



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία

Οι Αντιλήψεις για τη Γονεϊκή Τυπολογία και ο Ρόλος τους στην Ανάπτυξη

Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας σε Παιδιά Προεφηβικής Ηλικίας

ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ Α. ΔΗΜΗΤΡΗΣ

(Α.Μ. 18)

Επιβλέποντες: Γ. ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ

ΑΝ. ΒΛΑΧΟΥ

Π. ΣΤΑΥΡΟΥΣΗ

ΒΟΛΟΣ 2012

Πρόλογος

Μέσω αυτής της Διπλωματικής Εργασίας, που είχε ως επιβλέποντες τους κ. Κλεφτάρα Γεώργιο, κ. Βλάχου Αναστασία και κ. Σταυρούση Παναγιώτα, διεξήχθη η παρούσα έρευνα η οποία αφορά τις αντιλήψεις των παιδιών της προεφηβικής ηλικίας για τη γονεϊκή τυπολογία και το ρόλο των αντιλήψεων αυτών στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά. Το θέμα αυτό θεωρείται σημαντικό, διότι με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, διαπιστώθηκε πως δεν υπάρχουν σχετικές έρευνες στη χώρα μας, αλλά και γενικότερα εκλείπουν οι έρευνες για τη γονεϊκή τυπολογία και τη σχέση της με την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στη συγκεκριμένη ηλικία. Επίσης, αναδεικνύει το θέμα της αυξητικής τάσης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά και ταυτόχρονα δίνει την ευκαιρία στους έλληνες γονείς να δουν και μέσα από ερευνητικά δεδομένα τη σπουδαιότητα του ρόλου τους στην ψυχική υγεία των παιδιών τους.

Σε αυτό το σημείο, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους επιβλέποντες καθηγητές μου για την πολύτιμη καθοδήγηση και τη βοήθεια που μου παρείχαν, καθώς και την οικογένεια μου για την κατανόηση και την αμέριστη συμπαράσταση που μου προσέφερε. Επίσης, τους διευθυντές και τους δασκάλους των σχολείων που έλαβαν μέρος στην έρευνα για τη συνεργασία και τις διευκολύνσεις που μου παρείχαν, όπως και όλους τους μικρούς μαθητές για τη συμμετοχή τους, διότι χωρίς αυτούς δεν θα ήταν δυνατή η διεξαγωγή της.

Τέλος, αυτή τη Διπλωματική Εργασία θα ήθελα να την αφιερώσω στους δύο Αγησίλαους που δεν συναντήθηκαν ποτέ. Στον έναν που έφυγε από τη ζωή και με «δίδαξε» να ζω ηθικά και να αγωνίζομαι και στον άλλο που ήρθε στη ζωή και με «μαθαίνει» να είμαι πατέρας. Επίσης, σε όλα τα μελαγχολικά παιδιά που έχουν χάσει το χαμόγελο απ' τα χείλη τους.

Δημήτρης Α. Αλεξόπουλος

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	5
Abstract	6
Κεφάλαιο 1: Η γονεϊκή τυπολογία	7
1.1. Εννοιολογικές διασαφήσεις – Μοντέλα γονεϊκής τυπολογίας	7
1.2. Η γονεϊκή τυπολογία στην Ελλάδα – Τύποι γονέων	13
Κεφάλαιο 2: Η παιδική κατάθλιψη – Καταθλιπτική συμπτωματολογία	15
2.1. Κλινικές εκδηλώσεις της κατάθλιψης στα παιδιά – Συμπτωματολογία	15
2.2. Η συχνότητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά	21
2.3. Διαφορές φύλων και καταθλιπτική συμπτωματολογία στα παιδιά	22
2.4. Αιτιολογία της παιδικής κατάθλιψης	23
2.4.1. Η οικογένεια αιτία κατάθλιψης	24
2.4.2. Γονεϊκή τυπολογία και καταθλιπτική συμπτωματολογία παιδιών	27
Κεφάλαιο 3: Λόγοι πραγματοποίησης της έρευνας, μεθοδολογικές διασαφηνίσεις – Ερευνητικές υποθέσεις	31
3.1. Λόγοι πραγματοποίησης της έρευνας, μεθοδολογικές διασαφηνίσεις.....	31
3.2. Ερευνητικές υποθέσεις.....	36
Κεφάλαιο 4: Μέθοδος	37
Α. Συμμετέχοντες.....	37
Β. Ερευνητικά εργαλεία.....	38
Γ. Διαδικασία.....	43
Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα.....	45
Α. Παραγοντική δομή των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα.....	45
Β. Καταθλιπτική συμπτωματολογία.....	52
Γ. Σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και των αντιλήψεων για τη γονεϊκότητα	54
Δ. Πρόβλεψη της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά.....	59

Κεφάλαιο 6: Συζήτηση.....	63
Βιβλιογραφία	77
Παραρτήματα	98
Παράρτημα 1: Στατιστικοί πίνακες.....	98
Παράρτημα 2: Ερευνητικά εργαλεία	113
Παράρτημα 3: Έγκριση έρευνας	122
Παράρτημα 4: Επιστολογραφία	127

Περίληψη

Η παρούσα έρευνα εξετάζει τις αντιλήψεις παιδιών της προεφηβικής ηλικίας σχετικά με την τυπολογία των γονέων τους, καθώς και τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στις αντιλήψεις αυτές και την καταθλιπτική συμπτωματολογία που αναπτύσσουν. Στην έρευνα συμμετείχαν 640 παιδιά (323 αγόρια και 317 κορίτσια) με μέσο όρο ηλικίας 11.82 έτη (Τ.Α.= .83), τα οποία συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια: α) «Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων των Παιδιών για την Τυπολογία του Πατέρα», β) «Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων των Παιδιών για την Τυπολογία της Μητέρας» και γ) «Ερωτηματολόγιο Παιδικής Κατάθλιψης - (CDI)». Τα δεδομένα της έρευνας αναλύθηκαν με τη χρήση περιγραφικής στατιστικής, της ανάλυσης συσχέτισης (Pearson r) και της ανάλυσης παλινδρόμησης. Από τα ευρήματα προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των γονεϊκών τύπων και των δύο γονέων (όπως τους αντιλαμβάνονται τα παιδιά) και της ανάπτυξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σ' αυτά. Σε ότι αφορά τα επίπεδα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά, βρέθηκαν σχετικά υψηλά, επιβεβαιώνοντας προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα στον ελληνικό χώρο, ενώ δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στη συγκεκριμένη ηλικία. Τέλος, οι αντιλήψεις των παιδιών για την τυπολογία των γονέων τους θεωρούνται σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Τα βασικά ευρήματα της παρούσας μελέτης μπορούν να αξιοποιηθούν στο χώρο της παιδικής ψυχολογίας, της οικογενειακής συμβουλευτικής, καθώς και από επιστημονικούς φορείς - κλάδους που ασχολούνται με την οικογένεια και το παιδί. Προτείνεται η επέκταση της μελέτης της γονεϊκής τυπολογίας και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην ελληνική πραγματικότητα.

Λέξεις κλειδιά: *Γονεϊκή τυπολογία, προέφηβοι, καταθλιπτική συμπτωματολογία*

"The role of parenting style perceptions in the development of depressive symptomatology among preadolescents"

Abstract

The present study examines the relationship between preadolescents' perceptions of their parents' parenting style and certain adolescents' psychosocial characteristic naming depressive symptomatology. Six hundred and forty children (mean age = 11.82 years, SD = .83) completed the Parenting Style and Dimensions Questionnaire-PSDQ for their mother and their father and the Children's Depression Inventory - CDI. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlations and regression analysis. Findings suggested that there is a significant link between parenting style (both for mothers and fathers), as perceived by preadolescents, and preadolescents' depressive symptoms. In this study gender differences have not been found in preadolescent children. Finally, preadolescents' perception of their parents style was a significant factor in predicting preadolescents' depressive symptomatology. The present findings support previous evidence attesting to a link between parenting, parent - child communication and aspects of adolescents' psychosocial development.

Key words: *Parental typology, preadolescents, depressive symptomatology*

Κεφάλαιο 1: Η γονεϊκή τυπολογία

1.1. Εννοιολογικές διασαφίσεις – Μοντέλα γονεϊκής τυπολογίας

Κύριος στόχος της οικογένειας στα πλαίσια της διαδικασίας ανάπτυξης και της ανατροφής των παιδιών, εκτός των άλλων, είναι και η κοινωνικοποίηση τους. Ως διαδικασία, αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο το παιδί μέσω της εκπαίδευσης, της παρατήρησης, της μίμησης και της εμπειρίας αποκτά την κατάλληλη γνώση, τις δεξιότητες, τα κίνητρα, και τις συμπεριφορές, που θα το βοηθήσουν να προσαρμοστεί και να ενσωματωθεί επαρκώς μέσα στην οικογένεια και στο πολιτισμικό του πλαίσιο (Ladd & Pettit, 2002). Για να γίνει πιο κατανοητή η διαδικασία της κοινωνικοποίησης, οι Darling και Steinberg (1993) πρότειναν πως είναι σημαντικό να γίνει διάκριση μεταξύ δύο βασικών όρων: των *γονεϊκών πρακτικών* (*parenting practices*) και της *γονεϊκής τυπολογίας* ή *γονεϊκού στυλ* (*parental typology* ή *parenting style*), διότι μέσω αυτών επιτυγχάνεται ή όχι ένα μεγάλο μέρος της κοινωνικοποίησης του ατόμου. Με το δεύτερο όρο (γονεϊκή τυπολογία) θα ασχοληθούμε περισσότερο στην παρούσα έρευνα.

Γονεϊκές πρακτικές ορίζονται οι μηχανισμοί, οι τεχνικές και οι συγκεκριμένες συμπεριφορές που χρησιμοποιούν οι γονείς και μέσω αυτών θεωρούν πως θα βοηθήσουν τα παιδιά να αναπτυχθούν σωστά, να κοινωνικοποιηθούν και να επιτύχουν τους στόχους τους (Darling & Steinberg, 1993). Για παράδειγμα, αν ο στόχος είναι η σχολική επιτυχία του παιδιού, η βοήθεια στο σπίτι για την εκτέλεση των σχολικών εργασιών του, η παρακολούθηση της σχολικής επίδοσης του και των δραστηριοτήτων με τους συνομήλικους, οι επιπλήξεις και οι συστάσεις είναι κάποιες γονεϊκές πρακτικές (Spera, 2005). Σύμφωνα με τους ψυχοδυναμικούς θεωρητικούς και τους θεωρητικούς της κοινωνικής μάθησης, οι πρακτικές διαπαιδαγώγησης των γονέων επηρεάζονται άμεσα από τους υλικούς, τους ψυχολογικούς και τους διαπροσωπικούς στόχους που οι ίδιοι θέτουν για την κοινωνικοποίηση των παιδιών τους, τις στάσεις τους για τον τρόπο που πρέπει να ασκείται η γονεϊκότητα και

τη φύση (ιδιοσυγκρασία) του παιδιού (Darling & Steinberg, 1993). Πρέπει όμως εδώ να τονιστεί ότι παρότι οι γονεϊκές πρακτικές επηρεάζουν την ανάπτυξη και την κοινωνικοποίηση του παιδιού, όταν εξετάζονται μεμονωμένα συχνά οδηγούν σε παραπλανητικά συμπεράσματα, ενώ από μόνες τους δεν είναι ικανές να προβλέψουν την ψυχολογική ευεξία του παιδιού. Το αντίθετο συμβαίνει με τη γονεϊκή τυπολογία, η οποία είναι πιο ευρεία έννοια και πιο σύνθετη ως διαδικασία (Darling, 1999).

Η γονεϊκή τυπολογία ή γονεϊκό στυλ ορίζεται ως το σύνολο των στάσεων και των συμπεριφορών του γονέα προς το παιδί, οι οποίες δημιουργούν το ανάλογο ψυχολογικό κλίμα μέσα στο οποίο αναπτύσσεται και κοινωνικοποιείται το παιδί (Darling & Steinberg, 1993. Spera, 2005). Η γονεϊκή τυπολογία περιλαμβάνει τρία θεμελιώδη χαρακτηριστικά, μέσω των οποίων εκφράζεται και αξιολογείται: α) τις γονεϊκές πρακτικές και συμπεριφορές, μέσω των οποίων το παιδί διαισθάνεται, συμπεραίνει και κατανοεί τις διαθέσεις των γονέων του και τον τρόπο επικοινωνίας μαζί του, β) τη συναισθηματική σχέση των γονέων με το παιδί, γ) τις στάσεις και το σύστημα αξιών των γονέων. Οι στάσεις καθορίζουν τις γονεϊκές πρακτικές και συμπεριφορές, τούς προσδίδουν σημασία και ταυτόχρονα επηρεάζουν το συναισθηματικό πλαίσιο και το οικογενειακό κλίμα μέσα στο οποίο αναπτύσσεται το παιδί (Schaefer, 1959. Symonds, 1939). Περιλαμβάνει, επίσης, τρόπους και χαρακτηριστικά των γονέων, όπως η γλώσσα του σώματος, ο τόνος της φωνής, η αυθόρμητη έκφραση των συναισθημάτων, η τρυφερότητα, η φροντίδα, η παραμέληση κ.λπ (Darling & Steinberg, 1993).

Οι πρώιμες έρευνες για τη γονεϊκή τυπολογία μελετούσαν κυρίως τους τρόπους πειθαρχίας που εφάρμοζαν οι γονείς προς τα παιδιά τους. Ενδεικτικά, οι Sears, Maccoby και Levin (1957), όπως αναφέρει ο Spera (2005), κατέταξαν τους γονείς (κυρίως τις μητέρες) σε δύο διακριτές κατηγορίες – τύπους: α) στον τύπο που προσανατολίζεται στην αγάπη (love – oriented style), με κριτήρια την επίδειξη ή όχι στοργής, τρυφερότητας, συμπάθειας και την χρήση επαίνου και β) στον τύπο που προσανατολίζεται στα «αντικείμενα» (object – oriented

style), με κριτήρια την παροχή ή τη στέρηση από το παιδί υλικών αντικειμένων, παιχνιδιών και χρόνου ψυχαγωγίας, ανάλογα με τη συμπεριφορά του. Τα παιδιά των γονέων που ανήκαν στον πρώτο τύπο εσωτερίκευαν περισσότερο τις αξίες, τις στάσεις και τις πεποιθήσεις των γονέων τους και εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα αυτοελέγχου και αυτορρύθμισης της συμπεριφοράς τους σε σχέση με τα παιδιά του δεύτερου τύπου. Αντίθετα, τα παιδιά των γονέων που επικεντρώνονταν στις υλικές παροχές, προκειμένου να αποφύγουν τη στέρηση των υλικών παροχών, διέπρατταν αδικίες εις βάρος των άλλων και ξόδευαν προς αυτή την κατεύθυνση όλη την ενέργεια τους, νοητική και σωματική (Spera, 2005).

Άλλοι γονεϊκοί τύποι, που έχουν κατά καιρούς αναφερθεί, μελετήθηκαν με βάση την ικανότητα ανταπόκρισης των γονέων στις ανάγκες των παιδιών τους (Baldwin, 1948. Schaefer, 1959), την άσκηση ελέγχου και κυριαρχίας στη συμπεριφορά τους, το επίπεδο αποδοχής ή απόρριψης των ιδιομορφιών των παιδιών (Schaefer, 1959. Symonds, 1939), την ικανότητα συναισθηματικής έκφρασης των γονέων και το βαθμό επικοινωνίας τους με τα παιδιά (Baldwin, 1948).

Η σύγχρονη έρευνα έχει διευρύνει τις διαστάσεις της γονεϊκής τυπολογίας και κατά καιρούς έχουν μελετηθεί και αξιολογηθεί πολλά γονεϊκά μοντέλα (Steinberg, 2001). Όμως, το μοντέλο που έχει ευρέως χρησιμοποιηθεί και εδραιωθεί ερευνητικά είναι αυτό της D. Baumrind (Kaufmann et al., 2000. Querido, Warner, & Eyberg, 2002. Smetana, 1994). Στηρίχτηκε στον τρόπο ανατροφής και διαπαιδαγώγησης των παιδιών από τους γονείς τους, ο οποίος διαφοροποιείται ως προς το βαθμό ανταπόκρισης στις ανάγκες τους (η οποία, ανταπόκριση, περιλαμβάνει την υποστήριξη, τη στοργή ή την απόρριψη...) και το βαθμό των απαιτήσεων που αξιώνουν από αυτά (εδώ περιλαμβάνεται κυρίως ο έλεγχος που ασκούν οι γονείς στα παιδιά) (Μαριδάκη - Κασσωτάκη, 2009).

Σύμφωνα με το μοντέλο της Baumrind (1971) προτείνονται τρεις τύποι γονέων: *οι υποστηρικτικοί (authoritative)*, *οι αυταρχικοί (authoritarian)* και *οι επιτρεπτικοί (permissive)*.

Οι υποστηρικτικοί γονείς, σύμφωνα με τη Baumrind (1971, 1978), «εντάσσονται» ανάμεσα στο επιτρεπτικό και το αυταρχικό γονεϊκό στυλ. Είναι υποστηρικτικοί, ανταποκριτικοί, σταθεροί στις απόψεις τους και ασκούν έλεγχο στα παιδιά. Διακρίνονται για τις καλές δεξιότητες ανατροφής και διαπαιδαγώγησης, είναι στοργικοί και δείχνουν ευαισθησία στις ανάγκες των παιδιών τους. Υποστηρίζουν τις εξερευνήσεις τους και τα ενδιαφέροντα τους, ενθαρρύνουν τις προσπάθειες τους, έχουν ενεργή συμμετοχή στη ζωή τους, τα υποκινούν να είναι ανεξάρτητα, τους δίνουν πρωτοβουλίες και τα εμπιστεύονται. Οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες τους είναι λογικές και διαμορφώνονται με βάση τα χαρακτηριστικά και τις δυνατότητες του παιδιού. Ενθαρρύνουν την αμφίδρομη επικοινωνία, συζητούν ελεύθερα μαζί τους και τους παρέχουν εξηγήσεις, όποτε χρειαστεί. Ταυτόχρονα, θέτουν όρια στη συμπεριφορά τους, κατόπιν διαπραγμάτευσης μαζί τους, στα οποία (όρια) παραμένουν σταθεροί. Ορίζουν κανόνες και βοηθούν τα παιδιά τους, ώστε να μην αποκλίνουν από τα όρια του αποδεκτού. Γενικά, είναι δημοκρατικοί και δε μένουν προσκολλημένοι στην αυστηρή τήρηση των κανόνων. Αντίθετα, βοηθούν τα παιδιά να τους κατανοήσουν και να καταλάβουν τη λογική που κρύβεται πίσω απ' αυτούς. Σε περίπτωση διαφωνίας μαζί τους, είναι σταθεροί στις απόψεις τους, ενώ αν χρειαστεί να τους επιβάλλουν τιμωρία, παραμένουν στοργικοί, ευέλικτοι και εξηγούν πάντα το λόγο (Buri, 1991). Σε κάθε περίπτωση είναι παρόντες και υποστηρίζουν τα παιδιά τους. Οι υποστηρικτικοί γονείς, σύμφωνα με τους Maccoby και Martin (1983), σκοράρουν υψηλά σε μετρήσεις που αφορούν τη στοργή, την ανταπόκριση για την ικανοποίηση των αναγκών των παιδιών, το συναισθηματικό δεσμό που αναπτύσσουν μαζί τους, τον έλεγχο που ασκούν και τις απαιτήσεις που αξιώνουν από αυτά προκειμένου να αναπτύξουν ώριμη συμπεριφορά.

Οι αυταρχικοί γονείς, σύμφωνα με τη Baumrind (1971, 1978), δεν είναι ούτε στοργικοί, ούτε ανταποκρίνονται στις ανάγκες των παιδιών τους και δεν διακρίνονται για τις δεξιότητες ανατροφής και διαπαιδαγώγησης. Συνήθως, ασκούν υπέρμετρο ψυχολογικό

έλεγχο στα παιδιά, είναι καταπιεστικοί, και περιορίζουν την αυτονομία τους. Μάλιστα, αυτοί αποφαινόμενοι για το ποια απόφαση ή συμπεριφορά είναι κατάλληλη για τα παιδιά τους. Γενικά, επιβάλλουν αυστηρά πρότυπα και κανόνες και απαιτούν σεβασμό και αναντίρρηση υπακοή στις εντολές τους. Σπάνια εξηγούν στα παιδιά τη λογική και την αιτιολογία που κρύβεται πίσω από τους κανόνες και τα όρια, αφού είναι αδιάλλακτοι και δεν επικοινωνούν μαζί τους. Είναι αυστηροί, έχουν πολλές απαιτήσεις και προσπαθούν να επιβάλλουν το δικό τους αξιακό σύστημα. Πολύ συχνά χρησιμοποιούν την τιμωρία και τη λεκτική επιθετικότητα ως μέσα διαπαιδαγώγησης. Σπάνια ενθαρρύνουν και επαινούν τα παιδιά τους και ακόμη πιο σπάνια δείχνουν στοργή και συναίσθημα. Συνήθως, παίρνουν γρήγορες και αυστηρές αποφάσεις, των οποίων όμως τις επιπτώσεις αδυνατούν να αξιολογήσουν για τη ζωή των παιδιών τους (Barber, 1996. Baumrind, 1971). Τέλος, οι αυταρχικοί γονείς σκοράρουν υψηλά σε μετρήσεις που αφορούν τον ψυχολογικό έλεγχο που ασκούν στα παιδιά τους και τις απαιτήσεις που αξιώνουν από αυτά (Darling, 1999). Αντίθετα, σκοράρουν χαμηλά στο βαθμό που ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους, τη στοργή που τους δείχνουν και την αμφίδρομη επικοινωνία μαζί τους (Maccoby & Martin, 1983).

Οι επιτρεπτικοί γονείς, σύμφωνα με τη Baumrind (1971, 1978), είναι μέτριοι έως καλοί ως προς την ανταπόκριση που δείχνουν στις ανάγκες των παιδιών τους, αλλά έχουν πολύ λίγες απαιτήσεις απ' αυτά. Γενικά, είναι πολύ επιεικείς και ανεκτικοί προς τα παιδιά τους, ακόμη και όταν αυτά παρεκτρέπονται. Σπάνια, επίσης, ασκούν έλεγχο και θέτουν όρια, τα αφήνουν να δρουν αυτόνομα και να ρυθμίζουν μόνα τη συμπεριφορά τους. Αποφεύγουν τις συγκρούσεις μαζί τους, είναι γενικά στοργικοί και υποστηρικτικοί, αλλά δεν τους ενδιαφέρει αν τα παιδιά τους βλέπουν σαν φιγούρες «κύρους» (Dwairy, 2004). Όταν τα κοινωνικοποιούν είναι συνήθως αποπεμπτικοί και αδιάφοροι, σπάνια τα τιμωρούν και πολλές φορές συντάσσονται με τη βούληση και τις παρορμήσεις τους. Αυτοί οι γονείς σκοράρουν μέτρια στο βαθμό που ανταποκρίνονται στις ανάγκες των παιδιών τους, χαμηλά στις

απαιτήσεις που αξιώνουν από αυτά, καθώς και στον έλεγχο που τους ασκούν (Maccoby & Martin, 1983). Γενικά, διαθέτουν μέτριες δεξιότητες ανατροφής και διαπαιδαγώγησης (Dwairy, 2004).

Το 1983 οι Maccoby και Martin πρότειναν ένα νέο μοντέλο, το οποίο βασιζόταν όπως και της Baumrind στην «ανταπόκριση» και την «απαιτητικότητα» των γονέων και προσδιοριζόταν επίσης από δύο βασικές διεργασίες: α) το πλήθος και το είδος των απαιτήσεων των γονέων και β) τον τρόπο επιβολής των απαιτήσεων αυτών. Το συγκεκριμένο μοντέλο διαφοροποιήθηκε από της Baumrind ως προς τον τρίτο τύπο του (τον επιτρεπτικό), για τον οποίο οι δημιουργοί του πρότειναν δύο υπο-τύπους. Τον *επιτρεπτικό-επιεική ή ενδοτικό (indulgent)* και τον *επιτρεπτικό-αδιάφορο (neglectful ή indifferent ή unengaged)* (Maccoby & Martin, 1983). Σύμφωνα με τους Maccoby και Martin (1983), οι *επιτρεπτικοί-επιεικείς γονείς* είναι περισσότερο ανταποκριτικοί, παρά απαιτητικοί. Ως ένα βαθμό, αποδέχονται τα παιδιά τους, σέβονται την αυτονομία τους, δείχνουν στοργή σε αυτά και ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στις ανάγκες τους. Εντούτοις, δεν έχουν απαιτήσεις, δεν ασκούν έλεγχο στη συμπεριφορά τους και πολύ σπάνια θέτουν όρια και κανόνες. Είναι επιεικείς ακόμη και στις μη αποδεκτές συμπεριφορές τους και δεν απαιτούν ωριμότητα. Επιπλέον, δεν προσπαθούν να «μάθουν» στα παιδιά τους να πειθαρχούν. Από την άλλη, οι *επιτρεπτικοί-αδιάφοροι γονείς* δεν είναι ούτε στοργικοί, ούτε απαιτητικοί και δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες των παιδιών τους. Δείχνουν αδιάφοροι, απορριπτικοί, συναισθηματικά απόμακροι και δεν ασχολούνται καθόλου με τα θέματα πειθαρχίας ή αυτοπειθαρχίας των παιδιών (Smith & Hall, 2008). Δεν εμπλέκονται καθόλου στη ζωή τους, δεν θέτουν όρια στη συμπεριφορά τους και δεν τους ασκούν έλεγχο (Maccoby & Martin, 1983). Αξίζει να αναφερθεί, ότι για το συγκεκριμένο τύπο γονέα βρέθηκαν τα λιγότερα ερευνητικά δεδομένα κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε. Αυτό μάλλον οφείλεται στο ότι οι γονείς αυτοί, αφού δεν εμπλέκονται ενεργά στη ζωή των παιδιών

τους, αδιαφορούν γι' αυτά και έτσι δεν γίνονται εθελοντές και συμμετέχοντες σε σχετικές έρευνες.

1.2. Η γονεϊκή τυπολογία στην Ελλάδα – Τύποι γονέων

Στην Ελλάδα, η έρευνα που μελετά αμιγώς τη γονεϊκή τυπολογία είναι περιορισμένη (Μαριδάκη - Κασσωτάκη, 2009). Οι γονεϊκοί τύποι στην Ελλάδα μελετήθηκαν πρόσφατα σε δύο σχετικές έρευνες. Η μια της Μαριδάκη - Κασσωτάκη (2009), η οποία αφορά την αξιολόγηση της πατρικής τυπολογίας και τη στάθμιση σχετικού ερωτηματολογίου και η άλλη των Αντωνοπούλου και Τσίτσα (υπό δημοσίευση) για την τυπολογία της μητέρας και τη στάθμιση σχετικού ερωτηματολογίου.

Στην έρευνα της Μαριδάκη - Κασσωτάκη (2009) έλαβαν μέρος 1572 πατέρες από 13 διαφορετικές περιοχές της Ελλάδας. Με βάση τα χαρακτηριστικά τους, οι έλληνες πατέρες κατηγοριοποιήθηκαν σε τέσσερις τύπους. Οι τρεις πρώτοι (υποστηρικτικός, αυταρχικός, επιτρεπτικός) ταυτίζονται με τα χαρακτηριστικά του μοντέλου της γονεϊκής τυπολογίας της Baumrind που περιγράφηκε παραπάνω. Ο τέταρτος, ο «αυστηρός», θεωρείται κάτι ενδιάμεσο μεταξύ του υποστηρικτικού και του αυταρχικού τύπου, αφού συγκεντρώνει χαρακτηριστικά και από τους δυο, παρότι δεν ταυτίζεται με κανέναν τους. Ο αυστηρός πατέρας ενώ ασχολείται με το παιδί, θέτει όρια στην προβληματική κυρίως συμπεριφορά του, ασκεί κριτική σ' αυτό, ιδιαίτερα όταν η συμπεριφορά του δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του και του κάνει διαρκώς συστάσεις προκειμένου να βελτιωθεί η συμπεριφορά του. Σε περίπτωση που το παιδί παραφέρεται το μαλώνει και του φωνάζει, χωρίς να προσπαθεί να του εξηγήσει τα λάθη και τις παραλήψεις της συμπεριφοράς του. Ο αυστηρός πατέρας τονίζει και επαναλαμβάνει τους κανόνες της οικογένειας και δεν παραλείπει να λέει στο παιδί πόσο σημαντικό είναι να τους ακολουθεί. Τέλος, δεν διαπραγματεύεται τους τρόπους διαπαιδαγώγησης που εφαρμόζει (Μαριδάκη - Κασσωτάκη, 2009). Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τον καθορισμό της πατρικής τυπολογίας στην Ελλάδα βασίστηκε στο

Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ) των Robinson, Mandleco, Olsen και Hart (2001) και φέρει τον τίτλο «*Ερωτηματολόγιο Τυπολογίας του Έλληνα Πατέρα*» (Μαριδάκη - Κασσωτάκη, 2009).

Η τυπολογία της ελληνίδας μητέρας αξιολογήθηκε από τους Αντωνοπούλου και Τσίτσα (υπό δημοσίευση). Στην έρευνα συμμετείχαν 2472 μητέρες από 13 διαφορετικά διαμερίσματα της χώρας. Με βάση τα χαρακτηριστικά τους, οι ελληνίδες μητέρες κατηγοριοποιήθηκαν σε τέσσερις τύπους, όπως και οι πατέρες. Οι τρεις πρώτοι (υποστηρικτική, αυταρχική και επιτρεπτική) ταυτίζονται με τα χαρακτηριστικά των γονέων που ανέδειξε το μοντέλο της Baumrind, όπως περιγράφηκαν παραπάνω. Ο τέταρτος τύπος, η «*αυστηρή*», συγκεντρώνει χαρακτηριστικά τόσο από τον υποστηρικτικό όσο και από τον αυταρχικό τύπο. Η αυστηρή μητέρα είναι δίκαιη, ανταποκριτική και νοιάζεται για τις ανάγκες των παιδιών της. Οι προσδοκίες της διαμορφώνονται με βάση τις δυνατότητες και τα χαρακτηριστικά τους. Ταυτόχρονα, θέτει όρια και ασκεί αυστηρό έλεγχο στη συμπεριφορά τους, και όπως ο αυστηρός πατέρας, μαλώνει τα παιδιά και τονίζει διαρκώς τους κανόνες της οικογένειας, λέγοντας τους πόσο σημαντικό είναι να τους ακολουθούν. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τον καθορισμό της μητρικής τυπολογίας στην Ελλάδα βασίστηκε στο Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ) του Robinson et al. (2001) και φέρει τον τίτλο «*Ερωτηματολόγιο Τυπολογίας της Ελληνίδας Μητέρας*» (Αντωνοπούλου & Τσίτσας, υπό δημοσίευση).

Γενικά, η γονεϊκή τυπολογία στην Ελλάδα είναι ένας χώρος μη αξιοποιημένος ερευνητικά, παρότι σημαντικός. Η αξιοποίηση του θα δώσει την ευκαιρία στους Έλληνες γονείς να αναγνωρίσουν και, αν χρειαστεί, να επαναπροσδιορίσουν τον τρόπο διαπαιδαγώγησης των παιδιών τους, τις πρακτικές που εφαρμόζουν, καθώς και να διαπιστώσουν τη σημαντικότητα του ρόλου τους στην ανάπτυξη των παιδιών.

Κεφάλαιο 2: Η παιδική κατάθλιψη – Καταθλιπτική συμπτωματολογία

2.1. Κλινικές εκδηλώσεις της κατάθλιψης στα παιδιά – Συμπτωματολογία

Η ύπαρξη κατάθλιψης στα παιδιά και στους εφήβους ήταν ένα διαμφισβητούμενο θέμα πριν τη δεκαετία του '70 (Puig-Antich & Gittleman, 1982). Από τη μια πολλοί ερευνητές υποστήριζαν πως η κατάθλιψη δεν υφίσταται για τα παιδιά (Hazel, 2002) και αφορούσε μόνο τους ενήλικες, από την άλλη αρκετοί ήταν εκείνοι που υποστήριζαν πως υφίσταται και μάλιστα εμφανίζεται ακόμη και από τη βρεφική ηλικία (Spitz & Wolf, 1946, όπως αναφέρει ο Δημητρίου, 2005. Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988. Bowlby, 1960).

Σήμερα όμως, τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν πως τα παιδιά βιώνουν κατάθλιψη και μάλιστα εκδηλώνουν τα ίδια συμπτώματα με τους ενήλικες, με μικρές βέβαια διαφοροποιήσεις λόγω του αναπτυξιακού τους σταδίου. Μάλιστα, για τη διάγνωση της χρησιμοποιούνται και τα ίδια κριτήρια, με τη διαφορά πως για τα παιδιά α) η ευερεθιστικότητα είναι σύμπτωμα δυσφορικής διάθεσης και, β) η διάρκεια της δυσθυμίας εξετάζεται στο ένα αντί για δύο χρόνια (Garber, Gallerani, & Frankel, 2009. Ryan et al., 1987). Αναλυτικότερα τα διαγνωστικά κριτήρια των ταξινομικών συστημάτων για την κατάθλιψη υπάρχουν στο DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) και στο ICD-10 (World Health Organization, 1992).

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα στα παιδιά, όπως και στους ενήλικες, είναι επίμονα και οδυνηρά (Nolen-Hoeksema, Girgus, & Seligman, 1992). Ακόμη και όταν δεν στοιχειοθετείται κλινική κατάθλιψη, επηρεάζουν αρνητικά τη λειτουργικότητα τους και είναι σοβαρή αιτία ανάπτυξης κατάθλιψης στο μέλλον (Roberts, Lewinsohn, & Seeley, 1995).

Είναι διαφόρων τύπων συμπτώματα, συναισθηματικού, ψυχοσωματικού, γνωστικού, συμπτώματα στη συμπεριφορά, συμπτώματα στις ακαδημαϊκές επιδόσεις. Όμως, πρέπει να σημειωθεί πως ένα παιδί που έχει κατάθλιψη δε θα βιώσει όλα αυτά τα συμπτώματα ταυτόχρονα, αλλά κάποια από αυτά, ανάλογα με το είδος της διαταραχής ή την ηλικία του.

Επίσης, τα συμπτώματα αυτά μπορεί να διαφέρουν από παιδί σε παιδί σε επίπεδο έντασης και σοβαρότητας (Turner & Barrett, 2003).

Αναλυτικότερα:

α) Συναισθηματικού τύπου συμπτώματα

Ένα κύριο συναίσθημα στην παιδική κατάθλιψη είναι το «καταθλιπτικό συναίσθημα», το οποίο αναφέρεται σε μια συναισθηματική, αρνητική εγρήγορση, η οποία κυμαίνεται από την άσχημη μέχρι την καταθλιπτική διάθεση (Τρίκκας, 2005) και συνοδεύεται από αισθήματα θλίψης, απόγνωσης, άγχους και αγωνίας. Αποτελεί δε χαρακτηριστικό τρόπο εκδήλωσης της κατάθλιψης στη συγκεκριμένη ηλικία (American Psychiatric Association, 2000). Επιπλέον, ένα άλλο συναίσθημα είναι η δυσφορία (Schaffer & Waslick, 2002), η οποία δύσκολα εξακριβώνεται στο παιδί, παρότι αποτελεί σημαντική ψυχοπαθολογική συνιστώσα απαραίτητη στη διάγνωση της διαταραχής (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988). Αποτέλεσμα των ανωτέρω συμπτωμάτων είναι η απώλεια του ενδιαφέροντος και η ανηδονία, η οποία ερμηνεύει την αδυναμία του παιδιού να βιώνει ικανοποίηση από πράγματα, πρόσωπα, καταστάσεις και δραστηριότητες που μέχρι τώρα το ικανοποιούσαν (American Psychiatric Association, 2000). Το ηδονικό αυτό έλλειμμα είναι πλέον επώδυνο και αποτελεί ίσως την πιο σημαντική διαταραχή και στην κατάθλιψη των παιδιών (Τρίκκας, 2005). Παρατηρείται δε στα περισσότερα παιδιά με κατάθλιψη. Οι Mitchell, McCauley, Burke και Moss (1988) εντόπισαν την ανηδονία στο 89% του δείγματος τους και οι Yorbik, Birmaher, Axelson, Williamson και Ryan (2004) στο 67.3%.

Άλλα συναισθήματα που βιώνουν τα παιδιά, είναι η μελαγχολία, την οποία οι Eastgate και Gilmour (1984) ανίχνευσαν στο 100% των παιδιών της μελέτης τους, η θλίψη, η ντροπή, οι ενοχές, η ευαισθησία στην κριτική (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2004), η απελπισία, η υπερβολική ανησυχία και αναστάτωση, ο φόβος (κυρίως ο αβάσιμος φόβος) και το άγχος (American Psychiatric Association, 2000. Mitchell et al., 1988. Yorbik et al., 2004).

Τέλος, τα παιδιά με κατάθλιψη υπολείπονται των κατάλληλων δεξιοτήτων ρύθμισης των συναισθημάτων τους και ιδιαίτερα των αρνητικών. Σε περίπτωση που βιώσουν ένα αρνητικό συναίσθημα δυσκολεύονται να το επεξεργαστούν και να το τροποποιήσουν (Garber Braafladt, & Weiss, 1995. Stark et al., 2008).

β) Ψυχοσωματικού τύπου συμπτώματα

Τα ψυχοσωματικά συμπτώματα συνυπάρχουν με την κατάθλιψη, δεδομένου ότι είναι νόσος που προκαλεί και οργανικές αλλαγές (Χριστοδούλου, 2005). Οι Mitchell et al. (1988) και Eastgate και Gilmour (1984) διαπίστωσαν ότι τα παιδιά του δείγματος τους εμφάνιζαν ψυχοσωματικά συμπτώματα σε ποσοστό 77% και 63% αντίστοιχα.

Τα συνήθη συμπτώματα που παρατηρούνται στην ηλικία αυτή είναι τα κοιλιακά άλγη, η ναυτία, ο πονοκέφαλος, οι μυοσκελετικοί πόνοι, η ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση, οι διαταραχές στον ύπνο, η νυκτερινή ενούρηση, η απώλεια της όρεξης και κατά συνέπεια του βάρους, η κόπωση και η νωθρότητα (Blumberg & Izard, 1985. Colbert, Newman, Ney, & Young, 1982. Dwivedi & Varma, 1997. Eastgate & Gilmour, 1984). Η κόπωση εκδηλώνεται σαν αδυναμία ή εξάντληση και ως αίσθημα απώλειας της ενεργητικότητας. Τα παιδιά με κατάθλιψη είναι λιγότερο ενεργητικά, φαίνονται νωθρά, δεν συμμετέχουν εύκολα σε παιχνίδια, ενώ αντιδρούν και περπατούν με αργό ρυθμό (Κονιστή, 2010).

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα συμπτώματα αυτά δύσκολα γίνονται αντιληπτά (ως καταθλιπτικά συμπτώματα), γι' αυτό πολλές φορές οι γονείς δεν προσέρχονται στους ειδικούς ψυχικής υγείας, αλλά σε γιατρούς άλλους ειδικοτήτων (Ryan et al., 1987).

γ) Συμπτώματα στη συμπεριφορά

Τα παιδιά με κατάθλιψη εμφανίζουν σημαντικά κοινωνικά ελλείμματα με έκδηλα χαρακτηριστικά την απόσυρση, την απομόνωση και την αποφευκτικότητα, καθώς και τις διαταραγμένες σχέσεις με τους συνομήλικους τους (Larson, Raffaelli, Richardson, Ham, &

Jewell, 1990. Poznanski, 1982). Ο Mitchell et al. (1988) και ο Yorbik et al. (2004) βρήκαν πως η απόσυρση στα παιδιά με κατάθλιψη εμφανίζεται σε ποσοστό 78% και 60% αντίστοιχα.

Σε διάφορες κοινωνικές καταστάσεις συχνά υιοθετούν εχθρική στάση απέναντι στους άλλους, προτιμούν τις «δυναμικές λύσεις» για την επίλυση των διαπροσωπικών προβλημάτων τους και καταφεύγουν σε αντικοινωνικές συμπεριφορές (Jaycox, Reivich, Gillham, & Seligman, 1994). Η στάση αυτή σε συνδυασμό με την ευερεθιστικότητα που πολλές φορές τα διακρίνει, οδηγούν σε δυσάρεστες αλληλεπιδράσεις με τους γονείς και τα αδέρφια τους. Οι σχέσεις τους γίνονται συγκρουσιακές, στρεσογόνες και ανταγωνιστικές (κυρίως με τα αδέρφια). Ταυτόχρονα, εκλαμβάνουν τη σχέση τους με την οικογένεια ως μη υποστηρικτική (Kaslow, Deering, & Racusin, 1994. Shaffer & Waslick, 2002).

Προκειμένου να βρουν τρόπους να αντιμετωπίσουν τη δυσφορία και τη θλίψη που βιώνουν και να σκεδάσουν τα δυσάρεστα συναισθήματα τους, ενδέχεται να καταφεύγουν στη χρήση ουσιών (ιδίως κατά την εφηβεία αλλά και μετά), σε ριψοκίνδυνες συμπεριφορές και, σε παθολογικό βαθμό, αυτοερωτική συμπεριφορά. Συχνά μάλιστα καταφεύγουν και σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (Dwivedi & Varma, 1997).

Το πιο σοβαρό όμως σύμπτωμα-συνέπεια της παιδικής κατάθλιψης είναι ο αυτοκτονικός ιδεασμός, ο οποίος όμως δεν είναι στατικός και μπορεί άλλοτε να εμφανίζεται έντονος, άλλοτε να είναι σε ύφεση (Avenevoli, Knight, Kessler, & Merikangas, 2008). Τις αυτοκτονικές σκέψεις διαπίστωσαν σε μεγάλο ποσοστό στα παιδιά ο Mitchell et al. (1988), ο Yorbik et al. (2004) και ο Ryan et al. (1987). Όμως στην ηλικία αυτή σπάνια πραγματοποιείται αυτοκτονία, αφού η γνωστική ανωριμότητα φαίνεται να προστατεύει τα παιδιά από το να σχεδιάσουν και να εκτελέσουν ένα πλάνο αυτοκτονίας (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2005).

δ) Γνωστικού τύπου συμπτώματα

Τα παιδιά με κατάθλιψη επικεντρώνονται συνήθως στις ενδότερες σκέψεις τους, οι οποίες είναι κυρίως αρνητικές, αυτοαπορριπτικές και απαισιόδοξες (Τσιάντης, 2001). Έχουν την τάση να εξηγούν με απαισιόδοξο τρόπο τα γεγονότα και μάλιστα ακόμη και όταν τα καταθλιπτικά συμπτώματα υποχωρήσουν ο απαισιόδοξος τρόπος σκέψης παραμένει. Καθώς μεγαλώνουν και ταυτόχρονα αναπτύσσονται οι γνωστικές τους ικανότητες, αυτός ο τρόπος εξήγησης των γεγονότων παγιώνεται, γεγονός που συμβάλλει στην περαιτέρω ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Nolen-Hoeksema et al., 1992). Ο Yorbik et al. (2004) βρήκαν πως η απαισιοδοξία σε συνδυασμό με τα αισθήματα απελπισίας, αποθάρρυνσης και αβοηθησίας διακατείχε το 53.5% των καταθλιπτικών παιδιών του δείγματος τους.

Επιπλέον, τα παιδιά με κατάθλιψη, όπως και οι ενήλικες, τείνουν να αποδίδουν εσωτερικές, σταθερές και καθολικές αιτίες και ιδιότητες στα άσχημα γεγονότα και εξωτερικές, ασταθείς και συγκεκριμένες αιτίες στα ευχάριστα (Blumberg & Izard, 1985). Έχει δειχτεί πως σε δοκιμασίες επίδοσης σε γνωστικά έργα, τα παιδιά αυτά έχουν πολύ χαμηλές προσδοκίες για τις επιδόσεις τους και θέτουν αυστηρά κριτήρια στους εαυτούς τους. Αυτές οι προσδοκίες δρουν ταυτόχρονα ως αυτοεκπληρούμενη προφητεία για την επερχόμενη αποτυχία τους, γεγονός που με τη σειρά του ισχυροποιεί τις καταθλιπτικογενείς γνωσίες τους και συμβάλλει στη διατήρηση της κατάθλιψης (Jaycox et al., 1994).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό τους είναι η αρνητική εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους (Κονιστή, 2010. Poznanski, 1982), η οποία σχετίζεται με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση τους (Blumberg & Izard, 1985. Colbert et al., 1982), τις ιδέες τους για προσωπική ανεπάρκεια και αναξιότητα (Dwivedi & Varma, 1997. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2004) και τα αισθήματα παθολογικής ενοχής και αυτομομφής που βιώνουν (Poznanski, 1982). Τέλος, τα παιδιά με κατάθλιψη εμφανίζουν – σε μικρότερο βαθμό από ότι οι έφηβοι και οι ενήλικες – ψυχωτικά φαινόμενα, ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες, τα οποία όμως είναι μικρής διάρκειας.

Οι μεν ψευδαισθήσεις συνίστανται σε εξωτερικές φωνές απαισιόδοξου ή αυτοκτονικού περιεχομένου, ενώ οι παραληρητικές ιδέες αφορούν θέματα ενοχής, καταστροφής, καταδίωξης, τιμωρίας και θανάτου (Kaplan et al., 2005). Ο Mitchell et al. (1988) εντόπισαν ψυχωτικά συμπτώματα στα παιδιά με κατάθλιψη σε ποσοστό 31% για τις ψευδαισθήσεις και 13% για τις παραισθήσεις. Αντίστοιχα, το ποσοστό του Yorbik et al. (2004) ήταν 4% για τις ψευδαισθήσεις και 0.5% για τις παραισθήσεις.

ε) Συμπτώματα στις σχολικές επιδόσεις

Η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά και τις σχολικές επιδόσεις των παιδιών (Colbert et al., 1982). Τα παιδιά με κατάθλιψη δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν και παρουσιάζουν ελλείμματα προσοχής σε μεγάλο βαθμό. Ο Ryan et al. (1987) αναφέρουν το σύμπτωμα αυτό σε ποσοστό 75% των παιδιών και ο Yorbik et al. (2004) σε ποσοστό 80%. Τα συμπτώματα αυτά δυσκολεύουν την εκτέλεση των περίπλοκων δραστηριοτήτων του σχολείου, ενώ σε συνδυασμό με την έλλειψη ενδιαφερόντων και κινήτρων, την ψυχοκινητική επιβράδυνση, την κόπωση και την καταθλιπτική διάθεση οδηγούνται στη σχολική διαρροή, τις μειωμένες επιδόσεις και την αποτυχία, τα οποία με τη σειρά τους, ως φαύλος κύκλος, οδηγούν σε περαιτέρω μείωση του κινήτρου για μάθηση και εγκατάλειψη της προσπάθειας (Kovacs & Goldston, 1991. Shaffer & Waslick, 2002). Μόνο τα πολύ έξυπνα και ακαδημαϊκά προσανατολισμένα παιδιά, με ήπια όμως κατάθλιψη, μπορούν και αντισταθμίζουν τις μαθησιακές δυσκολίες, αφού μπορούν και αυξάνουν το χρόνο συμμετοχής και προσπάθειας στη μαθησιακή διαδικασία (Kaplan et al., 2005). Αρκετά συχνά, λόγω των συμπτωμάτων αυτών στη μάθηση, η κατάθλιψη μπορεί να διαγνωσθεί ως «μαθησιακές δυσκολίες», γεγονός που με τη σειρά του μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση, μέσω της πίεσης που ασκείται στα παιδιά αυτά για να γίνουν «καλύτεροι μαθητές» (Colbert et al., 1982).

Αξίζει να τονιστεί, πως όλα τα συμπτώματα που περιγράφηκαν παραπάνω δεν αναγνωρίζονται επαρκώς ως καταθλιπτικά από τους ενήλικες (δασκάλους και γονείς)

(Angold et al., 1987. Κλεφτάρας, 2004. Klefтарas & Didaskalou, 2006). Αν και άλλες μελέτες διαφοροποιούνται σ' αυτό, αφού για παράδειγμα οι Φιλανδοί γονείς και δάσκαλοι είναι ενήμεροι και μπορούν να εντοπίζουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα των παιδιών (Puura et al., 1998). Στη δυσκολία αναγνώρισης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων συμβάλλει το ότι α) τα παιδιά μπορούν και κρύβουν την ανησυχία τους, προκειμένου να αποφύγουν την πίεση των ενηλίκων, β) οι ενήλικες γενικά αποφεύγουν να ασχολούνται με τα ενοχικά συναισθήματα των παιδιών, γ) η κατάθλιψη στα παιδιά είναι πολυσύνθετο φαινόμενο και η επίμονη προσπάθεια τους για ανακούφιση μοιάζει πιο πολύ σαν αίτημα τους για απόσπαση της προσοχής των ενηλίκων (Colbert et al., 1982) και, δ) οι δάσκαλοι συνήθως επικεντρώνονται στις μαθησιακές συμπεριφορές και δυσκολίες των παιδιών και αγνοούν τις συναισθηματικές (Klefтарas & Didaskalou, 2006). Εδώ πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι τα παιδιά με κατάθλιψη συμπεριφέρονται κατά κανόνα με «καλούς τρόπους», είναι ευγενικά και συνήθως δεν «είναι εμπόδιο» στη μαθησιακή διαδικασία, άρα δεν γίνονται εύκολα αντιληπτά (Κλεφτάρας, 2004).

2.2. Η συχνότητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά

Τα ποσοστά της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στον παιδικό πληθυσμό στην Ελλάδα, αλλά και διεθνώς, παρατηρούνται αυξημένα τα τελευταία χρόνια. Οι τιμές διαφέρουν ανάλογα με το επίπεδο σοβαρότητας που ερευνάται (δηλαδή αν αυτά είναι χαμηλά, μέτρια ή σοβαρά) και ανάλογα με το ψυχομετρικό εργαλείο που χρησιμοποιείται. Για παράδειγμα, στην Αγγλία το ποσοστό των παιδιών με σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία βρέθηκε στο 8% έως 10% και το αντίστοιχο στη Ρωσία στο 26.1% (Charman & Petrova, 1996). Στην Κορέα σε δείγμα 1279 παιδιών ηλικίας 9 – 12 ετών το αντίστοιχο ποσοστό κυμάνθηκε στο 14% (Shin, Cho, Lim, & Cho, 2008) και στην Εσθονία σε δείγμα 725 παιδιών ηλικίας 7 – 13 ετών στο 9.96% (Samm et al., 2008). Σε δείγμα παιδιών 7 έως 11 ετών με Αμερικανο-αφρικανική, Καυκασιανή, Ισπανική, Ασιατική και Αμερικάνικη

καταγωγή, τα ποσοστά της σοβαρής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κυμάνθηκαν στο 10.8% και της μέτριας στο 34.7% (Dallaire et al., 2006).

Σε σχετικές έρευνες στην Ελλάδα έχει βρεθεί πως η καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών είναι επίσης αυξημένη. Για παράδειγμα, στην έρευνα των Giannakopoulos et al. (2009), σε δείγμα 538 παιδιών ηλικίας 8 – 12 ετών, βρέθηκε πως το ποσοστό της σοβαρής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κυμάνθηκε στο 4.2% (CDI score >19) και της μέτριας στο 14,96% (CDI score 13 – 18). Οι Kleftharas και Didaskalou (2006) σε δείγμα 323 παιδιών ηλικίας 10 – 13 ετών βρήκαν πως το 8.6% των παιδιών παρουσίαζαν σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία (CDI score > 19) και το 21.9% μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία (CDI score 10 – 18). Σε άλλη σχετική έρευνα σε 1325 εφήβους ο Madianos (1998) βρήκε το ποσοστό της κατάθλιψης να κυμαίνεται στο 14.5%.

2.3. Διαφορές φύλων και καταθλιπτική συμπτωματολογία στα παιδιά

Σχετικά με τις διαφορές φύλου στην κατάθλιψη, τα εμπειρικά δεδομένα δείχνουν πως οι γυναίκες στην ενήλικη ζωή και την εφηβεία έχουν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν τη διαταραχή σε σχέση με τους άντρες (Kessler et al., 2003). Σε αντίθεση, στην παιδική και την προεφηβική ηλικία τα ευρήματα είναι αντιφατικά. Υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν πως σ' αυτή την ηλικία τα αγόρια παρουσιάζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με τα κορίτσια (Angold, Costello, & Worthman, 1998. Nolen-Hoeksema, Girgus, & Seligman, 1991), άλλες που υποστηρίζουν πως τα κορίτσια παρουσιάζουν υψηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία σε σχέση με τα αγόρια (Cyranowski, Frank, Young, & Shear, 2000. De Boo & Spiering, 2010) και άλλες που υποστηρίζουν πως σ' αυτή την ηλικία δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων (Angold & Rutter, 1992. Hankin et al., 1998. Nolen - Hoeksema & Girgus, 1994. Sorensen, Nissen, Mors, & Thomsen, 2005). Ενδεικτική είναι η μετα-ανάλυση των Twenge και Nolen-Hoeksema (2002) σε 310 έρευνες σε παιδιά ηλικίας 8 – 12 ετών, στις οποίες χρησιμοποιήθηκε το CDI, όπου δεν

βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ φύλων, αν και τα αγόρια παρουσίαζαν υψηλότερα σκορ σε σχέση με τα κορίτσια. Όμως, όσο αυξάνεται η ηλικία και ιδιαίτερα μετά την ηλικία των δεκατριών η διαφορά αρχίζει να αυξάνεται ξεκάθαρα υπέρ των κοριτσιών (Angold & Rutter, 1992. Giannakopoulos et al., 2009. Hankin & Abramson, 1999. Hankin et al., 1998).

2.4. Αιτιολογία της παιδικής κατάθλιψης

Οι θεωρίες για την αιτιολογία της κατάθλιψης στα παιδιά έχουν τη βάση τους στις αντίστοιχες θεωρίες που αναπτύχθηκαν και αξιολογήθηκαν για τους ενήλικες, με ορισμένες όμως διαφοροποιήσεις, λόγω του διαφορετικού αναπτυξιακού σταδίου των παιδιών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2004). Διαχρονικά, μέσω των ερευνητικών ευρημάτων έχουν ταυτοποιηθεί αρκετοί παράγοντες για την παιδική κατάθλιψη, η οποία έχει σύνθετη και πολυπαραγοντική αιτιολογική δομή (Garber, 2006). Είναι όμως σχεδόν απίθανο κάποιος μεμονωμένος παράγοντας να εξηγεί από μόνος του την εμφάνιση της ή να συμβάλλει στον περιορισμό των συμπτωμάτων της ή την αντιμετώπιση της. Το πιο πιθανό είναι ότι η κατάθλιψη είναι το αποτέλεσμα της συσσώρευσης και της αλληλεπίδρασης πολλαπλών παραγόντων και οντοτήτων (Cicchetti & Toth, 1998. Kendler, Gardner, & Prescott, 2002. Monroe & Simons, 1991).

Τέτοιοι παράγοντες – αιτίες με βάση τα ερευνητικά δεδομένα μπορεί να είναι γενετικοί – γονιδιακοί (Garber, 2006. Kohli et al. 2011. Mickey et al., 2011. Thapar & Rice, 2006), νευροβιολογικοί (Bagot et al., 2009. Kaplan et al., 2005. Nantel-Vivier & Pihl, 2008. Thase, 2009), ιδιοσυγκρασιακοί – ατομικοί (Garber et al., 2009. Klein, Durbin, & Shankman, 2009. Restifo & Bogels, 2009. Sander & McCarty, 2005), περιβαλλοντικοί – κοινωνικοί (π.χ τα αρνητικά – στρεσογόνα γεγονότα ζωής και οι ελλειμματικές διαπροσωπικές σχέσεις) (Bender et al., 2007. Bowlby, 1969. Giannakopoulos et al., 2009. Monroe, Slavich, & Georgiades, 2009).

Τέλος, πολλά ερευνητικά ευρήματα αναφέρουν πως η οικογένεια συμβάλλει σημαντικά στην εμφάνιση, την ανάπτυξη, τη διατήρηση, αλλά και την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Με τον παράγοντα οικογένεια, ως αιτία της κατάθλιψης, θα ασχοληθούμε εκτενέστερα ευθύς παρακάτω, αφού αποτελεί και αντικείμενο μελέτης της παρούσας έρευνας.

2.4.1. Η οικογένεια αιτία κατάθλιψης

Διαχρονικά, τα ερευνητικά δεδομένα προτείνουν πως πολλοί οικογενειακοί παράγοντες ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη κατάθλιψης στα παιδιά, όπως το αντίξοο και στρεσογόνο οικογενειακό περιβάλλον, η ψυχοπαθολογία των γονέων, η ποιότητα της σχέσης μεταξύ των συζύγων, η δομή της οικογένειας, τα αρνητικά γεγονότα και εμπειρίες, όπως οι απώλειες και οι αρρώστιες, ο τρόπος άσκησης της γονεϊκότητας (Goodman & Brand, 2009. Kim & Cain, 2008. Sheeber, Hops, & Davis, 2001).

Από την εμβρυϊκή ακόμη περίοδο έχει βρεθεί πως η έκθεση της μητέρας σε στρεσογόνες καταστάσεις συμβάλλει στην ανάπτυξη κατάθλιψης στα παιδιά (Goodman & Brand, 2009). Αυτό μπορεί να συμβεί εξαιτίας πολλών παραγόντων. Κυρίως όμως από το γεγονός ότι όταν η μητέρα βιώνει στρες ή κατάθλιψη αυξάνονται στο αίμα της ορμόνες όπως η ουρική κορτιζόλη, η κορτικοτροπίνη, η επινεφρίνη, η νορεπινεφρίνη, οι β-ενδορφίνες και οι κατεχολαμίνες (Field et al., 2004). Από αυτές, η κορτιζόλη διαπερνά τον πλακούντα - και δεδομένου ότι δε μπορεί να μεταβολιστεί από το έμβryo - προκαλεί μη αναστρέψιμες μεταβολές στον Άξονα (HPA axis – Υποθάλαμος, Υπόφυση, Επινεφρίδιοι αδένες), γεγονός που αργότερα συμβάλλει στην ανάπτυξη κατάθλιψης στο παιδί (Goodman & Brand, 2009). Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της διαταραχής, αφορούν τη μειωμένη αιματική κυκλοφορία από τη μητέρα προς το έμβryo - εξαιτίας του στρες - τις μεταβολές στον καρδιακό ρυθμό και τη δραστηριότητα του εμβρύου, τη συμπεριφορά της μητέρας (ελλιπή φροντίδα του παιδιού, ανθυγιεινές συνήθειες φαγητού και ύπνου, κάπνισμα, ποτό, τη χρήση αντικαταθλιπτικών ή αγχολυτικών) (αναλυτικότερα στο Goodman & Brand, 2009).

Διαχρονικές μελέτες για παιδιά που οι γονείς τους νόσησαν από κατάθλιψη, αναφέρουν πως παρουσιάζουν τουλάχιστο τρεις φορές υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με αυτά που οι γονείς τους δε βιώνουν κάποια διαταραχή (Weissman et al., 2006). Αντίστοιχα, το ποσοστό αυτό σε άλλες μελέτες διαφοροποιείται στο εξαπλάσιο (Keller et al., 1986). Επιπλέον, τα παιδιά αυτά αναφέρουν σε μεγαλύτερο βαθμό αυτοκτονικό ιδεασμό, εύχονται να είχαν πεθάνει, ενώ παρουσιάζουν περισσότερα υποτροπιάζοντα καταθλιπτικά επεισόδια (Essau, 2004. Kaslow et al., 1994). Ιδιαίτερα η κατάθλιψη της μητέρας φαίνεται να είναι επιβαρυντικότερος παράγοντας για την εκδήλωση της διαταραχής στα παιδιά (Dodge, 1990. Yi & Qian, 2006), ενώ φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο τα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια (Duggal, Carlson, Sroufe, & Egeland, 2001). Όμως, σύμφωνα με τους Miller, Warner, Wickwamarante και Weissman (1999), όπως αναφέρουν οι Sander και McCarty (2005), η κατάθλιψη των γονέων δεν είναι ικανή από μόνη της να θέσει σε κίνδυνο νόσησης τα παιδιά, αφού απαιτείται η συνδρομή κι άλλων παραγόντων, όπως η μη ανταπόκριση της μητέρας στις ανάγκες των παιδιών (συναισθηματική και υλική), ο υψηλός βαθμός ψυχολογικού ελέγχου (ακύρωση συναισθημάτων, υπερπροστασία, παρεμβατικότητα, ενοχικότητα, καταπίεση), η χαμηλή αυτοεκτίμηση του παιδιού και η γενετική του προδιάθεση. Απόδειξη αυτού αποτελεί και το γεγονός ότι πολλά παιδιά καταθλιπτικών γονέων δεν εμφανίζουν κατάθλιψη ή άλλη ψυχική διαταραχή. Κι αυτό, διότι τα συγκεκριμένα παιδιά ενδεχομένως να διαθέτουν άλλους αντισταθμιστικούς και προστατευτικούς παράγοντες, όπως δεξιότητες επίλυσης προβλήματος, πηγές στήριξης και βοήθειας έξω από την οικογένεια, υποστηρικτική και στοργική σχέση τουλάχιστο με τον ένα γονέα, θετική συναισθηματικότητα και μη «καταθλιπτική ιδιοσυγκρασία» (Essau, 2004).

Πιθανές εξηγήσεις για τους μηχανισμούς που εμπλέκονται στη «μετάδοση» της κατάθλιψης από τους γονείς στα παιδιά, είναι η γενετική μεταβίβαση – κληρονομικότητα, οι ελλειμματικές γονεϊκές δεξιότητες, η αρνητική αλληλεπίδραση των παιδιών με τους γονείς, οι

συζυγικές συγκρούσεις, η μη ανταποκριτικότητα των γονέων, το δυσλειτουργικό – καταθλιπτικό γνωστικό στυλ των γονέων, τα στρεσογόνα οικογενειακά γεγονότα, η ιδιοσυγκρασία των παιδιών κ.α. (Hammen, 2009. Petersen et al., 1993. Restifo & Bogels, 2009). Σημαντικό ρόλο, επίσης, στην ανάπτυξη κατάθλιψης παίζει η συγκρουσιακή σχέση μεταξύ των γονέων και το διαζύγιο. Οι Nilzon και Palmerus (1997) βρήκαν πως οι γονείς των παιδιών με κατάθλιψη είχαν διαχρονικά συχνές και έντονες συγκρούσεις και αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα στη σχέση τους. Επιπλέον, οι οικογένειες αυτές έδειχναν να μην είναι ευτυχισμένες, ενώ δεν είχαν και εμπιστοσύνη στην ικανότητα τους να επιλύουν προβλήματα.

Άλλοι οικογενειακοί παράγοντες που ευθύνονται για την ανάπτυξη κατάθλιψης στα παιδιά, είναι η ελλειμματική επικοινωνία μεταξύ των μελών (έλλειψη αυθόρμητης επικοινωνίας, επικρίσεις, εχθρότητα, συγκρούσεις, υπερανάμιξη και παρείσδυση των γονέων στη ζωή των παιδιών...) (Kaslow et al., 1994), τα αρνητικά και στρεσογόνα γεγονότα, όπως η απώλεια κάποιου γονέα ή μέλους της οικογένειας, οι αρρώστιες (Goodman & Brand, 2009. Nilzon & Palmerus, 1997), η έλλειψη συνοχής και υποστήριξης μεταξύ των μελών, καθώς και η μη έκφραση των συναισθημάτων (Ogburn et al., 2010).

Τέλος, από πολλά ερευνητικά δεδομένα προκύπτει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση του γονεϊκού στυλ (του τρόπου άσκησης της γονεϊκότητας) με την ανάπτυξη, την εξέλιξη και την πορεία της κατάθλιψης στα παιδιά και τους εφήβους (Fu, Ma, & Gao, 2007. McLeod, Weisz, & Wood, 2007. Restifo & Bogels, 2009). Αναλυτικότερα στοιχεία για τη σχέση της γονεϊκότητας και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά αναφέρονται αμέσως παρακάτω.

2.4. 2. Γονεϊκή τυπολογία και καταθλιπτική συμπτωματολογία παιδιών

Σχετικά με τη *γονεϊκή τυπολογία* και το ρόλο της στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά, έχει βρεθεί πως το υποστηρικτικό γονεϊκό στυλ σχετίζεται αρνητικά με την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, το αυταρχικό και το επιτρεπτικό θετικά, ενώ για το αυστηρό γονεϊκό στυλ (που παρατηρείται στην Ελλάδα) δεν υπάρχουν ευρήματα.

Αναλυτικότερα:

α) Υποστηρικτικοί γονείς και καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών.

Για τους *υποστηρικτικούς γονείς*, κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, βρέθηκε πως οι σχετικές έρευνες στην πλειοψηφία τους έχουν εξετάσει μεμονωμένα κάποια χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου τύπου γονέα σε σχέση με την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά, όπως την αποδοχή του παιδιού κι από τους δύο γονείς (Bean, Barber, & Crane, 2006. Garber, Robinson, & Valentiner, 1997), τη δημοκρατική συμμετοχή των μελών της οικογένειας, τη συζήτηση και την εμπλοκή στη λήψη αποφάσεων (De Minzi, 2005. Stark, Humphrey, Crook, & Lewis, 1990. Steinberg et al., 1991), τη φροντίδα, την αυτονόμηση, το ενδιαφέρον για τις ανάγκες των παιδιών, τα θετικά μηνύματα προς τα παιδιά (Liu, 2003), την υποστηρικτικότητα των δύο γονέων (Bean et al., 2006. Dallaire et al., 2006), την τρυφερότητα και τη στοργή της μητέρας (Kim & Cain, 2008). Ηλικιακά τα παιδιά στις ανωτέρω έρευνες ήταν περίπου στην προεφηβεία και οι αυτοαναφορές τους ελήφθησαν υπόψη για την αξιολόγηση της γονεϊκότητας και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων τους. Σε όλες σχεδόν τις έρευνες - εξαιρουμένης των Bean et al. (2006), όπου δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της υποστηρικτικότητας της μητέρας και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των παιδιών - διαπιστώθηκε αρνητική συσχέτιση των υπό μελέτη χαρακτηριστικών με την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά.

Η έρευνα της Dwairy (2004) η οποία εξέταζε ταυτόχρονα πολλά από τα χαρακτηριστικά του υποστηρικτικού τύπου γονέα, έδειξε πως ο συγκεκριμένος τύπος σχετίζεται αρνητικά με την κατάθλιψη των παιδιών. Και μάλιστα σε μια κοινωνία «αυταρχική» στον τρόπο ανατροφής των παιδιών, την Αραβο-Παλαιστινιακή, δείχνοντας έτσι πως το γονεϊκό υποστηρικτικό στυλ είναι διαπολιτισμικά ευεργετικό για τα παιδιά.

β) Αυταρχικοί γονείς και καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών.

Για τους *αυταρχικούς γονείς*, η πλειοψηφία των ερευνών συγκλίνουν στην άποψη πως σχεδόν όλα τα χαρακτηριστικά τους και οι πρακτικές που εφαρμόζουν (σωματικές τιμωρίες, ψυχολογικός έλεγχος, επικρίσεις, απόρριψη, έλλειψη στοργής κ.λπ) συνδέονται με την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά (McLeod et al., 2007). Ειδικότερα, η σωματική τιμωρία και η κακομεταχείριση σχετίζονται άμεσα με την εμφάνιση κατάθλιψης στα παιδιά (Kaplan et al., 1998. Rodriguez, 2003. Toth, Manly, & Cicchetti, 1992). Επίσης, οι συχνές επικρίσεις, η τιμωρητικότητα, η έλλειψη στοργής και υποστηρικτικότητας είναι κι αυτά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά της παιδικής ηλικίας (Bolton, Barrowclough, & Calam, 2009. Dallaire et al., 2006. Kim et al., 2003. Ogburn et al., 2010).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό των αυταρχικών γονέων είναι ο ψυχολογικός έλεγχος που ασκούν στα παιδιά τους. Συνήθως, οι αυταρχικοί γονείς τα καταπιέζουν, δεν τους δίνουν ελευθερίες, παρεισδύουν στη ζωή τους και συχνά ακυρώνουν τα συναισθήματα τους. Ενθαρρύνουν με τον τρόπο τους την εξάρτηση, αφού τα καθοδηγούν ακόμα πώς να σκέφτονται ή και πώς να αισθάνονται (Barber, 1996). Ο ψυχολογικός έλεγχος έχει βρεθεί πως συνδέεται άμεσα με την καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών (Rapee, 1997. Garber et al., 1997). Εντούτοις, άλλες έρευνες υποστηρίζουν πως σε κάποιες οικογένειες η άσκηση ψυχολογικού ελέγχου δε σχετίζεται με την ανάπτυξη κατάθλιψης στα παιδιά (Bean et al., 2006).

Επιπλέον, άλλα χαρακτηριστικά των αυταρχικών γονέων που σχετίζονται με την ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά είναι η έλλειψη στοργής, τρυφερότητας και φροντίδας, η εχθρότητα προς τα παιδιά, η αποφυγή ενασχόλησης με την ανατροφή τους (Kim et al., 2003), η μη διαθεσιμότητα τους (Kaslow, Rehm, & Siegel, 1984) και η μη παροχή επαίνων και επιβραβεύσεων (Messer & Gross, 1995).

Τέλος, σύμφωνα με τους McLeod et al. (2007), De Minzi (2005), Oldehinkel, Veenstra, Ormel, de Winter και Verhulst (2006) και Rapee (1997), η γονεϊκή απόρριψη είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη κατάθλιψης στα παιδιά. Περιλαμβάνει δε την έντονη αποδοκιμασία προς το παιδί, τις επικρίσεις, την υποτίμηση και εν γένει την έλλειψη επαφής μαζί του.

Σε αντίθεση με τα ανωτέρω, η Dwairy (2004) στην έρευνα της που αφορούσε παιδιά Αραβο-Παλαιστινιακής καταγωγής βρήκε πως το αυταρχικό γονεϊκό στυλ δε σχετίζεται με την ανάπτυξη κατάθλιψης στα παιδιά. Πιθανή εξήγηση γι' αυτό αποτελεί ο τρόπος που κάποιοι λαοί και πολιτισμοί εκλαμβάνουν την έννοια της αυταρχικότητας και η σημασία που της αποδίδουν, αφού για παράδειγμα, στους ανατολικούς κollectιβιστικούς πολιτισμούς οι αυταρχικές πρακτικές θεωρούνται «οργανωτικές στρατηγικές» με τις οποίες προάγεται η αρμονία και η συνοχή της οικογένειας και μέσω αυτών εξασφαλίζεται η ηθική ανάπτυξη των παιδιών (Chao, 1994).

γ) Επιτρεπτικοί γονείς και καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών.

Για τους επιτρεπτικούς γονείς τα ερευνητικά δεδομένα συγκλίνουν στην άποψη πως το επιτρεπτικό γονεϊκό στυλ σχετίζεται θετικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών.

Στην έρευνα της Liu (2003), σε παιδιά ηλικίας περίπου 12 ετών, φάνηκε πως η αδιαφορία των γονέων (χαρακτηριστικό των επιτρεπτικών) σχετίζεται θετικά με την ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά. Στα ίδια αποτελέσματα κατέληξαν οι

Messer και Gross (1995) και Simons et al. (2002), οι οποίοι αντίστοιχα μελέτησαν τη μικρή συμμετοχή και την «ουδέτερη συμπεριφορά» των γονέων στην ανατροφή των παιδιών σε σχέση με την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σ' αυτά.

Ομοίως, η Dwaairy (2004) βρήκε πως το επιτρεπτικό γονεϊκό στυλ σχετίζεται θετικά με την ανάπτυξη κατάθλιψης στα παιδιά, κυρίως όμως στα αγόρια. Σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στην επιτρεπτικότητα της μητέρας και στην καταθλιπτική συμπτωματολογία των εφήβων βρήκαν και οι Driscoll, Russell και Crockett (2008). Επίσης, για το συγκεκριμένο τύπο γονέα ο Milevsky et al. (2007) έδειξαν πως η επιτρεπτική μητέρα είναι περισσότερο επιζήμια από τον επιτρεπτικό πατέρα και σχετίζεται περισσότερο με την ανάπτυξη κατάθλιψης στα παιδιά.

δ) Αυστηροί γονείς και καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών.

Για τους *αυστηρούς γονείς* και τη σχέση τους με την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά της προεφηβικής ηλικίας δεν εντοπίστηκε κάποια σχετική έρευνα, διότι ο συγκεκριμένος τύπος συναντάται στην ελληνική κοινωνία, όπου οι έρευνες για τη γονεϊκή τυπολογία είναι περιορισμένες. Όπως προαναφέρθηκε, ο συγκεκριμένος τύπος «τοποθετείται» ανάμεσα στον υποστηρικτικό και τον αυταρχικό, αλλά ταυτόχρονα δεν ταυτίζεται με κανέναν απ' τους δυο. Αυτό σημαίνει ότι δεν μπορεί να συγκριθεί κάποιο συγκεκριμένο χαρακτηριστικό του αυστηρού τύπου γονέα (π.χ «θέτει όρια») με το αντίστοιχο χαρακτηριστικό του υποστηρικτικού και να γίνουν αντίστοιχες ερευνητικές υποθέσεις, διότι ο μεν αυστηρός θέτει όρια και κανόνες με αυθαίρετο τρόπο, ο δε υποστηρικτικός κατόπιν διαπραγμάτευσης με το παιδί. Παρόλα αυτά, κάποια χαρακτηριστικά του αυστηρού τύπου γονέα έχει βρεθεί πως σχετίζονται θετικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία στα παιδιά, όπως οι επικρίσεις (Arieti & Bemporad, 1980. Bolton et al., 2009) και οι συχνές συγκρούσεις με το παιδί (Jewell & Stark, 2003. Sheeber, Davis, Leve, Hops, & Tildesley, 2007).

Κεφάλαιο 3: Λόγοι πραγματοποίησης της έρευνας, μεθοδολογικές διασαφηνίσεις – Ερευνητικές υποθέσεις

3.1. Λόγοι πραγματοποίησης της έρευνας, μεθοδολογικές διασαφηνίσεις

Στην παρούσα έρευνα εξετάζεται η τυπολογία των ελλήνων γονέων - όπως την αντιλαμβάνονται τα παιδιά - και ο ρόλος της στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε αυτά κατά την προεφηβική ηλικία (10 έως 13 ετών).

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε για τους εξής λόγους:

Πρώτον, στην Ελλάδα σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε εκλείπουν οι έρευνες για τη γονεϊκή τυπολογία και συγκεκριμένα για το ρόλο της στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά. Έτσι, απότερος σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να προστεθεί μέσω αυτής ένα μικρό σώμα γνώσης στην ελλιπή ελληνική βιβλιογραφία σχετικά με το θέμα αυτό.

Δεύτερον, τα τελευταία έξι χρόνια οι άτυπες ατομικές συνεντεύξεις του ερευνητή με τους μαθητές του στο χώρο του σχολείου έδειχναν πως πολλά αρνητικά συναισθήματα των μαθητών, καθώς και κάποιες εξωτερικευμένες ή εσωτερικευμένες συμπεριφορές τους προέρχονταν από τις ελλειπείς ή διαταραγμένες σχέσεις με τους γονείς τους και τον τρόπο που οι γονείς ασκούσαν το γονεϊκό τους ρόλο. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τα σχετικά ερευνητικά ευρήματα διεθνώς, αλλά και με τα υψηλά ποσοστά των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που παρατηρούνται στα παιδιά στον ελληνικό χώρο (Giannakopoulos et al., 2009. Kleftras & Didaskalou, 2006. Madianos, 1998. Μπίμπου-Νάκου & Κιοσέογλου, 2001), οδήγησαν τον ερευνητή στην αναζήτηση αιτιών της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μέσα στην ελληνική οικογένεια και συγκεκριμένα στον τρόπο άσκησης της γονεϊκότητας, όπως την αντιλαμβάνονται τα παιδιά.

Τρίτον, είναι πλέον κοινή πεποίθηση ότι κάθε συμπεριφορά πρέπει να εξετάζεται συστημικά και μέσα στο πλαίσιο (πολιτισμικό, κοινωνικό, οικογενειακό...) όπου λαμβάνει χώρα. Ο τρόπος που τα παιδιά αντιλαμβάνονται τη γονεϊκότητα, εκτός των άλλων, είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τα χαρακτηριστικά του πολιτισμού τους και τις αντισταθμιστικές επιρροές της κοινωνίας (Chao, 2001). Το γονεϊκό στυλ και οι γονεϊκές πρακτικές εξαρτώνται άμεσα από το περιβάλλον, το πολιτισμικό πλαίσιο, τους κοινωνικούς κανόνες μέσα στα οποία εκδηλώνονται και δεν είναι διαπολιτισμικά (Darling & Steinberg, 1993. Herz & Gullone, 1999). Το ίδιο ισχύει και για την κατάθλιψη. Για παράδειγμα, στους ανατολικούς πολιτισμούς η υγιής συναισθηματική λειτουργικότητα του ατόμου χαρακτηρίζεται από την έντονη αυτοκριτική (κυρίως επίκριση) και τη συγκρατημένη έκφραση των συναισθημάτων, προκειμένου να διατηρηθεί η διαπροσωπική ισορροπία. Συμπτώματα όπως η απόσυρση του ατόμου, η μη διατήρηση των στενών διαπροσωπικών σχέσεων, η βίωση αρνητικών συναισθημάτων θεωρούνται φυσιολογικά και προεξάρχοντα στην καθημερινότητα του ατόμου και όχι ενδοπροσωπικά – καταθλιπτικά συμπτώματα (Chentsova - Dutton & Tsai, 2009), όπως στο δυτικό πολιτισμό.

Τέταρτον, δεδομένου ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα στα παιδιά είναι αυξημένα και στον ελληνικό χώρο (Giannakopoulos et al., 2009. Klefтарas & Didaskalou, 2006. Madianos, 1998. Μπίμπου-Νάκου & Κιοσέογλου, 2001), γίνεται επιτακτική η ανάγκη ανάδειξης του προβλήματος και των αιτιών του μέσα από ερευνητικά δεδομένα. Άλλωστε, τα παιδιά με καταθλιπτική συμπτωματολογία έχουν διπλάσιες πιθανότητες να αναπτύξουν κλινική κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές στο μέλλον και να κάνουν χρήση ουσιών σε σχέση με τα παιδιά χωρίς κατάθλιψη. Βιώνουν δε τις ίδιες δυσκολίες στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα με αυτά που παρουσιάζουν κλινική κατάθλιψη (Duggal et al., 2001), ενώ ακόμη και η μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία τους συνήθως υφίσταται για χρόνια (Horowitz & Garber, 2006). Έχει βρεθεί, επίσης, πως τα παιδιά αυτά έχουν αυξημένες

πιθανότητες να προβούν σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές ή να διαπράξουν αυτοκτονία στο μέλλον (Berman, 2009).

Στην έρευνα αυτή αξιολογούνται μόνο οι αντιλήψεις των παιδιών για το πώς αντιλαμβάνονται τη γονεϊκότητα, καθώς επίσης και οι αυτοαναφορές τους για τα καταθλιπτικά συμπτώματα που βιώνουν. Σχετικές έρευνες έχουν δείξει πως οι αντιλήψεις τους για τη γονεϊκότητα είναι σε μεγάλο βαθμό αντικειμενικές (Kernis, Brown, & Brody, 2000). Σύμφωνα δε με τους Gecas και Schwable (1986), όπως αναφέρουν οι Neiss, Sedikides, και Stevenson (2002) και Richards, Gitelson, Petersen και Hurtig, (1991), υπάρχει πολύ μικρή συμφωνία μεταξύ των αναφορών των παιδιών και των γονέων τους για τις γονεϊκές πρακτικές και τον τρόπο διαπαιδαγώγησης. Οι αναφορές και οι απόψεις των γονέων για την ανατροφή των παιδιών τους πολλές φορές δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και οι πρακτικές διαπαιδαγώγησης τους είναι τελείως διαφορετικές από αυτές που περιγράφουν (Kaufmann et al., 2000). Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τους γονείς που υιοθετούν τιμωρητικό και αυταρχικό στυλ, οι οποίοι όταν συμμετέχουν σε σχετικές έρευνες δεν απαντούν με ειλικρίνεια για τις αρνητικές συμπεριφορές τους και τις πρακτικές που εφαρμόζουν στα παιδιά τους (Heaven, Newbury, & Mak, 2004). Επιπλέον, πρέπει να λάβουμε υπόψη μας ότι ο τρόπος που βιώνεται η στοργή, η τρυφερότητα, ο έλεγχος, η κριτική, η υποτίμηση, η αυστηρότητα, η απόρριψη κ.λπ είναι μοναδικός για κάθε παιδί και κυρίως υποκειμενικός (Aunola, Stattin, & Nurmi, 2000), ενώ οι αντιλήψεις του παιδιού είναι εκείνες που τελικά επηρεάζουν την ψυχοσύνθεση και τη συμπεριφορά του (Heaven et al., 2004).

Σε ότι αφορά τα καταθλιπτικά συμπτώματα των παιδιών κι εδώ τα ερευνητικά δεδομένα συγκλίνουν στην άποψη πως οι αυτοαναφορές τους είναι πιο αξιόπιστες και αντικειμενικές σε σχέση με αυτές των γονέων τους (Angold et al., 1987. Mesman & Koot, 2000). Τα παιδιά είναι σε θέση να παρέχουν ασφαλείς αυτοαναφορές για τα συμπτώματα που βιώνουν (Moretti, Fine, Haley, & Marriage, 1985), ενώ οι γονείς από την άλλη τείνουν να

υποτιμούν τα περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα των παιδιών τους, ακόμη και αυτό του αυτοκτονικού ιδεασμού (Barrett et al., 1991).

Η αξιολόγηση των αντιλήψεων των παιδιών στην παρούσα έρευνα εστιάζει στη γονεϊκή τυπολογία και των δύο γονέων, διότι οι μητέρες και οι πατέρες παίζουν μοναδικούς και ξεχωριστούς ρόλους στην ανάπτυξη των παιδιών (McKinney & Renk, 2008). Παλιότερα, οι ερευνητές για τη γονεϊκή τυπολογία εστιάζονταν κυρίως στη μητέρα και εξαιρούσαν τον πατέρα, διότι πίστευαν ότι ο ρόλος του στην ανάπτυξη του παιδιού είναι «δευτερεύων» (Amato & Flower, 2002. Μαριδάκη - Κασσωτάκη, 2009). Άλλες φορές θεωρούσαν ότι και οι δύο γονείς εφαρμόζουν το ίδιο γονεϊκό στυλ (Milevsky, Schlechter, Netter, & Keehn, 2007). Όταν όμως διαπίστωναν διαφοροποίηση, άλλοτε εφαρμόζαν τη λογική του μέσου όρου (Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts, & Dornbusch, 1994. Steinberg, Mounts, Lamborn, & Dornbusch, 1991) και άλλοτε εξαιρούσαν από την ανάλυση τους τις οικογένειες αυτές (Baumrind, 1973).

Ένα σημαντικό μεθοδολογικό θέμα στην έρευνα για την κατάθλιψη είναι η διάκριση και η μελέτη της από τον ερευνητή ως σύμπτωμα, ως σύνδρομο και ως διαταραχή (κλινική κατάθλιψη).

Ως σύμπτωμα, η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε όλους τους ανθρώπους και σε όλες τις ηλικίες, ως αντίδραση σε κάποιες οδυνηρές καταστάσεις και εμπειρίες (π.χ σε μια απώλεια, μια απογοήτευση, ένα ναρκισσιστικό πλήγμα), χωρίς όμως να συνοδεύεται από άλλα ψυχοπαθολογικά φαινόμενα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2004. Lester - Παπαματθαϊάκη, 1988). Άτομα με καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως θλίψη, λύπη, απόγνωση, δυσφορία, έστω κι αν δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης, πολλές φορές χρήζουν κλινικής παρακολούθησης, ιδιαίτερα όταν η ένταση και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων θέτει σε κίνδυνο την υγεία τους (Κλεφτάρας, 1998). Ο ερευνητής που μελετά την καταθλιπτική

συμπτωματολογία μπορεί να μελετά άλλοτε τη σοβαρότητα και την ένταση των συμπτωμάτων σε σχέση με μια μεταβλητή, άλλοτε κάποιο σύμπτωμα ή ομάδα συμπτωμάτων σε σχέση με μια μεταβλητή/ές ή μεμονωμένα τη διάρκεια, τη σοβαρότητα και το συνεχές κάποιων συμπτωμάτων ή την επίδραση αυτών στη λειτουργικότητα του ατόμου (Ingram & Siegle, 2009).

Ως *σύνδρομο*, η κατάθλιψη εμπεριέχει και άλλα πιο σοβαρά συμπτώματα πέραν της καταθλιπτικής διάθεσης, όπως η απώλεια του ενδιαφέροντος, η δυσκολία στη συγκέντρωση, η διακοπή ή διαταραχή των διαπροσωπικών σχέσεων, η βραδύτητα στην εκτέλεση των δραστηριοτήτων κ.λπ (Ingram & Siegle, 2009. Lester - Παπαματθαϊάκη, 1988). Στη βιβλιογραφία το καταθλιπτικό σύνδρομο απαντάται και ως «υποκλινική κατάθλιψη». Συνήθως, η ένταση, η διάρκεια, η σοβαρότητα, το είδος και ο αριθμός των συμπτωμάτων διαχωρίζουν το καταθλιπτικό σύνδρομο από την καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Ως *διαταραχή*, η κατάθλιψη προϋποθέτει μια χαρακτηριστική κλινική εικόνα και συμπτωματολογία με συγκεκριμένη αιτιολογία, πορεία και έκβαση, η στοιχειοθέτηση της οποίας γίνεται με σαφή προσδιορισμένα κριτήρια, όπως αυτά περιγράφονται στα δύο ταξινομικά συστήματα DSM-IV και ICD-10 (American Psychiatric Association, 2000. World Health Organization, 1992).

Στην παρούσα έρευνα εξετάζεται η *καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών* (η κατάθλιψη ως «σύμπτωμα») σε σχέση με τις αντιλήψεις των παιδιών για τη γονεϊκή τυπολογία στον ελληνικό χώρο.

3.2. Ερευνητικές υποθέσεις

Με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, τα θεωρητικά και τα εμπειρικά δεδομένα γύρω από την καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών και τη σχέση της με τις αντιλήψεις τους για τη γονεϊκή τυπολογία, οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας έρευνας διαμορφώνονται ως εξής:

1^η Ερευνητική υπόθεση

Τα παιδιά της προεφηβικής ηλικίας στην Ελλάδα, με βάση τις αυτοαναφορές τους, παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά ήπιας και σοβαρής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

2^η Ερευνητική υπόθεση

Μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών της προεφηβικής ηλικίας, δεν θα υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

3^η Ερευνητική υπόθεση

Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των αντιλήψεων των παιδιών της προεφηβικής ηλικίας για τη γονεϊκή τυπολογία και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά. Επιπλέον, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις αντιλήψεις των παιδιών για τη γονεϊκή τυπολογία, με βάση το επίπεδο των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που παρουσιάζουν.

Κεφάλαιο 4: Μέθοδος

A. Συμμετέχοντες

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος μαθητές της Ε΄, Στ΄ δημοτικού και Α΄ γυμνασίου από επτά δημοτικά σχολεία και πέντε γυμνάσια της περιοχής των Αθηνών και του Ν. Ηλείας στην Πελοπόννησο. Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν 11.82 έτη (Τ.Α.=.83). Η συμμετοχή των παιδιών εξασφαλίστηκε κατόπιν συναίνεσης των γονέων τους. Από τους 1225 γονείς που προσεγγίστηκαν μέσω επιστολών, οι 659 (53.8%) επέτρεψαν στα παιδιά τους να συμμετέχουν στην έρευνα. Δεκαεννέα από αυτά τα παιδιά κατά τη διαδικασία διεξαγωγής της αρνήθηκαν να συμμετέχουν και έτσι το σύνολο των συμμετεχόντων παιδιών διαμορφώθηκε τελικά στα 640. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 1

Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων παιδιών στην παρούσα έρευνα (N=640)

	N	%
Φύλο παιδιών		
Αγόρια	323	50.5
Κορίτσια	317	49.5
Μόρφωση Πατέρα		
Δημοτικό	23	3.6
Γυμνάσιο	98	15
Λύκειο	217	33.9
Ανώτερη σχολή	98	15.3
T.E.I / A.E.I.	206	32.2
Μόρφωση Μητέρας		
Δημοτικό	23	3.6
Γυμνάσιο	63	9.8
Λύκειο	238	37.2
Ανώτερη σχολή	85	13.3
T.E.I / A.E.I.	230	35.9
Κατοικία		
Αγροτική	98	15,3
Ημιαστική	101	15.8
Αστική	441	68.9

B. Ερευνητικά εργαλεία

Για τη συλλογή των δεδομένων, εκτός του ερωτηματολογίου για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω τρία ερωτηματολόγια (Παράρτημα 2):

1. «Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων των Παιδιών για την Τυπολογία του Πατέρα»

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί τροποποιημένη εκδοχή του «The Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ) - Short Version» (32-items) του Robinson et al. (2001) και αποτελείται από 32 προτάσεις. Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, αρχικά το ανωτέρω ερωτηματολόγιο (PSDQ) μεταφράστηκε στα ελληνικά, με τη διαδικασία της αντίστροφης μετάφρασης (back-translation) από τέσσερις δίγλωσσους παιδαγωγούς και ψυχολόγους. Κατόπιν, τροποποιήθηκε με τέτοιο τρόπο, ώστε να απευθύνεται στα παιδιά και να ελέγχει τις αυτοαναφορές τους για την τυπολογία του πατέρα. Για παράδειγμα, αντί της πρότασης «Πιστεύω ότι είναι δύσκολο να μάθω στο παιδί μου να πειθαρχεί» («*I find it difficult to discipline our child*» - στο PSDQ-Short Version), χρησιμοποιήθηκε η πρόταση «Ο πατέρας μου πιστεύει ότι είναι δύσκολο να με μάθει να πειθαρχώ» κ.λπ. (Παράρτημα 2). Ο συντελεστής αξιοπιστίας alpha (α) του Cronbach του ερωτηματολογίου της παρούσας μελέτης είναι $\alpha = .77$. Σε ότι αφορά την παραγοντική δομή του θα αναφερθούμε αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο, όπου παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Η συμπλήρωση του ολοκληρώνεται συνήθως από το παιδί σε 10' λεπτά περίπου.

Το ερωτηματολόγιο «The Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ) - Short Version» (32-items) του Robinson et al. (2001) αποτελεί τη σύντομη εκδοχή του ερωτηματολογίου με τίτλο: «Parenting Practices Questionnaire» - (62- items), το οποίο κατασκευάστηκε από τους ίδιους συγγραφείς (Robinson, Mandleco, Olsen, & Hart, 1995). Στηρίζεται στο μοντέλο της Baumrind (1971) για τη γονεϊκή τυπολογία και αξιολογεί την

τυπολογία των γονέων, με βάση τον τρόπο διαπαιδαγώγησης των παιδιών τους (ηλικίας 4 έως 13 χρόνων) και τις πρακτικές που εφαρμόζουν στην ανατροφή τους.

Η σύντομη εκδοχή του προέκυψε από την εφαρμογή της Confirmatory Factor Analysis (CFA)/Structural Equation Modeling (Robinson et al., 2001). Η διαδικασία ανέδειξε τη συγκρότηση τριών ομάδων ερωτήσεων (παράγοντες), οι οποίες αντιστοιχούν σε ανάλογους τύπους γονέων. Ο πρώτος παράγοντας «ο υποστηρικτικός τύπος γονέα» αποτελείται από 15 προτάσεις και ο δείκτης αξιοπιστίας του Cronbach (α) είναι .86. Ο δεύτερος «ο αυταρχικός τύπος γονέα» αποτελείται από 12 προτάσεις και ο δείκτης αξιοπιστίας του Cronbach (α) είναι .82. Ο τρίτος «ο επιτρεπτικός τύπος γονέα» αποτελείται από 5 προτάσεις και ο δείκτης αξιοπιστίας του Cronbach (α) είναι .64. Όλοι οι ανωτέρω παράγοντες εμπεριέχουν και κάποιους υπο-παράγοντες, οι οποίοι περιγράφονται αναλυτικά στο Robinson et al. (2001).

Αποτελείται από 32 προτάσεις, οι οποίες αξιολογούνται με 5/βαθμες κλίμακες τύπου Likert (1=Ποτέ, 2=Σπάνια, 3=Μερικές φορές, 4=Πολύ συχνά, 5=Πάντα). Ο μέσος όρος των απαντήσεων δίνει τη βαθμολογία (σκορ) του κάθε παράγοντα ξεχωριστά. Ο μεγαλύτερος μέσος όρος υποδεικνύει αυξημένη χρήση των γονεϊκών πρακτικών που σχετίζονται με το συγκεκριμένο τύπο γονέα.

Το εν λόγω ερωτηματολόγιο σταθμίστηκε για τον πληθυσμό των ελλήνων πατέρων από τη Μαριδάκη - Κασσωτάκη (2009) και φέρει τον τίτλο: «Ερωτηματολόγιο Τυπολογίας Του Έλληνα Πατέρα». Αξιολογεί την τυπολογία των πατέρων, με βάση τις αυτοαναφορές τους για τον τρόπο που ασκούν το γονεϊκό τους ρόλο, τον τρόπο διαπαιδαγώγησης των παιδιών τους και τις πρακτικές που εφαρμόζουν στην ανατροφή τους. Η παραγοντική ανάλυση ανέδειξε τέσσερις τύπους πατέρα, τον υποστηρικτικό ($\alpha=.88$), τον αυταρχικό ($\alpha=.85$), τον αυστηρό ($\alpha=.70$) και τον επιτρεπτικό ($\alpha=.63$).

2. «Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων των Παιδιών για την Τυπολογία της Μητέρας»

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί επίσης τροποποιημένη εκδοχή του «The Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ) - Short Version» του Robinson et al. (2001) και αποτελείται από 32 προτάσεις. Για τη διαδικασία τροποποίησης του ισχύουν όσα αναφέρθηκαν παραπάνω για το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της τυπολογίας του πατέρα, με τη διαφορά ότι αντί για τη λέξη «πατέρας» χρησιμοποιείται η λέξη «μητέρα». Για παράδειγμα, αντί της πρότασης «Ο πατέρας μου πιστεύει ότι είναι δύσκολο να με μάθει να πειθαρχώ», χρησιμοποιείται η πρόταση «Η μητέρα μου πιστεύει ότι είναι δύσκολο να με μάθει να πειθαρχώ» κ.λπ. (Παράρτημα 2). Ο συντελεστής αξιοπιστίας alpha (α) του Cronbach του παρόντος ερωτηματολογίου είναι (α)=.78. Σε ότι αφορά την παραγοντική δομή του θα αναφερθούμε αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο όπου παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Η συμπλήρωση του ολοκληρώνεται συνήθως από το παιδί σε 10' λεπτά περίπου.

Το (PSDQ) - Short Version» του Robinson et al. (2001) έχει σταθμιστεί και για τον πληθυσμό των ελληνίδων μητέρων από τους Αντωνοπούλου και Τσίτσα (υπό δημοσίευση) και φέρει τον τίτλο: «Ερωτηματολόγιο Τυπολογίας Της Ελληνίδας Μητέρας». Αξιολογεί την τυπολογία των μητέρων, με βάση τις αυτοαναφορές τους για τον τρόπο που ασκούν το γονεϊκό τους ρόλο, τον τρόπο διαπαιδαγώγησης των παιδιών τους και τις πρακτικές που εφαρμόζουν στην ανατροφή τους. Η παραγοντική ανάλυση ανέδειξε κι εδώ τέσσερις τύπους μητέρας, την υποστηρικτική (α =.88), την αυταρχική (α =.83), την αυστηρή (α =.68) και την επιτρεπτική (α =.65).

3. *Ερωτηματολόγιο Παιδικής Κατάθλιψης – CDI* (Κλεφτάρας & Διδασκάλου, υπό δημοσίευση. Kovacs, 1992).

Το Children's Depression Inventory-CDI είναι ίσως η πιο διαδεδομένη και αξιόπιστη κλίμακα μέτρησης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά ηλικίας 7 έως 17 ετών (Liu, 2003. Hodges, 1990. Toth et al., 1992). Έχει δε υποστεί εκτεταμένο έλεγχο σε πάνω από πεντακόσιες έρευνες για την αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, τόσο σε γενικό όσο και σε κλινικό πληθυσμό (Kovacs, 2008).

Αποτελείται από 27 προτάσεις, που η καθεμία διατυπώνεται με τρεις εναλλακτικούς τρόπους, για παράδειγμα: «Νιώθω κάπου κάπου λυπημένος/η», «Νιώθω πολλές φορές λυπημένος/η», «Νιώθω όλη την ώρα λυπημένος/η». Κάθε πρόταση αξιολογείται ανάλογα με το επίπεδο σοβαρότητας του συμπτώματος, με το 0 να υποδηλώνει απουσία συμπτωμάτων, το 1 μέτρια – ήπια συμπτωματολογία και το 2 σοβαρή συμπτωματολογία. Τα παιδιά κάθε φορά επιλέγουν την πρόταση εκείνη που ταιριάζει καλύτερα στη διάθεση τους τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Το τελικό σκορ κυμαίνεται από 0 έως 54 και καθορίζεται από την άθροιση των επιμέρους απαντήσεων σε κάθε πρόταση - ερώτηση. Σκορ που κυμαίνεται από 0 – 9 δείχνει χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία, 10 – 18 μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία και 19 και άνω σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία (Kleftaras & Didaskalou, 2006). Επίσης, σύμφωνα με τον Giannakopoulos et al. (2009), σκορ άνω του 15 αποτελεί δείκτη για περαιτέρω αξιολόγηση του παιδιού.

Το CDI αξιολογεί ένα ευρύ φάσμα καταθλιπτικών συμπτωμάτων - παράγοντες, όπως την αρνητική διάθεση (6 προτάσεις), τα διαπροσωπικά προβλήματα (4 προτάσεις), το αίσθημα αναποτελεσματικότητας (4 προτάσεις), την ανηδονία (8 προτάσεις), την αρνητική αυτοεκτίμηση (5 προτάσεις).

Οι συντελεστές αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας alpha (α) του Cronbach, σύμφωνα με αναφορές σχετικών μελετών διεθνώς, κυμαίνονται από .71 έως .89, θεωρούνται αρκετά υψηλοί και επιβεβαιώνουν την αξιοπιστία της κλίμακας για τη μέτρηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στον παιδικό πληθυσμό (Kovacs, 1992, 2008). Το ίδιο ισχύει και για τις υποκλίμακες - παράγοντες, των οποίων οι συντελεστές αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας alpha (α) του Cronbach έχουν ως εξής: αρνητική διάθεση ($\alpha=.62$), διαπροσωπικά προβλήματα ($\alpha=.59$), αίσθημα αναποτελεσματικότητας ($\alpha=.63$), ανηδονία ($\alpha=.66$), αρνητική αυτοεκτίμηση ($\alpha=.68$) (Kovacs, 2008).

Η εγκυρότητα της κλίμακας είναι πολύ καλή, γεγονός που καθιστά το CDI ένα από τα πιο χρήσιμα εργαλεία ανίχνευσης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά και τους εφήβους (Giannakopoulos et al., 2009. Kovacs, 2008). Βέβαια, με βάση κάποιους ερευνητές, προβλήματα εγκυρότητάς του έχουν προκύψει σε διάφορες κλινικές εκτιμήσεις που αφορούν παιδιά και εφήβους με διαγνωσμένη «κλινική κατάθλιψη», οι οποίες (εκτιμήσεις) συμφωνούν σε μικρό βαθμό με τις εκτιμήσεις του CDI για την παιδική και την εφηβική κατάθλιψη.

Η προσαρμογή του στον ελληνικό χώρο πραγματοποιήθηκε από τους Κλεφτάρα και Διδασκάλου (υπό δημοσίευση) σε δείγμα 457 μαθητών ηλικίας 10 έως 13 ετών. Μεταφράστηκε με τη διαδικασία της αντίστροφης μετάφρασης (back-translation) και προσαρμόστηκε στα ελληνικά από τέσσερις δίγλωσσους παιδαγωγούς και ψυχολόγους. Σύμφωνα με την Ανάλυση Βασικών Συνιστωσών, η παραγοντική δομή του είναι ικανοποιητική και επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών. Εμπεριέχει δε έναν γενικό παράγοντα, την «Κατάθλιψη» και οι περιστροφές varimax έδωσαν τους αναμενόμενους παράγοντες. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα.

Στην παρούσα μελέτη ο συντελεστής αξιοπιστίας alpha (α) του Cronbach του ερωτηματολογίου CDI είναι (α)=.85. Σε ότι αφορά την παραγοντική δομή του θα

αναφερθούμε αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο όπου παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ολοκληρώνεται συνήθως από το παιδί σε 10' λεπτά περίπου.

Πρέπει να αναφερθεί ότι στην παρούσα έρευνα, κατόπιν συστάσεως του ΥΠΕΠΘ, οι εναλλακτικές διατυπώσεις της πρότασης 9 του ερωτηματολογίου για την αυτοκτονικότητα, τροποποιήθηκαν ως προς το ηπιότερο. Π.χ αντί «*Θέλω να πεθάνω*» (I want to kill my self, στην αγγλική έκδοση) έγινε «*Θέλω να κάνω κακό στον εαυτό μου*». Η τροποποίηση αυτή υπήρξε προϋπόθεση για την έγκριση της παρούσας έρευνας από τον ανωτέρω φορέα.

Γ. Διαδικασία

Η συλλογή των δεδομένων της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους 2011 – 2012, αφού πρωτίστως είχε εξασφαλιστεί η σχετική άδεια από το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο και το ΥΠΕΠΘ (Παράρτημα 3).

Αρχικά, εστάλη επιστολή από τον ερευνητή προς όλους τους Διευθυντές/τριες και τους συλλόγους διδασκόντων των σχολείων που είχαν επιλεγεί για την έρευνα, με την οποία ενημερώνονταν σχετικά με το περιεχόμενο, το σκοπό και τη διαδικασία της (Παράρτημα 4). Κατόπιν, ο ερευνητής επικοινωνούσε τηλεφωνικά με τους Διευθυντές για να καθορίσουν συνάντηση στο χώρο του σχολείου προκειμένου να τους ενημερώσει εκτενέστερα για την έρευνα και από κοινού να οριστικοποιήσουν την ημερομηνία διεξαγωγής της.

Κατά την επίσκεψη στα σχολεία μοιράζονταν προσωπικά στον κάθε μαθητή δύο επιστολές, μια για τον ίδιο και μια για τους γονείς του, με τις οποίες ενημερώνονταν για τον τρόπο διεξαγωγής, το περιεχόμενο, την ημερομηνία, το σκοπό και την αξία της έρευνας. Τονιζόταν επίσης η ανωνυμία που θα τηρούνταν, καθώς και η προαιρετική συμμετοχή των παιδιών. Συνημμένα στην επιστολή των γονέων υπήρχε το «Έντυπο Συγκατάθεσης Γονέα», το οποίο τα παιδιά έφεραν μαζί τους υπογραμμένο τη μέρα διεξαγωγής της έρευνας

(Παράρτημα 4). Ερωτηματολόγια δίδονταν μόνο στους μαθητές που είχαν την έγγραφη συναίνεση των γονέων τους.

Πριν τη διαδικασία δίνονταν οδηγίες στα παιδιά για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και γίνονταν σχετικά παραδείγματα, ώστε να κατανοήσουν τι έπρεπε να κάνουν. Διευκρινιζόταν πως η συμμετοχή τους ήταν προαιρετική και ανώνυμη και πως η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δεν έχει αξιολογικό χαρακτήρα, αφού δεν υπάρχουν «σωστές» ή «λάθος» απαντήσεις. Πριν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, ο ερευνητής επεσήμαινε πως αν υπάρχουν παιδιά που για οιονδήποτε λόγο δεν ζουν μαζί με κάποιον απ' τους γονείς τους, μπορούν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και να περιγράψουν το συγκεκριμένο γονέα όπως τον θυμούνται ή σε διαφορετική περίπτωση, να περιγράψουν το πρόσωπο που τυχόν υποκαθιστά το γονέα. Αν δεν ίσχυε τίποτα από τα δυο, προτεινόταν στα παιδιά να μη συμπληρώσουν το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο. Άπαξ και άρχιζε η διαδικασία, οποιαδήποτε διευκρίνιση δινόταν ατομικά σε κάθε μαθητή προκειμένου να μην αποσπάται η προσοχή των άλλων παιδιών. Στο τέλος της διαδικασίας ο ερευνητής ευχαριστούσε τους μαθητές και τους επιβράβευε για την προσπάθεια που έκαναν και για τη συμμετοχή τους στην έρευνα.

Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα

A. Παραγοντική δομή των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα.

1. Παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου με τίτλο: «Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων των Παιδιών για την Τυπολογία του Πατέρα»

Η εξέταση της δομής του ερωτηματολογίου στηρίχτηκε στη μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε αρχικά και από τους κατασκευαστές του Robinson et al. (2001) για τον ίδιο σκοπό, δηλαδή εφαρμόστηκε η διερευνητική παραγοντική ανάλυση με τη μέθοδο των κύριων συνιστωσών και με ορθογώνια περιστροφή παραγόντων (varimax).

Από την ανάλυση βασικών συνιστωσών των 32 προτάσεων του προέκυψε πως όλες ήταν θετικά φορτισμένες στην πρώτη συνιστώσα. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει ότι όλες οι προτάσεις μετρούν κάτι ενιαίο και ότι στο ερωτηματολόγιο εμπεριέχεται ένας γενικός παράγοντας που θα μπορούσε να οριστεί ως «*Τυπολογία του Έλληνα Πατέρα*» (Παράρτημα 1 – Πίνακας 1).

Όπως διαφαίνεται στο Παράρτημα 1 - Πίνακας 2, από την παραγοντική ανάλυση (περιστροφή varimax) προέκυψαν έξι παράγοντες, οι οποίοι ερμηνεύουν το 50.5% της συνολικής διακύμανσης. Τον πρώτο παράγοντα, ο οποίος ερμηνεύει το μεγαλύτερο ποσοστό της διακύμανσης 13.83% και έχει ιδιοτιμή 6.81, φόρτισαν οι τρόποι διαπαιδαγώγησης και η ψυχοπαιδαγωγική στήριξη του παιδιού, τα οποία, σύμφωνα με τα κριτήρια που θέτουν η Μαριδάκη – Κασσωτάκη (2009) και ο Robinson et. al. (2001), συνθέτουν τον υποστηρικτικό τύπο γονέα. Για το λόγο αυτό, ο πρώτος παράγοντας θεωρήθηκε ότι αντιστοιχεί στον «*υποστηρικτικό τύπο πατέρα*» ($\alpha=.84$).

Ο δεύτερος παράγοντας ερμηνεύει το 11.94% της διακύμανσης και έχει ιδιοτιμή 4.20. Συνθέτει τον τύπο του απολυταρχικού γονέα σύμφωνα με τα κριτήρια της Μαριδάκη –

Κασσωτάκη (2009) και του Robinson et. al. (2001) και, για το λόγο αυτό αντιστοιχεί στον «*αυταρχικό τύπο πατέρα*» ($\alpha=.81$).

Ο τρίτος παράγοντας ερμηνεύει το 7.80% της διακύμανσης και έχει ιδιοτιμή 1.83. Σύμφωνα με τα κριτήρια της Μαριδάκη-Κασσωτάκη (2009), συνθέτει τον τύπο του «*αυστηρού πατέρα*» ($\alpha=.70$).

Ο τέταρτος παράγοντας ερμηνεύει το 7.21% της διακύμανσης και έχει ιδιοτιμή 1.33. Περιγράφει τον τρόπο επικοινωνίας του πατέρα με το παιδί σε σχέση με τη λειτουργία της οικογένειας, την τήρηση των κανόνων και την επιβολή των ορίων μέσα σ' αυτή. Ο συγκεκριμένος τύπος γονέα ενθαρρύνει την αμφίδρομη επικοινωνία, συζητά ελεύθερα με το παιδί και του παρέχει εξηγήσεις, όποτε χρειαστεί. Επίσης, το βοηθά να κατανοήσει τους κανόνες της οικογένειας και να καταλάβει τη λογική που κρύβεται πίσω απ' αυτούς. Τέλος, επιτρέπει στο παιδί να πει τη γνώμη του για τον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας. Για το λόγο αυτό, ο τέταρτος παράγοντας ορίζεται ως ο «*δημοκρατικός τύπος πατέρα*» ($\alpha=.71$).

Ο πέμπτος παράγοντας ερμηνεύει το 5.31% της διακύμανσης και έχει ιδιοτιμή 1.12. Περιγράφει τον πατέρα, ο οποίος δεν είναι συνεπής στα λόγια και τις πράξεις του, ιδιαίτερα όταν αφορά τον τρόπο επίπληξης και τιμωρίας του παιδιού. Ο συγκεκριμένος τύπος γονέα εμπίπτει εν μέρει στα κριτήρια της Μαριδάκη – Κασσωτάκη (2009) και του Robinson et. al. (2001) για τον επιτρεπτικό τύπο γονέα. Για τους λόγους αυτούς αντιστοιχεί στον «*επιτρεπτικό – μη σταθερό τύπο πατέρα*» ($\alpha=.60$).

Ο έκτος παράγοντας ερμηνεύει το 4.40% της διακύμανσης και έχει ιδιοτιμή 1.07. Περιγράφει τον πατέρα που είναι επιεικής με το παιδί, που υποκύπτει στις επιθυμίες του όταν αυτό επιμένει και γενικά είναι ο τύπος γονέα που κακομαθαίνει το παιδί. Ο συγκεκριμένος τύπος γονέα εμπίπτει εν μέρει στα κριτήρια της Μαριδάκη – Κασσωτάκη (2009) και του Robinson et. al. (2001) για τον επιτρεπτικό τύπο. Για τους λόγους αυτούς αντιστοιχεί στον «*επιτρεπτικό – επιεική τύπο πατέρα*» ($\alpha=.42$).

Πρέπει να αναφερθεί πως κατά την παραγοντική ανάλυση προέκυψε και ένας επιπλέον παράγοντας (έβδομος) ο οποίος ερμηνεύει το 3.79%, έχει ιδιοτιμή 1.02. Όμως, με βάση την ερμηνευσιμότητα των παραγόντων, ο συγκεκριμένος παράγοντας δε μπορεί να ληφθεί υπόψη, αφού αποτελείται από μία και μόνο πρόταση - ερώτηση.

Οι ανωτέρω παράγοντες που διαμορφώθηκαν από την παρούσα παραγοντική ανάλυση διαφέρουν από αυτούς της Μαριδάκη - Κασσωτάκη (2009) και των Robinson et al. (2001). Η διαφοροποίηση αυτή πιθανώς οφείλεται στο γεγονός ότι το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο αξιολογεί τις αυτοαναφορές των πατέρων, ενώ το παρόν ερωτηματολόγιο αξιολογεί τις αντιλήψεις των παιδιών για τον τρόπο που οι πατέρες ασκούν το γονεϊκό τους ρόλο. Είναι επίσης πιθανό τα παιδιά να αντιλαμβάνονται και να περιγράφουν διαφορετικά τη γονεϊκότητα από ότι οι πατέρες τους. Επιπροσθέτως, το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελεί περίπου το 1/2 των Robinson et al. (2001) και το 1/3 της έρευνας της Μαριδάκη – Κασσωτάκη (2009).

2. Παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου με τίτλο: «Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων των Παιδιών για την Τυπολογία της Μητέρας»

Η εξέταση της δομής του παρόντος ερωτηματολογίου στηρίχτηκε στη μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε αρχικά και από τους κατασκευαστές του Robinson et al. (2001) για τον ίδιο σκοπό, δηλαδή εφαρμόστηκε η διερευνητική παραγοντική ανάλυση με τη μέθοδο των κύριων συνιστωσών και με ορθογώνια περιστροφή παραγόντων (varimax).

Από την ανάλυση βασικών συνιστωσών των 32 προτάσεων του προέκυψε πως όλες ήταν θετικά φορτισμένες στην πρώτη συνιστώσα. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει ότι όλες οι προτάσεις μετρούν κάτι ενιαίο και ότι στο ερωτηματολόγιο εμπεριέχεται ένας γενικός παράγοντας που θα μπορούσε να οριστεί ως «*Τυπολογία της Ελληνίδας Μητέρας*» (Παράρτημα 1 – Πίνακας 3).

Όπως διαφαίνεται στο Παράρτημα 1 - Πίνακας 4, από την παραγοντική ανάλυση (περιστροφή varimax) προέκυψαν επτά παράγοντες, οι οποίοι ερμηνεύουν το 56.44% της συνολικής διακύμανσης. Τον πρώτο παράγοντα, ο οποίος ερμηνεύει το μεγαλύτερο ποσοστό της διακύμανσης 16.51% και έχει ιδιοτιμή 7.40, φόρτισαν οι τρόποι διαπαιδαγώγησης και η ψυχοπαιδαγωγική στήριξη του παιδιού, τα οποία, σύμφωνα με τα κριτήρια που θέτουν οι Αντωνοπούλου και Τσίτσας (υπό δημοσίευση) και ο Robinson et. al. (2001), συνθέτουν τον υποστηρικτικό τύπο γονέα. Για το λόγο αυτό, ο πρώτος παράγοντας θεωρήθηκε ότι αντιστοιχεί στον «υποστηρικτικό τύπο μητέρας» ($\alpha=.87$).

Ο δεύτερος παράγοντας ερμηνεύει το 11.02% και έχει ιδιοτιμή 4.19. Συνθέτει τον τύπο του απολυταρχικού γονέα σύμφωνα με τα κριτήρια των Αντωνοπούλου και Τσίτσα (υπό δημοσίευση) και του Robinson et al. (2001) και, για το λόγο αυτό αντιστοιχεί στον «αυταρχικό τύπο μητέρας» ($\alpha=.81$).

Ο τρίτος παράγοντας ερμηνεύει το 7.79% και έχει ιδιοτιμή 1.84. Περιγράφει τη μητέρα, η οποία μαλώνει και επικρίνει το παιδί, ιδιαίτερα όταν αυτό δεν υπακούει, όταν φέρεται άσχημα και όταν η συμπεριφορά του δεν θεωρείται «επιθυμητή - αποδεκτή» από την ίδια. Ο συγκεκριμένος τύπος μητέρας εμπίπτει εν μέρει στα κριτήρια των Αντωνοπούλου και Τσίτσα (υπό δημοσίευση) για τον αυστηρό τύπο μητέρας. Για το λόγους αυτούς ο τρίτος παράγοντας θεωρήθηκε ότι αντιστοιχεί στον «αυστηρό – επικριτικό τύπο μητέρας» ($\alpha=.82$).

Ο τέταρτος παράγοντας ερμηνεύει το 5.83% και έχει ιδιοτιμή 1.39. Περιγράφει τη μητέρα, η οποία εμμένει στην τήρηση των κανόνων, διαρκώς τονίζει τη σημαντικότητα του ρόλου τους, ενώ κάνει διαρκώς συστάσεις στο παιδί για τη βελτίωση της συμπεριφοράς του. Ο συγκεκριμένος τύπος μητέρας εμπίπτει εν μέρει στα κριτήρια των Αντωνοπούλου και Τσίτσα (υπό δημοσίευση) για τον αυστηρό τύπο γονέα. Για τους λόγους αυτούς ο τέταρτος παράγοντας θεωρήθηκε ότι αντιστοιχεί στον «αυστηρό – τυπικό τύπο μητέρας» ($\alpha=.65$).

Ο πέμπτος παράγοντας ερμηνεύει το 5.81% και έχει ιδιοτιμή 1.17. Αντιστοιχεί στο «δημοκρατικό τύπο μητέρας» ($\alpha=.74$). Για το συγκεκριμένο τύπο ισχύουν όσα αναφέρθηκαν παραπάνω για τον αντίστοιχο τύπο πατέρα.

Ο έκτος παράγοντας ερμηνεύει το 4.92% και έχει ιδιοτιμή 1.05. Αντιστοιχεί στον «επιτρεπτικό – μη σταθερό τύπο μητέρας» ($\alpha=.66$). Για το συγκεκριμένο τύπο ισχύουν όσα αναφέρθηκαν παραπάνω για τον αντίστοιχο τύπο πατέρα.

Ο έβδομος παράγοντας ερμηνεύει το 4.56% και έχει ιδιοτιμή 1.02. Αντιστοιχεί στον «επιτρεπτικό – επιεική τύπο μητέρας» ($\alpha=.40$). Για το συγκεκριμένο τύπο ισχύουν όσα αναφέρθηκαν παραπάνω για τον αντίστοιχο τύπο πατέρα.

Οι ανωτέρω παράγοντες, που διαμορφώθηκαν από την παρούσα παραγοντική ανάλυση, διαφέρουν σε κάποια σημεία από αυτούς των Αντωνοπούλου και Τσίτσα (υπό δημοσίευση) και των Robinson et al. (2001). Η διαφοροποίηση αυτή πιθανώς οφείλεται στο γεγονός ότι το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο αξιολογεί τις αυτοαναφορές των μητέρων, ενώ το παρόν ερωτηματολόγιο αξιολογεί τις αντιλήψεις των παιδιών για τον τρόπο που οι μητέρες ασκούν το γονεϊκό τους ρόλο. Είναι όμως, επίσης, πιθανό τα παιδιά να αντιλαμβάνονται και να περιγράφουν διαφορετικά τη γονεϊκότητα από ότι οι μητέρες τους. Επιπροσθέτως, το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελεί περίπου το 1/4 της έρευνας των Αντωνοπούλου και Τσίτσα (υπό δημοσίευση) και το 1/2 των Robinson et al. (2001).

3. Παραγοντική δομή του «Ερωτηματολογίου Παιδικής Κατάθλιψης – CDI»

Η ανάλυση βασικών συνιστωσών των 27 προτάσεων του «Ερωτηματολογίου Παιδικής Κατάθλιψης - CDI» ανέδειξε πως όλες οι προτάσεις ήταν θετικά φορτισμένες στην πρώτη συνιστώσα. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει ότι όλες οι προτάσεις μετρούν κάτι ενιαίο και ότι στο ερωτηματολόγιο εμπεριέχεται ένας γενικός παράγοντας που θα μπορούσε να οριστεί ως «Κατάθλιψη» (Παράρτημα 1 – Πίνακας 5).

Όπως διαφαίνεται στο Παράρτημα 1 - Πίνακας 6, από την παραγοντική ανάλυση (περιστροφή varimax) προέκυψαν επτά παράγοντες, οι οποίοι ερμηνεύουν το 49.65% της συνολικής διακύμανσης. Ο πρώτος παράγοντας ερμηνεύει το μεγαλύτερο ποσοστό της διακύμανσης 9.82% και έχει ιδιοτιμή 6.08. Περιγράφει συμπτώματα που προσδιορίζουν την καταθλιπτική διάθεση, όπως: λύπη, κλάμα, σωματική κούραση, αίσθημα ασυμπάθειας... Για το λόγο αυτό ορίζεται ως «*καταθλιπτική διάθεση*» ($\alpha=.68$).

Ο δεύτερος παράγοντας ερμηνεύει το 8.96% της διακύμανσης και έχει ιδιοτιμή 1.51. Περιγράφει συμπτώματα που προσδιορίζουν τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και την προσωπική απαξία, όπως: αίσθηση για την εικόνα σώματος, έλλειψη σχέσεων με συνομήλικους, μοναξιά, αυτοκτονικότητα... Για το λόγο αυτό ορίζεται ως «*προσωπική απαξία – αρνητική αυτοεκτίμηση*» ($\alpha=.67$).

Ο τρίτος παράγοντας ερμηνεύει το 7.99% της διακύμανσης και έχει ιδιοτιμή 1.30. Τα συμπτώματα που περιγράφει εμπίπτουν εν μέρει στα αντίστοιχα της Kovacs (1992) και αφορούν κυρίως την έλλειψη διάθεσης, την αϋπνία, την έλλειψη ευχαρίστησης, την αναποφασιστικότητα.... Για το λόγο αυτό ορίζεται ως «*ανηδονία*» ($\alpha=.59$).

Ο τέταρτος παράγοντας ερμηνεύει το 7.31% της διακύμανσης και έχει ιδιοτιμή 1.23. Περιγράφει κυρίως συμπτώματα, όπως τις μελλοντικές απαισιόδοξες σκέψεις, τις αυτομομφές και την αρνητική αυτοαποτελεσματικότητα. Για το λόγο αυτό ορίζεται ως «*αρνητική σκέψη – απαισιοδοξία*» ($\alpha=.55$).

Ο πέμπτος παράγοντας ερμηνεύει το 6.40% και έχει ιδιοτιμή 1.13. Περιγράφει συμπτώματα που προσδιορίζουν την αρνητική σχολική αυτοαντίληψη, όπως η απώλεια ενδιαφέροντος για τα μαθήματα και η έλλειψη ευχαρίστησης από το σχολικό περιβάλλον. Για το λόγο αυτό ορίζεται ως «*χαμηλή σχολική αυτοαντίληψη*» ($\alpha=.40$).

Ο έκτος παράγοντας ερμηνεύει το 4.83% της διακύμανσης και έχει ιδιοτιμή 1.09. Περιγράφει συμπτώματα που αφορούν τις ελλειμματικές σχέσεις με τους άλλους και το

βαθμό εναντίωσης ή παθητικότητας. Για το λόγο αυτό ορίζεται ως «*διαπροσωπικά προβλήματα*» ($\alpha=.39$).

Ο έβδομος παράγοντας ερμηνεύει το 4.34% της διακύμανσης και έχει ιδιοτιμή 1.07. Περιγράφει κυρίως συμπτώματα που αφορούν αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό, απόσυρση, αυτοεπίκριση κ.λπ. Για το λόγο αυτό ορίζεται ως «*απόσυρση – αρνητισμός*» ($\alpha=.30$).

Οι ανωτέρω παράγοντες που διαμορφώθηκαν από την παρούσα παραγοντική ανάλυση διαφέρουν από αυτούς της Kovacs (1992). Ομοιότητες παρατηρούνται μόνο με τον παράγοντα «*ανηδονία*» και εν μέρει με τον παράγοντα «*διαπροσωπικά προβλήματα*». Η διαφοροποίηση αυτή μπορεί να οφείλεται στο μέγεθος του δείγματος της παρούσας μελέτης, το οποίο είναι σαφώς μικρότερο από αυτό της Kovacs (1992). Επίσης, στο διαφορετικό πολιτισμικό πλαίσιο και στο μικρότερο ηλικιακό φάσμα των συμμετεχόντων της παρούσας μελέτης (προεφηβεία, 10 – 13 ετών), σε αντίθεση με αυτό της κλίμακας της Kovacs (1992), το οποίο εκτείνεται από παιδιά της πρώτης παιδικής ηλικίας έως την εφηβεία (7 – 17 ετών).

B. Καταθλιπτική συμπτωματολογία

Με βάση τις αυτοαναφορές των παιδιών, το δείγμα (N=640) παρουσιάζει χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία (M=8.57 T.A.=6.52), δεδομένου ότι στο συγκεκριμένο ψυχομετρικό εργαλείο (Children's Depression Inventory - CDI), σκορ που κυμαίνεται από 0 – 9 υποδεικνύει χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία (Kleftaras & Didaskalou, 2006) (Πίνακας 2).

Πίνακας 2

Μέσος όρος των τιμών της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των παιδιών και τυπική απόκλιση

Καταθλιπτική συμπτωματολογία

M.O.	T.A.	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
8.57	6.52	00	44

Από τον Πίνακα 3 διαφαίνεται ότι τα ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας που παρατηρούνται στα παιδιά, με βάση τις αυτοαναφορές τους, διαμορφώνονται ως εξής:

α) Τα 52 παιδιά (ποσοστό 8.1%) παρουσιάζουν «σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία».

β) Τα 196 παιδιά (ποσοστό 30.6%) παρουσιάζουν «μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία».

γ) Τα 392 παιδιά (ποσοστό 61.3%) παρουσιάζουν «χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία».

Πίνακας 3

Συχνότητες και ποσοστά της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των παιδιών

	n	%
Καταθλιπτική συμπτωματολογία		
Σοβαρή (CDI score >19)	52	8.1
Μέτρια (CDI score 10 - 18)	196	30.6
Χαμηλή (CDI score 0 - 9)	392	61.3

Από τη σύγκριση των μέσων όρων των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των αγοριών (M=8.69 T.A.=6.59) και των κοριτσιών (M=8.44 T.A.=6.46) στην προεφηβική ηλικία, προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων όρων των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των δύο φύλων στη συγκεκριμένη ηλικία ($t_{638}=.49$, ns) (Πίνακας 4).

Πίνακας 4

Σύγκριση των μέσων όρων της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των αγοριών και των κοριτσιών στην προεφηβική ηλικία

	Αγόρια (N=323)		Κορίτσια (N=317)		<i>t</i> -test	p
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
Καταθλιπτική συμπτωματολογία	8.69	6.59	8.44	6.46	$t_{638}=.49$.63 (ns)

Γ. Σχέσεις της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και των αντιλήψεων για τη γονεϊκότητα

Προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των αντιλήψεων των παιδιών για τη γονεϊκή τυπολογία (των δύο γονέων) και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των παιδιών, πραγματοποιήθηκε *ανάλυση συσχέτισης* (Pearson r). Όπως διαφαίνεται στον Πίνακα 5, η *ανάλυση* έδειξε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του υποστηρικτικού τύπου πατέρα, όπως τον εκλαμβάνουν τα παιδιά, και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των παιδιών ($r=-.29, p<.01$). Επίσης, στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση παρατηρείται και μεταξύ του δημοκρατικού τύπου και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των παιδιών ($r=-.12, p<.01$). Αντιθέτως, στατιστικά σημαντική θετική είναι η συσχέτιση όλων των υπόλοιπων τύπων πατέρα, του αυταρχικού ($r=.35, p<.01$), του αυστηρού ($r=.16, p<.01$), του επιτρεπτικού – μη σταθερού ($r=.14, p<.01$) και του επιτρεπτικού – επιεικούς ($r=.09, p<.05$).

Πίνακας 5

Συσχετίσεις (r) ανάμεσα στις αντιλήψεις των παιδιών για την πατρική τυπολογία και την καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών ($N=640$)

Καταθλιπτική συμπτωματολογία	
Τυπολογία πατέρα (<i>factor score</i>)	
Υποστηρικτικός πατέρας	-.29**
Αυταρχικός πατέρας	.35**
Αυστηρός πατέρας	.16**
Δημοκρατικός πατέρας	-.12**
Επιτρεπτικός – Μη Σταθερός πατέρας	.14**
Επιτρεπτικός – Επιεικούς πατέρας	.09*

** $p<.01$ * $p<.05$

Παρόμοια αποτελέσματα διαπιστώθηκαν και κατά την ανάλυση συσχέτισης (Pearson r) της τυπολογίας της μητέρας και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των παιδιών, με βάση τις αυτοαναφορές τους (Πίνακας 6). Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του υποστηρικτικού τύπου μητέρας ($r=-.36$, $p<.01$) και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των παιδιών. Αντίθετα, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση του αυταρχικού τύπου μητέρας ($r=.35$, $p<.01$), του αυστηρού – επικριτικού ($r=.24$, $p<.01$) και του επιτρεπτικού – επιεικούς ($r=.12$, $p<.01$) με την καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του αυστηρού – τυπικού τύπου μητέρας ($r=-.04$, ns), του δημοκρατικού τύπου ($r=-.02$, ns) και του επιτρεπτικού – μη σταθερού ($r=.07$, ns) με την καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών.

Πίνακας 6

Συσχετίσεις (r) ανάμεσα στις αντιλήψεις των παιδιών για τη μητρική τυπολογία και την καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών ($N=640$)

Καταθλιπτική συμπτωματολογία	
Τυπολογία μητέρας (<i>factor score</i>)	
Υποστηρικτική μητέρα	- .36**
Αυταρχική μητέρα	.35**
Αυστηρή – Επικριτική μητέρα	.24**
Αυστηρή – Τυπική μητέρα	.04
Δημοκρατική μητέρα	- .02
Επιτρεπτική – Μη Σταθερή μητέρα	.07
Επιτρεπτική – Επιεικής μητέρα	.12**

** $p<0,01$

Ο Πίνακας 7 παρουσιάζει τις διαφορές στους μέσους όρους των απαντήσεων των παιδιών στην κλίμακα αξιολόγησης της πατρικής τυπολογίας, με βάση το επίπεδο των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που τα χαρακτηρίζουν. Στατιστικά σημαντικές διαφορές, ως προς τις αντιλήψεις για την τυπολογία του πατέρα, προέκυψαν και για τις τρεις ομάδες των επιπέδων των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (χαμηλά συμπτώματα, CDI score 0 – 9, μέτρια συμπτώματα, CDI score 10 – 18, σοβαρά συμπτώματα, CDI score 19 – 54).

Με βάση τον έλεγχο του κριτηρίου *Scheffe* (Παράρτημα 1 – Πίνακας 7), φάνηκε πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των περισσότερων ζευγαριών καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους διάφορους τύπους πατρικής τυπολογίας, με μικρές μόνο εξαιρέσεις. Συγκεκριμένα, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την αντίληψη για τον *αυστηρό πατέρα*, ανάμεσα στα παιδιά με μέτρια και σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα ($p=.05$). Επίσης, για τον *επιτρεπτικό – μη σταθερό* τύπο πατέρα, ανάμεσα στα παιδιά με χαμηλά και με σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα ($p=.11$), καθώς και ανάμεσα στα παιδιά με μέτρια και με σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα ($p=1.00$). Το ίδιο ισχύει και ως προς την αντίληψη για τον *επιτρεπτικό – επιεική* τύπο πατέρα, ανάμεσα στα παιδιά με χαμηλά και με σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα ($p=.57$), καθώς και στα παιδιά με μέτρια και σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα ($p=.69$).

Πίνακας 7

Διαφορές των μέσων όρων των απαντήσεων στο «Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων των Παιδιών για την Τυπολογία του Πατέρα», με βάση τα καταθλιπτικά συμπτώματα των παιδιών (N=640)

Τυπολογία Πατέρα	Καταθλιπτική συμπτωματολογία						F ₍₂₎
	Χαμηλή (N=392)		Μέτρια (N=196)		Σοβαρή (N=52)		
	M.O	T.A.	M.O	T.A.	M.O	T.A.	
Υποστηρικτικός	3.81	.69	3.44	.76	3.04	.79	35.95***
Αυταρχικός	1.44	.45	1.81	.67	2.31	1.03	63.02***
Αυστηρός	2.78	.87	3.11	.82	3.43	.89	19.40***
Δημοκρατικός	3.44	.86	3.16	.98	2.71	.94	17.90***
Επιτρεπτικός-Μη σταθερός	2.09	1.01	2.43	1.17	2.43	1.20	7.46***
Επιτρεπτικός-Επιεικής	2.29	.80	2.49	.99	2.61	1.08	5.07**

***p<.001 **p<.01

Ο Πίνακας 8 παρουσιάζει τις διαφορές στους μέσους όρους των απαντήσεων των παιδιών στην κλίμακα αξιολόγησης της μητρικής τυπολογίας, με βάση το επίπεδο των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που τα χαρακτηρίζουν. Στατιστικά σημαντικές διαφορές, ως προς τις αντιλήψεις για την τυπολογία της μητέρας, προέκυψαν και για τις τρεις ομάδες των επιπέδων των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (χαμηλά συμπτώματα, CDI score 0 – 9, μέτρια συμπτώματα, CDI score 10 – 18, σοβαρά συμπτώματα, CDI score 19 – 54), εξαιρουμένων των αντιλήψεων για την *αυστηρή – τυπική μητέρα*: (F₍₂₎= .77, p>.05).

Με βάση τον έλεγχο του κριτηρίου *Scheffe* (Παράρτημα 1 – Πίνακας 8), φάνηκε πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των περισσότερων ζευγαριών καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους διάφορους τύπους της τυπολογίας της μητέρας, με

μικρές μόνο εξαιρέσεις. Συγκεκριμένα, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την αντίληψη για την *αυστηρή – τυπική μητέρα*, ανάμεσα στα παιδιά με χαμηλά και με μέτρια καταθλιπτικά συμπτώματα ($p=.49$), με χαμηλά και με σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα ($p=.86$), καθώς και ανάμεσα στα παιδιά με μέτρια και σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα ($p=.99$). Επίσης, για την *επιτρεπτική – μη σταθερή μητέρα*, ανάμεσα στα παιδιά με χαμηλά και με σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα ($p=.75$), καθώς και ανάμεσα στα παιδιά με μέτρια και με σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα ($p=.44$). Το ίδιο ισχύει και ως προς την αντίληψη για την *επιτρεπτική – επιεική μητέρα*, ανάμεσα στα παιδιά με χαμηλά και με σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα ($p=.72$), καθώς και στα παιδιά με μέτρια και με σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα ($p=.11$).

Πίνακας 8

Διαφορές των μέσων όρων των απαντήσεων στο «Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων των Παιδιών για την Τυπολογία της Μητέρας», με βάση τα καταθλιπτικά συμπτώματα των παιδιών (N=640)

	Καταθλιπτική συμπτωματολογία						$F_{(2)}$
	Χαμηλή (N=392)		Μέτρια (N=196)		Σοβαρή (N=52)		
	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A	
Τυπολογία Μητέρας							
Υποστηρικτική	4.13	.63	3.68	.78	3.21	.85	55.85***
Αυταρχική	1.47	.48	1.94	.69	2.56	.99	96.31***
Αυστηρή - Επικριτική	2.51	.98	2.99	1.03	3.60	.83	36.99***
Αυστηρή - Τυπική	3.65	.91	3.56	.96	3.58	.93	.77
Δημοκρατική	3.53	1.07	3.15	1.11	2.68	1.21	18.26***
Επιτρεπτική - Μη σταθερή	2.17	1.05	2.50	1.12	2.29	1.02	6.33**
Επιτρεπτική - Επιεικής	2.10	.67	2.44	0.89	2.19	.75	13.01***

*** $p<.001$ ** $p<.01$

Δ. Πρόβλεψη της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των παιδιών

Προκειμένου να ελεγχθεί η δυνατότητα πρόβλεψης ανάπτυξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά της προεφηβικής ηλικίας (εξαρτημένη μεταβλητή) από τις αντιλήψεις τους για τη γονεϊκή τυπολογία χρησιμοποιήθηκε ανάλυση παλινδρόμησης (μέθοδος Enter). Ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν: α) οι έξι γονεϊκοί τύποι του πατέρα β) οι επτά γονεϊκοί τύποι της μητέρας και γ) οι γονεϊκοί τύποι και των δύο γονέων ταυτόχρονα.

Στην **α' περίπτωση**, όπου ανεξάρτητες μεταβλητές είναι οι έξι γονεϊκοί τύποι του πατέρα ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας (R) είναι ίσος με .54 και ο προσαρμοσμένος δείκτης R^2 είναι ίσος με .29. Αυτό σημαίνει ότι το 29% της διασποράς της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των παιδιών της προεφηβικής ηλικίας μπορεί να ερμηνευτεί από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Από την επισκόπηση των Β-τιμών διαπιστώνεται ότι τέσσερις από τις έξι ανεξάρτητες μεταβλητές συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της εξαρτημένης: ο «υποστηρικτικός τύπος πατέρα» ($B=-2.08$, $t=-5.11$, $p<.001$), ο «αυταρχικός τύπος πατέρα» ($B=3.07$, $t=7.08$, $p<.001$), ο «αυστηρός τύπος πατέρα» ($B=.77$, $t=2.60$, $p<.05$) και ο «επιτρεπτικός - επιεικής τύπος πατέρα» ($B=.98$, $t=3.86$, $p<.001$). Δηλαδή, όσο πιο υποστηρικτικός θεωρείται ο πατέρας από τα παιδιά τόσο αυτό δρα ανασταλτικά στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σ' αυτά. Το αντίθετο συμβαίνει όταν ο πατέρας εκλαμβάνεται αυταρχικός, αυστηρός και επιτρεπτικός – επιεικής (Πίνακας 9).

Όπως διαφαίνεται επίσης στον Πίνακα 9, στη **β' περίπτωση**, όπου ανεξάρτητες μεταβλητές είναι οι επτά γονεϊκοί τύποι της μητέρας, ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας (R) είναι ίσος με .56 και ο προσαρμοσμένος δείκτης R^2 είναι ίσος με .31. Αυτό σημαίνει ότι το 31% της διασποράς της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των παιδιών της προεφηβικής ηλικίας μπορεί να ερμηνευτεί από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Από την επισκόπηση των Β-τιμών διαπιστώνεται ότι τέσσερις από τις επτά ανεξάρτητες μεταβλητές συμβάλλουν

σημαντικά στην πρόβλεψη της εξαρτημένης: ο «υποστηρικτικός τύπος μητέρας» ($B=-2.37$, $t=5.84$, $p<.001$), ο «αυταρχικός τύπος μητέρας» ($B=2.87$, $t=6.76$, $p<.001$), ο «αυστηρός - επικριτικός τύπος μητέρας» ($B=.82$, $t=3.18$, $p<.05$) και ο «επιτρεπτικός - επιεικής τύπος μητέρας» ($B=.99$, $t=3.33$, $p<.001$). Δηλαδή, όσο πιο υποστηρικτική εκλαμβάνεται η μητέρα από τα παιδιά τόσο αυτό δρα ανασταλτικά στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σ' αυτά. Το αντίθετο συμβαίνει όταν η μητέρα εκλαμβάνεται αυταρχική, αυστηρή – επικριτική και επιτρεπτική – επιεικής.

Πίνακας 9

Ανάλυση παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των παιδιών από την τυπολογία α) του πατέρα και β) της μητέρας

R=.54 Adjusted R ² =.29				R=.56 Adjusted R ² =.31			
(Ανεξάρτητη Μεταβλητή) Τυπολογία Πατέρα	B	b (beta)	t	(Ανεξάρτητη Μεταβλητή) Τυπολογία Μητέρας	B	b (beta)	t
Υποστηρικτικός Πατέρας	-2.08	-.24	-5.11***	Υποστηρικτική Μητέρα	-2.37	-.27	-5.84***
Αυταρχικός Πατέρας	3.07	.30	7.08***	Αυταρχική Μητέρα	2.87	.30	6.76 ***
Αυστηρός Πατέρας	.77	.10	2.60**	Αυστηρή - Επικριτική Μητέρα	.82	.13	3.18**
Δημοκρατικός Πατέρας	-.37	-.05	-1.18	Αυστηρή - Τυπική Μητέρα	.30	.04	1.03
Επιτρεπτικός - Μη Σταθερός Πατέρας	.38	.06	1.72	Δημοκρατική Μητέρα	-.04	-.01	.16
Επιτρεπτικός - Επιεικής Πατέρας	.98	.14	3.86***	Επιτρεπτική - Μη Σταθερή Μητέρα	.03	.01	-.15
				Επιτρεπτική-Επιεικής Μητέρα	.99	.12	3.33***

*** $p<.001$ ** $p<.05$

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 10, στη γ' περίπτωση, όπου ανεξάρτητες μεταβλητές είναι ταυτόχρονα οι γονεϊκοί τύποι και των δύο γονέων, ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας (R) είναι ίσος με .62 και ο προσαρμοσμένος δείκτης R^2 είναι ίσος με .37. Αυτό σημαίνει ότι το 37% της διασποράς της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των παιδιών της προεφηβικής ηλικίας μπορεί να ερμηνευτεί από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Από την επισκόπηση των Β-τιμών διαπιστώνεται ότι πέντε από τις δεκατρείς ανεξάρτητες μεταβλητές συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της εξαρτημένης: ο «υποστηρικτικός τύπος πατέρα» ($B=-1.07$, $t=-2.49$, $p<.05$), ο «αυταρχικός τύπος πατέρα» ($B=1.87$, $t=4.01$, $p<.001$), ο «υποστηρικτικός τύπος μητέρας» ($B=-1.76$, $t=-4.19$, $p<.001$), ο «αυταρχικός τύπος μητέρας» ($B=1.92$, $t=4.22$, $p<.001$) και ο «επιτρεπτικός – επιεικής τύπος μητέρας» ($B=.68$, $t=2.13$, $p<.05$). Δηλαδή, όσο πιο υποστηρικτικοί θεωρούνται οι γονείς από τα παιδιά τόσο αυτό δρα ανασταλτικά στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σ' αυτά. Δεν συμβαίνει το ίδιο όταν οι γονείς εκλαμβάνονται αυταρχικοί, και επιπλέον, η μητέρα επιτρεπτική – επιεικής.

Πίνακας 10

Ανάλυση παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των παιδιών συνδυαστικά από την τυπολογία πατέρα και μητέρας

(Ανεξάρτητη Μεταβλητή) Τυπολογία των 2 γονέων	R= .62		Adjusted R ² =.37
	B	b (beta)	t
Υποστηρικτικός Πατέρας	-1.07	-.12	-2.49**
Αυταρχικός Πατέρας	1.87	.18	4.01***
Αυστηρός Πατέρας	.27	.04	.76
Δημοκρατικός Πατέρας	-.61	-.09	-1.86
Επιτρεπτικός – Μη Σταθερός Πατέρας	.31	.05	1.26
Επιτρεπτικός – Επιεικής Πατέρας	.47	.06	1.71
Υποστηρικτική Μητέρα	-1.76	-.21	-4.19***
Αυταρχική Μητέρα	1.92	.20	4.22***
Αυστηρή - Επικριτική Μητέρα	.56	.09	1.89
Αυστηρή - Τυπική Μητέρα	.47	.07	1.61
Δημοκρατική Μητέρα	.32	.06	1.31
Επιτρεπτική - Μη Σταθερή Μητέρα	-.18	-.03	-.74
Επιτρεπτική – Επιεικής Μητέρα	.68	.08	2.13**

***p<.001 **p<.05

Κεφάλαιο 6: Συζήτηση

Κύριος στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να εξετάσει το ρόλο της γονεϊκής τυπολογίας στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά της προεφηβικής ηλικίας. Απώτερος σκοπός της ήταν να προστεθεί μέσω αυτής ένα μικρό σώμα γνώσης στην ελλιπή ελληνική βιβλιογραφία σχετικά με το θέμα αυτό, αλλά και να ερευνηθεί η αυξανόμενη τάση ανάπτυξης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά.

Όπως και σε προηγούμενες έρευνες στον ελληνικό χώρο, έτσι και στην παρούσα τα καταθλιπτικά συμπτώματα των παιδιών (μέτρια και σοβαρά) - με βάση τις αυτοαναφορές τους - παρατηρήθηκαν αυξημένα επαληθεύοντας την **πρώτη ερευνητική μας υπόθεση**. Συγκεκριμένα, βρέθηκε πως το 30.6% των παιδιών παρουσιάζουν «μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία» (CDI score 10 – 18), ενώ το 8.1% «σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία» (CDI score > 19). Όμως, σε ποσοστό 61.3% τα παιδιά δεν εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα ή εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα συμπτωμάτων (CDI score < 9). Τα ευρήματα της έρευνας αυτής διαφοροποιούνται από αυτά των Giannakopoulos et al. (2009), βάση των οποίων το ποσοστό της σοβαρής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κυμαίνεται στο 4.2% (CDI score >19) και της μέτριας στο 14.96% (CDI score 13 – 18). Επίσης, σε μικρότερο βαθμό διαφοροποιούνται και από αυτά των Klefтарas και Didaskalou (2006), οι οποίοι βρήκαν πως το 8.6% των παιδιών παρουσιάζουν σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία (CDI score > 19) και το 21.9% μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία (CDI score 10 – 18), καθώς και του Madianos (1998), ο οποίος βρήκε το ποσοστό της κατάθλιψης των παιδιών να κυμαίνεται στο 14.5%.

Διαφαίνεται πως στην παρούσα έρευνα τα ποσοστά που αφορούν τη «μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία» είναι ιδιαίτερα αυξημένα σε σχέση με τις προηγούμενες μελέτες. Μια πιθανή εξήγηση γι' αυτό είναι πως η έρευνα διεξήχθη σε εποχή όπου η

κοινωνικο-οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα δυσχερής, γεγονός που ενδεχομένως έχει άμεση αλλά και έμμεση (μέσω των γονέων) επίδραση στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά. Άλλωστε, έχει δειχτεί πως η δυσχερής και χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση συμβάλλει στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά (Giannakopoulos et al., 2009. Kohn, Dohrenwend, & Mirotznik, 1998). Επίσης, πρέπει να ληφθεί υπόψη πως στην Ελλάδα η παροχή υπηρεσιών υγείας (κυρίως της ψυχικής) και η πρωτογενής πρόληψη είναι ανεπαρκείς σε ότι αφορά την ποιότητα, την πρόσβαση αλλά και την οργάνωση (Mossialos, Allin, Davaki, 2005, όπως αναφέρει ο Giannakopoulos et al. 2009), κάτι που αυξάνει τις πιθανότητες ανάπτυξης και διατήρησης ψυχοπαθολογικών οντοτήτων, όπως η κατάθλιψη. Μια άλλη πιθανή εξήγηση αποτελεί ίσως το γεγονός ότι ένα μέρος του δείγματος της παρούσας έρευνας προέρχεται από περιοχές του Ν. Ηλείας, όπου τα παιδιά διαχρονικά έχουν βιώσει τραυματικά γεγονότα (όπως οι πυρκαγιές του 2007, οι πλημμύρες πρόσφατα), τα οποία επιδρούν αρνητικά στην ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη και συμβάλλουν στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Άλλωστε, η έκθεση σε αρνητικές καταστάσεις και σε τραυματικά γεγονότα θεωρούνται παράγοντες επικινδυνότητας για την ανάπτυξη διαταραχών στα παιδιά, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης (Roberts, 1999). Οι ανωτέρω εξηγήσεις – υποθέσεις χρήζουν περαιτέρω ερευνητικής τεκμηρίωσης και μελέτης στην ελληνική πραγματικότητα.

Η σύγκριση των μέσων όρων της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών ανέδειξε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στην προεφηβική ηλικία, κάτι που επαληθεύει τη **δεύτερη ερευνητική μας υπόθεση**. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα των Angold και Rutter (1992), Hankin et al. (1998), Nolen-Hoeksema και Girgus (1994), Oldehinkel et al. (2006), Sorensen et al. (2005), σύμφωνα με τα οποία δεν παρατηρούνται διαφορές στο επίπεδο της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών στη συγκεκριμένη ηλικία.

Διαφοροποιείται όμως από τα ευρήματα των De Boo και Spiering (2010), οι οποίοι βρήκαν πως στην παιδική και την προεφηβική ηλικία τα κορίτσια αναπτύσσουν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας συγκρινόμενα με τα αγόρια. Διαφοροποιείται επίσης από την έρευνα του Nolen-Hoeksema et al. (1991), σύμφωνα με την οποία υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων υπέρ των αγοριών.

Το ότι δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι τα παιδιά στη συγκεκριμένη ηλικία δεν υφίστανται ακόμη τις αλλαγές της εφηβείας (κοινωνικο-συναισθηματικές, γνωστικές, βιολογικές), οι οποίες, εκτός των άλλων, συχνά αποτελούν αιτίες της χαμηλής αυτοεκτίμησης που παρατηρείται στους εφήβους και ιδιαίτερα στα κορίτσια (Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling, & Potter, 2002), η οποία (αυτοεκτίμηση) με τη σειρά της αποτελεί αιτία της κατάθλιψης (Burns, Andrews, & Szabo, 2002).

Σε επίπεδο *συσχετίσεων*, τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας επιβεβαιώνουν την **τρίτη ερευνητική μας υπόθεση**, σύμφωνα με την οποία υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των αντιλήψεων των παιδιών για τη γονεϊκή τυπολογία και της ανάπτυξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά της προεφηβικής ηλικίας.

Συγκεκριμένα, βρέθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του *υποστηρικτικού τύπου γονέα* (πατέρα και μητέρας) και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των παιδιών, με βάση τις αντιλήψεις τους. Το ανωτέρω εύρημα συμφωνεί με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών, όπως της Dwairy (2004), στην οποία διαπιστώθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ του υποστηρικτικού τύπου γονέα και της ανάπτυξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά. Μάλιστα, η ανωτέρω έρευνα διεξήχθη σε μια κοινωνία «αυταρχική» στον τρόπο ανατροφής των παιδιών, την Αραβο-Παλαιστινιακή, δείχνοντας πως το γονεϊκό υποστηρικτικό στυλ είναι διαπολιτισμικά ευεργετικό για τα παιδιά. Συμφωνεί, επίσης, με τα ευρήματα ερευνών που εξετάζουν μεμονωμένα κάποια

χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου τύπου γονέα, όπως η αποδοχή (των δύο γονέων) (Bean et al., 2006. Garber et al., 1997), η φροντίδα, η αυτονόμηση, το ενδιαφέρον για τις ανάγκες των παιδιών και τα θετικά μηνύματα προς τα παιδιά (Liu, 2003), η υποστηρικτικότητα των δύο γονέων (Dallaire et al., 2006), η τρυφερότητα και η στοργή της μητέρας (Kim & Cain, 2008), η υποστηρικτικότητα του πατέρα (Bean et al., 2006). Διαφοροποιείται όμως από την έρευνα του Bean et al. (2006), σύμφωνα με την οποία δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της υποστηρικτικότητας της μητέρας και της ανάπτυξης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά.

Αρνητική συσχέτιση παρατηρείται επίσης μεταξύ του *δημοκρατικού τύπου πατέρα* και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των παιδιών. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα του De Minzi (2005) για τη δημοκρατική σχέση των μελών της οικογένειας και τη σχέση της με την ανάπτυξη κατάθλιψης στα παιδιά, του Stark et al. (1990) και του Steinberg et al. (1991) για τη φιλελεύθερη συζήτηση μεταξύ γονέων - παιδιών και για την ενθάρρυνση τους να συμμετέχουν στη λήψη των οικογενειακών αποφάσεων. Για τον αντίστοιχο τύπο μητέρας (δημοκρατική μητέρα) δεν βρέθηκε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Όταν ένα παιδί αναπτύσσεται σε υποστηρικτικό και δημοκρατικό οικογενειακό περιβάλλον, μέσα στο οποίο αισθάνεται άνεση και συναισθηματική ασφάλεια, όπου αναπτύσσει επικοινωνιακές δεξιότητες και προάγεται η αυτονόμηση και η αυτοεκτίμηση του, είναι λογικό να σκεφτούμε πως αυτό είναι ένα περιβάλλον ιδανικό για την ανάπτυξη του, που δρα ως εμπόδιο στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον το παιδί από πολύ μικρό μαθαίνει να «ρυθμίζει» τα συναισθήματα του, γεγονός που δρα επίσης ανασταλτικά στην εμφάνιση κατάθλιψης (Rogosch, Cicchetti, Shields, & Toth, 1995, όπως αναφέρει η Duggal et al., 2001).

Σε ότι αφορά τον αυταρχικό τύπο γονέα (πατέρα και μητέρα), τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν πως υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των αντιλήψεων των παιδιών για την αυταρχικότητα των γονέων και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των παιδιών. Μάλιστα, ο συγκεκριμένος γονεϊκός τύπος εμφανίζει την υψηλότερη θετική συσχέτιση με την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών, σύμφωνα με τις οποίες όλα τα χαρακτηριστικά του αυταρχικού γονέα και οι πρακτικές που εφαρμόζει σχετίζονται θετικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών (McLeod et al., 2007). Ειδικότερα, υπάρχει θετική συσχέτιση της κατάθλιψης με τη σωματική τιμωρία και την κακομεταχείριση (Kaplan et al., 1998. Rodriguez, 2003. Toth et al., 1992), τις συχνές επικρίσεις, την τιμωρητικότητα, την έλλειψη στοργής και υποστηρικτικότητας (Bolton et al., 2009. Dallaire et al., 2006. Kim et al., 2003. Ogburn et al., 2010), τον ψυχολογικό έλεγχο (Rapee, 1997. Garber et al., 1997), την έλλειψη στοργής, τρυφερότητας και φροντίδας, την εχθρότητα προς τα παιδιά, την αποφυγή ενασχόλησης με την ανατροφή τους (Kim et al., 2003), τη μη διαθεσιμότητα των γονέων (Kaslow et al., 1984) και τη μη παροχή επαίνων και επιβραβεύσεων (Messer & Gross, 1995). Τέλος, σχετίζεται με τη γονεϊκή απόρριψη, η οποία σύμφωνα με τους McLeod et al. (2007), De Minzi (2005) και Oldehinkel et al. (2006) είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που συμβάλλει στην ανάπτυξη κατάθλιψης στα παιδιά. Πρέπει να σημειωθεί πως στη γονεϊκή απόρριψη συμπεριλαμβάνονται η έντονη αποδοκιμασία προς το παιδί, οι επικρίσεις, η υποτίμηση και εν γένει η έλλειψη επαφής μαζί του (Oldehinkel et al., 2006. Rapee, 1997).

Η παρούσα έρευνα διαφοροποιείται από αυτή της Dwairy (2004), σε παιδιά Αραβο-Παλαιστινιακής καταγωγής, σύμφωνα με την οποία το αυταρχικό γονεϊκό στυλ δε σχετίζεται με την ανάπτυξη κατάθλιψης στα παιδιά. Πιθανή εξήγηση γι' αυτό αποτελεί ο τρόπος που κάποιοι λαοί και πολιτισμοί εκλαμβάνουν την έννοια της αυταρχικότητας και η σημασία που

της αποδίδουν, αφού για παράδειγμα, σε κάποιους πολιτισμούς οι αυταρχικές πρακτικές θεωρούνται «καλές στρατηγικές», με τις οποίες προάγεται η οργάνωση, η αρμονία και η συνοχή της οικογένειας και της κοινωνίας και μέσω αυτών εξασφαλίζεται η ηθική ανάπτυξη των παιδιών (Chao, 1994).

Μια πιθανή εξήγηση για τη θετική συσχέτιση της αυταρχικότητας των γονέων με την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά είναι πως όταν τα παιδιά αναπτύσσονται σε αυταρχικά οικογενειακά περιβάλλοντα, είναι πολύ πιθανό να είναι λιγότερο αισιόδοξα, να μην έχουν εμπιστοσύνη στις ικανότητες τους, να αισθάνονται ανασφαλή, να εκδηλώνουν ανησυχία (Baumrind, 1991), να βλέπουν αρνητικά τον εαυτό τους και τον κόσμο (Abela & Hankin, 2008) και να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση (Antonopoulou, Alexopoulos, Maridaki-Kassotaki, 2012. Buri, 1989), άρα να είναι επιρρεπή στην κατάθλιψη. Άλλη πιθανή εξήγηση είναι πως τα αυταρχικά οικογενειακά περιβάλλοντα χαρακτηρίζονται από χαμηλά επίπεδα αυθόρμητης επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης και ταυτόχρονα από υψηλά επίπεδα εχθρότητας, γονεϊκής υπερανάμειξης (Kaslow et al., 1994), απόρριψης (Oldehinkel et al., 2006), τιμωρητικότητας και επίσης, πολλαπλών μορφών κακοποίησης (σωματικής, λεκτικής, συναισθηματικής) (Abela & Hankin, 2008). Όλα τα ανωτέρω συμβάλλουν ώστε τα παιδιά να αναπτύξουν αισθήματα αναξιοσύνης, αδυναμίας αυτορρύθμισης των συναισθημάτων τους (Duggal et al., 2001), καταθλιπτικές γνωσίες και διαστρεβλώσεις, αισθήματα απελπισίας, ματαιώσης και μειωμένης αυτοενίσχυσης. Άρα, αναπτύσσουν κατάθλιψη (Goodman & Brand, 2009). Επίσης, η αυταρχικότητα των γονέων περιορίζει την αυτονομία τους και δεν τους επιτρέπει να συμμετέχουν στη λήψη οικογενειακών αποφάσεων, γεγονός που με τη σειρά του εμποδίζει τα παιδιά να αναπτύξουν βασικές δεξιότητες (επικοινωνίας, λήψης αποφάσεων, επίλυσης προβλήματος κ.λπ), η έλλειψη των οποίων οδηγεί στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Compas,

Malcarne, & Fondacaro, 1988. Kashani, Burbach, & Rosenberg, 1988, όπως αναφέρουν οι Sheeber et al., 2001).

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά των αυταρχικών γονέων είναι ότι συχνά κακοποιούν τα παιδιά τους (σωματικά, λεκτικά, συναισθηματικά). Όταν η κακοποίηση είναι διαχρονική και διάχυτη (λαμβάνει χώρα σε ποικίλες καταστάσεις), τα παιδιά αρχίζουν να υιοθετούν καταθλιπτικογενή σχήματα και συμπεράσματα για τον εαυτό τους (όπως είμαι απεχθής, μη αποδεκτός, άχρηστος), τους άλλους και τον κόσμο, γεγονός που οδηγεί στην ανάπτυξη κατάθλιψης (Abela & Hankin, 2008. Van Orden, Witte, Selby, Bender, & Joiner, 2008). Τέλος, η διαχρονική κακοποίηση έχει δείξει πως συμβάλλει στην ανάπτυξη κατάθλιψης και μέσω των ενδοκρινολογικών, νευρο-βιολογικών αλλαγών και εκφυλίσεων που προκαλεί στον εγκέφαλο του παιδιού, σε περιοχές όπως ο Άξονας, ο ιππόκαμπος, η παρεγκεφαλίδα, ο προμετωπιαίος φλοιός (αλλοιώσεις στη συμμετρία των εμπρόσθιων λοβών και της ανώτερης κροταφικής έλικας) (αναλυτικότερα για το μηχανισμό δράσης της στο Belsky & de Haan, 2010. Goodman & Brand, 2009. Harkness & Lumley, 2008. Whittle et al., 2011).

Με βάση τις αντιλήψεις των παιδιών, σε ότι αφορά τον *αυστηρό τύπο γονέα* (αυστηρός πατέρας, αυστηρή – επικριτική μητέρα), τα ευρήματα της έρευνας αυτής δείχνουν ότι σχετίζεται θετικά με την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά, γεγονός που επιβεβαιώνει την αρχική μας υπόθεση. Εξάιρεση εδώ αποτελεί ο *αυστηρός – τυπικός τύπος μητέρας*, για τον οποίο δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν εν μέρει με τα ευρήματα άλλων ερευνών, στις οποίες βρέθηκε πως κάποια χαρακτηριστικά του αυστηρού τύπου γονέα σχετίζονται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία στα παιδιά, όπως οι συχνές συγκρούσεις με το παιδί (Sheeber et al., 2007), ο υπέρμετρος γονεϊκός έλεγχος (McLeod et al., 2007) και η επικριτικότητα (Bolton et al., 2009. Arieti & Bemporad, 1980).

Όταν τα παιδιά συγκρούονται με τους γονείς τους και επικρίνονται απ' αυτούς, είναι πιθανόν να μειώνεται η αυτοεκτίμησή τους, να αναπτύσσουν αρνητικές αυτοαντιλήψεις, να αισθάνονται μη αγαπητά και να έχουν αρνητική διάθεση, άρα να είναι επιρρεπή στην κατάθλιψη (Arieti & Bemporad, 1980. Bolton et al. 2009). Τα ευρήματα για το συγκεκριμένο τύπο γονέα θεωρούνται πολύ σημαντικά, αν λάβουμε υπόψη μας ότι συναντάται κυρίως στην ελληνική κοινωνία, όπου οι έρευνες για τη γονεϊκή τυπολογία είναι ελάχιστες.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας επαλήθευσαν και την αρχική μας υπόθεση, πως υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του *επιτρεπτικού τύπου γονέων* (επιτρεπτικός – μη σταθερός πατέρας, επιτρεπτικός – επιεικής πατέρας και επιτρεπτική – επιεικής μητέρα) και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των παιδιών. Για την επιτρεπτική – μη σταθερή μητέρα δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με αυτά της έρευνας της Liu (2003) στην οποία φάνηκε πως η αδιαφορία των γονέων (χαρακτηριστικό των επιτρεπτικών) σχετίζεται θετικά με την ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά. Επίσης, συνάδουν με τα ευρήματα της Dwairy (2004), των Messer και Gross (1995), του Driscoll et al. (2008) και Simons et al. (2002).

Πιθανή εξήγηση σ' αυτό αποτελεί το γεγονός ότι η επιτρεπτικότητα των γονέων καλλιεργεί στα παιδιά αισθήματα ανεπάρκειας (Wenar, 1994, όπως αναφέρει η Dwairy, 2004). Επίσης, σύμφωνα με τη DeHart, Pelham και Tennen (2006), οι επιτρεπτικοί γονείς, παρότι στοργικοί, αποτυγχάνουν να ρυθμίσουν τη συμπεριφορά των παιδιών τους, καθότι την αγνοούν, δεν είναι συνεπείς στους κανόνες που θέτουν, δεν διασφαλίζουν τη δομή και τη συνοχή της οικογένειας και δεν είναι καθόλου καθοδηγητικοί. Έτσι, είναι πολύ πιθανόν τα παιδιά να αναπτύξουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα αβοηθησίας και αναποτελεσματικότητας, παράγοντες που συνδέονται με την ανάπτυξη κατάθλιψης

(Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978. Bandura, 1986. Beck, 1970, όπως αναφέρουν ο Simons et al., 2002).

Από την *ανάλυση παλινδρόμησης* που πραγματοποιήθηκε και από το συνδυασμό όλων των ανωτέρω ευρημάτων προκύπτει πως οι αντιλήψεις των παιδιών για την τυπολογία των γονέων τους θεωρούνται σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Όταν τα παιδιά αντιλαμβάνονται υποστηρικτικούς και δημοκρατικούς τους γονείς τους, αυτό επιδρά προστατευτικά ως προς την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Το αντίθετο συμβαίνει με τις αντιλήψεις τους για τους υπόλοιπους γονεϊκούς τύπους και ιδιαίτερα για τον αυταρχικό τύπο γονέα.

Στην παρούσα έρευνα υπήρξαν και κάποιοι **περιορισμοί**, οι οποίοι πρέπει να επισημανθούν και να ληφθούν υπόψη σε σχετικές μελλοντικές έρευνες. Ένας σημαντικός περιορισμός είναι ότι τα δεδομένα συλλέχθηκαν μόνο από τα ίδια άτομα, τα παιδιά. Επομένως, είναι πιθανό οι αναφορές τους για τον τρόπο που αντιλαμβάνονται την τυπολογία των γονέων τους, να περιέχουν διαστρεβλώσεις και παρανοήσεις σε σχέση με την πραγματικότητα και τον τρόπο που οι γονείς τα διαπαιδαγωγούν. Παρότι, σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι οι αντιλήψεις των παιδιών σχετικά με τη γονεϊκή τυπολογία είναι σε μεγάλο βαθμό αντικειμενικές (Kernis et al., 2000) και συχνά υπάρχει πολύ μικρή συμφωνία μεταξύ των αναφορών τους και των αναφορών των γονέων τους για τις γονεϊκές συμπεριφορές και τον τρόπο διαπαιδαγώγησής τους (Gecas & Schwable, 1986, όπως αναφέρουν ο Neiss et al. 2002 και ο Richards et al. 1991). Άλλωστε, οι αντιλήψεις του παιδιών είναι εκείνες που τελικά επηρεάζουν την ψυχοσύνθεση και τη συμπεριφορά τους (Heaven et al., 2004). Παρόλα αυτά, για να γίνει πιο κατανοητή η γονεϊκότητα, ιδιαίτερα όταν συνεκτιμάται με οποιαδήποτε άλλη μεταβλητή, απαιτεί τη λήψη πληροφοριών από πολλές πηγές ταυτόχρονα π.χ από τις αυτοαναφορές των ίδιων των γονέων, τις αναφορές του ενός συζύγου για τον άλλο, τις

αυτοαναφορές των παιδιών, τις απόψεις ενός ανεξάρτητου παρατηρητή (Winsler, Madigan, & Aquilino, 2005).

Το ίδιο ισχύει για την ανίχνευση και την αξιολόγηση των παιδιών με καταθλιπτική συμπτωματολογία, η οποία θα πρέπει να πραγματοποιείται και με επιπλέον εργαλεία π.χ με κατάλληλες διαγνωστικές συνεντεύξεις και να συνεκτιμάται με τις απόψεις των γονέων, των εκπαιδευτικών ή και των συνομηλίκων. Αν κι εδώ τα ερευνητικά δεδομένα συγκλίνουν στην άποψη πως τα παιδιά είναι σε θέση να παρέχουν ασφαλείς αυτοαναφορές για τα συμπτώματα που βιώνουν (Moretti et al., 1985), ενώ οι γονείς από την άλλη τείνουν να υποτιμούν πολλά από τα καταθλιπτικά συμπτώματα των παιδιών τους, ακόμη και αυτό του αυτοκτονικού ιδεασμού (Barrett et al., 1991).

Περιορισμό, επίσης, αποτελεί η ομοιογένεια του δείγματος της παρούσας έρευνας. Αν και τα αποτελέσματα της βασίζονται σε ένα μεγάλο δείγμα παιδιών (N=640), το δείγμα αυτό δεν είναι αντιπροσωπευτικό της ελληνικής πραγματικότητας, αφού αφορά μόνο δύο περιοχές της Ελλάδος και παιδιά που φοιτούν στο σχολείο. Δεν συμπεριλήφθησαν, για παράδειγμα, παιδιά άλλων περιοχών της χώρας, παιδιά που έχουν εγκαταλείψει το σχολείο, παιδιά μειονοτήτων, τσιγγάνοι κ.λπ. Επιπλέον, η μη συμμετοχή στην έρευνα μεγάλου ποσοστού παιδιών (46.2%), λόγω της μη συγκατάθεσης των γονέων ή κηδεμόνων τους, αποτελεί σημαντικό περιορισμό, αφού πιθανόν, σε περίπτωση συμμετοχής τους τα αποτελέσματα να ήταν διαφορετικά και πιο αντιπροσωπευτικά για τα παιδιά της συγκεκριμένης ηλικίας. Ενδιαφέρον θα είχε επίσης και η μελέτη του προφίλ των γονέων που δεν επιτρέπουν τη συμμετοχή των παιδιών τους σε σχετικές έρευνες.

Ένας άλλος περιορισμός αφορά τη φύση των αναλύσεων της παρούσας, η οποία είναι συσχετιστική και δεν επιτρέπει σχέσεις αιτίας - αποτελέσματος. Τέλος, περιορισμό αποτελεί το γεγονός ότι τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα δεν έχουν σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό.

Μελλοντικά, η παρούσα έρευνα θα μπορούσε να αποτελέσει έναυσμα για περαιτέρω διερεύνηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά όλων των ηλικιών στον ελληνικό χώρο, καθώς και της σχέσης της με τη γονεϊκότητα. Επίσης, να διερευνηθεί η γονεϊκότητα σε διάφορες διαστάσεις της και γενικότερα στη σχέση της με την ανάπτυξη του παιδιού. Ενδεικτικά, μερικές ερευνητικές προτάσεις είναι οι εξής:

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να μελετήσουν τη γονεϊκότητα και την καταθλιπτική συμπτωματολογία σε διάφορες περιοχές και περιβάλλοντα (αγροτικό, ημιαστικό, αστικό), προκειμένου να διαπιστωθεί πώς ο παράγοντας «πολιτισμικό πλαίσιο» και οι κατά τόπους αντιλήψεις για τη γονεϊκότητα επιδρούν στη μεταξύ τους σχέση. Επίσης, να εντοπιστούν και να μελετηθούν παράγοντες – ενδιάμεσες μεταβλητές – που επηρεάζουν τη γονεϊκότητα και τη σχέση της με την καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών, όπως το φύλο του παιδιού, η ιδιοσυγκρασία του, το φύλο των γονέων, η ψυχοπαθολογία των γονέων, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας κ.λπ.

Επιπροσθέτως, θα μπορούσε να μελετηθεί αν οι επιμέρους αρνητικές διαστάσεις των γονεϊκών τύπων, οι οποίες συμβάλλουν στην ανάπτυξη και τη διατήρηση της μέτριας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά, είναι οι ίδιες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη και τη διατήρηση της σοβαρής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ή της κλινικής κατάθλιψης των παιδιών (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Επιπλέον, για την πληρέστερη κατανόηση της σχέσης της γονεϊκότητας με την καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών, θα ήταν πολύ χρήσιμη η επέκταση των σχετικών ερευνών και σε κλινικό πληθυσμό, προκειμένου να διαπιστωθεί πως τα διάφορα γονεϊκά στυλ (ιδιαίτερα το αυταρχικό, το επιτρεπτικό και το αυστηρό) σχετίζονται με την κατάθλιψη αυτή καθ' αυτή.

Επίσης, ερευνητικό ενδιαφέρον θα είχε η συνεκτίμηση των παραγόντων εκείνων που δρουν αντισταθμιστικά, ώστε αρκετά παιδιά παρότι ζουν σε αντίξοα, αυταρχικά οικογενειακά περιβάλλοντα δεν αναπτύσσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία (Belsky, Bakermans-

Kranenburg, & van IJzendoorn, 2007. Boyce & Ellis, 2005, όπως αναφέρει η Whittle et al., 2011).

Διαχρονικές έρευνες θα μπορούσαν επίσης να εστιάσουν σε πιθανές αμφίδρομες σχέσεις μεταξύ της γονεϊκότητας και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των παιδιών. Για παράδειγμα, να εξετάσουν το πώς η καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών επηρεάζει ή τελικά διαμορφώνει τον τρόπο που οι γονείς ασκούν το γονεϊκό τους ρόλο (Dallaire et al., 2006. Sheeber et al., 2007).

Μέσω διαχρονικών ερευνών, τέλος, θα μπορούσαν να μελετηθούν και οι αλλαγές στις αντιλήψεις των παιδιών περί γονεϊκότητας, δεδομένου ότι αυτές αλλάζουν με το πέρασμα του χρόνου καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν και ωριμάζουν (Joshi, Ferris, Otto, & Regan, 2003). Επίσης, να μελετηθούν και οι διαφοροποιήσεις των γονέων ως προς τον τρόπο που ασκούν το γονεϊκό τους ρόλο στα διάφορα αναπτυξιακά στάδια των παιδιών τους (νηπιακή, παιδική, εφηβική ηλικία) (Simons & Conger, 2007). Οι διαφοροποιήσεις αυτές θα μπορούσαν να συνεξεταστούν και με την καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών, γεγονός που θα προσέφερε βαθύτερη κατανόηση της μεταξύ τους σχέσης.

Τέλος, τα διάφορα γονεϊκά στυλ – και των δύο γονέων – θα μπορούσαν να αξιολογηθούν συνδυαστικά σε σχέση με την κατάθλιψη (π.χ υποστηρικτικός πατέρας / αυστηρή μητέρα, σε σχέση με την κατάθλιψη κ.λπ), αφού τα γονεϊκά στυλ του πατέρα και της μητέρας αλληλεξαρτώνται, αλληλεπιδρούν και συμβάλλουν ταυτόχρονα και αποφασιστικά στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και τη λειτουργικότητα του παιδιού (Winsler et al., 2005).

Θεωρούμε πως η παρούσα έρευνα, παρά τους προαναφερθέντες περιορισμούς, είναι σημαντική, διότι προσθέτει ένα μικρό σώμα γνώσης στην ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία για την καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών, για τις αντιλήψεις τους περί γονεϊκότητας, καθώς και για τη μεταξύ τους σχέση, δεδομένου ότι στον ελληνικό χώρο η σχετική έρευνα και η βιβλιογραφία είναι περιορισμένες. Σε ερευνητικό επίπεδο μπορεί να αποτελέσει το

έναυσμα για περαιτέρω και σε βάθος μελέτη των ανωτέρω φαινομένων. Τα ευρήματά της καταδεικνύουν πως τα παιδιά έχουν ανάγκη την υποστηρικτικότητα και των δύο γονέων, η οποία δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σ' αυτά. Καταδεικνύουν, επίσης, τις επιβλαβείς συνέπειες της αυταρχικότητας, της αυστηρότητας και της επιτρεπτικότητας στα παιδιά και το ρόλο τους στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας μπορούν να αξιοποιηθούν κατάλληλα σε κλάδους, τομείς και οργανισμούς (εκπαίδευση, συμβουλευτική, σχολεία, σχολές γονέων κ.λπ), που ασχολούνται με την ανάπτυξη των παιδιών, την οικογένεια και τη γονεϊκότητα. Το κράτος θα πρέπει να ιδρύσει και να στελεχώσει σχολές γονέων, κέντρα ψυχικής υγείας και να μεριμνήσει για το θεσμό του σχολικού και του εκπαιδευτικού ψυχολόγου σε όλες τις σχολικές βαθμίδες. Θα πρέπει επίσης να εξεταστεί το ενδεχόμενο ενσωμάτωσης στη σχολική ύλη προγραμμάτων αγωγής υγείας, με σκοπό την πρωτογενή πρόληψη της ψυχικής υγείας των μαθητών, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης. Άλλωστε, τα σχολικά χρόνια είναι μια σημαντική περίοδος κατά την οποία μπορούν να γίνουν αποτελεσματικές προσπάθειες πρόληψης, αναγνώρισης, αποτροπής και θεραπείας της διαταραχής (Munoz, Nhu - Le, Clarke, Barrera, & Torres, 2009). Σχετικά προγράμματα ενημέρωσης θα πρέπει επίσης να εφαρμόζονται για τους δασκάλους και τους γονείς, ώστε αυτοί να είναι ικανοί να αναγνωρίζουν τα σημάδια και τα προειδοποιητικά συμπτώματα της κατάθλιψης στα παιδιά και να επιλαμβάνονται κατάλληλα όταν χρειαστεί. Έχει δειχτεί πως μέσω τέτοιων προγραμμάτων οι ενήλικες αποκτούν γνώση, αντιλαμβάνονται το εύρος των προβλημάτων και αναζητούν ευκολότερα βοήθεια (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Τέλος, η αξιοποίηση των ευρημάτων της παρούσας έρευνας θα δώσει στους γονείς τη δυνατότητα να αναγνωρίσουν και να επαναπροσδιορίσουν, αν χρειαστεί, τον τρόπο με τον

οποίο διαπαιδαγωγούν τα παιδιά τους, τις πρακτικές που εφαρμόζουν, καθώς και να διαπιστώσουν τη σημαντικότητα του ρόλου τους.

Βιβλιογραφία

- Abela, J. R. Z., & Hankin, B. L. (2008). Cognitive vulnerability to depression in children and adolescents. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 35 – 78). New York: The Guilford Press.
- Abramson, L. Y., Seligman, M., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49 – 74.
- Amato, P. R., & Fowler, F. (2002). Parenting practices, child adjustment, and family diversity. *Journal of Marriage and the Family*, 64, 703 – 716.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition – DSM-IV-TR*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Angold, A., & Rutter, M. (1992). Effects of age and pubertal status on depression in a large clinical sample. *Development and Psychopathology*, 4, 5 – 28.
- Angold, A., Costello, E. J., & Worthman, C. M. (1998). Puberty and depression: The roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological Medicine*, 28, 51 – 61.
- Angold, A., Weissman, M. M., John, K., Merikangas, K. R., Prusoff, B. A., Wickramaratne, P., et al. (1987). Parent and child reports of depressive symptoms in children at low and high risk of depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 901 – 915.
- Antonopoulou, K., Alexopoulos, D. A., & Maridaki-Kassotaki, K. (2012). Perceptions of father parenting style, empathy and self-esteem among Greek preadolescents. *Marriage and Family Review*, 48, 293 – 309.
- Αντωνοπούλου, Κ., & Τσίτσας, Γ. (υπό δημοσίευση). Η διερεύνηση της γονεϊκής τυπολογίας της ελληνίδας μητέρας. Στάθμιση του ερωτηματολογίου Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ). *Επιστήμες Αγωγής*.

- Arieti, S., & Bemporad, J. S. (1980). The psychological organization of depression. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1360 – 1365.
- Aunola, K., Stattin, H., & Nurmi, J. E. (2000). Parenting styles and adolescents' achievement strategies. *Journal of Adolescence*, 23, 205 – 222.
- Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R. C., & Merikangas, K. R. (2008). Epidemiology of depression in children and adolescents. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 6 – 32). New York: The Guilford Press.
- Bagot, R. C., vanHasselt, F. N., Champagne, D. L., Meaney, M. J., Krugers, H. J., & Joels, M. (2009). Maternal care determines rapid effects of stress mediators on synaptic plasticity in adult rat hippocampal dentate gyrus. *Neurobiology of Learning and Memory*, 92, 292 – 300.
- Baldwin, A. L. (1948). Socialization and the parent-child relationship. *Child Development*, 19, 127 – 136.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67, 3296 – 3319.
- Barrett, M. L., Berney, T. P., Bhate, S. R., Famuyiwa, O. O., Fundudis, T., Kolvin, I., et al., (1991). Diagnosing childhood depression. Who should be interviewed – parent or child? *British Journal of Psychiatry*, 159 (suppl. 11), 22 – 28.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4(1, part 2), 1 – 103.

- Baumrind, D. (1973). The development in instrumental competence through socialization. In A. Pick (Ed.), *Minnesota symposium on child psychology, vol. 7* (pp. 3 – 46). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth Society*, 9, 239 – 276.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11, 56 – 95.
- Bean, R. A., Barber, B. K., & Crane, D. R. (2006). Parental support, behavioral control, and psychological control among African American youth. *Journal of Family Issues*, 27, 1335 – 1355.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive theory: Nature and relation to behavior theory. *Behavior Research and Therapy*, 7, 184 – 200.
- Belsky, J., & de Haan, M. (2010). Annual research review: Parenting and children's brain development: the end of the beginning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 409 – 428.
- Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2007). For better and for worse: Differential susceptibility to environmental influences. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 300 – 304.
- Bender, H. L., Allen, J. P., McElhaney, K. B., Antonishak, J., Moore, C. M., O' Beirne Kelly, H., et al. (2007). Use of harsh physical discipline and developmental outcomes in adolescence. *Development and Psychopathology*, 19, 227 – 242.
- Berman, A. L. (2009). Depression and suicide. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd Ed.) (pp. 510 – 530). New York: The Guilford Press.

- Blumberg, S. H., & Izard, C. E. (1985). Affective and cognitive characteristics of depression in 10- and 11- year-old children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 194 – 202.
- Bolton, C., Barrowclough, C., & Calam, R. (2009). Parental criticism and adolescent depression: Does adolescent self – evaluation act as a mediator? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 37, 553 – 570.
- Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 9 – 52.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books.
- Boyce, W. T., & Ellis, B. J. (2005). Biological sensitivity to context : I. An evolutionary-developmental theory of the origins and functions of stress reactivity. *Development and Psychopathology*, 17, 271 – 301.
- Buri, R. J. (1989). Self-esteem and appraisals of parental behavior. *Journal of Adolescent Research*, 4, 33 – 49.
- Buri, R. J. (1991). Parental Authority Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 57, 110 – 119.
- Burns, J. M., Andrews, G., & Szabo, M. (2002). Depression in young people: What causes it and can we prevent it? *MJA*, 177, S93 - S96.
- Chao, R. K. (1994). Beyond parental control and authoritarian parenting style: Understanding Chinese parenting through the cultural notion of training. *Child Development*, 65, 1111 – 1119.
- Chao, R. K. (2001). Extending research on the consequences of parenting style for Chinese Americans and European Americans. *Child Development*, 72, 1832 – 1843.
- Charman, T., & Petrova, I. (1996). Self-reported depressed mood in Russian and U. K. school children. A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 879 – 883.

- Chentsova – Dutton, Y. E., & Tsai, J. L. (2009). Understanding depression across cultures. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd Ed.) (pp. 363 – 385). New York: The Guilford Press.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53, 221 – 241.
- Colbert, P., Newman, B., Ney, P., & Young, J. (1982). Learning disabilities as a symptom of depression in children. *Journal of Learning Disabilities*, 15, 333 – 336.
- Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 405 – 411.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., & Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 21- 27.
- Dallaire, D. H., Pineda, A. Q., Cole, D. A., Ciesla, J. A., Jacquez, F., LaGrange, B., et al. (2006). Relation of positive and negative parenting to children's depressive symptoms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 313 – 322.
- Darling, N. (1999). *Parenting Style and its Correlates*. ERIC Document Reproduction Service No. EDO - PS - 99 - 3.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487 – 496.
- De Boo, M. G. & Spiering, M. (2010). Pre-adolescent gender differences in association between temperament, coping, and mood. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 313 – 320.
- De Minzi, R. (2005). Parental styles and copying strategies in children. *Revista Latinoamericana de Psicologia*, 37, 47 – 58.

- DeHart, T., Pelham, B. W., & Tennen, H. (2006). What lies beneath: Parenting style and implicit self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42, 1 – 17.
- Δημητρίου, X. E. (2005). Συγκαλυμμένη κατάθλιψη. Στο Γ. Ν. Χριστοδούλου (Επιμ.), *Κατάθλιψη* (2^η Έκδ.) (σσ. 87 – 92). Αθήνα: ΒΗΤΑ, medical arts.
- Dodge, K. (1990). Developmental psychopathology in children of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 25, 835 – 845.
- Driscoll, A. K., Russell, S. T., & Crockett, L. J. (2008). Parenting styles and youth well – being across immigrant generations. *Journal of Family Issues*, 29, 185 – 209.
- Duggal, S., Carlson, E. A., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2001). Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 13, 143 – 164.
- Dwairy, M. (2004). Parenting styles and mental health of Palestinian-Arab adolescents in Israel. *Transcultural Psychiatry*, 41, 233 – 252.
- Dwivedi, K. N., & Varma, V. P. (1997). *Depression in children and adolescents*. London: Whurr Publishers Ltd.
- Eastgate, J., & Gilmour, L. (1984). Long-term outcome of depressed children: A follow-up study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 26, 68 – 72.
- Essau, C. (2004). The association between family factors and depressive disorders in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 365 – 372.
- Field, T., Diego, M., Dieter, J., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., et al. (2004). Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Infant Behavior and Development*, 27, 216 – 229.
- Fu, W., Ma, X., & Gao, C. (2007). A controlled study on parental rearing behavior and depressive disorder in adolescents. *Journal of Xi'an Jiaotong University (Medical Science)*, 28, 337 – 339.

- Garber, J. (2006). Depression in children and adolescents. Linking risk research and prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6S1), S104 – S125.
- Garber, J., Braafladt, N., & Weiss, B. (1995). Affect regulation in depressed and nondepressed children and young adolescents. *Development and Psychopathology*, 7, 93 – 115.
- Garber, J., Gallerani, C. M., & Frankel, S. A. (2009). Depression in children. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd Ed.) (pp. 405 – 443). New York: The Guilford Press.
- Garber, J., Robinson, N. S., & Valentiner, D. (1997). The relation between parenting and adolescent depression. Self – worth as a mediator. *Journal of Adolescent Research*, 12, 12 – 33.
- Gecas, V., & Schwable, M. L. (1986). Parental behavior and adolescent self-esteem. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 37–46.
- Giannakopoulos, G., Kazantzi, M., Dimitrakaki, C., Tsiantis, J., Kolaitis, G., & Tountas, Y. (2009). Screening for children’s depression symptoms in Greece: The use of the Children’s Depression Inventory in a nation – wide school – based sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 485 – 492.
- Goodman, S. H., & Brand S. R. (2009). Depression and early adverse experiences. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd Ed.) (pp. 249 – 274). New York: The Guilford Press.
- Hammen, C. L. (2009). Children of depressed parents. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd Ed.) (pp. 275 – 297). New York: The Guilford Press.
- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (1999). Development of gender differences in depression: description and possible explanations. *Annals of Medicine*, 31, 372 – 379.

- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R. & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to youth adulthood: Emerging gender differences in a 10 – year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128 – 140.
- Harkness, K. L., & Lumley, M. N. (2008). Child abuse and neglect and the development of depression in children and adolescents. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 466 – 488). New York: The Guilford Press.
- Hazel, P. (2002). Depression in children. *British Medical Journal*, 325, 229 – 231.
- Heaven, P. C. L., Newbury, K. & Mak, A. (2004). The impact of adolescent and parental characteristics on adolescent levels of delinquency and depression. *Personality and Individual Differences*, 36, 173 – 185.
- Herz, L., & Gullone, E. (1999). The relation between self-esteem and parenting style. A cross-cultural comparison of Australian and Vietnamese Australian adolescents. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 30, 742 – 761.
- Hodges, K. (1990). Depression and anxiety in children: A comparison of self – report questionnaires to clinical interview. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 376 – 381.
- Horowitz, J. L., & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta – analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 401 – 415.
- Ingram, R. E., & Siegle, G. J. (2009). Methodological issues in the study of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd Ed.) (pp. 69 – 92). New York: The Guilford Press.

- Jaycox, L. H., Reivich, K. L., Gillham, J., & Seligman, E. P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behavior Research and Therapy*, 32, 801 – 816.
- Jewell, J. D., & Stark, K. D. (2003). Comparing the family environment of adolescents with conduct disorder or depression. *Journal of Child and Family Studies*, 12, 77 – 89.
- Joshi, A., Ferris, J. C., Otto, A. L., & Regan, P.C. (2003). Parenting styles and academic achievement in college students. *Psychological Reports*, 93, 823 – 828.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2004). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Αναπτυξιακή προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (2005). *Ψυχιατρική* (7^η Έκδ.). Αθήνα: Λίτσας.
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Weiner, M., Mandel, F. S., Lesser, M. L., et al. (1998). Adolescent physical abuse: Risk for adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 155, 954 – 959.
- Kashani, J. H., Burbach, D. J., & Rosenberg, T. K. (1988). Perception of family conflict resolution and depressive symptomatology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 42 – 48.
- Kaslow, N. J., Deering, C. G., & Racusin, G. R. (1994). Depressed children and their families. *Clinical Psychology Review*, 14, 39 – 59.
- Kaslow, N. J., Rehm, L. P., & Siegel, A. W. (1984). Social-cognitive and cognitive correlates of depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 605 – 620.
- Kaufmann, D., Gesten, E., Santa-Lucia, R. C., Salcedo, O., Gobioff-Rendina, G., & Gadd, R. (2000). The relationship between parenting style and children's adjustment: The parents' perspective. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 231 – 245.
- Keller, M. B., Beardslee, W. R., Dorer, D. J., Lavori, P. W., Samuelson, H., & Klerman, G. L. (1986). Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptive

- functioning and psychopathology in children. *Archives of General Psychiatry*, 43, 930 – 937.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, A. (2002). Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1133 – 1145.
- Kernis, M. H., Brown, A. C., & Brody, G. H. (2000). Fragile self-esteem in children and its associations with perceived patterns of parent-child communication. *Journal of Personality*, 68, 225 – 252.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of American Medical Association*, 289, 3095 – 4105.
- Kim, E., & Cain, K. C. (2008). Korean American adolescent depression and parenting. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21, 105 – 115.
- Kim, I. J., Ge, X., Conger, R. D., Brody, G. H., Gibbons, F. X., & Simons, R. L. (2003). Parenting behaviors and the occurrence and co-occurrence of depressive symptoms and conduct problems among African American children. *Journal of Family Psychology*, 17, 571 – 583.
- Κλεφτάρας, Γ. (1998). *Η κατάθλιψη σήμερα. Περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα* (4^η Έκδ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κλεφτάρας, Γ. (2004). Το παιδί με καταθλιπτικά συμπτώματα και η αντιμετώπιση από το δάσκαλο. Στο Α. Καλαντζή – Αζίζη & Μ. Ζαφειροπούλου (Επιμ.), *Προσαρμογή στο σχολείο* (σσ. 355 – 381). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Κλεφτάρας, Γ., & Διδασκάλου, Ε. (υπό δημοσίευση). Ερωτηματολόγιο Παιδικής Κατάθλιψης (Children's Depression Inventory). Στο Α. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα & Π. Ρούσση (Επιμ. Έκδ.), *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kleftaras, G., & Didaskalou, E. (2006). Incidence and teachers' perceived causation of depression in primary school children in Greece. *School Psychology International*, 27, 296 – 314.
- Klein, D. N., Durbin, E., & Shankman, S. A. (2009). Personality and mood disorders. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd Ed.) (pp. 93 – 112). New York: The Guilford Press.
- Kohli, M. A., Saemann, P G., Schmidt, M. V., Demirkan, A., Hek, K., Czamara, D., et al. (2011). The neuronal transporter gene SLC6A15 confers risk to major depression. *Neuron*, 70, 252 – 265.
- Kohn, R., Dohrenwend, B. P., & Mirotznik, J. (1998). Epidemiological finding on selected psychiatric disorders in the general population. In B. Dohrenwend (Ed.), *Adversity, stress, and psychopathology* (pp. 235 – 284). New York: Oxford University Press.
- Κονιστή, Π. (2010). Παιδική κατάθλιψη. Στο Ε. Α. Κολιάδης (Επιμ.), *Συμπεριφορά στο σχολείο* (σσ. 515 – 531). Αθήνα: Γρηγόρης.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory CDI - Manual*. Pennsylvania, PA: Multi-Health Systems, Inc.
- Kovacs, M. (2008). *Children's Depression Inventory, technical manual update*. Published by Multi-Health Systems Inc., Toronto / New York.
- Kovacs, M., & Goldston, D. (1991). Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 388 – 392.

- Ladd, G., & Pettit, S. (2002). Parenting and the development on children's peer relationships. In M. H. Bornstein (Ed.). *Handbook of parenting: Vol.5: Practical issues in parenting* (pp. 269 – 309). Erlbaum, Mahwah.
- Larson, R. W., Raffaelli, M., Richardson, M. H., Ham, M., & Jewell, L. (1990). Ecology of depression in late childhood and early adolescence: A profile of daily states and activities. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 92 – 102.
- Λαζαράτου, Ε., & Αναγνωστόπουλος, Δ. Κ. (2001). Εφηβεία και κατάθλιψη. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18, 466 – 474.
- Lester – Παπαματθαϊάκη, Ε. (1988). Η κατάθλιψη των παιδιών και εφήβων. Αυτοκτονία. Στο Γ. Τσιάντης & Σ. Μανωλόπουλος (Επιμ.), *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής – Ψυχοπαθολογία* (2^{ος} τόμ.) (σσ. 235 – 249). Αθήνα: Καστανιώτης.
- Liu, Y, L. (2003). Parent - child interaction and children's depression: The relationships between parent – child interaction and children's depressive symptoms in Taiwan. *Journal of Adolescence*, 26, 447 – 457.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. H. Mussen (Series Ed.) & E. M. Hetherington (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (pp. 1 – 101). New York: Wiley.
- Madianos, M. (1998). Health and Hellenic Society: Empirical research. National Centre for Social Research, Athens.
- Μαριδάκη – Κασσωτάκη, Α. (2009). Τυπολογία του Έλληνα πατέρα με βάση τον τρόπο διαπαιδαγώγησης των παιδιών του: Προσαρμογή και στάθμιση του ερωτηματολογίου: “Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ)”. *Επιστήμες Αγωγής*, 4, 8 – 23.
- McKinney, C., & Renk, K. (2008). Differential parenting between mothers and fathers. Implications for late adolescents. *Journal of Family Issues*, 29, 806 – 827.

- McLeod, B. D., Weisz, J. R., & Wood, J. J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: A meta – analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 986 – 1003.
- Mesman, J., & Koot, H. M. (2000). Child – reported depression and anxiety in preadolescence” Associations with parent – and teacher – reported problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1371 – 1378.
- Messer, S. C., & Gross, A. M. (1995). Childhood depression and family interaction: A naturalist observation study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 77 – 88.
- Mickey, B. J., Zhou, Z., Heitzeg, M. M., Heinz, C. A., Hodgkinson, D. T., Hsu, D. T., et al. (2011). Emotion processing, major depression, and functional genetic variation of neuropeptide Y. *Archives of General Psychiatry*, 68, 158 – 166.
- Miller, L., Warner, V., Wickwamarante, P., & Weissman, M. (1999). Self-esteem and depression: Ten years follow-up of mothers and offspring. *Journal of Affective Disorders*, 52, 41 – 49.
- Milevsky, A., Schlechter, M., Netter, S., & Keehn, D. (2007). Maternal and paternal parenting styles in adolescents: Associations with self – esteem, depression and life – satisfaction. *Journal of Family Studies*, 16, 39 – 47.
- Mitchell, J., McCauley, E., Burke, P. M., & Moss, S. J. (1988). Phenomenology of depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 12 – 20.
- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110, 406 – 425.

- Monroe, S. M., Slavich, G. M., & Georgiades, K. (2009). The social environment and life stress in depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd Ed.) (pp. 340 – 360). New York: The Guilford Press.
- Moretti, M. M., Fine, S., Haley, G., & Marriage, K. (1985). Childhood and adolescent depression: Child – report versus parent – report information. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 298 – 302.
- Mossialos, E., Allin, S., Davaki, K. (2005). Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health Economy*, 14, S151 – S168.
- Μπίμπου-Νάκου, Ι., & Κιοσέογλου, Γ. (2001). Προσδιορισμός καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε παιδιά και εφήβους σχολικής ηλικίας. Ι. Δεδομένα από τη χρήση του ερωτηματολογίου διάθεσης και συναισθημάτων. *Παιδί και Έφηβος. Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*, 3, 71 – 95.
- Munoz, R. F., Nhu – Le, H., Clarke, G. N., Barrera, A. Z. & Torres, L. D. (2009). Parenting first onset and recurrence of major depressive episodes. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd Ed.) (pp. 533 – 553). New York: The Guilford Press.
- Nantel – Vivier, A., & Pihl, R. O. (2008). Biological vulnerability to depression. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 103 – 123). New York: The Guilford Press.
- Neiss, M. B., Sedikides, C., & Stevenson, J. (2002). Self-esteem: A behavioural genetic perspective. *European Journal of Personality*, 16, 351 – 367.
- Nilzon, K. R., & Palmerus, K. (1997). The influence of familial factors on anxiety and depression in childhood and early adolescence. *Adolescence*, 32, 935 – 943.
- Nolen – Hoeksema, S. & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424 – 443.

- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. P. (1991). Sex differences in depression and explanatory style in children. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 233 – 245.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 405 – 422.
- Ogburn, K. M., Sanches, M., Williamson, D. E., Caetano, S. C., Olvera, R. L., Pliszka, S., et al. (2010). Family environment and pediatric major depressive disorder. *Psychopathology*, 43, 312 – 318.
- Oldehinkel, A. J., Veenstra, R., Ormel, J., de Winter, A. F., & Verhulst, F. C. (2006). Temperament, parenting, and depressive symptoms in a population sample of preadolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 684 – 695.
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Gunn, J. B., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48, 155 – 168.
- Poznanski, E. O. (1982). The clinical phenomenology of childhood depression. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, 308 – 313.
- Puig-Antich, j., & Gittleman, R., (1982). Depression in childhood and adolescence. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders* (pp. 379 – 392). London: Churchill.
- Puura, K., Almqvist, F., Piha, J., Moilanen, I., Tamminen, T., Kumpulainen, K., et al. (1998). Children with symptoms of depression – What do the adults see? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 577 – 585.
- Querido, J. G., Warner, T. D., & Eyberg, S. M. (2002). Parenting styles and child behavior in African American families of preschool children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 31, 272 – 277.

- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47 – 67.
- Restifo, k., & Bogels, S. (2009). Family processes in the development of youth depression: Translating the evidence to treatment. *Clinical Psychology Review*, 29, 294 – 316.
- Richards, M. H., Gitelson, I. B., Petersen, A. C., & Hurtig, A. L., (1991). Adolescent personality in girls and boys: The role of mothers and fathers. *Psychology of Women Quarterly*, 15, 65 – 81.
- Roberts, C. M. (1999). The prevention of depression in children and adolescents. *Australian Psychologist*, 34, 49 – 57.
- Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Symptoms of DSM-III-R major depression in adolescence: Evidence from an epidemiology survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1608 – 1617.
- Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracy, J. L., Gosling, S. D., & Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, 3, 423 – 434.
- Robinson, C. C., Mandleco, B., Olsen, S. F., & Hart, C. H. (1995). Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: Development of a new measure. *Psychological Reports*, 77, 819 – 830.
- Robinson, C. C., Mandleco, B., Olsen, S. F., & Hart, C. H. (2001). The Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ). In B. F. Perlmutter, J. Touliatos, & G. W. Holden (Eds.), *Handbook of family measurement techniques: vol. 3 Instruments and index* (pp. 319 – 321). Thousand Oaks, Sage.
- Rodriguez, C. M. (2003). Parental discipline and abuse potential affects on child depression, anxiety, and attributions. *Journal of Marriage and Family*, 65, 809 – 817.

- Rogosch, F. A., Cicchetti, D., Shields, A., & Toth, S. L. (1995). *Parenting dysfunction in child maltreatment*. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Vol. 4. Applied and practical parenting* (pp. 127 – 159). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ryan, N. D., Puig-Antich, J., Ambrosini, P., Rabinovich, H., Robinson, D., Nelson, B., et al. (1987). The clinical picture of clinical depression in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 44, 854 – 861.
- Samm, A., Varnik, A., Toodihh, L. M., Sisask, M., Kolves, K., & von Knorring, A. (2008). Children's Depression Inventory in Estonia. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 162 – 170.
- Sander, J. B., & McCarty, C. A. (2005). Youth depression in the family context: Familial risk factors and models of treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 203 – 219.
- Schaefer, E. S. (1959). A circumflex model of maternal behavior. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 59, 226 – 235.
- Sears, R.R., Macoby, E., & Levin, H. (1957). *Patterns of child rearing*, Row, Peterson, Evanston. IL.
- Shaffer, D., & Waslick, B. D. (2002). *The many faces of depression in children and adolescents*. Review of Psychiatry Series, 21(2); Oldham, J. M., & Riba, M. B. (Eds.). Washington, DC, American Psychiatric Publishing.
- Sheeber, L. B., Davis, B., Leve, C., Hops, H., & Tildesley, E. (2007). Adolescents' relationships with their mothers and fathers: Associations with depressive disorder and subdiagnostic symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 144 – 154.
- Sheeber, L., Hops, H., & Davis, B. (2001). Family processes in adolescent depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 19 – 35.

- Shin, Y. M., Cho, H., Lim, K. Y., & Cho, S. M. (2008). Predictors of self-reported depression in Korean children 9 to 12 years of age. *Yonsei Medical Journal*, 49, 37 – 45.
- Simons, G. L., & Conger, D. R. (2007). Linking mother-father differences in parenting to a typology of family parenting styles and adolescent outcomes. *Journal of Family Issues*, 28, 212 – 241.
- Simons, L. R., Murry, V., McLoyd, V., Lin, K., Cutrona, C., & Conger, D. R. (2002). Discrimination, crime, ethnic identity, and parenting as correlates of depressive symptoms among African American children: A multilevel analysis. *Development and Psychopathology*, 14, 371 – 393.
- Smetana, J. G. (1994). Parenting styles and beliefs about parental authority. *New Directions for Child Development*, 66, 21 – 36.
- Smith, D. C., & Hall, J. A. (2008). Parenting style and adolescent clinical severity: Finding from two substance abuse treatment studies. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8, 440 – 463.
- Sorensen, J. M., Nissen, B. J., Mors, O., & Thomsen, H. P. (2005). Age and gender differences in depressive symptomatology and comorbidity: An incident sample of psychiatrically admitted children. *Journal of Affective Disorders*, 84, 85 – 91.
- Spera, C. (2005). A review of the relationship among parenting practices, parenting styles, and adolescent school achievement. *Educational Psychology Review*, 17, 125 – 146.
- Spitz, R.A., & Wolf, K. M. (1946). Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood II. *Psychoanal. Study Child*, 2, 313 – 342.
- Stark, K. D., Hargrave, J., Hersh, B., Greenberg, M., Herren, J., & Fisher, M. (2008). Treatment of childhood depression, The ACTION treatment program. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 224 – 249). New York: The Guilford Press.

- Stark, K. D., Humphrey, L. L., Crook, K., & Lewis, K. (1990). Perceived family environments of depressed and anxious children: Child's and maternal figure's perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 527 – 547.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 1 – 19.
- Steinberg, L., Lamborn, S., Darling, N. Mounts, N. S., & Dornbusch, S. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful families. *Child Development*, 65, 754 – 770.
- Steinberg, L., Mounts, N. S., Lamborn, S. D., & Dornbusch, S. M. (1991). Authoritative parenting and adolescent adjustment across various ecological niches. *Journal of Research on Adolescence*, 1, 19 – 36.
- Symonds, P. M. (1939). *The psychology of parent-child relationships*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Thapar, A., & Rice, E. (2006). Twin studies in pediatric depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15, 869 – 881.
- Thase, M. E. (2009). Neurological aspects of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd Ed.) (pp. 187 – 217). New York: The Guilford Press.
- Toth, S. L., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (1992). Child maltreatment and vulnerability to depression. *Development and Psychopathology*, 4, 97 – 112.
- Τρίκκας, Γ. (2005). Κλινικές μορφές κατάθλιψης. Στο Γ. Ν. Χριστοδούλου (Επιμ.), *Κατάθλιψη* (2^η Έκδ.) (σσ. 13 – 22). Αθήνα: ΒΗΤΑ, medical arts.
- Τσιάντης, Γ. (2001). *Εισαγωγή στην παιδοψυχιατρική* (2^η Έκδ.). Αθήνα: Καστανιώτης.
- Τσιάντης, Γ., & Μανωλόπουλος, Σ. (1988). *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής. Ψυχοπαθολογία* (2^{ος} τόμ.). Αθήνα: Καστανιώτης.

- Turner, C. M., & Barrett, P. M. (2003). Does age play a role in the structure of anxiety and depression in children and youth? An investigation of the tripartite model in three age cohorts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 826 – 833.
- Twenge, J. M., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the Children's Depression Inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 578 – 588.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Bender, T. W., & Joiner, T. E. (2008). Suicidal behavior in Youth. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 441 – 465). New York: The Guilford Press.
- Wenar, C. (1994). *Developmental psychopathology: From infancy through adolescence*. New York: McGraw Hill.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., & Verdelli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1001 – 1008.
- Whittle, S., Yap, M. B. H., Sheeber, L., Dudgeon, P., Yucel, M., Pantelis, C., et al. (2011). Hippocampal volume and sensitivity to maternal aggressive behavior: A prospective study of adolescent depressive symptoms. *Development and Psychopathology*, 23, 115 – 129.
- Winsler, A., Madigan, A. L., & Aquilino, S. A. (2005). Correspondence between maternal and paternal parenting styles in early childhood. *Early Childhood Research Quarterly*, 20, 1 – 12.
- World Health Organization. ICD-10. (1992). *Classification of mental and behavioral disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization (Επιμέλεια απόδοση στα ελληνικά: Στεφανής, Κ., Σολδάτος, Κ., Μαυρέας, Β). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, 1993.

- Χριστοδούλου, Ν. Γ. (2005). Κατάθλιψη: Δεδομένα και προβληματισμοί. Στο Γ. Ν. Χριστοδούλου (Επιμ.), *Κατάθλιψη* (2^η Έκδ.) (σσ. 1 – 11). Αθήνα: ΒΗΤΑ, medical arts.
- Yi, C. L., & Qian, M. Y. (2006). Influence of family factors on adolescent depression. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 10, 130 – 132.
- Yorbik, O., Birmaher, B., Axelson, D., Williamson, D. E., & Ryan, N. D (2004). Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1654 – 1659.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1.

Ανάλυση Βασικών συνιστωσών (principal component analysis) του ερωτηματολογίου με τίτλο:

«Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων των Παιδιών για την Τυπολογία του Πατέρα»

Ερωτήσεις - Προτάσεις	Initial	Extraction (1 ^η Βασική Συνιστώσα)
1	1.000	.58
2	1.000	.42
3	1.000	.44
4	1.000	.32
5	1.000	.45
6	1.000	.66
7	1.000	.57
8	1.000	.65
9	1.000	.41
10	1.000	.48
11	1.000	.42
12	1.000	.55
13	1.000	.61
14	1.000	.43
15	1.000	.60
16	1.000	.52
17	1.000	.66
18	1.000	.54
19	1.000	.68
20	1.000	.60
21	1.000	.68
22	1.000	.66
23	1.000	.46
24	1.000	.48
25	1.000	.58
26	1.000	.60
27	1.000	.39
28	1.000	.45
29	1.000	.55
30	1.000	.63
31	1.000	.51
32	1.000	.65

Extraction method: Principal Component Analysis

Πίνακας 2.

Παραγοντική δομή και φορτίσεις των 32 προτάσεων του ερωτηματολογίου με τίτλο: «Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων των Παιδιών για την Τυπολογία του Πατέρα», που προέκυψαν μετά την περιστροφή varimax και είναι μεγαλύτερες του .40

1^{ος} Παράγοντας: Υποστηρικτικός Πατέρας (α=.84) (Ιδιοτιμή = 6.81 – Ποσοστό (%) διακύμανσης = 13.83)		
Ερ.		Φορτίσεις
7	Ο πατέρας μου με παροτρύνει να συζητώ μαζί του τα προβλήματα μου.	.72
1	Ο πατέρας μου κατανοεί τα συναισθήματα μου.	.71
12	Ο πατέρας μου δείχνει σε μένα κατανόηση όταν είμαι αναστατωμένος/η.	.67
5	Ο πατέρας μου λέει σε μένα πως νοιώθει, όταν συμπεριφέρομαι καλά ή όταν συμπεριφέρομαι άσχημα.	.64
9	Ο πατέρας μου ζητά από μένα να εκφράζω τη γνώμη μου ακόμα και όταν διαφωνεί μαζί μου.	.59
3	Ο πατέρας μου λαμβάνει υπόψη του τι θέλω, πριν μου ζητήσει να κάνω κάτι.	.58
29	Ο πατέρας μου με βοηθά να καταλάβω τις συνέπειες μιας κακής πράξης μου μέσα από διάλογο και συζήτηση.	.53
27	Ο πατέρας μου δείχνει σε μένα τρυφερότητα.	.50
18	Ο πατέρας μου λαμβάνει υπόψη του τις επιθυμίες μου, όταν κάνει οικογενειακά σχέδια.	.49
14	Ο πατέρας μου με επαινεί όταν είμαι καλό και υπάκουο παιδί.	.47
11	Ο πατέρας μου λέει σε μένα πόσο σημαντικό είναι να ακολουθώ τους κανόνες της οικογένειας.	.43
2^{ος} Παράγοντας: Αυταρχικός Πατέρας (α=.81) (Ιδιοτιμή = 4.20 – Ποσοστό (%) διακύμανσης = 11.94)		
32	Ο πατέρας μου με χαστουκίζει, όταν δεν συμπεριφέρομαι σωστά.	.77
19	Ο πατέρας μου με δέρνει, όταν δεν υπακούω.	.76
26	Ο πατέρας μου χρησιμοποιεί απειλές για να με τιμωρήσει, χωρίς να μου δίνει εξηγήσεις.	.70
16	Ο πατέρας μου ξεσπάει το θυμό του πάνω μου.	.64
28	Ο πατέρας μου με τιμωρεί στέλνοντάς με στο δωμάτιό μου, χωρίς να μου δίνει εξηγήσεις.	.58
10	Ο πατέρας μου με τιμωρεί απαγορεύοντάς μου να κάνω κάτι που μου αρέσει, χωρίς να μου δίνει εξηγήσεις.	.57
4	Όταν ζητάω να μάθω το λόγο για τον οποίο πρέπει να υπακούσω σε κάτι, ο πατέρας μου απαντά ως εξής: «Γιατί είμαι ο πατέρας σου και σου το ζητάω».	.46
2	Ο πατέρας μου χρησιμοποιεί την τιμωρία ως μέσο πειθαρχίας.	.43

3^{ος} Παράγοντας: Αυστηρός Πατέρας (α=.70)
(Ιδιοτιμή = 1.83 – Ποσοστό (%) διακύμανσης = 7.80)

6	<i>Ο πατέρας μου με μαλώνει όταν δεν είμαι υπάκουος/η.</i>	.75
30	<i>Ο πατέρας μου με μαλώνει, όταν τον απογοητεύω με τη συμπεριφορά μου.</i>	.73
13	<i>Ο πατέρας μου με μαλώνει και μου φωνάζει, όταν φέρομαι άσχημα.</i>	.67
23	<i>Ο πατέρας μου κάνει συστάσεις σε μένα για να βελτιωθεί η συμπεριφορά μου.</i>	.50

4^{ος} Παράγοντας: Δημοκρατικός Πατέρας (α=.71)
(Ιδιοτιμή = 1.33 – Ποσοστό (%) διακύμανσης = 7.21)

22	<i>Ο πατέρας μου επιτρέπει σε μένα να πω τη γνώμη μου για τους κανόνες που υπάρχουν στην οικογένεια.</i>	.75
21	<i>Ο πατέρας μου ζητά τη γνώμη μου για τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να λειτουργεί η οικογένεια.</i>	.75
25	<i>Ο πατέρας μου εξηγεί σε μένα τους λόγους για τους οποίους πρέπει να τηρούνται οι κανόνες της οικογένειας.</i>	.51
31	<i>Ο πατέρας μου συζητά με μένα για τις συνέπειες των πράξεών μου.</i>	.47

5^{ος} Παράγοντας: Επιτρεπτικός – Μη Σταθερός Πατέρας (α=.60)
(Ιδιοτιμή = 1.12 – Ποσοστό (%) διακύμανσης = 5.31)

17	<i>Ο πατέρας μου περισσότερο με απειλεί με τιμωρία, παρά με τιμωρεί.</i>	.77
20	<i>Ο πατέρας μου λέει σε μένα με ποιο τρόπο θα με τιμωρήσει, αλλά δεν εφαρμόζει την τιμωρία.</i>	.75

6^{ος} Παράγοντας: Επιτρεπτικός – Επιεικής Πατέρας (α=.42)
(Ιδιοτιμή = 1.07 – Ποσοστό (%) διακύμανσης = 4.40)

15	<i>Ο πατέρας μου υποκύπτει στις επιθυμίες μου, όταν επιμένω έντονα σε αυτές.</i>	.76
24	<i>Ο πατέρας μου με κακομαθαίνει.</i>	.51

7^{ος} Παράγοντας: Μη Επιβλητικός Πατέρας (α=-) (εξαιρέθηκε)
(Ιδιοτιμή = 1.02 – Ποσοστό (%) διακύμανσης = 3.79)

8	<i>Ο πατέρας μου πιστεύει ότι είναι δύσκολο να με μάθει να πειθαρχώ.</i>	.77
---	--	-----

Πίνακας 3.

Ανάλυση Βασικών συνιστωσών (*principal component analysis*) του ερωτηματολογίου με τίτλο:

«Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων των Παιδιών για την Τυπολογία της Μητέρας»

Ερωτήσεις - Προτάσεις	Initial	Extraction (1 ^η Βασική Συνιστώσα)
1	1.000	.58
2	1.000	.49
3	1.000	.48
4	1.000	.41
5	1.000	.38
6	1.000	.73
7	1.000	.44
8	1.000	.51
9	1.000	.48
10	1.000	.55
11	1.000	.61
12	1.000	.59
13	1.000	.67
14	1.000	.46
15	1.000	.57
16	1.000	.53
17	1.000	.71
18	1.000	.54
19	1.000	.55
20	1.000	.68
21	1.000	.65
22	1.000	.65
23	1.000	.52
24	1.000	.58
25	1.000	.59
26	1.000	.58
27	1.000	.46
28	1.000	.54
29	1.000	.55
30	1.000	.70
31	1.000	.55
32	1.000	.59

Extraction method: Principal Component Analysis

Πίνακας 4.

Παραγοντική δομή και φορτίσεις των 32 προτάσεων του ερωτηματολογίου με τίτλο: «Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων των Παιδιών για την Τυπολογία της Μητέρας», που προέκυψαν μετά την περιστροφή varimax και είναι μεγαλύτερες του .40

1^{ος} Παράγοντας: Υποστηρικτική Μητέρα (α=.87) (Ιδιοτιμή =7.40 – Ποσοστό (%) διακύμανσης =16.51)		Φορτίσεις
1	Η μητέρα μου κατανοεί τα συναισθήματά μου.	.74
12	Η μητέρα μου δείχνει σε μένα κατανόηση όταν είμαι αναστατωμένος/η.	.72
3	Η μητέρα μου λαμβάνει υπόψη της τι θέλω, πριν μου ζητήσει να κάνω κάτι.	.66
27	Η μητέρα μου δείχνει σε μένα τρυφερότητα.	.64
14	Η μητέρα μου με επαινεί, όταν είμαι καλό και υπάκουο παιδί.	.60
18	Η μητέρα μου λαμβάνει υπόψη της τις επιθυμίες μου, όταν κάνει οικογενειακά σχέδια.	.60
9	Η μητέρα μου ζητά από μένα να εκφράζω τη γνώμη μου ακόμα και όταν διαφωνεί μαζί μου.	.60
29	Η μητέρα μου με βοηθά να καταλάβω τις συνέπειες μιας κακής πράξης μου μέσα από διάλογο και συζήτηση.	.60
7	Η μητέρα μου με παροτρύνει να συζητώ μαζί της τα προβλήματά μου.	.59
31	Η μητέρα μου συζητά με μένα για τις συνέπειες των πράξεών μου.	.56
5	Η μητέρα μου λέει σε μένα πως νοιώθει, όταν συμπεριφέρομαι καλά ή όταν συμπεριφέρομαι άσχημα.	.53
2^{ος} Παράγοντας: Αυταρχική Μητέρα (α=.81) (Ιδιοτιμή = 4.19 – Ποσοστό (%) διακύμανσης = 11.02)		
28	Η μητέρα μου με τιμωρεί στέλνοντάς με στο δωμάτιό μου, χωρίς να μου δίνει εξηγήσεις.	.71
26	Η μητέρα μου χρησιμοποιεί απειλές για να με τιμωρήσει, χωρίς να μου δίνει εξηγήσεις.	.68
32	Η μητέρα μου με χαστουκίζει, όταν δεν συμπεριφέρομαι σωστά.	.65
10	Η μητέρα μου με τιμωρεί απαγορεύοντάς μου να κάνω κάτι που μου αρέσει, χωρίς να μου δίνει εξηγήσεις.	.65
19	Η μητέρα μου με δέρνει, όταν δεν υπακούω.	.62
4	Όταν ζητάω να μάθω το λόγο για τον οποίο πρέπει να υπακούσω σε κάτι, η μητέρα μου απαντά ως εξής: «Γιατί είμαι η μητέρα σου και σου το ζητάω».	.58
16	Η μητέρα μου ξεσπάει το θυμό της πάνω μου.	.47
2	Η μητέρα μου χρησιμοποιεί την τιμωρία ως μέσο πειθαρχίας.	.47

3^{ος} Παράγοντας: Αυστηρή -Επικριτική Μητέρα (α=.82)

(Ιδιοτιμή = 1.84 – Ποσοστό (%) διακύμανσης = 7.79)

30	<i>Η μητέρα μου με μαλώνει, όταν την απογοητεύω με τη συμπεριφορά μου.</i>	.81
6	<i>Η μητέρα μου με μαλώνει όταν δεν είμαι υπάκουος/η.</i>	.78
13	<i>Η μητέρα μου με μαλώνει και μου φωνάζει, όταν φέρομαι άσχημα.</i>	.75

4^{ος} Παράγοντας: Αυστηρή – Τυπική Μητέρα (α=.65)

(Ιδιοτιμή = 1.39 – Ποσοστό (%) διακύμανσης = 5.83)

11	<i>Η μητέρα μου λέει σε μένα πόσο σημαντικό είναι να ακολουθώ τους κανόνες της οικογένειας.</i>	.67
23	<i>Η μητέρα μου κάνει συστάσεις σε μένα για να βελτιωθεί η συμπεριφορά μου.</i>	.65
25	<i>Η μητέρα μου εξηγεί σε μένα τους λόγους για τους οποίους πρέπει να τηρούνται οι κανόνες της οικογένειας.</i>	.50

5^{ος} Παράγοντας: Δημοκρατική Μητέρα (α=.74)

(Ιδιοτιμή = 1.17 – Ποσοστό (%) διακύμανσης = 5.81)

21	<i>Η μητέρα μου ζητά τη γνώμη μου για τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να λειτουργεί η οικογένεια.</i>	.71
22	<i>Η μητέρα μου επιτρέπει σε μένα να πω τη γνώμη μου για τους κανόνες που υπάρχουν στην οικογένεια.</i>	.70

6^{ος} Παράγοντας: Επιτρεπτική – Μη Σταθερή Μητέρα (α=.66)

(Ιδιοτιμή = 1.05 – Ποσοστό (%) διακύμανσης = 4.92)

17	<i>Η μητέρα μου περισσότερο με απειλεί με τιμωρία, παρά με τιμωρεί.</i>	.80
20	<i>Η μητέρα μου λέει σε μένα με ποιο τρόπο θα με τιμωρήσει, αλλά δεν εφαρμόζει την τιμωρία.</i>	.80

7^{ος} Παράγοντας: Επιτρεπτική – Επικριτικής Μητέρα (α=.40)

(Ιδιοτιμή = 1.02 – Ποσοστό (%) διακύμανσης = 4.56)

24	<i>Η μητέρα μου με κακομαθαίνει.</i>	.72
15	<i>Η μητέρα μου υποκρύπτει στις επιθυμίες μου, όταν επιμένω έντονα σε αυτές.</i>	.64
8	<i>Η μητέρα μου πιστεύει ότι είναι δύσκολο να με μάθει να πειθαρχώ.</i>	.57

Πίνακας 5

Ανάλυση Βασικών συνιστωσών (principal component analysis) του «Ερωτηματολογίου Παιδικής Κατάθλιξης - CDI».

Ερωτήσεις - Προτάσεις	Initial	Extraction (1 ^η Βασική Συνιστώσα)
1	1.000	.55
2	1.000	.43
3	1.000	.50
4	1.000	.27
5	1.000	.57
6	1.000	.53
7	1.000	.49
8	1.000	.52
9	1.000	.41
10	1.000	.58
11	1.000	.44
12	1.000	.47
13	1.000	.44
14	1.000	.57
15	1.000	.56
16	1.000	.48
17	1.000	.40
18	1.000	.55
19	1.000	.27
20	1.000	.55
21	1.000	.58
22	1.000	.42
23	1.000	.58
24	1.000	.53
25	1.000	.36
26	1.000	.61
27	1.000	.60

Extraction method: Principal Component Analysis

Πίνακας 6

Παραγοντική δομή και φορτίσεις των 27 ερωτήσεων του «Ερωτηματολογίου Παιδικής κατάθλιψης - CDI», που προέκυψαν μετά την περιστροφή varimax και είναι μεγαλύτερες του .30

1^{ος} Παράγοντας: Καταθλιπτική διάθεση (α=.68) (Ιδιοτιμή =6.08 – Ποσοστό (%) διακύμανσης =9.82)		
Ερ.		Φορτίσεις
10	<i>Νιώθω την ανάγκη να κλαίω κάθε μέρα</i>	.72
1	<i>Νιώθω κάπου κάπου λυπημένος /η</i>	.67
17	<i>Κάπου κάπου νιώθω κουρασμένος /η</i>	.50
11	<i>Όλη την ώρα με ενοχλούν κάποια πράγματα</i>	.46
25	<i>Κανείς δεν με αγαπάει πραγματικά</i>	.35
2^{ος} Παράγοντας: Προσωπική απαξία – Αρνητική αυτοεκτίμηση (α=.67) (Ιδιοτιμή = 1.51 – Ποσοστό (%) διακύμανσης = 8.96)		
14	<i>Η εμφάνισή μου είναι καλή</i>	.71
7	<i>Μισώ τον εαυτό μου</i>	.62
22	<i>Έχω πάρα πολλούς φίλους</i>	.51
20	<i>Δεν νιώθω μόνος /η</i>	.48
9	<i>Δεν μου περνάει από το μυαλό να κάνω «κακό» στον εαυτό μου</i>	.46
3^{ος} Παράγοντας: Ανηδονία (α=.59) (Ιδιοτιμή = 1.30 – Ποσοστό (%) διακύμανσης = 7.99)		
18	<i>Τις περισσότερες μέρες δεν έχω διάθεση να φάω</i>	.72
16	<i>Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ κάθε βράδυ</i>	.59
13	<i>Δεν μπορώ να πάρω απόφαση για κάποια πράγματα</i>	.43
4	<i>Περνάω καλά με πολλά πράγματα</i>	.43
19	<i>Γενικά δε με απασχολούν διάφοροι πόνοι</i>	.43
24	<i>Δεν μπορώ ποτέ να είμαι τόσο καλός όσο τα άλλα παιδιά</i>	.41

4^{ος} Παράγοντας: Αρνητική σκέψη – απαισιοδοξία (a=.55) (Ιδιοτιμή = 1.23 – Ποσοστό (%) διακύμανσης = 7.31)		
8	<i>Για οτιδήποτε άσχημο συμβαίνει φταίω εγώ</i>	.70
3	<i>Κάνω τα περισσότερα πράγματα σωστά</i>	.64
2	<i>Τίποτα δεν θα μου πάει ποτέ καλά</i>	.41

5^{ος} Παράγοντας: Χαμηλή σχολική αυτοαντίληψη (a=.40) (Ιδιοτιμή = 1.13 – Ποσοστό (%) διακύμανσης = 6.40)		
15	<i>Πρέπει να πιέζω τον εαυτό μου συνέχεια για να κάνω τα μαθήματά μου</i>	.72
21	<i>Ποτέ δεν περνάω καλά στο σχολείο</i>	.64

6^{ος} Παράγοντας: Διαπροσωπικά προβλήματα (a=.39) (Ιδιοτιμή = 1.09 – Ποσοστό (%) διακύμανσης = 4.83)		
26	<i>Συνήθως, κάνω αυτό που μου λένε</i>	.74
27	<i>Τα πάω καλά με τους ανθρώπους</i>	.53

7^{ος} Παράγοντας: Απόσυρση – αρνητισμός (a=.30) (Ιδιοτιμή = 1.07 – Ποσοστό (%) διακύμανσης = 4.34)		
6	<i>Κάπου κάπου μου περνάει από το μυαλό ότι μου συμβαίνουν άσχημα πράγματα</i>	.58
5	<i>Είμαι πάντα κακός / ή</i>	.52
12	<i>Μου αρέσει να είμαι με ανθρώπους</i>	.47
23	<i>Τα πάω καλά με τα μαθήματα</i>	.38

Πίνακας 7

Πολλαπλές συγκρίσεις για τις αντιλήψεις των παιδιών για την τυπολογία του πατέρα, με βάση το επίπεδο καταθλιπτικών συμπτωμάτων τους – Κριτήριο Scheffe

Εξαρτημένη μεταβλητή Τυπολογία πατέρα	Επίπεδο Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας (1)	Επίπεδο καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (2)	Διαφορά Μ.Ο (1-2)	Τυπ. λάθος	P	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	
						Upper Bound	Lower Bound
Υποστηρικτικός Πατέρας Μ.Ο	Χαμηλά συμπτώματα	Μέτρια Συμπτώματα	.37	.06	.00	.21	.52
		Σοβαρά Συμπτώματα	.77	.11	.00	.51	1.03
	Μέτρια συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	-.37	.06	.00	-.52	-.21
		Σοβαρά Συμπτώματα	.40	.11	.00	.13	.68
	Σοβαρά συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	-.77	.11	.00	-1.03	-.51
		Μέτρια συμπτώματα	-.40	.11	.00	-.67	-.12
Αυταρχικός Πατέρας Μ.Ο	Χαμηλά συμπτώματα	Μέτρια Συμπτώματα	-.36	.05	.00	-.49	-.24
		Σοβαρά Συμπτώματα	-.87	.09	.00	-1.08	-.65
	Μέτρια συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	.36	.05	.00	.24	.49
		Σοβαρά Συμπτώματα	-.50	.09	.00	-.73	-.28
	Σοβαρά συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	.87	.09	.00	.65	1.08
		Μέτρια συμπτώματα	.50	.09	.00	.28	.72

Αυστηρός Πατέρας M.O	Χαμηλά συμπτώματα	Μέτρια Συμπτώματα	-.33	.08	.00	-.51	-.15
		Σοβαρά Συμπτώματα	-.65	.13	.00	-.96	-.34
	Μέτρια συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	.33	.07	.00	.15	.51
		Σοβαρά Συμπτώματα	-.32	.13	.05	-.65	.00
	Σοβαρά συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	.65	.13	.00	.34	.96
		Μέτρια συμπτώματα	.32	.13	.05	-.00	.65
Δημοκρατικός Πατέρας M.O	Χαμηλά συμπτώματα	Μέτρια Συμπτώματα	.27	.08	.00	.08	.47
		Σοβαρά Συμπτώματα	.73	.13	.00	.40	1.06
	Μέτρια συμπτώματα	Μη ύπαρξη συμπτωμάτων	-.27	.08	.00	-.47	-.08
		Σοβαρά Συμπτώματα	.46	.14	.01	.11	.80
	Σοβαρά συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	-.73	.13	.00	-1.06	-.40
		Μέτρια συμπτώματα	-.46	.14	.01	-.80	-.11
Επιτρεπτικός – Μη Σταθερός πατέρας M.O	Χαμηλά συμπτώματα	Μέτρια Συμπτώματα	-.34	.09	.00	-.57	-.11
		Σοβαρά Συμπτώματα	-.34	.16	.11	-.73	.05
	Μέτρια συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	.34	.09	.00	.11	.57
		Σοβαρά Συμπτώματα	-.00	.17	1.00	-.42	.41
	Σοβαρά συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	.34	.16	.11	-.05	.73
		Μέτρια συμπτώματα	.00	.17	1.00	-.41	.42

Επιτρεπτικός – Επεικής Πατέρας Μ.Ο	Χαμηλά συμπτώματα	Μέτρια Συμπτώματα	-.19	.08	.04	-.39	-.01
		Σοβαρά Συμπτώματα	-.31	.14	.06	-.64	.01
	Μέτρια συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	.20	.08	.04	.01	.39
		Σοβαρά Συμπτώματα	-.19	.14	.69	-.46	.22
	Σοβαρά συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	.31	.13	.06	-.01	.64
		Μέτρια συμπτώματα	.12	.14	.69	-.22	.46

Πίνακας 8

Πολλαπλές συγκρίσεις για τις αντιλήψεις των παιδιών για την τυπολογία της μητέρας, με βάση το επίπεδο καταθλιπτικών συμπτωμάτων τους – Κριτήριο Scheffe

Εξαρτημένη μεταβλητή	Επίπεδο Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας (1)	Επίπεδο καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (2)	Διαφορά M.O (1-2)	Τυπ. λάθος	p	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	
						Upper Bound	Lower Bound
Υποστηρικτική Μητέρα M.O	Χαμηλά συμπτώματα	Μέτρια Συμπτώματα	.45	.06	.00	.30	.60
		Σοβαρά Συμπτώματα	.92	.10	.00	.67	1.17
	Μέτρια συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	-.44	.06	.00	-.60	-.30
		Σοβαρά Συμπτώματα	.47	.11	.00	.20	.73
	Σοβαρά συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	-.92	.10	.00	-1.17	-.66
		Μέτρια συμπτώματα	-.47	.11	.00	-.73	-.20
Αυταρχική μητέρα M.O	Χαμηλά συμπτώματα	Μέτρια Συμπτώματα	-.47	.05	.00	-.60	-.34
		Σοβαρά Συμπτώματα	-1.09	.09	.00	-1.30	-.87
	Μέτρια συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	.47	.05	.00	.34	.60
		Σοβαρά Συμπτώματα	-.62	.09	.00	-.85	-.38
	Σοβαρά συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	1.09	.09	.00	.87	1.31
		Μέτρια συμπτώματα	.62	.09	.00	.38	.85

Αυστηρή – Επικριτική Μητέρα Μ.Ο	Χαμηλά συμπτώματα	Μέτρια Συμπτώματα	-.49	.09	.00	-.70	-.27
		Σοβαρά Συμπτώματα	-1.09	.16	.00	-1.44	-.73
	Μέτρια συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	.49	.09	.00	.28	.70
		Σοβαρά Συμπτώματα	-.60	.15	.00	-.98	-.22
	Σοβαρά συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	1.09	.15	.00	.73	1.4
		Μέτρια συμπτώματα	.60	.15	.00	.22	.98
Αυστηρή – Τυπική Μητέρα Μ.Ο	Χαμηλά συμπτώματα	Μέτρια Συμπτώματα	.10	.08	.45	-.10	.30
		Σοβαρά Συμπτώματα	.08	.14	.86	-.26	.41
	Μέτρια συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	-.10	.08	.49	-.30	.10
		Σοβαρά Συμπτώματα	-.02	.14	.99	-.37	.33
	Σοβαρά συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	-.08	.14	.86	-.41	.26
		Μέτρια συμπτώματα	.02	.14	.99	-.33	.37
Δημοκρατική Μητέρα Μ.Ο	Χαμηλά συμπτώματα	Μέτρια Συμπτώματα	.38	.10	.00	.15	.62
		Σοβαρά Συμπτώματα	.85	.16	.00	.45	1.24
	Μέτρια συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	-.38	.10	.00	-.62	-.15
		Σοβαρά Συμπτώματα	.46	.17	.03	.04	.88
	Σοβαρά συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	-.85	.16	.00	-1.24	-.45
		Μέτρια συμπτώματα	-.46	.17	.03	-.88	-.04

Επιτρεπτική – Μη Σταθερή Μητέρα Μ.Ο	Χαμηλά συμπτώματα	Μέτρια Συμπτώματα	-.33	.09	.00	-.56	-.10
		Σοβαρά Συμπτώματα	-.12	.16	.75	-.51	.27
	Μέτρια συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	.33	.09	.00	.10	.56
		Σοβαρά Συμπτώματα	.21	.17	.44	-.20	.62
	Σοβαρά συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	.12	.16	.75	-.27	.51
		Μέτρια συμπτώματα	-.21	.17	.44	-.62	.20
Επιτρεπτική – Επεικής Μητέρα Μ.Ο	Χαμηλά συμπτώματα	Μέτρια Συμπτώματα	-.34	.07	.00	-.50	-.17
		Σοβαρά Συμπτώματα	-.09	.11	.72	-.36	.18
	Μέτρια συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	.34	.07	.00	.17	.50
		Σοβαρά Συμπτώματα	.24	.12	.11	-.04	.53
	Σοβαρά συμπτώματα	Χαμηλά συμπτώματα	.09	.11	.72	-.18	.36
		Μέτρια συμπτώματα	-.24	.12	.11	-.53	.04

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Δημογραφικά στοιχεία

<p>1. α) Κατοικώ σε αγροτική περιοχή <input type="checkbox"/></p> <p>β) Κατοικώ σε ημιαστική περιοχή <input type="checkbox"/></p> <p>γ) Κατοικώ σε αστική περιοχή <input type="checkbox"/></p>	<p>2. Η ηλικία μου είναι: Έτη <input type="checkbox"/> Μήνες <input type="checkbox"/></p> <p>3. Είμαι Αγόρι <input type="checkbox"/> Κορίτσι <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Γραμματικές γνώσεις πατέρα:</p> <p>Δημοτικό <input type="checkbox"/> Γυμνάσιο <input type="checkbox"/> Λύκειο <input type="checkbox"/> Ανώτ. Σχολή <input type="checkbox"/> Τ.Ε.Ι / Α.Ε.Ι. <input type="checkbox"/></p>	
<p>5. Γραμματικές γνώσεις μητέρας:</p> <p>Δημοτικό <input type="checkbox"/> Γυμνάσιο <input type="checkbox"/> Λύκειο <input type="checkbox"/> Ανώτ. Σχολή <input type="checkbox"/> Τ.Ε.Ι / Α.Ε.Ι. <input type="checkbox"/></p>	

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 1^ο: «Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων των Παιδιών για την
Τυπολογία του Πατέρα»**

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολύ συχνά	Πάντα
1	Ο πατέρας μου κατανοεί τα συναισθήματα μου.	1	2	3	4	5
2	Ο πατέρας μου χρησιμοποιεί την τιμωρία ως μέσο πειθαρχίας.	1	2	3	4	5
3	Ο πατέρας μου λαμβάνει υπόψη του τι θέλω, πριν μου ζητήσει να κάνω κάτι.	1	2	3	4	5
4	Όταν ζητάω να μάθω το λόγο για τον οποίο πρέπει να υπακούσω σε κάτι, ο πατέρας μου απαντά ως εξής: «Γιατί είμαι ο πατέρας σου και σου το ζητάω».	1	2	3	4	5
5	Ο πατέρας μου λέει σε μένα πως νοιώθει, όταν συμπεριφέρομαι καλά ή όταν συμπεριφέρομαι άσχημα.	1	2	3	4	5
6	Ο πατέρας μου με μαλώνει όταν δεν είμαι υπάκουος/η.	1	2	3	4	5
7	Ο πατέρας μου με παροτρύνει να συζητώ μαζί του τα προβλήματά μου.	1	2	3	4	5
8	Ο πατέρας μου πιστεύει ότι είναι δύσκολο να με μάθει να πειθαρχώ.	1	2	3	4	5
9	Ο πατέρας μου ζητά από μένα να εκφράζω τη γνώμη μου ακόμα και όταν διαφωνεί μαζί μου.	1	2	3	4	5
10	Ο πατέρας μου με τιμωρεί απαγορεύοντάς μου να κάνω κάτι που μου αρέσει, χωρίς να μου δίνει εξηγήσεις.	1	2	3	4	5
11	Ο πατέρας μου λέει σε μένα πόσο σημαντικό είναι να ακολουθώ τους κανόνες της οικογένειας.	1	2	3	4	5
12	Ο πατέρας μου δείχνει σε μένα κατανόηση όταν είμαι αναστατωμένος/η.	1	2	3	4	5
13	Ο πατέρας μου με μαλώνει και μου φωνάζει, όταν φέρομαι άσχημα.	1	2	3	4	5
14	Ο πατέρας μου με επαινεί όταν είμαι καλό και υπάκουο παιδί.	1	2	3	4	5

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολύ συχνά	Πάντα
15	Ο πατέρας μου υποκύπτει στις επιθυμίες μου, όταν επιμένω έντονα σε αυτές.	1	2	3	4	5
16	Ο πατέρας μου ξεσπάει το θυμό του πάνω μου.	1	2	3	4	5
17	Ο πατέρας μου περισσότερο με απειλεί με τιμωρία, παρά με τιμωρεί.	1	2	3	4	5
18	Ο πατέρας μου λαμβάνει υπόψη του τις επιθυμίες μου, όταν κάνει οικογενειακά σχέδια.	1	2	3	4	5
19	Ο πατέρας μου με δέρνει, όταν δεν υπακούω.	1	2	3	4	5
20	Ο πατέρας μου λέει σε μένα με ποιο τρόπο θα με τιμωρήσει, αλλά δεν εφαρμόζει την τιμωρία.	1	2	3	4	5
21	Ο πατέρας μου ζητά τη γνώμη μου για τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να λειτουργεί η οικογένεια.	1	2	3	4	5
22	Ο πατέρας μου επιτρέπει σε μένα να πω τη γνώμη μου για τους κανόνες που υπάρχουν στην οικογένεια.	1	2	3	4	5
23	Ο πατέρας μου κάνει συστάσεις σε μένα για να βελτιωθεί η συμπεριφορά μου.	1	2	3	4	5
24	Ο πατέρας μου με κακομαθαίνει.	1	2	3	4	5
25	Ο πατέρας μου εξηγεί σε μένα τους λόγους για τους οποίους πρέπει να τηρούνται οι κανόνες της οικογένειας.	1	2	3	4	5
26	Ο πατέρας μου χρησιμοποιεί απειλές για να με τιμωρήσει, χωρίς να μου δίνει εξηγήσεις.	1	2	3	4	5
27	Ο πατέρας μου δείχνει σε μένα τρυφερότητα.	1	2	3	4	5
28	Ο πατέρας μου με τιμωρεί στέλνοντάς με στο δωμάτιο μου, χωρίς να μου δίνει εξηγήσεις.	1	2	3	4	5
29	Ο πατέρας μου με βοηθά να καταλάβω τις συνέπειες μιας κακής πράξης μου μέσα από διάλογο και συζήτηση.	1	2	3	4	5

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολύ συχνά	Πάντα
30	Ο πατέρας μου με μαλώνει, όταν τον απογοητεύω με τη συμπεριφορά μου.	1	2	3	4	5
31	Ο πατέρας μου συζητά με μένα για τις συνέπειες των πράξεων μου.	1	2	3	4	5
32	Ο πατέρας μου με χαστουκίζει, όταν δεν συμπεριφέρομαι σωστά.	1	2	3	4	5

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 2^ο: «Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων των Παιδιών για την
Τυπολογία της Μητέρας»**

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολύ συχνά	Πάντα
1	Η μητέρα μου κατανοεί τα συναισθήματα μου.	1	2	3	4	5
2	Η μητέρα μου χρησιμοποιεί την τιμωρία ως μέσο πειθαρχίας.	1	2	3	4	5
3	Η μητέρα μου λαμβάνει υπόψη της τι θέλω, πριν μου ζητήσει να κάνω κάτι.	1	2	3	4	5
4	Όταν ζητάω να μάθω το λόγο για τον οποίο πρέπει να υπακούσω σε κάτι, η μητέρα μου απαντά ως εξής: «Γιατί είμαι η μητέρα σου και σου το ζητάω».	1	2	3	4	5
5	Η μητέρα μου λέει σε μένα πως νοιώθει, όταν συμπεριφέρομαι καλά ή όταν συμπεριφέρομαι άσχημα.	1	2	3	4	5
6	Η μητέρα μου με μαλώνει όταν δεν είμαι υπάκουος/η.	1	2	3	4	5
7	Η μητέρα μου με παροτρύνει να συζητώ μαζί της τα προβλήματα μου.	1	2	3	4	5
8	Η μητέρα μου πιστεύει ότι είναι δύσκολο να με μάθει να πειθαρχώ.	1	2	3	4	5
9	Η μητέρα μου ζητά από μένα να εκφράζω τη γνώμη μου ακόμα και όταν διαφωνεί μαζί μου.	1	2	3	4	5
10	Η μητέρα μου με τιμωρεί απαγορεύοντάς μου να κάνω κάτι που μου αρέσει, χωρίς να μου δίνει εξηγήσεις.	1	2	3	4	5
11	Η μητέρα μου λέει σε μένα πόσο σημαντικό είναι να ακολουθώ τους κανόνες της οικογένειας.	1	2	3	4	5
12	Η μητέρα μου δείχνει σε μένα κατανόηση όταν είμαι αναστατωμένος /η.	1	2	3	4	5
13	Η μητέρα μου με μαλώνει και μου φωνάζει, όταν φέρομαι άσχημα.	1	2	3	4	5

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολύ συχνά	Πάντα
14	Η μητέρα μου με επαινεί, όταν είμαι καλό και υπάκουο παιδί.	1	2	3	4	5
15	Η μητέρα μου υποκύπτει στις επιθυμίες μου, όταν επιμένω έντονα σε αυτές.	1	2	3	4	5
16	Η μητέρα μου ξεσπάει το θυμό της πάνω μου.	1	2	3	4	5
17	Η μητέρα μου περισσότερο με απειλεί με τιμωρία, παρά με τιμωρεί.	1	2	3	4	5
18	Η μητέρα μου λαμβάνει υπόψη της τις επιθυμίες μου, όταν κάνει οικογενειακά σχέδια.	1	2	3	4	5
19	Η μητέρα μου με δέρνει, όταν δεν υπακούω.	1	2	3	4	5
20	Η μητέρα μου λέει σε μένα με ποιο τρόπο θα με τιμωρήσει, αλλά δεν εφαρμόζει την τιμωρία.	1	2	3	4	5
21	Η μητέρα μου ζητά τη γνώμη μου για τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να λειτουργεί η οικογένεια.	1	2	3	4	5
22	Η μητέρα μου επιτρέπει σε μένα να πω τη γνώμη μου για τους κανόνες που υπάρχουν στην οικογένεια.	1	2	3	4	5
23	Η μητέρα μου κάνει συστάσεις σε μένα για να βελτιωθεί η συμπεριφορά μου.	1	2	3	4	5
24	Η μητέρα μου με κακομαθαίνει.	1	2	3	4	5
25	Η μητέρα μου εξηγεί σε μένα τους λόγους για τους οποίους πρέπει να τηρούνται οι κανόνες της οικογένειας.	1	2	3	4	5
26	Η μητέρα μου χρησιμοποιεί απειλές για να με τιμωρήσει, χωρίς να μου δίνει εξηγήσεις.	1	2	3	4	5
27	Η μητέρα μου δείχνει σε μένα τρυφερότητα.	1	2	3	4	5
28	Η μητέρα μου με τιμωρεί στέλνοντάς με στο δωμάτιο μου, χωρίς να μου δίνει εξηγήσεις.	1	2	3	4	5

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολύ συχνά	Πάντα
29	Η μητέρα μου με βοηθά να καταλάβω τις συνέπειες μιας κακής πράξης μου μέσα από διάλογο και συζήτηση.	1	2	3	4	5
30	Η μητέρα μου με μαλώνει, όταν την απογοητεύω με τη συμπεριφορά μου.	1	2	3	4	5
31	Η μητέρα μου συζητά με μένα για τις συνέπειες των πράξεών μου.	1	2	3	4	5
32	Η μητέρα μου με χαστουκίζει, όταν δεν συμπεριφέρομαι σωστά.	1	2	3	4	5

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 3ο: «Ερωτηματολόγιο Παιδικής Κατάθλιψης – CDI»

Θυμήσου, περιέγραψε πώς ήσουν και πώς ένιωθες τις 2 τελευταίες εβδομάδες

Ερώτηση 1 <input type="checkbox"/> Νιώθω κάπου κάπου λυπημένος /η <input type="checkbox"/> Νιώθω πολλές φορές λυπημένος /η <input type="checkbox"/> Νιώθω όλη την ώρα λυπημένος /η	Ερώτηση 8 <input type="checkbox"/> Για οτιδήποτε άσχημο συμβαίνει φταίω εγώ <input type="checkbox"/> Για πολλά άσχημα πράγματα που συμβαίνουν φταίω εγώ <input type="checkbox"/> Συνήθως δε φταίω εγώ για ότι άσχημο συμβαίνει
Ερώτηση 2 <input type="checkbox"/> Τίποτα δεν θα μου πάει ποτέ καλά <input type="checkbox"/> Δεν είμαι σίγουρος/η αν τα πράγματα θα μου πάνε καλά <input type="checkbox"/> Τα πράγματα θα μου πάνε καλά	Ερώτηση 9 <input type="checkbox"/> Δεν μου περνάει από το μυαλό να κάνω «κακό» στον εαυτό μου <input type="checkbox"/> Σκέφτομαι να κάνω «κακό» στον εαυτό μου, αλλά δεν θα το κάνω <input type="checkbox"/> Θέλω να κάνω «κακό» στον εαυτό μου
Ερώτηση 3 <input type="checkbox"/> Κάνω τα περισσότερα πράγματα σωστά <input type="checkbox"/> Κάνω πολλά πράγματα λάθος <input type="checkbox"/> Κάνω τα πάντα λάθος	Ερώτηση 10 <input type="checkbox"/> Νιώθω την ανάγκη να κλαίω κάθε μέρα <input type="checkbox"/> Νιώθω την ανάγκη να κλαίω πολλές μέρες <input type="checkbox"/> Νιώθω την ανάγκη να κλαίω κάπου κάπου
Ερώτηση 4 <input type="checkbox"/> Περνάω καλά με πολλά πράγματα <input type="checkbox"/> Περνάω καλά με κάποια πράγματα <input type="checkbox"/> Δεν περνάω με τίποτα καλά	Ερώτηση 11 <input type="checkbox"/> Όλη την ώρα με ενοχλούν κάποια πράγματα <input type="checkbox"/> Πολλές φορές με ενοχλούν κάποια πράγματα <input type="checkbox"/> Κάπου κάπου με ενοχλούν κάποια πράγματα
Ερώτηση 5 <input type="checkbox"/> Είμαι πάντα κακός / ή <input type="checkbox"/> Είμαι πολλές φορές κακός / ή <input type="checkbox"/> Είμαι κάπου κάπου κακός / ή	Ερώτηση 12 <input type="checkbox"/> Μου αρέσει να είμαι με ανθρώπους <input type="checkbox"/> Πολλές φορές δεν μου αρέσει να είμαι με ανθρώπους <input type="checkbox"/> Δεν μου αρέσει καθόλου να είμαι με ανθρώπους
Ερώτηση 6 <input type="checkbox"/> Κάπου κάπου μου περνάει από το μυαλό ότι μου συμβαίνουν άσχημα πράγματα <input type="checkbox"/> Ανησυχώ ότι θα μου συμβούν άσχημα πράγματα <input type="checkbox"/> Είμαι σίγουρος ότι θα μου συμβούν τρομερά και φοβερά πράγματα	Ερώτηση 13 <input type="checkbox"/> Δεν μπορώ να πάρω απόφαση για κάποια πράγματα <input type="checkbox"/> Είναι πολύ δύσκολο να πάρω απόφαση για κάποια πράγματα <input type="checkbox"/> Παίρνω εύκολα απόφαση για κάποια πράγματα
Ερώτηση 7 <input type="checkbox"/> Μισώ τον εαυτό μου <input type="checkbox"/> Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου <input type="checkbox"/> Μου αρέσει ο εαυτός μου	Ερώτηση 14 <input type="checkbox"/> Η εμφάνιση μου είναι καλή <input type="checkbox"/> Υπάρχουν μερικά άσχημα πράγματα στην εμφάνισή μου <input type="checkbox"/> Η εμφάνιση μου είναι άσχημη

<p>Ερώτηση 15</p> <p><input type="checkbox"/> Πρέπει να πιέζω τον εαυτό μου συνέχεια για να κάνω τα μαθήματα μου</p> <p><input type="checkbox"/> Πρέπει να πιέζω τον εαυτό μου πολλές φορές για να κάνω τα μαθήματα μου</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν είναι μεγάλο πρόβλημα να κάνω τα μαθήματα μου</p>	<p>Ερώτηση 22</p> <p><input type="checkbox"/> Έχω πάρα πολλούς φίλους</p> <p><input type="checkbox"/> Έχω μερικούς φίλους, αλλά εύχομαι να είχα περισσότερους</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν έχω καθόλου φίλους</p>
<p>Ερώτηση 16</p> <p><input type="checkbox"/> Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ κάθε βράδυ</p> <p><input type="checkbox"/> Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ πολλά βράδια</p> <p><input type="checkbox"/> Κοιμάμαι αρκετά καλά</p>	<p>Ερώτηση 23</p> <p><input type="checkbox"/> Τα πάω καλά με τα μαθήματα</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν τα πάω τόσο καλά με τα μαθήματα όπως πριν</p> <p><input type="checkbox"/> Τα πάω πολύ άσχημα σε μαθήματα που παλιότερα συνήθιζα να είμαι καλός/ή</p>
<p>Ερώτηση 17</p> <p><input type="checkbox"/> Κάπου κάπου νιώθω κουρασμένος /η</p> <p><input type="checkbox"/> Πολλές μέρες νιώθω κουρασμένος /η</p> <p><input type="checkbox"/> Όλη την ώρα νιώθω κουρασμένος /η</p>	<p>Ερώτηση 24</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν μπορώ ποτέ να είμαι τόσο καλός/ή όσο τα άλλα παιδιά</p> <p><input type="checkbox"/> Μπορώ να είμαι τόσο καλός/ή όσο τα άλλα παιδιά εάν το θελήσω</p> <p><input type="checkbox"/> Είμαι τόσο καλός/ή όσο και τα άλλα παιδιά</p>
<p>Ερώτηση 18</p> <p><input type="checkbox"/> Τις περισσότερες μέρες δεν έχω διάθεση να φάω</p> <p><input type="checkbox"/> Πολλές μέρες δεν έχω διάθεση να φάω</p> <p><input type="checkbox"/> Τρώω αρκετά καλά</p>	<p>Ερώτηση 25</p> <p><input type="checkbox"/> Κανείς δεν με αγαπάει πραγματικά</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν είμαι σίγουρος αν κάποιος μ' αγαπάει</p> <p><input type="checkbox"/> Είμαι σίγουρος ότι κάποιος μ' αγαπάει</p>
<p>Ερώτηση 19</p> <p><input type="checkbox"/> Γενικά δε με απασχολούν διάφοροι πόνοι</p> <p><input type="checkbox"/> Πολλές φορές με απασχολούν διάφοροι πόνοι</p> <p><input type="checkbox"/> Όλη την ώρα με απασχολούν διάφοροι πόνοι</p>	<p>Ερώτηση 26</p> <p><input type="checkbox"/> Συνήθως, κάνω αυτό που μου λένε</p> <p><input type="checkbox"/> Τις περισσότερες φορές δεν κάνω αυτό που μου λένε</p> <p><input type="checkbox"/> Ποτέ δεν κάνω αυτό που μου λένε</p>
<p>Ερώτηση 20</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν νιώθω μόνος /η</p> <p><input type="checkbox"/> Νιώθω μόνος /η πολλές φορές</p> <p><input type="checkbox"/> Νιώθω μόνος /η όλη την ώρα</p>	<p>Ερώτηση 27</p> <p><input type="checkbox"/> Τα πάω καλά με τους ανθρώπους</p> <p><input type="checkbox"/> Μπλέκω σε καυγάδες πολλές φορές</p> <p><input type="checkbox"/> Μπλέκω σε καυγάδες «όλη την ώρα»</p>
<p>Ερώτηση 21</p> <p><input type="checkbox"/> Ποτέ δεν περνάω καλά στο σχολείο</p> <p><input type="checkbox"/> Μόνο κάπου κάπου περνάω καλά στο σχολείο</p> <p><input type="checkbox"/> Πολλές φορές περνάω καλά στο σχολείο</p>	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ
ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΕΝΙΑΙΟΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΠΟΥΔΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΤΜΗΜΑ Α' ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Ταχ. Δ/ση: Α. Παπανδρέου 37
Τ.Κ. – Πόλη: 151 80 Μαρούσι
Ιστοσελίδα: <http://www.minedu.gov.gr>
Πληροφορίες: **Ρ. Γεωργακόπουλος**
Τηλέφωνο: 210 344 2248
Fax: 210 344 3288
e-mail: spudonpe@ypepth.gr

Να διατηρηθεί μέχρι
Βαθμός ασφαλείας

Μαρούσι, 24 – 6 – 2011

Αριθ. Πρωτ. Βαθμός Προτερ.
Φ15/ 641 / 66331 / Γ1

ΠΡΟΣ: κ. Δημήτριο Αλεξόπουλο
Ψαρών 1
15 235 Βριλήσσια, Αττική

ΚΟΙΝ: 1. Παιδαγωγικό Ινστιτούτο
Μεσογείων 406
153 41 Αγ. Παρασκευή
2. Αρμόδιους Σχολικούς Συμβούλους
(Μέσω των Δ/σεων Π.Ε Β' Αθήνας,
Α' Αθήνας & Ηλείας)
3. Δ/ντές Εκπ/σης Π.Ε. Β' Αθήνας,
Α' Αθήνας & Ηλείας.

Θέμα: Έγκριση έρευνας

Απαντώντας σε σχετικό αίτημά σας και έχοντας υπόψη τις αριθμ. 4/2011 και 8/2011 πράξεις του Τμήματος Ε.Τ.Ε.Τ. του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, σας κάνουμε γνωστό ότι εγκρίνουμε τη διεξαγωγή της έρευνάς σας με θέμα: «Ο ρόλος της γονεϊκής τυπολογίας στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας», η οποία θα πραγματοποιηθεί στα σχολεία του συνημμένου πίνακα με τις ακόλουθες επισημάνσεις:

1. Η άδεια χορηγείται για μια τριετία.
2. Πριν από τις επισκέψεις σας στα σχολεία να υπάρχει συνεννόηση με τους Διευθυντές τους, το Σχολικό Σύμβουλο και συνεργασία με το διδακτικό προσωπικό, ώστε να εξασφαλίζεται η ομαλή λειτουργία των σχολικών μονάδων.
3. Τα αποτελέσματα της έρευνάς σας να κοινοποιηθούν στο Παιδαγωγικό Ινστιτούτο και στη Δ/ση Σπουδών Π.Ε.
4. Η συμμετοχή των εκπαιδευτικών στην έρευνα είναι πάντοτε προαιρετική, γίνεται με δική τους ευθύνη και εφόσον το επιθυμούν.
5. Για την διεξαγωγή της έρευνάς σας στους μαθητές θα πρέπει να προηγηθεί ενημέρωση των γονέων και των εκπαιδευτικών, ώστε να υπάρχει **ενυπόγραφο-υπεύθυνη**

δηλώση των γονέων έχοντας υπόψη ότι για όλες τις περιπτώσεις η συμμετοχή στην έρευνα δεν είναι υποχρεωτική.

6. Για τη διεξαγωγή της έρευνας οι μαθητές θα απασχοληθούν 45'λεπτά και πάντα παρουσία του εκπαιδευτικού της τάξης.

7. Η φράση «θέλω να πεθάνω» με τις πολλαπλές εκδοχές της να αλλάξει προς το ηπιότερο «Θέλω να κάνω κακό στον εαυτό μου».

8. Δεν επιτρέπεται σε καμία περίπτωση η βιντεοσκόπηση και η μαγνητοφώνηση των μαθητών. Σε κάθε περίπτωση να τηρηθεί η ανωνυμία των μαθητών.

Οι Διευθυντές Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης στους οποίους κοινοποιείται το έγγραφο αυτό, παρακαλούνται να ενημερώσουν σχετικά τα σχολεία στα οποία θα διεξαχθεί η έρευνα.

Συν: 1 φύλλο

Εσωτ. Διανομή
Δ/νση Σπουδών Π.Ε
Τμήμα Α'


Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

ΚΩΣΤΑΣ ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΣ



ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΧΟΛΕΙΩΝ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	
ΔΗΜΟΤΙΚΑ	ΚΩΔΙΚΟΙ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΖΑΧΑΡΩΣ	9150120
ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ	9150159
7 ^ο ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ	9051351
3 ^ο ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΒΡΙΑΗΣΣΙΩΝ	9051266
84 ^ο ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΚΟΥΚΑΚΙΟΥ	90509 47
1ο ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΠΥΡΓΟΥ	9150261
2ο ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΠΥΡΓΟΥ	9150057

::


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ
ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΕΝΙΑΙΟΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
Π/ΘΜΙΑΣ & Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΣΠΟΥΔΩΝ Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ
ΤΜΗΜΑ Α'

Ταχ. Δ/ση: Ανδρέα Παπανδρέου 37
Τ.Κ. – Πόλη: 15180 Μαρούσι
Ιστοσελίδα:
Πληροφορίες: Αν. Πασχαλίδου
Τηλέφωνο: 210-3442238

Να διατηρηθεί μέχρι

Βαθμός Ασφαλείας

Μαρούσι 04-07-2011
Αριθ. Πρωτ 73899/Γ2
Βαθ. Προτερ.

ΠΡΟΣ :

- ✓ κ. Δημήτριο Αλεξόπουλο
Ψαρών 1
15235 Βριλήσσια Αττικής
- Διευθύνσεις Δ/θμιας
Εκπαίδευσης Α' Αθήνας,
Β' Αθήνας και Ηλείας

ΘΕΜΑ : Έγκριση διεξαγωγής έρευνας

Απαντώντας σε σχετική αίτηση και μετά τη γνωμοδότηση του Τμήματος Ερευνών, Τεκμηρίωσης και Εκπαιδευτικής Τεχνολογίας του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου (πράξεις 4/2011 και 8/2011) σας γνωρίζουμε ότι **επιτρέπουμε** τη διεξαγωγή έρευνας από τον κ. **Δημήτριο Αλεξόπουλο** κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους 2011-2012 με τις εξής προϋποθέσεις: α) Πριν από την έναρξη της έρευνας να γίνει ενημέρωση των Διευθυντών και του συλλόγου Διδασκόντων των σχολικών μονάδων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, οι οποίες θα συμμετάσχουν στην έρευνα, σχετικά με τη διαδικασία διεξαγωγής της. β) Η έρευνα να γίνει με τη σύμφωνη γνώμη τους. γ) Η έρευνα να γίνει με την έγγραφη συγκατάθεση των γονέων - κηδεμόνων των μαθητών (για κάθε μαθητή χωριστά). Ο Διευθυντής του σχολείου να αποστέλλει στους γονείς προς συμπλήρωση το έντυπο γονικής συναίνεσης που θα του κατατεθεί από τον ερευνητή και στο οποίο θα περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας. Στη συνέχεια, αφού συγκεντρώσει τα ενυπόγραφα σημειώματα με τη συγκατάθεση των γονέων να προχωρήσει στη διεξαγωγή της έρευνας. δ) Οι μαθητές να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια, **ανώνυμα** και εφόσον το επιθυμούν. ε) Η συγκέντρωση και μελέτη των στοιχείων να γίνει σύμφωνα με την αρχή προστασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και δε θα δημοσιοποιηθούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα.

Επισημαίνεται ότι η συμμετοχή στην έρευνα δεν είναι υποχρεωτική.

Η έρευνα έχει θέμα: «Ο ρόλος της γονεϊκής τυπολογίας στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας»

και απευθύνεται στους μαθητές του 33^{ου} Γυμνασίου Αθήνας, 3^{ου} Γυμνασίου Αγ. Παρασκευής, 1^{ου} και 2^{ου} Γυμνασίου Πύργου, Γυμνασίου Ζαχαρώς και Γυμνασίου Κρεστένων.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας θα πρέπει :

1. Οι επισκέψεις στα σχολεία να γίνουν μετά από συνεννόηση με το Διευθυντή τους και σε συνεργασία με το σύλλογο καθηγητών, ώστε να μην παρεμποδίζεται η ομαλή διεξαγωγή των μαθημάτων.

2. Τα αποτελέσματα της έρευνας μετά την ολοκλήρωσή της να κοινοποιηθούν στο Παιδαγωγικό Ινστιτούτο και στο Κέντρο Εκπαιδευτικής Έρευνας (Αδριανού 91, 10596 Αθήνα).

3. Οι Διευθυντές των Διευθύνσεων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Α' Αθήνας, Β' Αθήνας και Ηλείας να ενημερώσουν σχετικά τους Διευθυντές των σχολείων ευθύνης τους, ώστε να διευκολύνουν τον ενδιαφερόμενο στην πραγματοποίηση της έρευνας αυτής σύμφωνα με τα παραπάνω.

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ

Εσωτ. Διανομή

Δ/ση Σπουδών Δ.Ε. Τμήμα Α'



Πιστό Αντίγραφο
Από τη Διεύθυνση Διοικητικού,
Τμήμα Διοίκησης & Πρωτοκόλλου

ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝ/ΝΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4 ΕΠΙΣΤΟΛΟΓΡΑΦΙΑ

1. Επιστολή προς Διευθυντές/τριες



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία

Αργοναυτών & Φιλελλήνων, 382 21 mail: msc.counselling@sed.uth.gr.

Ε Π Ι Σ Τ Ο Λ Η

κ. Διευθυντά / κ. Διευθύντρια,

Θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι έχουμε επιλέξει το σχολείο σας προκειμένου να διεξάγουμε έρευνα με θέμα: «*Ο Ρόλος της Γονεϊκής Τυπολογίας στην Ανάπτυξη Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας, σε Παιδιά της Προεφηβικής Ηλικίας*». Η ακριβής ημερομηνία διεξαγωγής της έρευνας θα καθοριστεί κατόπιν κοινής συνεννόησης μας (δική σας, του ερευνητή και των εκπαιδευτικών της τάξης) προκειμένου να μη διαταραχτεί η ομαλή ροή και η εφαρμογή του ωρολογίου προγράμματος. Η προσωπική επικοινωνία μας θα γίνει στο χώρο του σχολείου σας τουλάχιστο τρεις (3) μέρες πριν τη διεξαγωγή της έρευνας.

Την έρευνα θα πραγματοποιήσει ο κ. *Αλεξόπουλος Δημήτριος*, εκπαιδευτικός - εκπ/κός ψυχολόγος και μεταπτυχιακός φοιτητής στο τελευταίο εξάμηνο σπουδών στο ΜΠΣ του Πανεπιστημίου του Βόλου με τίτλο: «*Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία*».

Η συμμετοχή και η συμβολή των μαθητών σας στη συγκεκριμένη έρευνα είναι καθοριστική για τη διεξαγωγή της. Αφορά κυρίως τους μαθητές της Ε΄, Στ΄ Δημοτικού και Α΄ τάξης Γυμνασίου, οι οποίοι πληρούν το ηλικιακό κριτήριο, ως προέφηβοι. Υπολογίζουμε πως στη συγκεκριμένη έρευνα θα συμμετέχουν περίπου 700 μαθητές από διαφορετικά σχολεία της επικράτειας.

Η γονεϊκή τυπολογία στην Ελλάδα είναι ένας τομέας που δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς, παρότι ευαίσθητος. Επίσης, πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα στον ελληνικό χώρο δείχνουν

αυξημένα ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στο μαθητικό πληθυσμό, ενώ πολλά ερευνητικά δεδομένα διεθνώς, κάνουν λόγο και για τη σχέση του τύπου γονεϊκότητας - όπως τον αντιλαμβάνονται τα παιδιά - με την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σ' αυτά.

Με τη συγκεκριμένη έρευνα πιστεύουμε πως θα προσθέσουμε ένα μικρό σώμα γνώσης στην ελλιπή ελληνική βιβλιογραφία γύρω από το θέμα αυτό. Επίσης, αισιοδοξούμε πως τα αποτελέσματα της θα αξιοποιηθούν κατάλληλα από κλάδους, τομείς, φορείς και οργανισμούς που ασχολούνται με το παιδί (εκπαίδευση, σχολές γονέων, σχολεία, συμβουλευτική...).

Η συμμετοχή των παιδιών στη συγκεκριμένη έρευνα είναι προαιρετική, ενώ έχει εξασφαλιστεί και η ανωνυμία τους, αφού πάνω στα ερωτηματολόγια δεν αναφέρεται κανένα προσωπικό στοιχείο τους. Επίσης, σε ότι αφορά τη διεξαγωγή της, η συγκεκριμένη έρευνα τηρεί πλήρως την επιστημονική μεθοδολογία και τα πρότυπα που υιοθετούνται διεθνώς σε σχετικές μελέτες.

Σας υποσχόμαστε πως τα αποτελέσματα της θα σας κοινοποιηθούν το ταχύτερο δυνατόν, όταν γίνει η πλήρης επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων. Για οποιαδήποτε απορία σας ή διευκρίνιση, πριν την προσωπική επαφή μας ή και μετά, μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας στο mail: a.....@.....gr ή στο τηλ. 69.....5 (κ. Δημήτρης Αλεξόπουλος).

Σας ευχαριστούμε προκαταβολικά για τη συνεργασία σας.

Από το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Με τιμή,

Ο ερευνητής

Δημήτρης Αλεξόπουλος

Εκπαιδευτικός

2. Επιστολή προς σύλλογο διδασκόντων – εκπαιδευτικούς



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία

Αργοναυτών & Φιλελλήνων, 382 21 mail: msc.counselling@sed.uth.gr.

Ε Π Ι Σ Τ Ο Λ Η

Αγαπητέ συνάδελφε / συναδέλφισσα,

Θα θέλαμε να σε ενημερώσουμε ότι έχουμε επιλέξει το σχολείο σας προκειμένου να διεξάγουμε έρευνα με θέμα: «Ο Ρόλος της Γονεϊκής Τυπολογίας στην Ανάπτυξη Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας, σε Παιδιά Προεφηβικής Ηλικίας». Η ακριβής ημερομηνία διεξαγωγής θα καθοριστεί κατόπιν κοινής συνεννόησης μας (εσένα, του ερευνητή και του διευθυντή του σχολείου) προκειμένου να μη διαταραχτεί η ομαλή ροή και η εφαρμογή του ωρολογίου προγράμματος. Η προσωπική επικοινωνία μας θα γίνει στο χώρο του σχολείου τουλάχιστο τρεις (3) μέρες πριν τη διεξαγωγή της έρευνας.

Την έρευνα θα πραγματοποιήσει ο κ. *Αλεξόπουλος Δημήτρης*, εκπαιδευτικός - εκπαιδευτικός ψυχολόγος και μεταπτυχιακός φοιτητής στο τελευταίο εξάμηνο σπουδών στο ΜΠΣ του Πανεπιστημίου του Βόλου με τίτλο: «Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία».

Η συμμετοχή και η συμβολή των μαθητών στη συγκεκριμένη έρευνα είναι καθοριστική για τη διεξαγωγή της, καθώς πληρούν το ηλικιακό της κριτήριο, ως προέφηβοι. Υπολογίζουμε πως στη συγκεκριμένη έρευνα θα συμμετέχουν περίπου 700 μαθητές από διαφορετικά σχολεία της επικράτειας.

Η γονεϊκή τυπολογία στην Ελλάδα είναι ένας τομέας που δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς, παρότι ευαίσθητος. Επίσης, πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα στον ελληνικό χώρο δείχνουν αυξημένα ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στο μαθητικό πληθυσμό, ενώ πολλά ερευνητικά δεδομένα διεθνώς κάνουν λόγο και για τη σχέση του τύπου γονεϊκότητας – όπως τον αντιλαμβάνονται τα παιδιά - με την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σ' αυτά.

Με τη συγκεκριμένη έρευνα πιστεύουμε πως θα προσθέσουμε ένα μικρό σώμα

γνώσης στην ελλιπή ελληνική βιβλιογραφία γύρω από το θέμα αυτό. Επίσης, αισιοδοξούμε πως τα αποτελέσματα της θα αξιοποιηθούν κατάλληλα από κλάδους, τομείς, φορείς και οργανισμούς που ασχολούνται με το παιδί (εκπαίδευση, σχολές γονέων, σχολεία, συμβουλευτική...).

Η συμμετοχή των παιδιών στη συγκεκριμένη έρευνα είναι προαιρετική, ενώ έχει εξασφαλιστεί και η ανωνυμία τους, αφού πάνω στα ερωτηματολόγια δεν θα γραφεί κανένα ιδιαίτερο προσωπικό στοιχείο τους. Επίσης, σε ότι αφορά τη διεξαγωγή της, η συγκεκριμένη έρευνα τηρεί πλήρως την επιστημονική μεθοδολογία και τα πρότυπα που υιοθετούνται διεθνώς σε σχετικές μελέτες.

Τέλος, υποσχόμαστε πως τα αποτελέσματα της θα κοινοποιηθούν το ταχύτερο δυνατόν στο σχολείο σας, όταν γίνει η πλήρης επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων. Για οποιαδήποτε απορία ή διευκρίνιση, πριν την προσωπική επαφή μας ή και μετά, μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας στο mail: a.....@.....gr ή στο τηλ. 69.....5 (κ. Δημήτρης Αλεξόπουλος).

Προσδοκούμε πως με τη συνεργασία σου η έρευνα αυτή θα διεξαχθεί απρόσκοπτα.

Σε ευχαριστούμε προκαταβολικά.

Από το πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,

Ο ερευνητής

Δημήτριος Αλεξόπουλος

Εκπαιδευτικός

3. Επιστολή προς μαθητές/τριες

Ε Π Ι Σ Τ Ο Λ Η

Αγαπητέ μαθητή / μαθήτρια.

Θέλουμε να σε ενημερώσουμε ότι επιλέξαμε το σχολείο σου και την τάξη σου προκειμένου στις να πραγματοποιήσουμε την έρευνα μας, η οποία αφορά τη σχέση σου με τους γονείς σου και τη διάθεση που έχεις τον τελευταίο καιρό.

Στη συγκεκριμένη έρευνα θα λάβουν μέρος περίπου 700 μαθητές ίδιας ηλικίας με σένα από διαφορετικά σχολεία της χώρας μας. Η έρευνα αυτή χωρίς τη συμμετοχή των παιδιών δε μπορεί να πραγματοποιηθεί. Έτσι, θέλουμε να πιστεύουμε ότι θα συμμετέχεις στην προσπάθεια μας προκειμένου να ερευνήσουμε τα δύο πολύ σημαντικά φαινόμενα που αναφέρουμε παραπάνω.

Αντίστοιχα, θα ενημερωθούν και οι γονείς σου, με τους οποίους μπορείς να συζητήσεις σχετικά, ενώ θέλουμε να σε διαβεβαιώσουμε πως η έρευνα αυτή είναι ανώνυμη, αφού πουθενά δεν θα χρειαστεί να αναφέρεις το όνομα σου ή κάποιο άλλο ιδιαίτερο προσωπικό σου στοιχείο. Επίσης, η συμμετοχή σου σ' αυτή είναι εθελοντική.

Αυτό που θα χρειαστεί να κάνεις, είναι να απαντήσεις μόνο στα ερωτηματολόγια που θα σου δοθούν. Τα ερωτηματολόγια αυτά δεν είναι κάποιο τεστ ή διαγώνισμα αξιολόγησης των γνώσεων σου και δεν περιλαμβάνουν σωστές ή λάθος απαντήσεις, αφού ο καθένας απαντά για τον εαυτό του και οι απαντήσεις θεωρούνται όλες «σωστές».

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής θα σταλούν στο σχολείο σου και θα στα ανακοινώσει κάποιος από τους δασκάλους / καθηγητές σου.

Περισσότερες εξηγήσεις και λεπτομέρειες για τη συγκεκριμένη έρευνα και τη σημασία της θα έχεις την ευκαιρία να συζητήσεις με τον κ. Δημήτρη Αλεξόπουλο τη μέρα διεξαγωγής της έρευνας.

Σε ευχαριστούμε προκαταβολικά για τη συμβολή σου στην έρευνα μας.

Από το πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Ο ερευνητής

Αλεξόπουλος Δημήτρης

4. Επιστολή προς γονείς και κηδεμόνες



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία

Αργοναυτών & Φιλελλήνων, 382 21 mail: msc.counselling@sed.uth.gr.

Ε Π Ι Σ Τ Ο Λ Η

Αγαπητοί γονείς,

Θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι στις// 201.. στο σχολείο σας θα διεξαχθεί έρευνα σχετική με τη *Γονεϊκή Τυπολογία και την Ανάπτυξη Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας στα Παιδιά της Προεφηβικής Ηλικίας*. Υπολογίζουμε πως στη συγκεκριμένη έρευνα θα συμμετέχουν περίπου 700 μαθητές από διαφορετικά σχολεία της επικράτειας.

Την έρευνα θα πραγματοποιήσει ο κ. *Αλεξόπουλος Δημήτρης*, εκπαιδευτικός – εκπαιδευτικός ψυχολόγος (Msc) και μεταπτυχιακός φοιτητής στο τελευταίο εξάμηνο σπουδών στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα του Πανεπιστημίου του Βόλου με τίτλο «Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία».

Όπως διαπιστώνετε και από το θέμα της έρευνας, η συμμετοχή του παιδιού/ών σας είναι καθοριστική για τη διεξαγωγή της.

Η γονεϊκή τυπολογία στην Ελλάδα είναι ένας τομέας που δεν έχει ερευνηθεί, ούτε αξιοποιηθεί επαρκώς, παρότι ευαίσθητος. Επίσης, πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα στον ελληνικό χώρο δείχνουν αυξημένα ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στο μαθητικό πληθυσμό, ενώ πολλά ερευνητικά δεδομένα διεθνώς κάνουν λόγο και για τη σχέση της γονεϊκότητας - όπως την αντιλαμβάνονται τα παιδιά - με την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σ' αυτά.

Με τη συγκεκριμένη έρευνα πιστεύουμε πως θα προσθέσουμε ένα μικρό σώμα γνώσης στην ελλιπή ελληνική βιβλιογραφία γύρω από το θέμα αυτό. Επίσης, αισιοδοξούμε πως τα αποτελέσματά της θα αξιοποιηθούν κατάλληλα από κλάδους, τομείς, φορείς και

οργανισμούς που ασχολούνται με το παιδί (εκπαίδευση, σχολές γονέων, σχολεία, συμβουλευτική...).

Θέλουμε να σας ενημερώσουμε πως η συμμετοχή των παιδιών στην έρευνα αυτή είναι προαιρετική, ενώ έχει εξασφαλιστεί πλήρως και η ανωνυμία τους, αφού τα παιδιά δεν θα αναφέρουν κανένα προσωπικό στοιχείο τους πάνω στα ερωτηματολόγια που θα συμπληρώσουν (π.χ ονοματεπώνυμο, διεύθυνση οικίας, τηλέφωνο, ενδιαφέροντα, επιδόσεις στο σχολείο, τάξη φοίτησης, πόλη ...).

Η διεξαγωγή της έρευνας θα γίνει σε συνεργασία με το Δ/ντή και το διδακτικό προσωπικό του σχολείου, ενώ τα ερωτηματολόγια θα συμπληρωθούν μέσα στην αίθουσα, παρουσία κάποιου εκπαιδευτικού και του ερευνητή, ο οποίος θα δώσει στα παιδιά τις σχετικές διευκρινήσεις και θα μιλήσει μαζί τους για την αξία της έρευνας αυτής τόσο στον ελληνικό χώρο όσο και διεθνώς.

Σε ότι αφορά τη διεξαγωγή της, η συγκεκριμένη έρευνα τηρεί πλήρως την επιστημονική μεθοδολογία και τα πρότυπα που υιοθετούνται διεθνώς σε σχετικές μελέτες. Έχει δε εγκριθεί από το *Παιδαγωγικό Ινστιτούτο και το Υπουργείο Παιδείας* (η σχετική έγκριση έχει κατατεθεί στο σχολείο σας).

Σας υποσχόμαστε πως όταν γίνει η πλήρης επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων – από όλα τα σχολεία που θα συμμετέχουν – άμεσα θα κοινοποιήσουμε τα αποτελέσματα και στο σχολείο σας από όπου θα μπορείτε να ενημερωθείτε σχετικά.

Τέλος, αν έχετε κάποια απορία ή θέλετε κάποια σχετική διευκρίνιση, μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας στο mail: a.....@.....gr ή στο τηλ. 69.....5 (κ. Δημήτρης Αλεξόπουλος).

Σας ευχαριστούμε προκαταβολικά για τη συνεργασία σας.

Με τιμή,

Ο ερευνητής

Δημήτρης Αλεξόπουλος

Εκπαιδευτικός

Υ.Γ. Συνημμένα σας στέλνουμε:

α) Το έντυπο συγκατάθεσης σας για τη συμμετοχή του παιδιού σας στην έρευνα. Το έντυπο αυτό θα παραμείνει στο παιδί.

Συγκατάθεση Γονέα

Ο υπογραφόμενος, γονέας του/της
..... ,

έλαβα γνώση

μέσω της επιστολής του κ. *Αλεξόπουλου Δημητρίου* (ερευνητή) προς εμένα, για την έρευνα που θα πραγματοποιηθεί στο σχολείο μας στις// 20..... και **συμφωνώ / δε συμφωνώ** για τη συμμετοχή του παιδιού μου σε αυτή.

Βασική προϋπόθεση για τη συμμετοχή του παιδιού μου είναι η τήρηση της ανωνυμίας και της επιστημονικής μεθοδολογίας κατά τη διεξαγωγή της.

Ο γονέας
(Υπογραφή)

.....