σε σύγκριση με τους νέους της έρευνας του αθηναϊκού δήμου. Ενώ το ποσοστό των δυνητικών περιπτώσεων στον φοιτητικό πληθυσμό κυμαίνεται από 25,1% έως 51,47%, στο δείγμα των νέων της επιδημιολογικής μελέτης των Μελισσίων, ανάλογα με τον δείκτη που χρησιμοποιείται, κυμαίνεται μεταξύ 25% και 50%, με τις γυναίκες να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά δυνητικών περιπτώσεων από τους άνδρες (βλ. Πίνακα 6).

**Πίνακας 6. Σύγκριση με νέους 20-24 ετών
(επιδημιολογική Μελλισίων)**

Δείκτης	Πανελλήνια 2005-2007			Μελίσσια (γενικός πληθυσμός)		
	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
GHQ - 28	33,5	41,0	38,0	38,7	50,0	41,9
CES-D - 21	25,1	33,9	30,4	25,0	30,8	26,5
CES-D - 16	42,6	51,4	47,9	47,2	46,2	46,9

Σημείωση: Τα ποσοστά για την πανελλήνια έρευνα έχουν υπολογιστεί χωρίς να εξαιρεθούν περιπτώσεις βάσει των δεικτών εγκυρότητας του SCL-90-R, προκειμένου να είναι συγκρίσιμα με αυτά των άλλων ερευνών.

Προκειμένου να εντοπιστούν πιθανοί παράγοντες επικινδυνότητας, τα δεδομένα υποβλήθηκαν σε ευθύγραμμες αναλύσεις παλινδρόμησης (stepwise linear regression). Πραγματοποιήθηκαν τρεις αναλύσεις: (α) με εξαρτημένη τον γενικό δείκτη του GHQ με τιμή ουδό το 4/5· (β) με μία εξαρτημένη μεταβλητή που δείχνει αν ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων του SCL-90-R ή δύο κλινικές κλίμακες έχουν T-τιμή μεγαλύτερη ή ίση του 63· και (γ) με εξαρτημένη τον δείκτη του CES-D με τιμή ουδό το 21. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν η ηλικία, η σειρά γέννησης, ο αριθμός των αδελφών, η κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι γονείς (αν είναι χωρισμένοι ή σε διάσταση), τυχόν θάνατος γονέα, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, η ύπαρξη σοβαρών προβλημάτων ψυχικής υγείας, η σειρά πρότιμης της σχολής φοίτησης και οι πηγές οικονομικής υποστήριξης. Όπου κρίθηκε απαραίτητο, έγινε χρήση ψευδομεταβλητών.

Πίνακας 7. Παράγοντες επικινδυνότητας

Δείκτης	Παράγοντες	adj. R ²
GHQ-28	Προβλήματα υγείας	0,003
SCL-90-R	Προβλήματα υγείας, διαζύγιο/διάσταση γονέων	0,002
CES-D	Προβλήματα υγείας, διαζύγιο/διάσταση γονέων, θάνατος γονέα	0,004

Τα αποτελέσματα των αναλύσεων παλινδρόμησης παρουσιάζονται στον Πίνακα 6. Παρότι οι τιμές του adj. R² είναι χαμηλές, σε όλες τις αναλύσεις η ύπαρξη σοβαρών προβλημάτων σωματικής υγείας εισήλθε στο μοντέλο, ενώ σε δύο από τις τρεις αναλύσεις εισήλθε στο μοντέλο η ύπαρξη διαζυγίου στη γονεϊκή οικογένεια ή η διάσταση των γονέων, ενώ μόνο για το CES-D εισήλθε στο μοντέλο ο θάνατος γονέα.

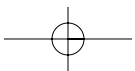
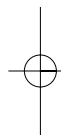
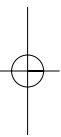
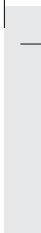
Τέλος, προκειμένου να διερευνηθούν οι ακαδημαϊκές επιπτώσεις, πραγματοποιήθηκαν μια σειρά από t-τεστ μεταξύ των φοιτητών που χαρακτηρίζονται ως δυνητικές περιπτώσεις σύμφωνα με το κάθε κριτήριο και των φοιτητών που δεν αποτελούν δυνητικές περιπτώσεις ως προς: (α) τον μέσο όρο βαθμολογίας του προηγούμενου εξαμήνου (βλ. Πίνακα 7) και (β) ως προς τον μέσο αριθμό χρωστούμενων μαθημάτων (βλ. Πίνακα 8). Οι αναλύσεις για το GHQ-28 και το CES-D τόσο για τη βαθμολογία όσο και για τον αριθμό μαθημάτων ήταν στατιστικώς σημαντικές ($p < 0,01$), ενώ για το SCL-90-R ήταν στατιστικώς σημαντική μόνο η ανάλυση για τη βαθμολογία προηγούμενου εξαμήνου ($p < 0,001$), αλλά όχι και για τον αριθμό χρωστούμενων μαθημάτων ($p > 0,05$).

**Πίνακας 8. Ακαδημαϊκές επιπτώσεις
– βαθμολογία προηγούμενου εξαμήνου**

Δείκτης	Δυσνητική περίπτωση		<i>p</i>
	Ναι (<i>M</i> βαθμολογίας)	Όχι (<i>M</i> βαθμολογίας)	
GHQ-28	7,11	7,29	0,01
SCL-90-R	7,00	7,27	0,001
CES-D	7,07	7,29	0,01

**Πίνακας 9. Ακαδημαϊκές επιπτώσεις
– αριθμός χρωστούμενων μαθημάτων**

Δείκτης	Δυσνητική περίπτωση		<i>p</i>
	Ναι (<i>M</i> βαθμολογίας)	Όχι (<i>M</i> βαθμολογίας)	
GHQ-28	5,35	4,70	0,01
SCL-90-R	5,30	4,83	σ.α.
CES-D	5,38	4,69	0,01



Κύρια ευρήματα - συμπεράσματα

6.1. Ποσοστό δυνητικών περιπτώσεων

Δυνητική περίπτωση (ανάλογα με το κριτήριο που χρησιμοποιείται) αποτελεί ο ένας στους τρεις με έναν στους πέντε φοιτητές. Το ποσοστό αυτό είναι αυξημένο κατά μιάμιση έως δύο φορές σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό και κρίνεται υψηλό. Ο φοιτητικός πληθυσμός έχει εντοπιστεί ως «ομάδα κινδύνου» για την εκδήλωση ψυχικών δυσκολιών και σε προηγούμενη έρευνα, όπου από ένα δείγμα φοιτητών 19-20 ετών μόλις το ένα τρίτο δήλωνε ότι δεν υπήρχαν σοβαρά προβλήματα στους περισσότερους τομείς (Καλαντζή-Αζίζι, 1987).

Στη δική τους έρευνα για το Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων οι Ναυρίδης και συνεργάτες (1990) αναφέρουν ότι το ποσοστό των φοιτητών με καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι τριπλάσιο από εκείνο του γενικού πληθυσμού ηλικίας 20-29 ετών (39,2% έναντι 12,2%, με σημείο διάκρισης τα 16 συμπτώματα στην κλίμακα CES-D) και ότι το ποσοστό των φοιτητών που εμφανίζει σοβαρή ή βαριά διαταραχή είναι τετραπλάσιο του γενικού πληθυσμού στην ίδια ηλικιακή ομάδα (19,2% έναντι 4,9%, με κριτήριο τα 10 και πλέον συμπτώματα στην κλίμακα Langner).

6.2. Επίδραση του φύλου

Μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των γυναικών που αποτελούν δυνητική πε-

ρίπτωση: μία στις πέντε έως μία στις τρεις φοιτήτριες σε σύγκριση με έναν στους έξι έως έναν στους τέσσερις φοιτητές (ανάλογα με το κριτήριο που χρησιμοποιείται). Το εύρημα της αναφοράς περισσότερων ψυχολογικών προβλημάτων από τις γυναίκες υποστηρίζεται από πολυάριθμες έρευνες σε φοιτητικό πληθυσμό τόσο στο εξωτερικό (Aherne, 1999. Footman & Lloyd, 1986. Lloyd & Musser, 1989. Notman, Salt, & Nadelson, 1984, Vitaliano, Maiuro, Russo, & Mitchell, 1989) όσο και στην Ελλάδα (Ναυρίδης και συν., 1990. Christopoulos και συν., 1997), αλλά και από έρευνες στον γενικό πληθυσμό (Μαδιανός, 1996. Weissman & Myers, 1978). Αυτή η διαφορά μεταξύ φύλων αποδίδεται κυρίως στους αντικρουόμενους ρόλους που καλούνται να αναλάβουν οι γυναίκες στη σύγχρονη κοινωνία (επαγγελματική ανέλιξη, παραδοσιακός γυναικείος ρόλος κ.λπ.), στοιχείο που έχει επιβεβαιωθεί και ερευνητικά σε φοιτητές της ιατρικής από τη Lloyd (1983).

Στη μελέτη του Μαδιανού και των συνεργατών του (1983α) σε δείγμα 1.574 ατόμων, κατοίκων δύο δήμων της Αθήνας, οι γυναίκες βρέθηκαν να εμφανίζουν υπερδιπλάσια ποσοστά σοβαρής διαταραχής από τους άνδρες (επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,001$), όπως προέκυψε από τη βαθμολογία τους στην κλίμακα CES-D. Όπως διαπιστώθηκε, οι γυναίκες (23,3 % κλινικών περιπτώσεων με χρησιμοποιούμενη ουδό το 16) υπερέιχαν από τους άνδρες (9,2% κλινικών περιπτώσεων με χρησιμοποιούμενη ουδό το 16) στην ύπαρξη συμπτωμάτων αποθάρρυνσης. Παρόμοιο ήταν το εύρημα και στη μελέτη επικράτησης ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων με τη χρήση της κλίμακας CES-D σε δείγμα αστικού και αγροτικού πληθυσμού (N=4083), όπου το 17,2% του συνολικού δείγματος σε εθνικό επίπεδο (23,4% των γυναικών και 9,6% των ανδρών) παρουσίαζε καταθλιπτικά συμπτώματα (Μαδιανός & Ζάρναρη, 1983).

Το 1984 διενεργήθηκε μια δεύτερη πανελλήνια επιτόπια συγχρο-

νική μελέτη από τον Μαδιανό και τους συνεργάτες του με θέμα τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες στην ψυχική υγεία και τη χρήση ουσιών (N=3.706). Η ανίχνευση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων έγινε με τις κλίμακες Langner και CES-D. Σύμφωνα με τη χρησιμοποιούμενο ουδό 16 της κλίμακας CES-D, το 15,4% των ανδρών και το 37,6% των γυναικών ενέπιπταν στην κατηγορία της καταθλιπτικής κατάστασης. Τα ποσοστά αυτά είναι σχετικά υψηλά, ειδικά για τις γυναίκες, αν συγκριθούν με εκείνα της πανελλήνιας έρευνας του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών (Μαδιανός & Ζάρναρη, 1983). Τα εν λόγω ποσοστά δεν αντιπροσωπεύουν κλινικές καταστάσεις, αλλά φαινόμενα αποθάρρυνσης συνεπεία των ψυχοπαιστικών κοινωνικών συνθηκών και γεγονότων ζωής, τοποθετώντας τα άτομα σε ομάδες «υψηλού κινδύνου» για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών.

Ακόμα και σε μελέτες επικράτησης των ψυχικών διαταραχών (Μαδιανός, 1986) βρέθηκε ότι περισσότερες γυναίκες του δείγματος από ό,τι άνδρες (24% έναντι 11,1%) θα μπορούσαν να θεωρηθούν άτομα με σοβαρή έκπτωση της ψυχικής τους υγείας παρουσιάζοντας προβλήματα λειτουργικότητας, εύρημα που εμφανίζεται και στην παρούσα μελέτη.

Σύμφωνα με τα ευρήματα των Μανρεας και συνεργατών (1986) από την επιτόπια μελέτη σε δείγμα 489 ενηλίκων, κατοίκων των Δήμων Αγίας Βαρβάρας και Χαϊδαρίου, το 8,6% των ανδρών και το 22,6% των γυναικών χαρακτηρίστηκαν ως κλινικές περιπτώσεις.

Το εύρημα της εν λόγω έρευνας επιβεβαιώνει μια άλλη επιτόπια μελέτη, που διεξήχθη το 1992 από τον Μουζά (1996) στην πόλη των Ιωαννίνων και σε 99 κοινότητες του νομού. Και σε αυτή τη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες Langner και CES-D. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες παρουσίαζαν υψηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας από τους άνδρες (25,8% και 15,8% αντίστοιχα).

Σύμφωνα με μια μελέτη που διεξήχθη από ψυχίατρο σε τυχαίο δείγμα 251 υπερηλίκων, ηλικίας 65 ετών και άνω, στους Δήμους Βύρωνα-Καισαριανής (Γουρνάς, Μαδιανός, & Στεφανής, 1986), βρέθηκαν περισσότερες ψυχικές διαταραχές (ελαφρές-σοβαρές διαταραχές) για τις γυναίκες (39,8%), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες ήταν 29,5%. Οι άνδρες επικράτησαν στην κατηγορία των μέτριων-σοβαρών διαταραχών με ποσοστό 19% έναντι 16,7% των γυναικών.

Σε μελέτη για τις στάσεις απέναντι στην ψυχική υγεία σε φοιτητικό πληθυσμό και στην κλίμακα GHQ οι γυναίκες βρέθηκαν να έχουν υψηλότερη συνολική βαθμολογία ($F(1,222)=5,48, p<0,05$), καθώς και υψηλότερη βαθμολογία στους παράγοντες «σωματοποίηση» και «άγχος» ($F(1,222)=8,30, p<0,01$) σε σύγκριση με τους άνδρες. Βρέθηκε ότι περίπου το 8% των φοιτητών αυτών διέτρεχαν υψηλό κίνδυνο να εκδηλώσουν ψυχικές διαταραχές (Christopoulos και συν., 1997). Στην παρούσα μελέτη το ποσοστό επί του συνόλου του δείγματος ήταν πιο αυξημένο. Αξίζει ωστόσο να αναφερθεί ότι στη συγκεκριμένη μελέτη το δείγμα αποτελούνταν από κατοίκους ενός δήμου της Αθήνας και όχι από φοιτητές.

Στον τομέα των εφήβων υπάρχει μια επιδημιολογική μελέτη σε μια ημιαστική περιοχή (Κοκκέβη και συν., 1986), στην οποία βρέθηκε ότι σχεδόν διπλάσιος αριθμός κοριτσιών εμφάνιζε ήπια ή σοβαρότερα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους συγκριτικά με τα αγόρια.

Το 1992 οι Κοκκέβη, Μαδιανού και Στεφανής πραγματοποίησαν πανελλήνια έρευνα του γενικού πληθυσμού σε δείγμα 3.752 ατόμων 12-64 ετών. Με εφαρμογή του κριτηρίου της κλίμακας CES-D τη βαθμολογία 16 και άνω, τα ποσοστά στην κατηγορία αυτή έφτασαν στο 16,8%. Και στη συγκεκριμένη μελέτη οι γυναίκες εμφάνισαν υπερδιπλάσια ποσοστά (22,80%) σε σχέση με τους άνδρες (10,40%). Στην πιο πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα από

τον Ευθυμίου (2007), και στην οποία συμμετείχε το 10,5% όλων των οικογενειών ενός αθηναϊκού δήμου (N=738), διαπιστώθηκε επικράτηση κλινικών περιπτώσεων σε ποσοστό 28,4% με χρησιμοποιούμενη ουδό το 16, με τις γυναίκες να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά (31,9%) έναντι των ανδρών (23,9%), και 15,4% με χρησιμοποιούμενη ουδό το 21 στην κλίμακα CES-D, με τις γυναίκες να εμφανίζουν υπερδιπλάσια ποσοστά (20,48%) σε σχέση με τους άνδρες (9%). Επίσης, στην κλίμακα GHQ βρέθηκε επικράτηση πιθανών κλινικών περιπτώσεων σε ποσοστό 27,4% (32,4% για τις γυναίκες και 21% για τους άνδρες) με χρησιμοποιούμενη ουδό το 4/5.

Στην ξενόγλωσση αρθρογραφία και βιβλιογραφία οι γυναίκες συγκεντρώνουν επίσης υψηλότερη βαθμολογία σε ψυχοπαθολογικά συμπτώματα. Γενικότερα, οι μελέτες της δεκαετίας του 1970 στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ έδειξαν ότι ένα ποσοστό 4% έως 8% των ανδρών και 8% έως 15% των γυναικών από τον γενικό πληθυσμό παρουσίασαν συμπτώματα διαταραχής της ψυχικής τους υγείας (Stationary Office, Dublin, 1984).

Μία από τις σημαντικότερες προσπάθειες διερεύνησης του επιπέδου ψυχικής υγιεινής στην κοινότητα αποτέλεσε η έρευνα του Camberwell στην Αγγλία (Bebbington και συν., 1981). Σ' αυτήν διαπιστώθηκε ότι το 10,9% του δείγματος παρουσίαζε ψυχικές διαταραχές, με ποσοστό 6,1% για τους άνδρες και 14,9% για τις γυναίκες.

Αξίζει να σημειωθεί επίσης ότι σε μελέτες επικράτησης οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σύγκριση με τους άνδρες (Piccinelli & Wilkinson, 2000. Ayuso-Mateos και συν., 2001. Araya και συν., 2001).

Η συνολική επικράτηση της καταθλιπτικής διαταραχής βρέθηκε 8,56% και ειδικότερα 10,05% για τις γυναίκες και 6,61% για τους άνδρες (Ayuso-Mateos και συν., 2001). Στην παρούσα μελέτη το αντί-

στοιχο ποσοστό για τη συνολική επικράτηση ήταν μεγαλύτερο, αν και η σύγκριση αυτή γίνεται με επιφύλαξη, καθώς στις δύο μελέτες δεν χρησιμοποιήθηκε η ίδια κλίμακα μέτρησης.

Η μελέτη των Schmitz και συνεργατών (1999) έδειξε υψηλότερη βαθμολογία για τις γυναίκες ($F(1,140)=1,91, p<0,05$) στην κλίμακα GHQ σε σύγκριση με τους άνδρες. Παρόμοιο εύρημα προέκυψε σε βορειοϊρλανδική μελέτη επικράτησης ως προς το φύλο αναφορικά με τη βαθμολογία του GHQ (McConnell και συν., 2002).

Σε επιδημιολογική μελέτη των Lehtinen και συνεργατών (1985), σε φινλανδικό πληθυσμό ηλικίας 30 ετών και άνω, διερευνήθηκε η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών με τη χρήση της κλίμακας GHQ. Το ποσοστό της συνολικής επικράτησης των ψυχικών διαταραχών ήταν 17,4%, (14,8% για τους άνδρες και 19,5% για τις γυναίκες). Η μεγαλύτερη επικράτηση παρατηρήθηκε στην ηλικιακή ομάδα 50-65 ετών. Η συνολική επικράτηση στην παρούσα μελέτη ήταν πιο αυξημένη σε σύγκριση με τα ευρήματα της προαναφερθείσας, αλλά και στις δύο βρέθηκαν υψηλότερα ποσοστά για τις γυναίκες από ό,τι για τους άνδρες.

Στην επιδημιολογική μελέτη των Ford και συνεργατών (1982), σε 3.389 άτομα στην ανατολική Βαλτιμόρη, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα GHQ για την ανίχνευση των κλινικών περιπτώσεων. Οι ερευνητές ψυχίατροι εξέτασαν 810 άτομα του δείγματος και διέγνωσαν σε αυτά κάποια ψυχική διαταραχή, προκειμένου η διάγνωση αυτή να συγκριθεί με τα αποτελέσματα της κλίμακας. Βρέθηκε ότι 102 υποκείμενα εμφάνιζαν κάποια διαταραχή σύμφωνα με το *DSM-III*, την τρίτη έκδοση του *Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών* (American Psychiatric Association, 1980), η οποία μπορούσε να ανιχνευθεί με την κλίμακα GHQ. Το 82% των ατόμων που είχαν διαγνωστεί ως «κλινικές περιπτώσεις» και είχαν δεχτεί εξειδικευμένη βοήθεια από ειδικό, καθώς και το 52% των ατόμων που είχαν δια-

γνωστεί ως «κλινικές περιπτώσεις» και είχαν λάβει γενική βοήθεια από ειδικό παρουσίαζαν υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα GHQ· υψηλή βαθμολογία στην ίδια κλίμακα σημείωσε επίσης το 38% των ατόμων που είχαν διαγνωστεί ως κλινικές περιπτώσεις και δεν είχαν λάβει καμιά βοήθεια από ειδικό. Τα άτομα που έφεραν κάποια διάγνωση και είχαν χρησιμοποιήσει πρόσφατα μια υπηρεσία υγείας παρουσίαζαν υψηλότερα ποσοστά σοβαρής παρά ήπιας κατάθλιψης. Το εύρημα αυτό ενδέχεται να αντικατοπτρίζει την υψηλότερη ευαισθησία της κλίμακας GHQ ως προς την ανίχνευση ψυχιατρικών διαταραχών σε άτομα που χρησιμοποιούν κάποια υπηρεσία υγείας παρά σε άτομα που δεν κάνουν χρήση τέτοιου είδους υπηρεσιών. Στην παρούσα μελέτη αυτή η συσχέτιση δεν διερευνήθηκε, αλλά παρατίθενται τα ευρήματα για να καταδειχθούν η υψηλή ευαισθησία της κλίμακας και η χρησιμότητα της εφαρμογής της σε επιδημιολογικές μελέτες.

Σε μελέτη των Furukawa και συνεργατών (2006) στην Ιαπωνία διερευνήθηκαν τα ποσοστά κατάθλιψης σε 591 άτομα, τα οποία αποτελούσαν αντιπροσωπευτικό δείγμα ασθενών που επισκέπτονταν για πρώτη φορά μια ψυχιατρική κλινική. Ανάμεσα στις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν για τις μετρήσεις ήταν η CES-D και η GHQ. Όπως διαπιστώθηκε, και οι δύο κλίμακες είχαν την ίδια δυνατότητα ανίχνευσης των μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων. Και η συγκεκριμένη μελέτη επιβεβαιώνει την ευαισθησία των κλιμάκων αυτών και τη σπουδαιότητα της χρήσης τους σε επιδημιολογικές και άλλου είδους μελέτες.

6.3. Αύξηση του ποσοστού δυνητικών περιπτώσεων

Το ποσοστό των φοιτητών που αποτελούν δυνητικές περιπτώσεις έχει αυξηθεί περισσότερο από 10% τα τελευταία 15 χρόνια. Πολλοί συγ-

γραφείς (Madianos, Gefou-Madianou, & Stefanis, 1994. Madianos & Stefanis, 1992. Madianos, Gournas, & Stefanis, 1992), λαμβάνοντας υπόψη τις έρευνες του 1978 και του 1984 και συνυπολογίζοντας κι άλλα στοιχεία, όπως τη χρήση ψυχοφαρμάκων, την αύξηση των αυτοκτονιών κ.ά., υποστηρίζουν ότι υπάρχει μια σαφής αυξητική τάση στην επικράτηση της κατάθλιψης στην Ελλάδα.

6.4. Επιβάρυνση κατά την είσοδο και την έξοδο από την τριτοβάθμια εκπαίδευση

Τα δεδομένα υποδεικνύουν μικρή επιβάρυνση κατά την είσοδο στην τριτοβάθμια εκπαίδευση και μεγαλύτερη κατά την έξοδο. Το φαινόμενο αυτό είναι πιθανό να σχετίζεται με τον προβληματισμό για τις επαγγελματικές προοπτικές (έλλειψη πληροφόρησης για επαγγελματικές προοπτικές, έλλειψη επαγγελματικού προσανατολισμού, ανασφάλεια για την επαγγελματική αποκατάσταση, προβληματισμός από την απαξίωση του πτυχίου και των σπουδών), ο οποίος είναι εντονότερος για τους φοιτητές των μεγαλύτερων ετών (Ευσταθίου, Ευθυμίου, & Καλαντζή-Αζίζι, 2003).

Ανασκοπώντας προηγούμενες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στον ελληνικό χώρο από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, η Μαλικιώση-Λοϊζου (1989) αναφέρει παρόμοια ευρήματα για το σύνολο των νέων ηλικίας 20 έως 24 ετών, και μάλιστα παραθέτει στοιχεία που υποδεικνύουν ότι ο προβληματισμός αυτός δεν είναι μόνο χαρακτηριστικός των νέων της χώρας μας αλλά και των νέων άλλων χωρών. Σύμφωνα όμως με την Καλαντζή-Αζίζι (1987), το πρόβλημα είναι πιο έντονο για τους Έλληνες νέους, από τους οποίους το 31% πιστεύει ότι είναι «πολύ πιθανό» να αναζητήσει δουλειά τα επόμενα δύο

χρόνια χωρίς να τα καταφέρει και το 54% αναφέρει ότι κάτι τέτοιο «μπορεί να συμβεί» (τα αντίστοιχα ποσοστά για το σύνολο των Ευρωπαίων νέων ήταν 20% και 31%). Ειδικά για τους φοιτητές, η διαπίστωση της Καλαντζή-Αζίζι (1987), ότι «οι φοιτητές βρίσκονται σε μια φάση όπου βάζουν τις βάσεις για το μελλοντικό τους επάγγελμα και την απώτερη εξέλιξη της ζωής τους, αλλά η πραγματικότητα τους φοβίζει», επιβεβαιώνεται και από τα επίσημα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 1997). Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά, η ανεργία των αποφοίτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ηλικίας 25 έως 34 ετών στην Ελλάδα είναι η τρίτη υψηλότερη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μετά την Ισπανία και την Ιταλία, και κυμαίνεται στο 11%. Επιπλέον, από τα ίδια στοιχεία προκύπτει ότι στις τρεις αυτές μεσογειακές χώρες, αλλά και στην αγορά εργασίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης συνολικά, η κατοχή ενός τίτλου σπουδών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης δεν αρκεί για να εξασφαλίσει μια θέση εργασίας ανάλογη με το εκπαιδευτικό επίπεδο, ιδίως για τους νέους ηλικίας 25 έως 34 ετών.

Τέλος, σημαντικό κρίνεται το εύρημα ότι οι φοιτητές των μικρότερων ετών αναφέρουν μεν συχνότερα προβλήματα προσαρμογής, αλλά αυτό δεν ισχύει για το σύνολο των ψυχολογικών προβλημάτων. Το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται σε αντίθεση με τις διαπιστώσεις της έρευνας του Ryle (1971, παρατίθεται στο O'Mahony & O'Brien, 1980), ο οποίος αναφέρει ότι «οι ψυχιατρικές παθήσεις, ιδιαίτερα οι πιο σοβαρές μορφές τους, είναι πιο συχνές στο πρώτο έτος του πανεπιστημίου – απόδειξη ότι η μετάβαση στο πανεπιστήμιο είναι η πλέον τραυματική εμπειρία». Ανάλογα ευρήματα με αυτά της παρούσας έρευνας όμως αναφέρονται τόσο σε έρευνες όπου η ψυχοπαθολογία των φοιτητών διερευνήθηκε με τη χρήση ψυχομετρικών κλιμάκων (Lloyd & Musser, 1989) όσο και σε μελέτες των χαρακτηριστικών των φοιτητών που έκαναν χρήση της ψυχολογικής υπηρε-

σίας (Ευθυμίου, 1999. Ο'Mahony & Ο'Brien, 1980). Το πόσο τραυματική είναι η εμπειρία της εισόδου στην τριτοβάθμια εκπαίδευση διαμεσολαβείται προφανώς από τα χαρακτηριστικά του εκπαιδευτικού συστήματος: φαίνεται ότι η χαλαρή ένταξη των φοιτητών στο ελληνικό πανεπιστήμιο αποτελεί ψυχοπροφυλακτικό παράγοντα, κάτι το οποίο διαπιστώνεται και από προηγούμενες έρευνες (Ευσταθίου, Ευθυμίου, & Καλαντζή-Αζίζι, 2003).

6.5. Διαμονή μακριά από τον τόπο μόνιμης κατοικίας

Η διαμονή μακριά από τον τόπο μόνιμης κατοικίας βρέθηκε να μην επιβαρύνει την ψυχική υγεία. Φαίνεται δηλαδή ότι αυτός καθαυτός ο πειραματισμός που έχει να κάνει με τη διαμονή μακριά από τη γονεϊκή εστία δεν έχει τόσο σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις, άποψη που υποστηρίζεται και από τα ευρήματα των Ο'Mahony και Ο'Brien (1980).

Παρόμοια ευρήματα αναφέρουν οι Καλαντζή-Αζίζι, Μπεζεβέγκης και Γιαννίτσας (1989) σε έρευνά τους σε 439 μετέφηβους ηλικίας 19 έως 23 ετών, όπου καταδεικνύεται και η σχέση μεταξύ ανεξαρτητοποίησης και ψυχικής υγείας. Στην έρευνα αυτή διαπιστώθηκε ότι οι εργαζόμενοι νέοι είχαν περισσότερα προβλήματα ανεξαρτητοποίησης από τους φοιτητές (το εύρημα ίσχυε μόνο για τους άνδρες), γεγονός που θεωρήθηκε αποτέλεσμα της απότομης ενηλικίωσης στην οποία εξαναγκάζονται οι εργαζόμενοι νέοι. Επιπλέον, το αν ο νέος (ανεξαρτήτως αν είναι φοιτητής ή εργαζόμενος) διέμενε μόνος ή με την οικογένειά του δεν φάνηκε να επιδρά σημαντικά στην ανεξαρτητοποίησή του, εύρημα το οποίο αποδόθηκε στην πολύ μεγάλη δύναμη των οικογενειακών δεσμών στην Ελλάδα, που επιτρέπει στην οικογένεια να ασκεί επιρροή ακόμα και όταν οι νέοι ζουν μακριά από αυτήν.

Σχετική είναι η άποψη του Cooper (1997), ο οποίος παρατηρεί ότι η εγκατάλειψη της οικογενειακής εστίας είναι λιγότερο σημαντική από την εσωτερική ψυχολογική κατάσταση του ατόμου: «Ένας νέος ενήλικος, που έχει φύγει από το σπίτι του και τηλεφωνεί δύο μόνο φορές την εβδομάδα στους γονείς του για συμβουλές και οικονομική βοήθεια, μπορεί να είναι πολύ λιγότερο αυτόνομος από έναν συνομήλικό του ο οποίος κατοικεί με τους γονείς του, αλλά είναι οικονομικά ανεξάρτητος και δρα σύμφωνα με τις επιθυμίες του». Την ίδια διαπίστωση κάνει και η Μαλικιώση-Λοϊζου (1989), η οποία αναφέρει ότι η περίοδος προς την ενηλικίωση παρατείνεται για όσο διάστημα ο φοιτητής εξαρτάται οικονομικά και συναισθηματικά από την οικογένειά του, καθ' όσον, αν και η βιολογική ωρίμαση έχει επέλθει, ο νέος δεν θεωρείται ακόμα ενήλικας από κοινωνική άποψη.

Τα παραπάνω ευρήματα θα μπορούσαν να εξηγηθούν από την *εσπική θεωρία*, την οποία εισήγαγαν το 1974 οι Coleman και Hendry (παρατίθεται στο Hayes, 1998). Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, η εφηβεία σχετίζεται με ένα ευρύ φάσμα αναπτυξιακών καθηκόντων. Καθώς το άτομο διανύει τη συγκεκριμένη αναπτυξιακή φάση, η προσοχή του εστιάζεται σε διαφορετικές πλευρές των αλλαγών που συντελούνται στις διάφορες χρονικές στιγμές. Αν επικεντρώνεται σε ένα θέμα κάθε φορά και το αντιμετωπίζει μεμονωμένα, το άτομο θα είναι σε θέση να χειριστεί τις αλλαγές της εφηβείας χωρίς να εξουθενωθεί από τις κρίσεις και τις ψυχικές εντάσεις που επιφέρουν οι αλλαγές οι οποίες συμβαίνουν ταυτόχρονα. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συνεπώς έρχονται σε αντίθεση με την άποψη ότι οι φοιτητές, μη έχοντας ολοκληρώσει τους αναπτυξιακούς στόχους που αντιμετώπισαν οι συνομήλικοί τους, παραμένουν για μεγαλύτερο διάστημα με ασαφή ταυτότητα και έτσι είναι περισσότερο ευάλωτοι στις αναπτυξιακές κρίσεις (Clara, 1998. Valerio, 1997).

6.6. Ακαδημαϊκές επιπτώσεις στη βαθμολογία

Το εύρημα σχετικά με τις επιπτώσεις του γενικού επιπέδου ψυχικής υγείας στην ακαδημαϊκή επίδοση επιβεβαιώνει τη μεγάλη σημασία της ψυχολογικής συμβουλευτικής φοιτητών. Ο φοιτητικός πληθυσμός, εκτός του ότι διανύει μια δύσκολη αναπτυξιακή φάση σε ένα απαιτητικό περιβάλλον και βρίσκεται σε μια ηλικιακή περίοδο κατά την οποία μπορεί να εκδηλώσει ποικίλες σοβαρές ψυχικές παθήσεις, καλείται επιπλέον να προσαρμοστεί επιτυχώς σε ένα νέο ακαδημαϊκό περιβάλλον. Η ψυχολογική συμβουλευτική βοηθά όχι μόνο να αντιμετωπιστούν τα τρέχοντα προβλήματα των φοιτητών και να προληφθούν κάποιες ψυχολογικές διαταραχές που δεν θα περιοριστούν μόνο στη διάρκεια της φοίτησής τους στο πανεπιστήμιο, αλλά και να προαχθεί η ένταξη των φοιτητών στην τριτοβάθμια εκπαίδευση και παράλληλα να βελτιωθεί η ακαδημαϊκή τους επίδοση.

6.7. Συμπεράσματα

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η γενική διερεύνηση του επιπέδου ψυχικής υγείας του φοιτητικού πληθυσμού και η εξαγωγή ενός πλαισίου περαιτέρω διερεύνησης.

Συνοψίζοντας, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι τα ευρήματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνουν την εξαιρετική σημασία της ψυχολογικής συμβουλευτικής φοιτητών. Ο φοιτητικός πληθυσμός δεν διανύει απλώς μια δύσκολη αναπτυξιακή φάση σε ένα απαιτητικό περιβάλλον, αλλά βρίσκεται και σε ηλικιακή περίοδο κατά την οποία εκδηλώνονται διάφορες σοβαρές ψυχικές παθήσεις. Αυτό καταδεικνύεται από τα αυξημένα ποσοστά των δυνητικών περιπτώσεων σε σχέση με

τον γενικό πληθυσμό, τα οποία μάλιστα παρουσιάζουν αυξητική τάση κατά τα τελευταία 15 χρόνια. Η ψυχολογική συμβουλευτική επιτρέπει να αντιμετωπιστούν τα τρέχοντα προβλήματα των φοιτητών και να προληφθούν ψυχολογικές διαταραχές οι οποίες δεν εμφανίζονται μόνο κατά το χρονικό διάστημα της φοίτησης στο πανεπιστήμιο, αλλά και μετά από αυτό. Βεβαίως, η ψυχολογική συμβουλευτική δεν είναι αρκετή για να λύσει όλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές. Εξίσου σημαντική κρίνεται η συμβολή των γραφείων διασύνδεσης για τα προβλήματα που σχετίζονται με τις επαγγελματικές προοπτικές, καθώς προς το τέλος των προπτυχιακών σπουδών παρατηρείται επιβάρυνση της ψυχικής υγείας.

Στην αξιολόγηση των ευρημάτων της παρούσας έρευνας θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η διαδικασία συλλογής των δεδομένων που ακολουθήθηκε. Η χορήγηση του ερωτηματολογίου έγινε ομαδικά στα αμφιθέατρα και πιθανώς με τη μέθοδο αυτή να αποκλείστηκαν από το δείγμα οι φοιτητές που δεν παρακολουθούν τακτικά τις παραδόσεις. Θα μπορούσε βέβαια να υποστηριχθεί ότι οι φοιτητές που δεν εκπροσωπήθηκαν είναι λιγότερο πιθανό να κάνουν χρήση του Συμβουλευτικού Κέντρου Φοιτητών (παρότι είναι πιθανό να μη φοιτούν λόγω ψυχολογικών προβλημάτων), θα είχε ωστόσο ιδιαίτερο ενδιαφέρον η διερεύνηση των χαρακτηριστικών τους και η διαμόρφωση κάποιας παρέμβασης για την προσέλευσή τους στο πανεπιστήμιο.

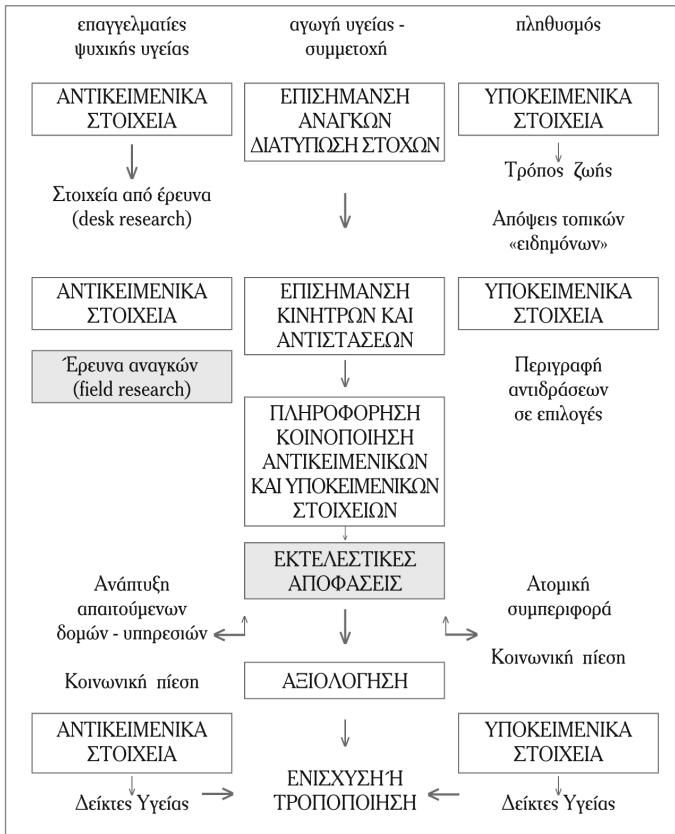
Κατά τη γνώμη μας, οδηγός για την αξιοποίηση αυτών των ευρημάτων είναι η βασική αρχή της Χάρτας της Οτάβα του Καναδά, μιας διακήρυξης την οποία υπέγραψαν όλα τα μέλη των Ηνωμένων Εθνών. Σύμφωνα με αυτήν, ο πυρήνας της επίτευξης της προαγωγής υγείας είναι το τρίπτυχο «διευκολύνω - μεσολαβώ - υποστηρίζω», με την ενίσχυση της κοινοτικής δράσης (ακτιβισμού) και τη διαμόρφωση υποστηρικτικού περιβάλλοντος, τον αναπροσανατολισμό των υπηρεσιών

υγείας, παράλληλα με τη διαμόρφωση μιας κοινοτικής κοινωνικής πολιτικής που να στοχεύει στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας (βλ. Σχήμα 1).

Σύμφωνα με τη Modolo (1982), η διαδικασία της συμμετοχής των επαγγελματιών στην επίλυση των προβλημάτων υγείας μιας κοινότητας και στην προαγωγή της υγείας επιτυγχάνεται με τη σταδιακή οργάνωση ενός μοντέλου με ιεραρχημένη δομή. Η παρέμβαση ξεκινά από την *επισήμανση των αναγκών και τη διατύπωση των στόχων με τη χρήση των επιδημιολογικών μεθόδων και τη χρήση αντικειμενικών στοιχείων, σε αντίθεση με τα υποκειμενικά στοιχεία του εκάστοτε πληθυσμού-στόχου*. Με την επισήμανση των κινήτρων αλλά και των αντιστάσεων οι επαγγελματίες της υγείας προχωρούν στην κοινοποίηση των πληροφοριών-στοιχείων και στον σχεδιασμό των αποφάσεων. Τέλος, η αξιολόγηση συμπληρώνει τη διαδικασία με την ενίσχυση ή την τροποποίηση του προγράμματος, όπου τα υποκειμενικά στοιχεία του πληθυσμού μετατρέπονται σε αντικειμενικά, μετρούνται και αποτελούν τους δείκτες υγείας (Καλαντζή-Αζίζι & Ευθυμίου, 2006).

Ακολουθώντας την αρχή της Χάρτας της Οτάβα ως καθιερωμένης πρακτικής στη συνείδηση των κοινοτικών κλινικών ψυχολόγων (Καλαντζή-Αζίζι, 2002), εδώ και μια δεκαπενταετία τα συμβουλευτικά κέντρα των ελληνικών πανεπιστημίων, αργά και μεθοδικά, συνέδεσαν τα υποκειμενικά δεδομένα που συνέλεξαν με αντικειμενικά στοιχεία προερχόμενα από έρευνες αναγκών που διεξήγαν κατά τη δεκαετία του 1990. Τα στοιχεία αυτά (ζητήματα που απασχολούν τους φοιτητές γενικώς, προβλήματα που αντιμετωπίζουν ή αντιμετώπισαν οι φοιτητές προσωπικά, πρόθεση συνεργασίας με ειδικό του συμβουλευτικού κέντρου φοιτητών, δραστηριότητες που πρέπει να έχει ένα συμβουλευτικό κέντρο φοιτητών, καθώς και παρατηρήσεις, σκέψεις και προτάσεις σχετικά με την οργάνωση και τη λειτουργία ενός συμβουλευτικού κέντρου

Σχήμα 1. Το συμμετοχικό μοντέλο για την επίλυση των προβλημάτων υγείας



Πηγή: Modolo (1988, παραίθεται στο Μαδιανός, 2000)

φοιτητών) επέτρεψαν στα μέλη των συμβουλευτικών κέντρων να προσφέρουν εξειδικευμένες υπηρεσίες στους φοιτητές των πανεπιστημίων. Διερευνήθηκαν τα κίνητρα και οι αντιστάσεις των φοιτητών και της πανεπιστημιακής κοινότητας, και έτσι τα συμβουλευτικά κέντρα έγιναν ευ-

ρέως αποδεκτά χωρίς να υπάρξουν σημαντικές αντιστάσεις. Τα ευρήματα των ερευνών κατέδειξαν τη σημασία των υπηρεσιών που προσφέρονται από τα συμβουλευτικά κέντρα φοιτητών αλλά και από τα γραφεία διασύνδεσης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της φοιτητικής ζωής (Καλαντζή-Αζίζι, 1998).

Τα ευρήματα των ερευνών προσέφεραν επίσης ερευνητικές υποθέσεις για νέες έρευνες που θα αποσκοπούν στη διερεύνηση επιμέρους θεμάτων με τη χρήση ψυχολογικών κλιμάκων. Σύμφωνα πάντα με τη συλλογιστική που διέπει την ίδρυση κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η επιδημιολογική έρευνα ήταν ο επόμενος στόχος των μελών του δικτύου των συνεργαζόμενων συμβουλευτικών κέντρων φοιτητών. Κατ' αυτό τον τρόπο θα ήταν δυνατόν να διερευνηθεί με έγκυρα ψυχολογικά εργαλεία το επίπεδο ψυχικής υγείας των φοιτητών.

Σήμερα, μετά από δύο χρόνια εντατικής δουλειάς και λίγο πριν από τη δημοσίευση πιο ειδικών δεικτών από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας, μπορούμε να πούμε ότι αυτή η έρευνα μας έφερε πιο κοντά και ενδυνάμωσε τις ήδη καλές σχέσεις μας που ανανεώνονται συχνά με την ανταλλαγή στοιχείων και εμπειριών.

Παρακολουθώντας το Σχήμα 1, γνωρίζουμε ότι τώρα έχουν σειρά οι εκτελεστικές αποφάσεις, και αυτές δυστυχώς δεν μπορούν να τις πάρουν μόνοι τους οι υπεύθυνοι των συμβουλευτικών κέντρων φοιτητών. Τώρα συνεπώς είναι σειρά της πολιτείας να αναλάβει τις ευθύνες της απέναντι στην ευαίσθητη ομάδα των φοιτητών και μαζί με την υγειονομική κάλυψη να παρέχει και ψυχολογική υποστήριξη. Αυτό αποτελεί άλλωστε συνταγματικό καθήκον των φορέων που είναι υπεύθυνοι για την τριτοβάθμια εκπαίδευση στη χώρα μας.

Ακολουθώντας την ορθή διαδικασία, σήμερα, μετά από 15 χρόνια λειτουργίας, διαπιστώνεται ότι τα συμβουλευτικά κέντρα φοιτητών έχουν καταφέρει ήδη πολλά. Τώρα όμως ήρθε η σειρά της πολιτείας να αναλάβει δράση ενισχύοντας τον ρόλο τους.

βιβλιογραφία

- Aherne, D. (1997). Student stress: A developmental perspective. Στο A. Kalantzi-Azizi, G. Rott, & D. Aherne (Επιμ. έκδ.), *Psychological counselling in higher education: Practice and research* (σελ. 89-112). Athens: FEDORA - Ellinika Grammata.
- Aherne, D. (1999, Σεπτέμβριος). *Toward separateness and belonging: A work in progress*. Εισήγηση στο συνέδριο της FEDORA-PSYCHE για τον Αποχωρισμό και την Προσκόλληση. Κοπεγχάγη, Δανία.
- Ahlbom, A. & Norell, S. (1992). *Εισαγωγή στη σύγχρονη επιδημιολογία*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3η έκδ.). Washington, DC: Αυτοέκδοση.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4η έκδ.). Washington, DC: Αυτοέκδοση.
- Anderson, L.R. & Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (1980). *Προσωπικότητα και στάσεις των φοιτητών των ελληνικών ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuña, J., & Lewis, G. (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile. Prevalence and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178, 228-233.
- Ayuso-Mateos, J.L., Vázquez-Barquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G., & Wilkinson, G. (2001). Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316.
- Bauer, M. (1997). Polarities in the life of modern student. Στο A. Kalantzi-Azizi, G. Rott & D. Aherne (Επιμ. έκδ.), *Psychological counselling in higher education: Practice and research*. Athens: FEDORA - Ellinika Grammata.

- Bebbington, P.J., Hurry, J., Tennant, C., Sturt, E., & Wing, J.K. (1981). Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychological Medicine*, 11, 561-579.
- Bell, E., McDevitt, C., Rott, G., & Valerio, P. (1994). Introduction. *Psychological Counselling in Higher Education: A European Overview*. Napoli: Istituto Italiano per gli Studi Filosofici for FEDORA.
- 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 A. Kalantzi-Azizi, G. Rott & D. Aherne (Επιμ. έκδ.), *Psychological counselling in higher education: Practice and research* (σελ. 176-191). Athens: FEDORA - Ellinika Grammata.
- Clara, A. (1998). Mental health care for students in higher education. *Archives of Public Health*, 56, 63-97.
- Clara, A. (1999, Σεπτέμβριος). *University life and the delay of adulthood*. Εισήγηση στο συνέδριο της FEDORA - PSYCHE για τον Αποχωρισμό και την Προσκόλληση. Κοπεγχάγη, Δανία.
- Cooper, C. (1997). Psychological counselling with young adults. Στο R. Woolfe & W. Dryden (Επιμ. έκδ.), *Handbook of counselling psychology*. London: Sage Publications.
- Crittenden, P.M. (1994). Peering into the black box: An exploratory treatise on the development of self in young children. Στο D. Cicchetti & S.L. Toth (Επιμ. έκδ.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Vol. 5. Disorders and Dysfunctions of the Self* (σελ. 79-148). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Derogatis, L.R. (1977). *The SCL-90 Manual: Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University, School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.
- Derogatis, L.R. (1994). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

- Derogatis, L.R. & Lazarus, L. (1994). SCL-90-R, Brief symptom inventory, and matching clinical rating scales. In M. Maruish (Επιμ. έκδ.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Dias, G.F. & Fontaine, A. (1997, Ιούλιος). Implications of the research on socio-economic differences in development for counselling of university students. Στο D. Aherne & G. Rott (Επιμ. έκδ.), *Toward the Future of Psychological Counselling in European Higher Education*. Συμπόσιο της FEDORA - PSYCHE στο Πέμπτο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Ψυχολογίας, Δουβλίνο, Ιρλανδία.
- DiNitto, D. (2000). *Social welfare*. New York: Allyn and Bacon.
- Dohrenwend, B.P. (1990). Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 41-47.
- Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S., Gould, M.S., Link, B., Neugebauer, R., & Wunsch-Hitzig, R. (1990). *Mental illness in the United States*. New York: Praeger.
- Eckenfels, E.J., Blacklow, R.S., & Gotterer, G.S. (1984). Medical student counseling: The Rush Medical College Adviser Program. *Journal of Medical Education*, 59, 573-581.
- Elton-Wilson, J. (1997). Counselling students in the short term, training counsellors to focus: One way of achieving quality within resource restraints. Στο A. Kalantzi-Azizi, G. Rott & D. Aherne (Επιμ. έκδ.), *Psychological counselling in higher education: Practice and research* (σελ. 137-145). Athens: FEDORA - Ellinika Grammata.
- Faris, R. & Dunham, H. (1939). *Mental disorders in urban areas*. Chicago: Chicago University Press.
- Foorman, S. & Lloyd, C. (1986). The relationship between social support and psychiatric symptomatology in medical students. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(4), 229-239.
- Ford, D.E., Anthony, J.C., Nestadt, G.R., & Romanoski, A.J. (2004). *The General Health Questionnaire by interview. Performance in relation*

- to recent use of health services. National Institute of Mental Health Primary Care Research Program, Rockville, Maryland.
- Fullerton, J. S. & Potkay, C.R. (1973). Student perception of pressures, helps, and psychological services. *Journal of College Student Personnel, 14*, 355-361.
- Furukawa, T., Anraku, K., Hiroe, T., Takahashi, K., Kitamura, T., Hirai, T., Takahashi, K., & Iida, M. (2006). Screening for depression among first-visit psychiatric patients: Comparison of different scoring methods for the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale using receiver operating characteristic analyses. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*, 163-168.
- Glotz, W. & Malinowski, W. (1982). Student heute. Angepaßt? Ausgestiegen? Hamburg - Empirische Befunde zum Rückzug der studentischen Jugend. *WSI-Mitteilungen 4/1993*, 194-200.
- Goldberg, D. & Hillier, V. (1977). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine, 9*, 139-145.
- Hayes, N. (1998). *Εισαγωγή στην ψυχολογία. Τόμος Β΄* (I.N. Παρασκευόπουλος, Επιμ. έκδ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα (έτος πρωτότυπης έκδοσης 1994).
- Hayno, A.E. (1991, Ιούλιος). Essential and desirable features of training for those involved in student counselling. *Πρακτικά του Τέταρτου Ευρωπαϊκού Συνεδρίου για τη Συμβουλευτική στο Πανεπιστήμιο* (σελ. 296-299). Βερολίνο: Freie Universität Berlin.
- Hollingshead, A. & Redlich, F. (1958). *Social class and mental illness*. New York: John Wiley.
- Jahoda, M. (1985). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Korchin, S.J. (1976). *Modern clinical psychology*. New York: Basic Books.
- Lehtinen, V., Joukamaa, M., Lahtela, K., Raitasalo, R., Jyrkinen, E., Maatela, J., & Aromaa, A. (1985). Prevalence of mental disorders among adults in Finland: Basic results from the Mini Finland Health Survey. *Medical Care, 23*(9), 1033-1043.

- Lin, T.Y. & Standley, C. (1962). *The scope of epidemiology in Psychiatry*. Geneva: Public Health Papers, No. 16, W.H.O.
- Lindsay, S. (1997, Ιούλιος). A longitudinal study of the impact of appraisal, coping and support on the well being of undergraduates in the process of transition to higher education. Στο D. Aherne & G. Rott (Επιμ. έκδ.), *Toward the Future of Psychological Counselling in European Higher Education*. Συμπόσιο της FEDORA-PSYCHE στο Πέμπτο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Ψυχολογίας, Δουβλίνο, Ιρλανδία.
- Link, B.G., Phelan, J.C., Breshanan, M., Stueve, A., & Pescodolido, B.A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness and social distance. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328-1333.
- Lloyd, C. (1983). Sex differences in medical students requesting psychiatric intervention. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(9), 535-545.
- Lloyd, C. & Musser, L.A. (1989). Psychiatric symptoms in dental students. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(2), 61-69.
- Madianos, M.G. & Stefanis, C. N. (1992). Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27(5), 211-219.
- Madianos, M.G., Gefou-Madianou, D., & Stefanis, C.N. (1994). Symptoms of depression, suicidal behaviour and use of substances in Greece: A nationwide general population survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(3), 159-166.
- Madianos, M.G., Gournas, G., & Stefanis, C. N. (1992). Depressive symptoms and depression among elderly people in Athens. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(4), 320-326.
- Madianos, M., Vlachonikolis, I., Madianou, M., & Stefanis, C. (1985). Prevalence of psychological disorders in Athens area: Prediction of causal factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 479-487.
- Maione, S. & Franceschini, A. (1999, Σεπτέμβριος). C.U.OR.I.: A place

- for university students to discover their adulthood. Εισήγηση στο Συνέδριο της FEDORA - PSYCHE για τον Αποχωρισμό και την Προσκόλληση. Κοπεγχάγη, Δανία.
- Mavreas, V.G., Beis, A., Mouyias, A., Rigoni, F., & Lyketsos, G.C. (1986). Prevalence of psychiatric disorders in Athens: A community study. *Social Psychiatry, 21*, 172-181.
- McConnell, P., Bebbington, P., McClelland, R., Gillespie, K., & Houghton, H. (2002). Prevalence of psychiatric disorder and the need for psychiatric care in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry, 181*, 214-219.
- Modolo, M. (1982). *Educazione sanitaria*. Firenze: Rosini.
- Modolo, M. (1988). Community participation in health education. Εισήγηση στο συμπόσιο «Μέθοδοι Αγωγής Υγείας». Ελληνική Εταιρεία Αγωγής Υγείας, Αθήνα.
- Notman, M.T., Salt, P., & Nadelson, C.C. (1984). Stress and adaptation in medical students: Who is most vulnerable? *Comprehensive Psychiatry, 25*, 355-366.
- Offer, D.F. Spiro, R.P. (1987). The disturbed adolescent goes to school. *Journal of American College Health, 35*, 209-214.
- O'Mahony, P. & O'Brien, S. (1980). Demographic and social characteristics of university students attending a psychiatrist. *British Journal of Psychiatry, 137*, 547-550.
- Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry, 177*, 486-492.
- Plaut, S.M., Maxwell, S.A., Seng, L., O'Brien, J.J., Do, S.J., & Fairclough, G.F., Jr. (1993). Mental health services for health providers. *Academic Medicine, 68*(5), 360-365.
- President's Commission on Mental Health (1978). *Report to the President*. Vol. 1. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.

- Regier, D. & Burke, J. (1985). *Epidemiology*. Στο H.J. Kaplan & B.J. Saddock (Επιμ. έκδ.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Rott, G. (1996). Η αλληλεπίδραση ανάμεσα στα συναισθήματα, τα γνωστικά σχήματα και τη συμπεριφορά ως επίκεντρο προσοχής για την ανώτατη εκπαίδευση και τη συμβουλευτική φοιτητών. Στο Α. Καλαντζή-Αζίζι (Επιμ. έκδ.), *Ψυχολογική συμβουλευτική φοιτητών: Ευρωπαϊκή διάσταση - ελληνική εμπειρία* (σελ. 13-47). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Rott, G. (1997). Practice and research in psychological and psychotherapeutic student counselling in the European context. Στο Α. Kalantzi-Azizi, G. Rott & D. Aherne (Επιμ. έκδ.), *Psychological counselling in higher education: Practice and research* (σελ. 112-133). Athens: FEDORA - Ellinika Grammata.
- Rubio, C.T. & Lubin, B. (1986). College student mental health: A person-environment interactional analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 42(1), 205-212.
- Schmitz, N., Kruse, J., Heckrath, C., Alberti, L., & Tress, W. (1999). Diagnosing mental disorders in primary care: The General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 360-366.
- Shapiro, S., Skinner, E., German, P., & Berkowitz, E. (1984). *Need and demand for mental health services in an urban community: An exploration based on household interviews*. Στο J. Barrett & R.M. Rose (Επιμ. έκδ.), *Mental disorders in the community*. New York: The Guilford Press.
- Srole, L., Langner, T.S., Michael, S.T., Opler, M.K., & Rennie, T. (1962). *Mental health in the Metropolis: The Midtown Manhattan study*. New York: McGraw Hill.
- Stationery Office, Dublin (1984). *The Psychiatric Services - Planning for the Future*. Report of a study group.

- Valerio, P. (1997). The students and the academic institutions: An Italian experience. Στο A. Kalantzi-Azizi, G. Rott & D. Aherne (Επιμ. έκδ.), *Psychological counselling in higher education: Practice and research*. Athens: FEDORA - Ellinika Grammata.
- Vitaliano, P.P., Maiuro, R.D., Russo, J., & Mitchell, E.S. (1989). Medical student distress: A longitudinal study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(2), 70-76.
- Weissberg, R.P., Gesten, E.L., Rapkin, B.D., Cowen, E.L., Davidson, E., Flores de Apodaca, R., & McKim, B. (1982). Evaluation of a social-problem-solving training program for suburban and inner-city third-grade children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 251-261.
- Weissman, M.M., & Myers, J.K. (1978). Affective disorders in a US urban community: The use of research diagnostic criteria in an epidemiological survey. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1304-1311.

- Γουρνάς, Γ., Μαδιανός, Μ.Γ., & Στεφανής, Κ. (1986). Ψυχοπαιδικά γεγονότα και ψυχικές διαταραχές σε υπερήλικες δύο αθηναϊκών δήμων: Μια κοινοτική έρευνα. *Εγκέφαλος*, 23, 229-232.
- Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1984). *Μεταρρύθμιση της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα*. Βρυξέλλες, 29 Μαρτίου 1984.
- Ευθυμίου, Κ. (1999). *Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης: Απολογισμός έργου περιόδου 11/98-6/99*. Αλεξανδρούπολη: Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης.
- Ευθυμίου, Κ. (2003). Σχεδιασμός ενός προγράμματος κοινωνικής πολιτικής σ' έναν αθηναϊκό Δήμο: Προκαταρκτικά αποτελέσματα μιας επιδημιολογικής έρευνας. Στο *Πρακτικά 3ου Ψυχολογικού Συνεδρίου Κύπρου «Η Ψυχολογία Σήμερα: Κυπριακή και Ευρωπαϊκή Πραγματικότητα»* (σελ. 73-86). Λευκωσία: Σύνδεσμος Ψυχολόγων Κύπρου.
- Ευθυμίου, Κ. (2007). *Επιδημιολογική έρευνα αναγκών για την ίδρυση μιας κοινοτικής υπηρεσίας ψυχικής υγείας: Η περίπτωση ενός αθηναϊκού Δήμου*. Διδακτορική διατριβή, Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας, Πρόγραμμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Ευθυμίου, Κ., Ευσταθίου, Γ., & Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2001). Η ανάγκη για συμβουλευτική: Έρευνα στο φοιτητικό πληθυσμό. Στο *Πρακτικά Α' Διεθνούς Συνεδρίου του ΕΚΕΠ «Εξελίξεις στη Συμβουλευτική και τον Επαγγελματικό Προσανατολισμό στην Αυγή του 21ου Αιώνα»* (σελ. 234-244). Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Επαγγελματικού Προσανατολισμού.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (1997). *Οι αριθμοί-κλειδιά της εκπαίδευσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.
- Ευσταθίου, Γ., Ευθυμίου, Κ., & Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Ψυχολογικές ανάγκες, στάσεις και προσδοκίες των φοιτητών σχετικά με τη

λειτουργία συμβουλευτικών κέντρων φοιτητών. Στο *Πρακτικά 3ου Ψυχολογικού Συνεδρίου Κύπρου «Η Ψυχολογία Σήμερα: Κυπριακή και Ευρωπαϊκή Πραγματικότητα»* (σελ. 87-110). Λευκωσία: Σύλλογος Ψυχολόγων Κύπρου.

Ευσταθίου, Γ.Η. (2000). *Ψυχολογικές ανάγκες, σιάσεις και προσδοκίες φοιτητών σχετικά με τη λειτουργία Σ.Κ.Φ.* Διπλωματική εργασία, Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας, Πρόγραμμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1987). Η τάση για ανεξαρτητοποίηση του νεαρού φοιτητή ή της νεαρής φοιτήτριας. Δυνατότητες και όρια της «ψυχολογικής συμβουλευτικής» στο χώρο του πανεπιστημίου: Σκέψεις - εμπειρίες - προβληματισμοί. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής-Προσανατολισμού*, 2-3, 51-60.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1992). Συμβουλευτικό Κέντρο για Φοιτητές του Πανεπιστημίου Αθηνών. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής-Προσανατολισμού*, 22-23, 75-81.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1996). Η ευρωπαϊκή προοπτική της ψυχολογικής συμβουλευτικής φοιτητών. Στο Α. Καλαντζή-Αζίζι (Επιμ. έκδ.), *Ψυχολογική συμβουλευτική φοιτητών: Ευρωπαϊκή διάσταση - ελληνική εμπειρία* (σελ. 49-74). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1998). *Η σημασία της ψυχολογικής συμβουλευτικής φοιτητών*. Πρακτικά Ημερίδας για τη Σημασία της Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών. Αλεξανδρούπολη: Γραφείο Διασύνδεσης Σπουδών και Σταδιοδρομίας του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης.

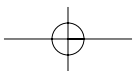
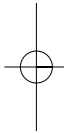
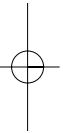
Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2000). *Σημειώσεις του μαθήματος «Κοινωνική Κλινική Ψυχολογία»*. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Κλινικής Ψυχολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

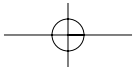
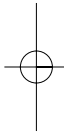
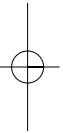
Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2002). Κοινωνική κλινική ψυχολογία: Η απάντηση της ψυχολογίας στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες του ανθρώπου. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 78, 96-105.

- Καλαντζή-Αζίζι, Α. & Ευθυμίου, Κ. (2006). *Σημειώσεις του μαθήματος «Κοινωνική Κλινική Ψυχολογία»*. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Κλινικής Ψυχολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α., Μπεζεβέγκης, Η.Γ., & Γιαννίτσας, Ν. (1989). Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις και προβλήματα στη διαμόρφωση της μετεφηβικής προσωπικότητας. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής - Προσανατολισμού, 10-11*, 32-34.
- Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1984). *Επιδημιολογία*. Ιωάννινα (αυτοέκδοση).
- Κοκκέβη, Α., Μαδιανού, Δ., & Στεφανής, Κ. (1992). *Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα: Η χρήση ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό*. Τόμος Β'. Αθήνα: Ψυχιατρική Βιβλιοθήκη.
- Κοκκέβη, Α., Τυπάλδου, Α., Κοκώση, Μ., Κατσουγιάννη, Κ., & Αδάμου, Μ. (1986). Άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα σε ένα δείγμα εφήβων. *Εγκέφαλος, 23*, 23-24.
- Κραββαρίτη, Β. (2001). *Βασικοί επιδημιολογικοί δείκτες ψυχικής υγείας σε φοιτητές*. Αδημοσίευτη διπλωματική εργασία, Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας, Πρόγραμμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Μαδιανός, Μ.Γ. (1986). Η κοινωνική επιδημιολογία των ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα. *Εγκέφαλος, 23*, 213-224.
- Μαδιανός, Μ.Γ. (1989). *Κοινωνία και ψυχική υγεία, Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχιατρική*. Τόμος Α'. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Μαδιανός, Μ.Γ. (1994). *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μαδιανός, Μ.Γ. (1996). *Κοινωνία και ψυχική υγεία*. Τόμος Α'. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Μαδιανός, Μ.Γ. & Ζάρναρη, Ό. (1983). Η επικράτηση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων σε τυχαίο δείγμα 4.083 ατόμων αστικού και αγροτικού πληθυσμού. *Εγκέφαλος, 20*, 9-15.

- Μαδιανός, Μ.Γ. & Ζάρναρη, Ό. (1988). *Υγεία και ελληνική κοινωνία: Εμπειρική έρευνα*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
- Μαδιανός, Μ.Γ., Βαϊδάκης, Ν., Χορταρέα, Α., Τομαράς, Β., Μαδιανού, Δ., Κουναλάκη, Α., Τρυψιάνη, Μ., & Παπαγεωργίου, Α. (1983α). Διερεύνηση της ψυχικής κατάστασης αντιπροσωπευτικού δείγματος κατοίκων μιας κοινότητας: Αναγνώριση ψυχοπαθολογικών περιπτώσεων. *Εγκέφαλος*, 20, 24-28.
- Μαδιανός, Μ.Γ., Βαϊδάκης, Ν., Τομαράς, Β., & Χορταρέα, Α. (1983β). Η διερεύνηση της επικράτησης της κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό με την κλίμακα CES-D: Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της. *Εγκέφαλος*, 20, 29-32.
- Μαδιανός, Μ.Γ., Γιαννάκα, Γ., Μαδιανού, Δ., & Κρα, Β. (1980). Ψυχοπαθολογικοί δείκτες σε οικοτροφείο θηλέων: Προκαταρκτικά ευρήματα. *Εγκέφαλος*, 17, 136-140.
- Μαλικιώση-Λοϊζου, Μ. (1989). Ψυχολογικά - εκπαιδευτικά - κοινωνικά προβλήματα των φοιτητών/σπουδαστών της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής-Προσανατολισμού*, 10-11, 23-31.
- Μουζάς, Ο. (1996). *Η εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας και των παραγόντων που την επηρεάζουν στο νομό Ιωαννίνων*. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα.
- Μουτζούκης, Χ., Αδαμοπούλου, Α., Γαρύφαλλος, Γ., & Καραστεργίου, Α. (1990). *Εγχειρίδιο Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (ΕΓΥ). Μετάφραση και προσαρμογή στα ελληνικά*. Θεσσαλονίκη: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.
- Ναυρίδης, Κλ., Δραγώνα, Θ., Μιλιάρη, Μπ., & Δαμίγος, Δ. (1990). *Συμβουλευτικό Κέντρο για τους Φοιτητές του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων: Ένα μεταβατικό πλαίσιο για μία μεταβατική ηλικία*. Ιωάννινα: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.
- Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α., & Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, 2, 42-48.

- Παπαδάτος, Γ. & Στογιαννίδου, Α. (1988). *Κοινωνική ψυχική υγιεινή: Η εναλλακτική πρόταση στην παραδοσιακή ψυχιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- Παπαδιώτη-Αθανασίου, Β. & Δαμίγος, Δ. (2003). Ανάγκες και ψυχοκοινωνική προσαρμογή φοιτητών/τριών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. *Επιστημονική Επετηρίδα του Τμήματος Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας της Φιλοσοφικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων* (σελ. 231-262). Ιωάννινα: Δωδώνη.
- Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1985). *Εξελικτική ψυχολογία*. Τόμος 4. Αθήνα (αυτοέκδοση).
- Τζέπογλου, Σ. (1989). Ο θεσμός συμβουλευτικής-προσανατολισμού στα ιδρύματα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής-Προσανατολισμού*, 10-11, 51-58.
- Τομαράς, Β., Μαδιανός, Μ.Γ., Καψάλη, Α., Βλαχονικολής, Ι., & Στεφανής, Κ. (1986). Ψυχιατρική διαγνωστική κατηγοριοποίηση σε μια κοινωνική έρευνα στην Αθήνα. *Εγκέφαλος*, 23, 225-228.
- Τούντας, Γ. (2001). *Κοινωνία και υγεία*. Αθήνα: Οδυσσεάς.
- Τριχόπουλος, Δ. (1982). *Επιδημιολογία: Αρχές, μέθοδοι, εφαρμογές*. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου.
- Τσαχαγέας, Χ.Π. (1994α). Πρακτικές ψυχικής υγείας στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία: Βιώματα και αντιδράσεις. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου & Β.Π. Κονταξάκης (Επιμ. έκδ.), *Θέματα προληπτικής ψυχιατρικής* (σελ. 509-513). Αθήνα: Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.
- Τσαχαγέας, Χ.Π. (1994β). Διερεύνηση των γνώσεων του ελληνικού κοινού ως προς την ψυχική υγιεινή. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου & Β.Π. Κονταξάκης (Επιμ. έκδ.), *Θέματα προληπτικής ψυχιατρικής* (σελ. 514-519). Αθήνα: Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.





ΤΟ ΒΙΒΛΙΟ ΤΩΝ Κ. ΕΥΘΥΜΙΟΥ, Γ. ΕΥ
ΣΤΑΘΙΟΥ & Α. ΚΑΛΑΝΤΖΗ-ΑΖΙΖΙ «ΠΑΝΕΛ
ΛΗΝΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΨΥΧΙ
ΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΦΟΙΤΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥ
ΣΜΟ» ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΘΗΚΕ ΣΤΙΣ ΕΓΚΑΤΑ
ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΟΤΙΒΟ Α.Ε. ΕΚΤΥΠΩΘΗΚΕ
ΑΠΟ ΤΟΥΣ Χ. ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΣ - Δ. ΣΙΤΑ
ΡΑΣ - Γ. ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Α.Ε. ΤΟ ΣΕ
ΠΤΕΜΒΡΙΟ ΤΟΥ 2007 ΓΙΑ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ
Τ Ω Ν Ε Κ Δ Ο Σ Ε Ω Ν « Τ Ο Π Ο Σ »

