



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΘΕΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ

Αξιολόγηση Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας σε Παιδιά
Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης: Μια Έρευνα με Χρήση
Διαδικτυακής Εφαρμογής

Τσαούσης Ιωάννης

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Επιβλέπων
Σταμούλης Γεώργιος

Λαμία, 2019



UNIVERSITY OF THESSALY

SCHOOL OF SCIENCE

INFORMATICS AND COMPUTATIONAL BIOMEDICINE

**Evaluation of Depressive Symptomatology in Children of
Secondary Education: A Research with the use of Internetic
Appliance**

Ioannis Tsaousis

Master thesis

Georgios Stamoulis (supervisor)

Lamia

2019



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΘΕΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ**

**«ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΣ ΚΑΙ
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ (Τ.Π.Ε.) ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ»**

**Αξιολόγηση Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας σε Παιδιά
Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης: Μια Έρευνα με Χρήση
Διαδικτυακής Εφαρμογής**

Τσαούσης Ιωάννης

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Επιβλέπων
Σταμούλης Γεώργιος**

Λαμία, 2019

«Υπεύθυνη Δήλωση μη λογοκλοπής και ανάληψης προσωπικής ευθύνης»

Με πλήρη επίγνωση των συνεπειών του νόμου περί πνευματικών δικαιωμάτων, και γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα και ενυπογράφως ότι η παρούσα εργασία με τίτλο «Αξιολόγηση Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας σε Παιδιά Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης: Μια Έρευνα με Χρήση Διαδικτυακής Εφαρμογής» αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές από τις οποίες χρησιμοποίησα δεδομένα, ιδέες, φράσεις, προτάσεις ή λέξεις, είτε επακριβώς (όπως υπάρχουν στο πρωτότυπο ή μεταφρασμένες) είτε με παράφραση, έχουν δηλωθεί κατάλληλα και ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή. Αναλαμβάνω πλήρως, ατομικά και προσωπικά, όλες τις νομικές και διοικητικές συνέπειες που δύναται να προκύψουν στην περίπτωση κατά την οποία αποδειχθεί, διαχρονικά, ότι η εργασία αυτή ή τμήμα της δεν μου ανήκει διότι είναι προϊόν λογοκλοπής.

Ο ΔΗΛΩΝ

Ημερομηνία: 25/1/2019

Υπογραφή

Αξιολόγηση Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας σε Παιδιά

Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης: Μια Έρευνα με Χρήση

Διαδικτυακής Εφαρμογής

Τσαούσης Ιωάννης

Τριμελής Επιτροπή:

Καθηγητής Σταμούλης Γεώργιος (επιβλέπων)

Καθηγητής Βαβουγιός Διονύσιος

Επίκουρη Καθηγήτρια Κοζύρη Μαρία

Επιστημονικός Σύμβουλος:

Δρ. Ζυγούρης Νικόλαος

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: Η ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	3
1. 1 Εισαγωγικά	3
1. 2. Ερευνητικές προϋποθέσεις	4
1. 3. Διαταραχές της διάθεσης	4
1. 4. Διαγνωστικά κριτήρια.....	6
1. 5. Εννοιολογικά ζητήματα	7
1. 6. Μέθοδοι αξιολόγησης.....	8
1. 7. Έναρξη – πορεία – διάρκεια διαταραχής.....	9
1.8. Επιδημιολογία.....	10
1. 9. Συννοσηρότητα.....	12
1. 10. Αναπτυξιακή πορεία παιδιών με κατάθλιψη	13
1. 10. 1. Βρεφική και νηπιακή ηλικία	13
1. 10. 2. Προσχολική ηλικία	13
1. 10. 3. Σχολική ηλικία	14
1. 10. 4. Εφηβική ηλικία	14
1. 11. Αιτιολογία.....	14
1. 11. 1. Γενετικές θεωρίες	14
1. 11. 2. Βιολογικές θεωρίες	15
1. 11. 3. Γνωσιακές θεωρίες.....	18
1. 11. 4. Οικογενειακό περιβάλλον.....	19
1. 11. 5. Σχέσεις με συνομήλικους.....	20
1. 11. 6. Άγχος.....	21
1. 12. Συνέπειες-Συνοδά προβλήματα της κατάθλιψης.....	22

1. 13. Θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης	25
1. 13. 1. Φαρμακευτική θεραπεία	25
1. 13. 2. Ψυχοθεραπεία	27
1. 14. Προστατευτικοί παράγοντες	31
1. 15. Πρόληψη	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΣ.....33

2. 1. Σχεδιασμός έρευνας	33
2. 2. Συμμετέχοντες	33
2. 3. Ερευνητικά εργαλεία	34
2. 4. Εφαρμογή ερωτηματολογίου από google forms.....	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....64

Συμπεράσματα.....70

Βιβλιογραφία.....72

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακες 1 - 2. Περιγραφική στατιστική ανάλυση για τον εντοπισμό των μέσων όρων των απαντήσεων και της τυπικής απόκλισης με βάση την ηλικία των συμμετεχόντων	45
Πίνακας 3. Διαφορές συμμετεχόντων στις απαντήσεις του CDI με βάση την ηλικία	47
Πίνακες 4 – 5. Περιγραφική στατιστική ανάλυση για τον εντοπισμό των Μέσων όρων των απαντήσεων και της τυπικής απόκλισης με βάση το φύλο των συμμετεχόντων	52
Πίνακας 6. Διαφορές στις απαντήσεις των συμμετεχόντων με βάση το φύλο ..	56
Πίνακας 7. Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης με βάση την ηλικία των συμμετεχόντων	60
Πίνακας 8. Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης με βάση το φύλο των συμμετεχόντων	61
Πίνακας 9. Αποτελέσματα αξιοπιστίας ερωτηματολογίου	63

Ευρετήριο Γραφημάτων

Γράφημα 1. Τα αποτελέσματα των συνολικών απαντήσεων των ερωτηματολογίων με βάση την ηλικία και το φύλο των συμμετεχόντων	62
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παιδική και εφηβική κατάθλιψη είναι ένα φαινόμενο με ιδιαίτερα αυξητικές τάσεις στις μέρες μας. Η διαταραχή αυτή πλήττει όλο και περισσότερους νέους, δημιουργώντας χρόνιες και πολύπλευρες επιπτώσεις στη μετέπειτα ζωή τους. Το γεγονός αυτό έχει οδηγήσει σε μια αντίστοιχη αύξηση του ενδιαφέροντος για τη διαταραχή. Πλήθος μελετών εστιάζει σε ζητήματα όπως τα αίτια, τα διαγνωστικά κριτήρια, οι τρόποι αντιμετώπισης και πρόληψής της, ενώ αρκετές άλλες επικεντρώνονται στη στατιστική αποτύπωση του φαινομένου, εξετάζοντας τη σύνδεση της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή, οικονομική και κοινωνική κατάσταση.

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή αρχικά παρουσιάζει με βιβλιογραφική ανασκόπηση της διαταραχής, τονίζοντας ζητήματα όπως η αιτιολογία της και ο τρόπος αντιμετώπισής της. Ακολούθως παρουσιάζεται η έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε σε ένα Γυμνάσιο της πόλης της Λαμίας. Σκοπός της είναι να διαπιστώσει, μέσω της χρήσης της κλίμακας αξιολόγησης C.D.I. την παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και την διαφορά των απαντήσεων με βάση το φύλο και την ηλικία και παράλληλα να ελέγξει το βαθμό αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου.

Το δείγμα της έρευνας ήταν 217 μαθητές των τριών τάξεων του Γυμνασίου. Το αποτέλεσμα που προέκυψε ήταν πως υπάρχει στατιστική σημαντικότητα όσον αφορά την ηλικία, όχι όμως και το φύλο. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη άνοδος της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά των 15 ετών, ενώ ο βαθμός αξιοπιστίας της έρευνας ήταν υψηλός.

Λέξεις-κλειδιά: Κατάθλιψη, έφηβοι μαθητές, C.D.I., ηλικία

ABSTRACT

Child and adolescent depression is a phenomenon with notably increasing inclination nowadays. This disorder hits more and more young men and women, creating life long and multifaceted repercussions in their life. This fact has led to a respective increase of interest for the disorder. A number of studies focuses on issues like the etiology, the diagnostic criteria, the methods to cope and prevent the depression, while several others focuses on the statistical inculcation of the phenomenon, by reviewing the link between child and adolescent depression with sex, age, family, financial and social status.

This master thesis initially presents a bibliographic review of the disorder stressing issues such as etiology and means of prevention. Subsequently the research is presented, which was produced at a high school in the city of Lamia. The purpose of the study is to ascertain, through the use of the scale of Children' s Depression Inventory the presence of depressive symptomatology and the difference of the answers based on sex and age, as well as to monitor the level of reliability of the questionnaire.

The sample of the study was 217 students of the three high school classes. The result which came up was that there was statistical significance in regards of the age, but not of the sex. Specifically, a remarkable increase at the depressive symptomatology of 15 years old students was observed, whilst the level of reliability of the study was high.

Keywords: *Depression, adolescent students, C.D.I., age*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί μια διαταραχή με ποικίλες προεκτάσεις. Οι επιπτώσεις της ενδέχεται να είναι χρόνιες και εκτείνονται σε όλο το φάσμα της ζωής του ασθενή, καθώς επηρεάζουν την κοινωνική, οικονομική και επαγγελματική του ζωή. Ωστόσο τίποτα εξ αυτών δεν συγκρίνεται με τις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ατόμων που βιώνουν την κατάθλιψη – το γεγονός, άλλωστε, ότι αυτή οδηγεί συχνά στην αυτοκτονία αρκεί για να φανερώνει τον αντίκτυπό της στη ζωή των ανθρώπων.

Με δεδομένες, λοιπόν, τις συνέπειές της, η εμφάνιση της διαταραχής στα παιδιά και τους εφήβους αποτελεί ένα ζήτημα που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Αν και αρχικά στο περιθώριο, το φαινόμενο αυτό έχει έρθει στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της επιστημονικής κοινότητας, καθώς, δυστυχώς, το ποσοστό των νέων που παρουσιάζουν τη διαταραχή αυξάνεται συνεχώς. Έτσι, άρθρα, μονογραφίες, συλλογικοί τόμοι, και μελέτες έχουν δημοσιευθεί τις τελευταίες δεκαετίες, που επιχειρούν να ανιχνεύουν τις ρίζες, την αιτιολογία, την αντιμετώπιση και τα μέτρα πρόληψης εμφάνισης της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης. Για την καλύτερη κατανόησή της, δε, η έρευνα έχει στραφεί και στο πεδίο της στατιστικής αποτύπωσης της διαταραχής στο νεανικό πληθυσμό, εξετάζοντας τη σύνδεση της ασθένειας με το φύλο, την ηλικία, τον τόπο διαμονής, την κοινωνική, οικονομική και οικογενειακή κατάσταση κλπ.

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα εργασία θα εξετάσει την ενδεχόμενη ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε παιδιά Γυμνασίου (13-15 ετών), χρησιμοποιώντας την μέθοδο αυτοαναφοράς C.D.I. Κύριος σκοπός μας είναι να η σύνδεση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με το φύλο και την ηλικία των ερωτώμενων μαθητών.

Η εργασία απαρτίζεται από τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο θα εξετάσουμε, περιληπτικά, τη παιδική και εφηβική κατάθλιψη. Θα σταθούμε, *inter alia*, στην ιστορία της, στους τρόπους που εκδηλώνεται, στα μέσα διάγνωσης και στις πιθανές αιτίες εμφάνισής της, στους πλέον αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης αυτού του φαινομένου, στα προβλήματα που προκαλεί στα παιδιά του το βιώνουν, καθώς και στα μέτρα πρόληψης ενάντια στην εμφάνισή του.

Στο δεύτερο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στην ταυτότητα της έρευνας και θα κάνουμε μια σύντομη αναφορά στο ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στο πλαίσιο της για την ανάδειξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, την μέθοδο αυτοαναφοράς C.D.I.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα παραθέσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας, ενώ στο τέταρτο θα ακολουθήσει η ερμηνεία των αποτελεσμάτων, όπου αυτά θα αναλυθούν σε σχέση με άλλες, αντίστοιχες μελέτες εντός και εκτός Ελλάδας, προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός σύγκλισης και απόκλισης με αυτές. Τέλος, θα ακολουθήσουν τα συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I: Η εφηβική κατάθλιψη

1.1. Εισαγωγικά

Η ύπαρξη της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους δεν ήταν ένα γεγονός κοινώς αποδεκτό στους μελετητές μέχρι τις τελευταίες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα. Κατ' αρχάς επικρατούσε η άποψη ότι τα παιδιά δεν είχαν αναπτύξει την γνωστική ικανότητα να βιώνουν συμπτώματα όπως η ενοχή και η απελπισία. Παράλληλα θεωρείτο πως ορισμένα συμπτώματα της κατάθλιψης συμπίπτουν με ορισμένες από τις φυσιολογικές αντιδράσεις που εμφανίζει κάθε άνθρωπος σε συγκεκριμένα αναπτυξιακά στάδια, όπως η εφηβεία. Ακόμα, ιδιαίτερα διαδεδομένη ήταν η πεποίθηση πως τα παιδιά και οι έφηβοι δεν παρουσιάζουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης, αλλά «καταθλιπτικά ισοδύναμα» ή «συγκαλυμμένη» κατάθλιψη, δηλαδή πως η κατάθλιψη στις ηλικίες αυτές εμφανίζεται με έμμεσο τρόπο κι έχοντας τη μορφή διαταραχών της συμπεριφοράς, όπως προβλήματα συμπεριφοράς, νυχτερινή ενούρηση και σωματικούς πόνους. Μόλις στα τέλη της δεκαετίας του 1970 μια σειρά μελετών φανέρωσε πως και οι ανήλικοι πληρούν όλα τα κριτήρια που ισχύουν για τους ενήλικες που πάσχουν από κατάθλιψη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006· Klein, Kujawa, Black, & Pennock, 2013). Πλέον είναι αναντίρρητο πως η κατάθλιψη όχι μόνο παρουσιάζεται σε παιδιά και εφήβους, αλλά, ειδικά ανάμεσα στους τελευταίους, αναπτύσσει υψηλά ποσοστά εμφάνισης (Stark, Sander, Hauser, Simpson, Schnoebelen, Glenn, & Molnar, 2006), γεγονός που, σε συνδυασμό με τις συνέπειες που έχει, η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της διαταραχής καθίσταται επιτακτική ανάγκη.

1.2. Ερευνητικές υποθέσεις

Βασικός στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε παιδιά από 13 – 15 ετών μέσω της κατασκευής μιας διαδικτυακής εφαρμογής του πλέον μελετημένου ερωτηματολογίου ανίχνευσης κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους, C.D.I. Αναλυτικότερα, σκοπός της έρευνας ήταν (α) η εξέταση των διαφορών των απαντήσεων των συμμετεχόντων στο C.D.I. με βάση το φύλο και την ηλικία τους. Σε κάθε περίπτωση η H_0 είναι ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στο C.D.I. δεν θα επηρεάζονται από το φύλο και την ηλικία τους.

Επιπλέον, σκοπός της παρούσας μελέτης, ήταν ο έλεγχος του βαθμού αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου. Συγκεκριμένα, στόχος της εκπόνησης του παρόντος ερευνητικού πρωτοκόλλου ήταν (β) ο έλεγχος της διαδικτυακής εφαρμογής της κλίμακας αξιολόγησης και η σύγκριση των αποτελεσμάτων των απαντήσεων μέσω της συμπλήρωσης της προαναφερθείσας κλίμακας με χαρτί και μολύβι.

1.3. Διαταραχές της διάθεσης

Η κατάθλιψη ανήκει στις διαταραχές της διάθεσης. Γενικά, παρουσιάζονται τέσσερα είδη επεισοδίων της διάθεσης, βάσει των οποίων κατηγοριοποιούνται οι διαταραχές της διάθεσης. Τα είδη αυτά είναι (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006):

- το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, το οποίο διαρκεί τουλάχιστον δύο εβδομάδες και χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική (ή ευερέθιστη για παιδιά και εφήβους) διάθεση και ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης στο σύνολο σχεδόν των δραστηριοτήτων. Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου εκδηλώνονται συχνά και άλλα συμπτώματα όπως αισθήματα ενοχής, αϋπνία, σκέψεις θανάτου, μείωση ή αύξηση βάρους κλπ.
- Το μανιακό επεισόδιο. Χαρακτηρίζεται από την παρουσία παθολογικά και επίμονα αυξημένης διαχυτικής ή ευερέθιστης διάθεσης, διάρκειας τουλάχιστον μίας εβδομάδας. Συμπτώματα ενδέχεται να είναι η διάσπαση της προσοχής, η μειωμένη ανάγκη για ύπνο, η αύξηση της ομιλητικότητας κ. ά.

- Το μικτό επεισόδιο, κατά τη διάρκεια του οποίου, σχεδόν καθημερινά και για διάστημα τουλάχιστον μίας εβδομάδας, παρουσιάζονται ανάμικτα συμπτώματα τόσο του μανιακού όσο και του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.
- Το υπομανιακό επεισόδιο. Χαρακτηρίζεται, όπως και το μανιακό επεισόδιο, από την παρουσία παθολογικά και επίμονα αυξημένης διαχυτικής ή ευερέθιστης διάθεσης. Διαρκεί τουλάχιστον τέσσερις ημέρες και δεν είναι τόσο σοβαρό ώστε να επηρεάζει έντονα την κοινωνική ή επαγγελματική ζωή του πάσχοντος, ούτε καθιστά απαραίτητη τη νοσηλεία.

Παρατηρώντας τις διαταραχές της διάθεσης, αυτές χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: τις καταθλιπτικές και τις διπολικές διαταραχές. Και οι δύο τύποι διαταραχής χαρακτηρίζονται από καταθλιπτικά επεισόδια, στην περίπτωση όμως της διπολικής διαταραχής εμφανίζεται και μανιακό επεισόδιο. Εξετάζοντας αναλυτικότερα τις καταθλιπτικές διαταραχές, αυτές χωρίζονται σε τρεις διαγνωστικές κατηγορίες, ανάλογα με τη διάρκεια και την ένταση των συμπτωμάτων (APA, 2000):

- μείζων καταθλιπτική διαταραχή (Major depressive disorder-MDD).
- δυσθυμική διαταραχή (Dysthymic disorder-DD).
- καταθλιπτική διαταραχή που δεν προσδιορίζεται διαφορετικά (Depressive disorder not otherwise specified-DDNOS).

Για να διαγνωστεί μείζων καταθλιπτική διαταραχή ο έφηβος πρέπει να παρουσιάζει καταθλιπτική διάθεση για διάστημα τουλάχιστον δύο εβδομάδων. Στο διάστημα αυτό πρέπει να παρουσιάζει και τέσσερα από τα ακόλουθα συμπτώματα: 1) σημαντική, αθέλητη αύξηση ή μείωση βάρους 2) αϋπνία ή υπερυπνία, 3) ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, 4) κόπωση ή έλλειψη ενέργειας, 5) αίσθημα αναξιότητας ή ενοχής, 6) μειωμένη συγκέντρωση ή ικανότητα λήψης αποφάσεων και 7) επανερχόμενες σκέψεις θανάτου, επανερχόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός ή απόπειρα αυτοκτονίας. Τα συμπτώματα αυτά στο πλαίσιο της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής πρέπει να είναι σχεδόν καθημερινά, να επηρεάζουν την κοινωνική, ακαδημαϊκή ζωή του εφήβου και να μην σχετίζονται με πένθος ή με τις φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας (APA, 2000).

Η δυσθυμική διαταραχή έχει μεγαλύτερη διάρκεια, αλλά ηπιότερα συμπτώματα. Συγκεκριμένα, η καταθλιπτική ή ευερέθιστη διάθεση πρέπει να εμφανίζεται συχνά στη διάρκεια ενός τουλάχιστον χρόνου. Παράλληλα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω συμπτώματα: 1) μειωμένη όρεξη ή υπερφαγία, 2) αϋπνία ή υπερυπνία, 3) κόπωση ή χαμηλή ενεργητικότητα, 4) χαμηλή αυτοεκτίμηση, 5) πτωχή συγκέντρωση ή δυσκολία στη λήψη αποφάσεων και 6) αίσθημα απελπισίας (APA, 2000).

Στην καταθλιπτική διαταραχή που δεν προσδιορίζεται αλλιώς ο έφηβος εμφανίζει ορισμένα από τα καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά δεν πληροί τα κριτήρια των δύο προαναφερθεισών κατηγοριών (APA, 2000).

Αναφορικά με τη βαρύτητα του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, αυτό χωρίζεται σε: α) ήπιο, όταν τα συμπτώματα προκαλούν μικρή έκπτωση στη λειτουργικότητα του ασθενή, β) μέτριο, όταν τα συμπτώματα προκαλούν λειτουργική έκπτωση μεταξύ ήπιας και βαριάς, και γ) βαρύ, όταν τα συμπτώματα παρεμποδίζουν τη λειτουργικότητα.

1.4. Διαγνωστικά κριτήρια

Κύρια χαρακτηριστικά της κλινικής κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους, με βάση και τα κριτήρια της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας [DSM-IV] (APA, 2000), είναι η μελαγχολική ή ευερέθιστη διάθεση (η παρουσία αυτού του συμπτώματος στους εφήβους είναι και το στοιχείο που διαφοροποιεί, εν πολλοίς, την εμφάνιση της διαταραχής στους ενήλικες και τους ανήλικες) και η κατάσταση ανηδονίας (έλλειψη ευχαρίστησης), που συνοδεύονται από διάφορα άλλα συμπτώματα όπως:

- αίσθημα σωματικής κόπωσης
- υποτονική διάθεση
- πονοκέφαλοι
- συναισθήματα ενοχής, ντροπής
- υπερευαισθησία στην κριτική
- δυσκολία στη συγκέντρωση, στη σκέψη, στη λήψη αποφάσεων

- διαταραχές στον ύπνο
- αυξημένη κινητική δραστηριότητα
- διαταραχές στο φαγητό
- αρνητικές και απαισιόδοξες σκέψεις
- αίσθημα μοναξιάς, απογοήτευσης
- αυτοκτονική συμπεριφορά και ενασχόληση με τον θάνατο
- αίσθημα του ανέλπιδου
- αίσθηση ότι απογοητεύουν το περιβάλλον τους
- έντονη αυτοκριτική (Carr, 1999· Klein et al., 2013).

Είναι εύληπτο, επομένως, πως η κατάθλιψη επηρεάζει τα παιδιά και τους εφήβους σε μία ευρεία γκάμα τομέων, που αφορούν τη διάθεση, τη συμπεριφορά, τις αντιλήψεις, τις σκέψεις τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

1.5. Εννοιολογικά ζητήματα

Η κατάθλιψη είναι ένα περίπλοκο φαινόμενο για μια σειρά από λόγους. Κατ' αρχάς ο όρος χρησιμοποιείται ευρέως, καθώς επιστημονικά ερμηνεύεται ως: α) ψυχική διάθεση, ένα σύμπτωμα απότοκο δυσάρεστων ή και οδυνηρών γεγονότων β) σύνδρομο, που μπορεί να προκληθεί από μη ψυχιατρικούς παράγοντες (νευροενδοκρινικές διαταραχές) και γ) ψυχιατρική διαταραχή με συγκεκριμένα, έντονα και διαρκή, συμπτώματα (Klein et al., 2013). Επιπλέον (όπως αναλυτικότερα θα εξεταστεί παρακάτω), είναι μια ασθένεια αιτιολογικά ετερογενής, που παρουσιάζεται δηλαδή εξαιτίας του συνδυασμού πολλών και διαφορετικών παραγόντων. Παράλληλα, ούτε η παρουσία κάποιου συγκεκριμένου συνδυασμού παραγόντων σηματοδοτεί αυτόματα την εμφάνιση της κατάθλιψης, καθώς ο ίδιος αιτιολογικός παράγοντας μπορεί, σε συνάρτηση με άλλες κάθε φορά συνθήκες (άλλους αιτιολογικούς ή προστατευτικούς παράγοντες), να οδηγήσει σε διαφορετικό αποτέλεσμα, είτε με τη μορφή κάποιας άλλου είδους διαταραχής ή ακόμα και με την απουσία οποιασδήποτε διαταραχής (Klein et al., 2013).

1.6. Μέθοδοι Αξιολόγησης

Λόγω της ιδιαίτερης φύσης τόσο της ίδιας νόσου (όπως είδαμε παραπάνω) όσο και της περιόδου της εφηβείας, ένα αναπτυξιακό στάδιο που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική αμφιθυμία και απότομες αλλαγές διάθεσης, η κατάθλιψη σε παιδιά και εφήβους δεν μπορεί με ευκολία να διαγνωστεί. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται διάφορα ψυχομετρικά μέσα. Αυτά είναι οι κλίμακες αυτοαναφορών, οι κλίμακες αξιολόγησης της συμπεριφοράς από γονείς και δασκάλους, καθώς και οι δομημένες διαγνωστικές συνεντεύξεις. Με δεδομένο πως ο όρος κατάθλιψη μπορεί να χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει διάθεση, σύμπτωμα ή και διάγνωση, επισημαίνεται ότι οι κλίμακες αυτοαναφορών βασίζονται στην χρήση του όρου κατάθλιψη ως σύμπτωμα, οι κλίμακες αξιολόγησης ως σύνδρομο και οι διαγνωστικές συνεντεύξεις ως διάγνωση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Εξετάζοντας αναλυτικότερα τα ψυχομετρικά μέσα διαπιστώνεται πως κάθε ένα έχει θετικά και αρνητικά σημεία. Ειδικότερα, οι κλίμακες αυτοαναφορών που συμπληρώνονται από τους ίδιους τους εφήβους έχουν το πλεονέκτημα πως μπορούν να φανερώσουν τα βαθύτερα συναισθήματά και τις πιο μύχιες σκέψεις τους. Πέρα από την σχετική ακρίβεια των πληροφοριών, αφ' ης στιγμής προέρχονται από τους ίδιους τους εφήβους, η διαδικασία αυτή δεν είναι ιδιαίτερα δαπανηρή. Το κυριότερο μειονέκτημά τους, ωστόσο, είναι ότι, όπως σε κάθε αυτοαναφορικό κριτήριο, οι συμμετέχοντες ενδέχεται να μην απαντούν με πλήρη ειλικρίνεια στις ερωτήσεις, εξαιτίας πιθανών αισθημάτων ντροπής και ενοχών για τα όσα βιώνουν και αισθάνονται ή και αναλογιζόμενοι τον αντίκτυπο που θα έχουν οι απαντήσεις τους (Essau & Ollendick, 2009· Rudolph & Lambert, 2007). Από τις κυριότερες κλίμακες αυτοαναφορών είναι το C.D.I. (Children's Derpersion Inventroy· Kovacs, 1980).

Οι κλίμακες αξιολόγησης συμπεριφοράς από γονείς και δασκάλους έχουν το θετικό ότι δίνουν την «εξωτερική» εικόνα του εφήβου. Αυτή μάλιστα διαγράφεται σχεδόν ολοκληρωμένη, καθώς παρουσιάζεται σε διάφορα περιβάλλοντα (σχολείο, σπίτι) και από διαφορετικές οπτικές. Παράλληλα, όπως ισχύει και με τις κλίμακες αυτοαναφορών, είναι ένα ιδιαίτερα οικονομικό μέσο. Από την άλλη πλευρά, οι ερωτηθέντες δεν μπορούν να γνωρίζουν τα ακριβή συναισθήματα του εφήβου, την διάρκεια ή την ένταση των συμπτωμάτων που αυτός εμφανίζει, και η εικόνα που έχει κάθε ένας από αυτός είναι αποσπασματική - εξ ου και συχνά οι πληροφορίες που

δίνουν είναι αντικρουόμενες (Essau & Ollendick, 2009· Rudolph & Lambert, 2007). Η κυριότερη κλίμακα αξιολόγησης είναι η C.B.C.L. (Child Behavior Checklist· Achenbach, 1991).

Οι διαγνωστικές συνεντεύξεις, τέλος, είναι ο βασικότερος τρόπος μέσω του οποίου γίνεται οι κλινική διάγνωση της κατάθλιψης (βάσει των κριτηρίων DSM-IV). Οι συνεντεύξεις αυτές χωρίζονται σε δομημένες και μη δομημένες. Οι πρώτες έχουν προκαθορισμένο ερωτηματολόγιο, είναι τυποποιημένες συνεντεύξεις, μέσω των οποίων ο ερευνητής πληροφορείται τα συμπτώματα, τη διάρκεια, την έντασή τους και το ιστορικό του ασθενή. Συχνά μάλιστα η συνέντευξη περιλαμβάνει δύο μέρη, ένα για το παιδί και ένα για τους γονείς του. Το κυριότερο μειονέκτημα των δομημένων διαγνωστικών συνεντεύξεων είναι ότι είναι χρονοβόρες στη διαχείρισή τους. Οι μη δομημένες συνεντεύξεις αντιθέτως δεν είναι τυποποιημένες, αλλά πιο ευέλικτες και προσωπικές. Ως εκ τούτου, επομένως, είναι συγκριτικά αναξιόπιστες (Essau & Ollendick, 2009· Rudolph & Lambert, 2007). Παράλληλα, η ακρίβεια των πληροφοριών συναρτάται και από την αντιληπτική ικανότητα των εφήβων. Όσο μεγαλύτερα επομένως είναι τα παιδιά, τόσο ικανότερα είναι να αντιληφθούν αυτό που τους ζητείται (Avenevoli, Knight, Kessler, & Merikangas, 2008). Μια δομημένη διαγνωστική συνέντευξη που αποτελείται από δύο μέρη είναι η K-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children· Puig-Antich & Chambers, 1978)

Εκ των ανωτέρω τεκμαίρεται πως η διάγνωση της κατάθλιψης είναι μια περίπλοκη διαδικασία, και οι ερευνητές οφείλουν να λάβουν υπόψη τους όχι μόνο την ψυχοσύνθεση του εφήβου, αλλά και δεδομένα όπως το οικογενειακό-κοινωνικό του περιβάλλον και η λειτουργικότητά του σε διάφορα πεδία.

1.7. Έναρξη – πορεία – διάρκεια διαταραχής

Ο χρόνος έναρξης εμφάνισης της καταθλιπτικής διαταραχής εξαρτάται από το είδος της διαταραχής. Σε γενικές γραμμές στην περίπτωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής ο χρόνος αυτός είναι μεταξύ 15 και 19 ετών. Αντίθετα, η δυσθυμική

διαταραχή παρουσιάζεται για πρώτη φορά σε αρκετά μικρότερη ηλικία, και συγκεκριμένα γύρω στα 11. Ωστόσο από τις μελέτες προκύπτουν διαφορούμενα αποτελέσματα αναφορικά με το αν η εμφάνιση της διαταραχής σε μικρότερη ή μεγαλύτερη ηλικία προοικονομεί και την έντασή της (Stark et al., 2006).

Σχετικά με την πορεία της διαταραχής, μελέτες φανερώουν πως η μέση διάρκεια ενός επεισοδίου μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής κυμαίνεται από 32 έως 36 εβδομάδες, ενώ και ο ρυθμός ανάκαμψης είναι βραδύς, καθώς η μεγαλύτερη βελτίωση ξεκινάει μεταξύ της 24^{ης} και της 36^{ης} εβδομάδας (Stark et al., 2006). Στην περίπτωση της δυσθυμικής διαταραχής τα δεδομένα διαφοροποιούνται, καθώς η μέση διάρκεια ενός επεισοδίου είναι μεταξύ 3 και 4 ετών (Stark et al., 2006).

Διάφορες παράμετροι έχουν συνδεθεί με την διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Ένας σημαντικός δείκτης είναι η ένταση του επεισοδίου – όσο πιο έντονο είναι τόσο περισσότερο φαίνεται πως διαρκεί. Παράλληλα η σοβαρότητά του συνδέεται αντιστοίχως και με την πιθανότητα επανεμφάνισης του επεισοδίου. Τέλος, παράγοντες που συνδέονται με τη μεγαλύτερη διάρκειά του είναι η ύπαρξη δυσλειτουργικού οικογενειακού περιβάλλοντος, αλλά και το φύλο. Συγκεκριμένα τα κορίτσια τείνουν να βιώνουν πιο έντονα και πιο μεγάλα σε διάρκεια επεισόδια (Stark et al., 2006).

Ιδιαίτερα υψηλό είναι και το ποσοστό επανεμφάνισης της διαταραχής, καθώς πάνω από 50% των παιδιών και εφήβων εκδήλωσαν καταθλιπτικό επεισόδιο σε διάστημα μικρότερο των 5 ετών από την εμφάνιση του πρώτου επεισοδίου. Μάλιστα από έρευνες προκύπτει ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος επανεμφάνισης του επεισοδίου είναι σε διάστημα ενός έτους από την ανάρρωση από το πρώτο επεισόδιο (Stark et al., 2006).

1.8. Επιδημιολογία

Παρά τις δυσκολίες στην ταυτοποίηση της κατάθλιψης στις νεαρές ηλικίες, διάφορες έρευνες έχουν επιτρέψει την εξαγωγή συμπερασμάτων. Έτσι, αν και οι ακριβείς αριθμοί, όπως είναι λογικό, διαφέρουν, είναι κοινώς αποδεκτό πως τα ποσοστά

εμφάνισης της νόσου είναι χαμηλά σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, αυξάνονται στα παιδιά σχολικής ηλικίας, ενώ περαιτέρω αύξηση παρατηρείται στους εφήβους – ενδεικτικά αναφέρουμε πως, σε γενικές γραμμές, η κατάθλιψη παρουσιάζεται σε ποσοστό μικρότερο ή γύρω στο 1% των παιδιών προσχολικής ηλικίας και φθάνει πάνω από 7% στους εφήβους (Avenevoli et al., 2008· Garber & Rao, 2014· Klein et al., 2013· Stark et al., 2006).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η συχνότητα εμφάνισης της νόσου ανάμεσα στα δύο φύλα. Συγκεκριμένα ένα από τα πιο τεκμηριωμένα ευρήματα των μελετών είναι ότι ενώ κατά την παιδική ηλικία αυτή είναι κοινή σε αγόρια και κορίτσια, κατά την εφηβεία, και από την ηλικία των 12 έως 15 ετών, η κατάθλιψη εμφανίζεται πολύ πιο συχνά, σχεδόν σε διπλάσιο ποσοστό, στα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια (Avenevoli et al., 2008· Hankin, Wetzel, & Cheely, 2008· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006· Klein et al., 2013· Rudolph & Lambert, 2007). Η ερμηνεία του φαινομένου αυτού αποδίδεται σε ένα συνδυασμό βιολογικών και ψυχολογικών αλλαγών, οι οποίες σχετίζονται άμεσα και με τις επιδράσεις από το κοινωνικό περιβάλλον. Έτσι τα κορίτσια, βιώνοντας βιολογικές αλλαγές, είναι πιο ευεπίφορα στο να αναπτύξουν εσωτερικευμένα συμπτώματα και συναισθήματα άγχους και ανησυχίας για ζητήματα όπως η εξωτερική εμφάνισή τους ή η αποδοχή τους από το άλλο φύλο και από τον κοινωνικό περίγυρό τους (Klein et al., 2013· Rudolph & Lambert, 2007· Stark et al., 2006).

Ένα ακόμα ζήτημα είναι και το ότι τα τελευταία χρόνια ο μέσος όρος ηλικίας της πρώτης εμφάνισης της κατάθλιψης μειώνεται, τη στιγμή που η συχνότητα εμφάνισής της αυξάνεται. Ευλόγως πιθανολογείται ότι οι σύγχρονες συνθήκες ζωής έχουν διαδραματίσει καίριο ρόλο ως προς αυτό. Η κρίση που περνάει ο θεσμός της οικογένειας, η ανεργία, η ανησυχία για το μέλλον, οι ρυθμοί ζωής στις μεγαλουπόλεις, στις οποίες συσσωρεύεται όλο και περισσότερο πλήθος ανθρώπων, η αύξηση στη χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι παράγοντες που εντείνουν το άγχος και φαίνεται να επηρεάζουν την παγκόσμια νεανική κοινότητα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

1.9. Συννοσηρότητα

Στην πλειοψηφία τους, σε ποσοστά που κυμαίνονται από 40% έως 70%, τα παιδιά και οι έφηβοι που πάσχουν από κατάθλιψη, εμφανίζουν τουλάχιστον ακόμα μια διαταραχή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Ιδιαίτερα αυξημένα είναι τα ποσοστά συννοσηρότητας κυρίως ανάμεσα στην κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές, καθώς οι έφηβοι με κατάθλιψη είναι 8.2 φορές πιο πιθανό συγκριτικά με τους υγιείς συνομήλικούς τους (Odds Ratio [OR]=8.2) να εμφανίσουν αγχώδεις διαταραχές (Klein et al., 2013). Το υψηλό ποσοστό συννοσηρότητας οδήγησε ερευνητές να υποθέσουν ότι κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές είναι κοινή διαταραχή που απλώς εκφράζεται διαφορετικά, κάτι όμως που δεν ισχύει (Stark et al., 2006). Αν και δεν μπορούμε να γνωρίζουμε με ακρίβεια τον λόγο, η σύνδεση αυτή μεταξύ κατάθλιψης και αγχωδών διαταραχών εικάζεται πως οφείλεται σε κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες-γνωσιακούς, γενετικούς, βιολογικούς και περιβαλλοντικούς (Rohde, 2009).

Αρκετά συχνό επίσης είναι το φαινόμενο της εμφάνισης της κατάθλιψης μαζί με διαταραχές διαγωγής (OR=6.2 Klein et al., 2013). Στην περίπτωση αυτή μάλιστα, ενδέχεται η προσοχή του κοινωνικού περιγύρου να στραφεί στα εξωτερικευμένα συμπτώματα και τα αντίστοιχα της κατάθλιψης να περάσουν απαρατήρητα. Αυτό, όπως είναι λογικό συμβαίνει γιατί τα πρώτα οδηγούν συχνά σε εντάσεις με το οικογενειακό-κοινωνικό περιβάλλον ή ακόμα και σε παραβατικές συμπεριφορές (Stark et al., 2006).

Υψηλό είναι το ποσοστό συννοσηρότητας της κατάθλιψης και με τις διαταραχές ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (OR=6.2 Klein et al., 2013), ενώ, συχνά, μαζί με την κατάθλιψη παρουσιάζονται διαταραχές πρόσληψης τροφής, αναπτυξιακές διαταραχές, εναντιωματική-προκλητική διαταραχή, καθώς και διαταραχές χρήσης ουσιών (Klein et al., 2013).

Αξιοσημείωτο είναι πως οι διαταραχές που εμφανίζονται με την κατάθλιψη διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία του πάσχοντα. Έτσι, στην προεφηβική ηλικία η κατάθλιψη συνοδεύεται από το άγχος του αποχωρισμού και προβλήματα διαγωγής, ενώ στην εφηβική εμφανίζεται με κατάχρηση ουσιών, για τα αγόρια, και διαταραχές διατροφής, για τα κορίτσια (Rohde, 2008). Συνολικά, δε, οι καταθλίψεις

που συνοδεύονται από άλλες διαταραχές έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα επανεκδήλωσης, μεγαλύτερη διάρκεια και είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστούν (Garber & Rao, 2014).

1.10. Αναπτυξιακή πορεία παιδιών με κατάθλιψη

Συμπτώματα κατάθλιψης εμφανίζονται από τη βρεφική κιόλας ηλικία. Ασφαλώς, η εκδήλωση αυτών των συμπτωμάτων ποικίλει, καθώς σε κάθε στάδιο ανάπτυξης των παιδιών παρουσιάζονται ξεχωριστά χαρακτηριστικά κατάθλιψης, τα οποία συναρτώνται άμεσα με το επίπεδο βιολογικής, συναισθηματικής και γνωστικής ανάπτυξης του παιδιού. Τα βασικότερα χαρακτηριστικά ανά ηλικία είναι (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006; Wilmshurst, 2014):

1.10.1. Βρεφική και νηπιακή ηλικία

Η μορφή που μπορούν να λάβουν οι ενδείξεις κατάθλιψης στα βρέφη είναι η απώλεια όρεξης, η έλλειψη ύπνου καθώς και η καθυστέρηση αναπτυξιακών οροσήμων (περπάτημα, ομιλία). Παράλληλα, συχνά εμφανίζουν συμπεριφορές όπως χτύπημα του κεφαλιού, ρυθμική κίνηση μπρος-πίσω, πιπίλισμα δακτύλου.

1.10.2. Προσχολική ηλικία

Στο στάδιο αυτό τα παιδιά μπορεί να εμφανίσουν έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που οι συνομήλικοί τους θεωρούν ευχάριστες ή παλινδρόμηση στο λεκτικό και στο γνωστικό τομέα. Άλλες πιθανές ενδείξεις κατάθλιψης είναι η δυσκολία στον ύπνο, το κλάμα ως έκφραση του φόβου εγκατάλειψης, η ανήσυχη διάθεση και η κοινωνική απόσυρση.

1.10.3. Σχολική ηλικία

Στο στάδιο αυτό η κλινική εικόνα της κατάθλιψης πλησιάζει την αντίστοιχη των ενηλίκων. Εκφράζονται πλέον συναισθήματα ενοχής και αυτοκριτικής, ενώ η έλλειψη κινήτρου αποτυπώνεται τόσο στις σχολικές επιδόσεις του παιδιού όσο και στις κοινωνικές του δραστηριότητες. Επιπλέον ενδέχεται να παρουσιάσει επιθετική συμπεριφορά, καθώς και σωματικούς πόνους.

1.10.4. Εφηβική ηλικία

Μερικά από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα της εφηβικής κατάθλιψης είναι οι απότομες αλλαγές διάθεσης, η αντιδραστική συμπεριφορά, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, η αίσθηση υπερβολικής κόπωσης, όπως και η απώλεια ενέργειας.

1.11. Αιτιολογία

Τα τελευταία χρόνια η έρευνα αναφορικά με την αιτία εμφάνισης της κατάθλιψης στους εφήβους έχει ενταθεί. Αναγνωρίζοντας τις ιδιαιτερότητες της παιδικής-εφηβικής ηλικίας, οι ερευνητές δεν επιδιώκουν να ερμηνεύσουν την διαταραχή βασιζόμενοι σε θεωρίες που αφορούν τους ενήλικες, αλλά αναπτύσσουν αντίστοιχες επικεντρωμένες στα αίτια εμφάνισης της κατάθλιψης κατά την περίοδο αυτή. Αν και τα δεδομένα που έχουμε στη διάθεσή μας δεν επιτρέπουν την εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων, εντούτοις έχει εξακριβωθεί ότι η εφηβική κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα της ύπαρξης διαφορετικών παραγόντων, που αλληλεπιδρούν.

1.11.1. Γενετικές θεωρίες

Είναι πλέον γενικά αποδεκτό ότι η κατάθλιψη είναι, σε μεγάλο βαθμό, μια διαταραχή. Συγκεκριμένα μελέτες έχουν δείξει πως τα παιδιά που έχουν καταθλιπτικούς γονείς έχουν γύρω στο 35% αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη και τα ίδια

συγκριτικά με τα παιδιά γονέων που δεν είχαν τη συγκεκριμένη διαταραχή (Joormann, Eugene, & Gotlib, 2009). Μάλιστα η γονική κατάθλιψη έχει συνδεθεί με την εμφάνιση της νόσου και σε εφήβους μικρότερης ηλικίας και σε πιο βαριά μορφή (Lieb, Isensee, Hofler, Pfiser, & Wittchen, 2002). Παράλληλα, έχει διαπιστωθεί πως στην περίπτωση που και οι δυο γονείς έχουν κατάθλιψη, οι πιθανότητες και το παιδί να εμφανίσει τη διαταραχή είναι πιο πολλές από ότι αν ο ένας γονέας ήταν καταθλιπτικός (Joormann et al., 2009).

Ωστόσο παρά τα δεδομένα αυτά, δεν γνωρίζουμε τους ακριβείς τρόπους μετάδοσης της διαταραχής, τους μηχανισμούς που εμπλέκονται ώστε αυτή να μεταφέρεται από γενιά σε γενιά. Ενδεχομένως, όπως δείχνουν και σχετικές έρευνες, γενετικά να κληρονομείται μια προδιάθεση στην κατάθλιψη και η εκδήλωσή της να προϋποθέτει την ύπαρξη αγχογόνων περιβαλλοντικών καταστάσεων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Είναι φυσιολογικό, άλλωστε, η παρουσία ενός καταθλιπτικού γονέα να δημιουργεί ποικίλα ζητήματα στο παιδί που σχετίζονται είτε με την κοινωνική απομόνωση που αυτό, ως επακόλουθο, μπορεί να βιώνει είτε με το οικογενειακό περιβάλλον εντός του οποίου μεγαλώνει και το είδος και την ποιότητα της σχέσης που αναπτύσσεται ανάμεσα στο παιδί και τον γονέα. Αυτό που έχει διαπιστωθεί, πάντως, είναι ότι τα γονίδια παίζουν μεγαλύτερο ρόλο, από ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες στην εφηβική κατάθλιψη, ενώ οι περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι πιο καθοριστικοί από τους γονιδιακούς στην κατάθλιψη κατά τη σχολική ηλικία (Klein et al., 2013)

1.11.2. Βιολογικές θεωρίες

Αναφορικά με τους βιολογικούς παράγοντες, τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα φανερώνουν πως, όπως συμβαίνει και με τους ενήλικες, οι έφηβοι με κατάθλιψη εμφανίζουν διαταραχές στη λειτουργία του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια, γεγονός που υποδεικνύει δυσλειτουργία στο σύστημα αντίδρασης στο στρες. Σύμφωνα με στοιχεία λοιπόν τα παιδιά και οι έφηβοι που πάσχουν από κατάθλιψη εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης που απελευθερώνεται από τα επινεφρίδια συγκριτικά με τους υγιείς συνομηλίκους τους (Klein et al., 2013· Rudolph & Lambert, 2007). Επίσης ορισμένες μελέτες φανερώνουν διαταραχές στο σεροτονινεργικό σύστημα νευροδιαβιβαστών, με την γρήγορη αποδέσμευση από τους

νευρώνες και τη διάσπαση της σεροτονίνης να ενδέχεται να προκαλεί την εμφάνιση της κατάθλιψης (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000; Rudolph & Lambert, 2007). Παράλληλα παρατηρείται (σε ποσοστό που φθάνει το 90% για ενήλικες και έφηβους με κατάθλιψη) και η ύπαρξη διαταραχών του ύπνου (Wolfson & Armitage, 2009). Συγκεκριμένα, σημειώνεται, όπως και στους ενήλικες με κατάθλιψη, μείωση της λανθάνουσας κατάστασης του παράδοξου ύπνου (R.E.M.) και αύξηση της πυκνότητάς του, αν και η ασυνέπεια των ευρημάτων δεν επιτρέπει την άμεση σύνδεση των διαταραχών αυτών με την κατάθλιψη (Chabrol, 2005; Rudolph & Lambert, 2007).

Ευρήματα που βασίζονται κυρίως σε μελέτες για την κατάθλιψη στους ενήλικες, και δεν έχουν επιβεβαιωθεί απόλυτα για τους εφήβους, φανερώνουν διαταραχές στη δομή και στη λειτουργία του εγκεφάλου. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθούμε περιληπτικά στην σχέση εγκεφάλου και συναισθήματος. Ειδικότερα, το αυτόνομο νευρικό και το ενδοκρινικό σύστημα διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο σε κάθε θεωρία για το συναίσθημα. Ο υποθάλαμος, ο οποίος είναι μια υποφλοιϊκή δομή, σχετίζεται άμεσα και με τα δύο συστήματα, καθώς ελέγχει το ενδοκρινικό και έχει καθοριστικό ρόλο στον έλεγχο της λειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Συγκεκριμένα, επιδρά στο τελευταίο τροποποιώντας τα σπλαχνικά αντανακλαστικά κυκλώματα, τα οποία υπάρχουν κυρίως στο επίπεδο του εγκεφαλικού στελέχους. Ο έλεγχος στο ενδοκρινικό σύστημα ασκείται τόσο άμεσα, με την έκκριση νευροενδοκρινικών προϊόντων στην γενική κυκλοφορία του αίματος από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης, όσο και έμμεσα με την έκκριση ρυθμιστικών ορμονών στο τοπικό πυλαίο πλέγμα. Ο έλεγχος αυτός και στις δύο μορφές του επιτυγχάνεται μέσω νευροενδοκρινών νευρώνων (Kalat, 2003).

Πειράματα φανέρωσαν πως ο υποθάλαμος δεν αποτελεί αποκλειστικά περιοχή κινητικών εντολών, αλλά συνδέεται, μέσω του ερεθισμού του, και με την επιλεκτική εκδήλωση συναισθηματικών καταστάσεων. Η αναζήτηση των επιστημόνων για αντιπροσώπευση των συναισθημάτων στον φλοιό οδήγησε στον στεφανιαίο λοβό (κύκλωμα του Papez), ο οποίος περιλαμβάνει την παραϊπποκάμπεια έλικα και τον υποκείμενο φλοιό, δηλαδή τον ιπποκάμπειο σχηματισμό, ο οποίος είναι μορφολογικά απλούστερος και περιλαμβάνει τον ιδίως ιππόκαμπο, την οδοντωτή έλικα και το υπόθεμα του ιπποκάμπου. Το τμήμα του στεφανιαίου λοβού που έχει την αμεσότερη σχέση με το συναίσθημα είναι ο αμυγδαλοειδής πυρήνας. Αυτός αποτελείται από

πολλούς πυρήνες, οι οποίοι συνδέονται αμοιβαία και με τον υποθάλαμο και με τον ιππόκαμπειο σχηματισμό. Το σύμπλεγμα του βασικού και του έξω αμυγδαλικού πυρήνα (περιοχή εισόδου της αμυγδαλής) δέχεται σημαντικό αριθμό αισθητικών πληροφοριών, με ποικίλες ενδείξεις να υποδεικνύουν πως αισθητικές πληροφορίες για διάφορες επίκτητες συναισθηματικές καταστάσεις (ειδικά φόβο και άγχος) φθάνουν μέσω του συμπλέγματος του βασικού και του έξω αμυγδαλικού πυρήνα. Παράλληλα, βέβαια, η αμυγδαλή διεκπεραιώνει και τις συναισθηματικές αντιδράσεις απόλαυσης. Τέλος, ο κεντρικός αμυγδαλικός πυρήνας, ο οποίος αποτελεί την κύρια έξοδο της αμυγδαλής, «υποδέχεται» τις πληροφορίες από την περιοχή εισόδου της αμυγδαλής και στέλνει ίνες στην έξω περιοχή του υποθαλάμου και σε περιοχές του εγκεφαλικού στελέχους οι οποίες ρυθμίζουν τις αυτόνομες αποκρίσεις σε ερεθίσματα με συναισθηματική φόρτιση, ενώ προβάλλει και στον παρακοιλιακό πυρήνα του υποθαλάμου, που πιστεύεται πως σχετίζεται με τη διεκπεραίωση νευροενδοκρινικών αποκρίσεων σε ερεθίσματα φόβου και στρες (Kalat, 2003).

Επιστρέφοντας στο θέμα της συσχέτισης της κατάθλιψης και της εγκεφαλικής λειτουργίας, μελέτες δομικής απεικόνισης του εγκεφάλου με χρήση αξονικής (CT) ή μαγνητικής τομογραφίας (MRI) ανέδειξαν πως ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή έχουν μικρότερους κερκοφόρους πυρήνες και μετωπιαίους λοβούς σε σχέση με τα υγιή άτομα, καθώς και μικρότερους ή μεγαλύτερους αμυγδαλοειδείς πυρήνες και ιππόκαμπους. Επιπλέον οι καταθλιπτικοί εμφανίζουν παθολογικούς χρόνους επαναφοράς στην ακολουθία T₁ στον ιππόκαμπο, και μειώσεις στον αμυγδαλοειδή πυρήνα. Παράλληλα, αρκετές μελέτες αναφέρουν μείωση της αιματικής ροής η οποία επηρεάζει γενικά τον εγκεφαλικό κλοιό και πιο συγκεκριμένα τις μετωπιαίες φλοιικές περιοχές (Kaplan et al., 2000· Rudolph & Lambert, 2007). Ακόμα, στους ενήλικες με κατάθλιψη έχουν παρατηρηθεί νευρολογικές διαταραχές στα βασικά γάγγλια και στο μεταιχμιακό σύστημα, το οποίο πιστεύεται πως παίζει καθοριστικό ρόλο στην παραγωγή των συναισθημάτων (Kaplan et al., 2000). Έρευνες σε καταθλιπτικούς ανηλίκους φανερώνουν λειτουργικές διαταραχές σε εγκεφαλικά δίκτυα που σχετίζονται με τη διαχείριση του συναισθήματος και της επιβράβευσης, καθώς και το γνωστικό και κοινωνικό τομέα και την ικανότητα πρόβλεψης και προγραμματισμού (Klein et al., 2013· Rudolph & Lambert, 2007).

Η ύπαρξη αυτών των (βιολογικών) διαταραχών δεν αποτελεί τον λόγο ύπαρξης κατάθλιψης, αλλά ένα δευτερογενές χαρακτηριστικό της ή μιας

αλληλεπίδρασης βιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων (Chabrol, 2005). Τέλος, το ότι αρκετές από τις προαναφερθείσες νευροβιολογικές διαταραχές παρουσιάζονται και σε άλλες διαταραχές καθιστά τους ερευνητές διστακτικούς στο να τις θεωρήσουν αξιόπιστους δείκτες ύπαρξης της κατάθλιψης (Nantel-Vivier & Pihl, 2008)

1.11.3. Γνωσιακές θεωρίες

Οι γνωσιακές θεωρίες αναφορικά με την εφηβική κατάθλιψη αποτελούν προέκταση αντίστοιχων θεωριών της κατάθλιψης στους ενήλικες. Εστιάζουν στο ρόλο της πνευματικής δραστηριότητας, και κυρίως στη γνωσιακή ευαλωτότητα, η οποία είναι ένα σταθερό, εσωτερικό χαρακτηριστικό που προδιαθέτει το άτομο να εμφανίσει καταθλιπτικά συμπτώματα. Ορισμένες μορφές της ευαλωτότητας είναι δυσλειτουργικές αντιλήψεις, μηρυκασμός αρνητικών σκέψεων, χαμηλή αυτοεκτίμηση. Σύμφωνα λοιπόν με τις γνωσιακές θεωρίες, θεωρίες η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης της γνωσιακής ευαισθησίας του ατόμου με συγκεκριμένα εξωτερικά γεγονότα. Αναλυτικότερα, στα άτομα με επιρρέπεια στην ανάπτυξη γνωσιακών δυσλειτουργιών η εμφάνιση ενός αγχογόνου γεγονότος σηματοδοτεί την έναρξη μιας καθοδικής πορείας που οδηγεί στην κατάθλιψη. Ο βαθμός ευαισθησίας και επιρρέπειας ασφαλώς διαφέρει από άτομο σε άτομο. Όσο μεγαλύτερος όμως είναι τόσο πιο μικρό μπορεί να είναι το εξωτερικό γεγονός/ερέθισμα που θα οδηγήσει στην εκδήλωση της διαταραχής (Abela & Hankin, 2008).

Η πρώτη γνωσιακή θεωρία για την κατάθλιψη ήταν του Beck. Κεντρικό ρόλο σε αυτή διαδραματίζει η έννοια των γνωστικών σχημάτων, που είναι σταθερές δομές στη μνήμη και μέσω των οποίων τα άτομα αντιλαμβάνονται και αποκωδικοποιούν τα γεγονότα. Ο Beck θεωρεί ότι υπάρχουν άτομα με «καταθλιπτικογενή» σχήματα, τα οποία εκδηλώνονται μόλις συμβεί κάποιο στρεσογόνο περιστατικό. Έτσι, μέσω γενίκευσης και καταστροφολογίας, αναπτύσσονται αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα (αυτοκριτικής, χαμηλής αυτοεκτίμησης), τα οποία αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης της λεγόμενης αρνητικής «γνωστικής τριάδας». Βάσει αυτής το άτομο αναπτύσσει τρία διακριτά γνωστικά μοτίβα: αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό του (ότι είναι ανίκανος), για τον κόσμο (ότι είναι άδικος και κακός) και για το μέλλον (ότι θα κυριαρχείται από αρνητικά γεγονότα) (Abela & Hankin, 2008).

Μια άλλη διαδεδομένη θεωρία για την κατάθλιψη είναι η «ανέλπιδη θεωρία». Στο πλαίσιο αυτής, το άτομο έχει την τάση: α) να αποδίδει αρνητικά γεγονότα σε σταθερούς, εσωτερικούς παράγοντες, β) να θεωρεί ότι κάθε αρνητικό γεγονός έχει πολλαπλές καταστροφικές συνέπειες και γ) να θεωρεί το ίδιο υπεύθυνο για το αρνητικό γεγονός. Έτσι, κάθε αρνητικό γεγονός πολλαπλασιάζει τις αρνητικές σκέψεις του ατόμου, με αποτέλεσμα να κυριαρχεί η έλλειψη ελπίδας, γεγονός που προωθεί περαιτέρω την κατάθλιψη, δημιουργώντας έτσι έναν αδιέξοδο φαύλο κύκλο. (Abela & Hankin, 2008· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Τέλος υπάρχει και η θεωρία του είδους αντίδρασης. Σύμφωνα με αυτή το πώς αντιδρά το άτομο στα καταθλιπτικά συμπτώματα καθορίζει τη διάρκεια και την ένταση της διαταραχής. Συγκεκριμένα οι δύο πιθανές αντιδράσεις είναι ο μηρυκασμός και ο αντιπερισπασμός. Όσοι επανέρχονται στα αρνητικά γεγονότα και σκέψεις έχουν εντονότερα και μεγαλύτερα σε διάρκεια συμπτώματα, σε αντίθεση με αυτούς που μεταφέρουν αλλού τη σκέψη τους (Abela & Hankin, 2008).

Τα ερευνητικά δεδομένα δεν έχουν τεκμηριώσει με επάρκεια την ορθότητα των θεωριών. Παράλληλα υπάρχουν ακόμα αρκετά ερωτήματα αναφορικά με τις γνωσιακές θεωρίες. Η ανάπτυξη λ.χ. των δυσλειτουργικών αντιλήψεων έχει υποστηριχθεί ότι μπορεί να είναι χαρακτηριστικό το οποίο κληρονομείται ή απότοκο σοβαρής, επαναλαμβανόμενης κακομεταχείρισης. Επίσης δεν έχει εξακριβωθεί αν ο αρνητικός τρόπος επεξεργασίας των πληροφοριών αφορά αποκλειστικά την κατάθλιψη ή και άλλες μορφές ψυχοπαθολογίας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

1.11.4. Οικογενειακό περιβάλλον

Η ύπαρξη ενός δυσλειτουργικού οικογενειακού περιβάλλοντος έχει συνδεθεί με την εφηβική κατάθλιψη. Ειδικότερα, σε σχετικές μελέτες παρατηρείται έλλειψη επικοινωνίας και οικειότητας ανάμεσα στα καταθλιπτικά παιδιά και τους γονείς τους. Αντίθετα επισημαίνεται αυξημένη γονική παρεμβατικότητα και κακομεταχείριση (Klein et al., 2013). Επίσης στα ευρήματα περιλαμβάνονται δυσκολίες στην επικοινωνία, χαμηλά επίπεδα συνοχής, γονική αδιαφορία, αυξημένη κριτική και τιμωρητική συμπεριφορά, απουσία αποδοχής και υποστήριξης (Rudolph, Flynn & Abaied, 2008· Stark et al., 2006).

Επίσης, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η παθολογία των γονέων, και η ύπαρξη κατάθλιψης σε αυτούς, συναρτάται με την παιδική-εφηβική κατάθλιψη. Όσον αφορά τη μητέρα ειδικότερα, η συμπεριφορά της απέναντι στα παιδιά διέπεται από δύο κύρια χαρακτηριστικά: την παρεμβατικότητα και την απόσυρση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Έτσι, οι μητέρες αυτές είναι πιο επικριτικές, λιγότερο τρυφερές, και πιο εχθρικές και παρεμβατικές σε σχέση με τις μητέρες που δεν πάσχουν από τη διαταραχή.

1.11.5. Σχέσεις με συνομήλικους

Σημαντικές δυσκολίες παρατηρούνται και στις κοινωνικές-φιλικές και ρομαντικές σχέσεις των καταθλιπτικών παιδιών και εφήβων με τους συνομήλικούς τους. Βάσει μελετών προκύπτει πως έφηβοι με κατάθλιψη διατηρούν λιγότερο σταθερές και πιο φτωχές φιλικές και ερωτικές σχέσεις συγκριτικά με τους συνομηλίκους τους που δεν υποφέρουν από τη διαταραχή, βιώνοντας πιο συχνά την απόρριψη από αυτούς (Klein et al., 2013· Rudolph & Lambert, 2007). Παράλληλα, η έλλειψη σχέσεων φαίνεται πως σχετίζεται και με τη διάρκεια της κατάθλιψης, καθώς μελέτες φανερώνουν πως αυτή επεκτείνεται στις περιπτώσεις παιδιών που αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στις φιλικές τους σχέσεις (Stark et al., 2006).

Ταυτόχρονα, έρευνες έχουν δείξει πως τα άτομα στην εφηβεία που βιώνουν την κατάθλιψη επιδεικνύουν συγκεκριμένες συμπεριφορές σε σχέση με τους υγιείς συνομήλικούς τους. Έτσι, είναι πιο επιθετικοί, πιο απομονωμένοι, πιο εχθρικοί, λιγότερο κοινωνικοί, λιγότερο υποστηρικτικοί και δραστήριοι, και αποφεύγουν να αναλαμβάνουν ευθύνες ή να επιλύουν διάφορα προβλήματα. Επιπλέον εμφανίζονται να επιζητούν επιβεβαιωτικά σχόλια για τον εαυτό τους, αλλά και αρνητικές κρίσεις προκειμένου να τονώσουν την αυτοπεποίθησή τους και να επιβεβαιώσουν την αρνητική εντύπωση που έχουν για τον εαυτό τους αντίστοιχα (Klein et al., 2013· Rudolph, 2009· Rudolph & Lambert, 2007). Με δεδομένες λοιπόν τις δυσλειτουργίες στην κοινωνική συμπεριφορά τους, οι καταθλιπτικοί έφηβοι είναι λογικό να αντιμετωπίζουν υψηλά ποσοστά απόρριψης και χαμηλά ποσοστά αποδοχής (Rudolph, 2009).

Ακόμα, στο πλαίσιο αυτό, είναι λογικό να επηρεάζεται και η ποιότητα των σχέσεών τους. Έχοντας λιγότερες επιλογές ως προς τους ανθρώπους που θα αποτελούν τον «κύκλο» τους ή τον/την σύντροφό τους, έλκονται από συνομήλικους που αντιμετωπίζουν επίσης κατάθλιψη ή κάποιου άλλου είδους διαταραχή, γεγονός που μακροπρόθεσμα οδηγεί στην επιδείνωση και διακοπή των σχέσεων (Rudolph et al., 2008). Τέλος, αν και χρειάζεται περαιτέρω έρευνα στο πεδίο αυτό, ωστόσο μέχρι τώρα μελέτες υποδεικνύουν πως οι δυσλειτουργίες στο φιλικό επίπεδο λειτουργούν τόσο ως προηγούμενο όσο και ως επακόλουθο της κατάθλιψης – ειδικά στην περίπτωση κοριτσιών στην εφηβεία (Rudolph, 2009).

1.11.6. Άγχος

Το άγχος, όπως φανερώνουν σχετικές μελέτες, είναι ένας ακόμα παράγοντας που σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση της εφηβικής κατάθλιψης (Klein et al., 2013). Το άγχος αυτό μπορεί να προκληθεί από ένα ισχυρό αρνητικό γεγονός (θάνατος, χωρισμός), από χρόνιες στρεσογόνες καταστάσεις, από καθημερινά μικροπροβλήματα ή από παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνική ή οικονομική ζωή (Rudolph, 2009).

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, υπάρχουν ποικίλοι παράγοντες που οδηγούν στην ύπαρξη της διαταραχής. Έτσι, παιδιά και έφηβοι που έχουν κάποια (βιολογική, γενετική ή άλλη) προδιάθεση στην κατάθλιψη είναι πολύ πιο πιθανό να την εμφανίσουν έπειτα από κάποιο γεγονός που τους προκαλεί άγχος. Μάλιστα αποκτούν και ευαισθησία στα αγχογόνα περιστατικά. Ενώ δηλαδή για το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο απαιτούνται υψηλά ποσοστά άγχους, για κατοπινά περιστατικά τα αντίστοιχα ποσοστά μειώνονται (Klein et al., 2013).

Η σχέση όμως του άγχους με την κατάθλιψη φαίνεται πως είναι αμφίδρομη. Οι νέοι δεν αντιδρούν απλώς στις αγχογόνες καταστάσεις, αλλά, εν μέρει, τις δημιουργούν ή τις ανατροφοδοτούν. Ειδικά σε ζητήματα σχέσεων προκύπτει πως οι έφηβοι, με τη συμπεριφορά τους και την αντίληψή τους για αυτές, δημιουργούν αγχογόνες καταστάσεις, που οδηγούν, με τη σειρά τους, σε νέα καταθλιπτικά επεισόδια (Rudolph, 2009).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό που συνδέει το άγχος με την κατάθλιψη είναι η χρονική περίοδος της εφηβείας. Συγκεκριμένα, μελέτες φανερώνουν πως στην εφηβεία, διάστημα στο οποίο παρατηρείται αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, υπάρχουν μεγαλύτερα ποσοστά στρες από ότι στην προεφηβική περίοδο. Αυτό εξηγείται, καθώς είναι το διάστημα που οι έφηβοι παίρνουν περισσότερες πρωτοβουλίες στη ζωή τους, κάνουν τις δικές τους επιλογές και εκτίθενται περισσότερο. Επίσης, το ότι τα κορίτσια στην εφηβεία εμφανίζουν τη διαταραχή σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα αγόρια της ίσως σχετίζεται με το ότι αναπτύσσουν περισσότερο άγχος (ειδικά όσον αφορά το πεδίο των διαπροσωπικών σχέσεων), γεγονός που αποτελεί ένα ακόμα παράγοντα σύνδεσης άγχους και κατάθλιψης (Rudolph, 2009).

1.12. Συνέπειες-Συνοδά προβλήματα της κατάθλιψης

Αναντίρρητα, η κατάθλιψη επηρεάζει τα παιδιά και τους εφήβους σε διάφορα πεδία της ζωής τους. Κατ' αρχάς, διαπιστώσαμε ήδη τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν σε κοινωνικό επίπεδο. Η κοινωνική απόρριψη και η αίσθηση μοναξιάς συνοδεύουν τον καταθλιπτικό έφηβο, ο οποίος παρουσιάζει εμφανή δυσκολία στο να αποκτήσει φίλους και να ενταχθεί σε παρέες. Το γεγονός αυτό εν πολλοίς οφείλεται στην απομόνωση του πάσχοντος και σε συγκεκριμένες συμπεριφορές του που συνδέονται με την διαταραχή (έλλειψη αυτοπεποίθησης, αποφυγή πρωτοβουλίας για έναρξη συζήτησης, αποφυγή βλεμματικής επαφής). Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η επιβεβαίωση των αρνητικών σκέψεων του εφήβου, τόσο αναφορικά με τον ίδιο, όσο και με τον κόσμο που τον περιβάλλει. Το γεγονός αυτό με τη σειρά του κάνει τον έφηβο περισσότερο απόμακρο και τους συμμαθητές/συνομηλικούς του περισσότερο διστακτικούς στο να τον πλησιάσουν (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006· Rudolph & Lambert, 2007· Stark et al., 2006).

Παράλληλα, με την καταθλιπτική διαταραχή πλήττεται και η λειτουργικότητα των εφήβων σε ακαδημαϊκό επίπεδο. Η έλλειψη ενδιαφέροντος και κινήτρου, καθώς και η δυσκολία στη συγκέντρωση προσοχής είναι λογικό να επηρεάζουν τις σχολικές τους επιδόσεις. Το ίδιο αποτέλεσμα μπορεί να έχει και η ψυχοκινητική επιβράδυνση,

η οποία ενδεχομένως επηρεάζει το ρυθμό απόκτησης νέων γνώσεων. Έτσι, λοιπόν, ενώ τα πορίσματα των μελετών είναι αντιφατικά σχετικά με το αν οι αρνητικές επιδράσεις της κατάθλιψης στο υπό εξέταση πεδίο είναι αναστρέψιμες με την πάροδο των επεισοδίων, το γεγονός παραμένει πως η ύπαρξη της διαταραχής αναμφίλεκτα επηρεάζει τις σχολικές επιδόσεις των καταθλιπτικών παιδιών εφήβων – όπως μαρτυρεί και το υψηλό ποσοστό τους που εγκαταλείπει το σχολείο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006· Rudolph & Lambert, 2007).

Επιπλέον, η κατάθλιψη, όπως επισημάνθηκε και παραπάνω, επηρεάζει και τις γνωστικές λειτουργίες των εφήβων και των παιδιών, και ειδικότερα τον τρόπο που αντιλαμβάνονται και επεξεργάζονται τα διάφορα ερεθίσματα. Συγκεκριμένα, είναι αυστηροί με τον εαυτό τους, καθώς πιστεύουν ότι δεν μπορούν να κάνουν το οτιδήποτε σωστά, ενώ για οποιαδήποτε αποτυχία θεωρούν υπεύθυνους τους ίδιους, φθάνοντας στο σημείο να μην δέχονται την επιβράβευση του κοινωνικού τους περίγυρου. Επίσης, εστιάζουν στην αρνητική πλευρά των γεγονότων, έχοντας μάλιστα την τάση να την μεγαλοποιούν και να την γενικεύουν. Με τον τρόπο αυτό διαμορφώνεται μια απαισιόδοξη θέαση της ζωής, η οποία, διατηρούμενη και μετά το πέρας του καταθλιπτικού επεισοδίου, διαιώνίζεται, καθιστώντας τον έφηβο ευάλωτο σε νέα καταθλιπτικά επεισόδια (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Με βάση τα προαναφερθέντα, τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο καταθλιπτικός έφηβος στην κοινωνική και ακαδημαϊκή ζωή του, αλλά και τη σκοτεινή εικόνα που σχηματίζει για τον κόσμο που τον περιβάλλει, εξηγείται ίσως και το υψηλό ποσοστό νέων με κατάθλιψη που στρέφεται στη χρήση ουσιών (Rudolph & Lambert, 2007). Εξίσου υψηλό είναι το αντίστοιχο ποσοστό αυτοκτονιών. Η σχέση εφηβικής κατάθλιψης και αυτοκτονίας είναι ένα ζήτημα, άλλωστε, που έχει απασχολήσει έντονα τη διεθνή επιστημονική κοινότητα. Οι σκέψεις για τον θάνατο, η αυτοκτονική συμπεριφορά και οι απόπειρες αυτοκτονίας συνδέονται με το στάδιο της εφηβείας. Την περίοδο αυτή μάλιστα παρουσιάζονται και τα αυτοκτονικά ισοδύναμα, συμπεριφορές δηλαδή που θέτουν σε κίνδυνο τη σωματική ακεραιότητα του εφήβου, χωρίς να υπάρχει συνειδητή θέληση θανάτου. Μελέτες φανερώνουν την έκταση του φαινομένου. Έτσι, στις ΗΠΑ η αυτοκτονία αποτελεί τη τρίτη αιτία θανάτου ανάμεσα στους εφήβους και νεαρούς ενήλικες, πίσω από τα ατυχήματα και τις δολοφονίες. Αναλυτικότερα, σε μια μόνο χρονιά πάνω από 1.700 έφηβοι έβαλαν τέλος στη ζωή τους, ενώ πολλοί περισσότεροι επιχείρησαν

ανεπιτυχώς να αυτοκτονήσουν ή προξένησαν μη αυτοκτονικούς αυτοτραυματισμούς (Jacobson & Gould, 2008). Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας ή απόπειρας στην εφηβεία διπλασιάζονται, σε σχέση με την παιδική ηλικία, ενώ, ως προς το φύλο, τα αγόρια υπερτερούν στις αυτοκτονίες και τα κορίτσια στις απόπειρες και στις αυτοκτονικές σκέψεις (Van Orden, Witte, Shelby, Bender, & Joiner, 2008). Το κυριότερο μέσο που χρησιμοποιούν οι έφηβοι για την αυτοκτονία είναι το όπλο, ενώ για τις απόπειρες η λήψη φαρμάκων και η φλεβοτομία (Jacobson & Gould, 2008).

Ασφαλώς πολλοί παράγοντες συντελούν στην ύπαρξη του φαινομένου της αυτοκτονίας. Όπως φανερώνουν όμως τα δεδομένα, ένας κύριος παράγοντας είναι η ύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών και ειδικά της κατάθλιψης – είδαμε άλλωστε πως ο αυτοκτονικός ιδεασμός αποτελεί σύμπτωμά της (Van Orden et al., 2008). Συγκεκριμένα, μελέτες ψυχολογικής αυτοψίας, στις οποίες ειδικοί παίρνουν συνέντευξη από την οικογένεια και τους συνομήλικους του αυτόχειρα, υποδεικνύουν πως πάνω από το 90% των εφήβων που προέβησαν σε αυτοκτονία παρουσίαζαν τουλάχιστον μία μείζονα ψυχιατρική διαταραχή (Jacobson & Gould, 2009). Επίσης βάσει μελετών φανερώνεται πως οι έφηβοι που παρουσιάζουν καταθλιπτικές διαταραχές είναι από 1 έως 27 φορές πιο πιθανό να αυτοκτονήσουν (Jacobson & Gould, 2009). Παράλληλα, και η αύξηση των αυτοκτονιών από την ηλικία των 14 ετών φανερώνει μια πιθανή σύνδεση του φαινομένου με την κατάθλιψη, ειδικά αν αναλογιστούμε πως την ηλικιακή αυτή περίοδο (των 14 ετών) αυξάνονται και τα κρούσματα κατάθλιψης (Jacobson & Gould, 2009).

Βεβαίως, δεν είναι μόνο η κατάθλιψη, και οι ψυχιατρικές διαταραχές εν γένει, που προεικάζουν την αυτοκτονικότητα. Έτσι, προδιαθεσικούς παράγοντες αυτοκτονίας αποτελούν η χρήση ουσιών, τα γνωστικά και διαπροσωπικά προβλήματα, η επιθετική και παραβατική συμπεριφορά, βιολογικοί παράγοντες (διαταραγμένη σερετονεργική λειτουργία έχει συνδεθεί με την αυτοκτονικότητα), καθώς και η έκθεση σε αγχογόνα περιστατικά-γεγονότα ζωής, όπως η απώλεια αγαπημένων προσώπων, η μετανάστευση, η αλλαγή σχολείου και κάποια ερωτική απογοήτευση (Jacobson & Gould, 2009· Τσιαντής, 2001· Van Orden et al., 2008).

1.13. Θεραπευτική αντιμετώπιση κατάθλιψης

Το εύρος και το βάθος των συνεπειών της εφηβικής κατάθλιψης, που ενδέχεται να συνοδεύουν το νέο και στην ενήλικη ζωή του και μπορούν να τον οδηγήσουν μέχρι και την αυτοκτονία, καθιστούν επιτακτική την ανάγκη αντιμετώπισής της. Στο πλαίσιο αυτό έχουν αναπτυχθεί διάφορες θεραπευτικές μέθοδοι που στόχο έχουν την ύφεση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την πρόληψη των υποτροπών. Οι κυριότερες από αυτές τις μεθόδους είναι η φαρμακοθεραπεία και η ψυχοθεραπεία. Αν και κάθε περίπτωση είναι ξεχωριστή, αυτό που έχει αποδειχθεί είναι πως η καλύτερη αντιμετώπιση της διαταραχής επιτυγχάνεται με συνδυασμό των προαναφερθεισών μεθόδων (Fombonne & Zinck, 2008).

1.13.1. Φαρμακευτική θεραπεία

Υπάρχουν δύο βασικές κατηγορίες αντικαταθλιπτικών που αποδείχθηκαν αποτελεσματικές στους ενήλικες: τα τρικυκλικά (TCAs) και οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs). Τα πρώτα ξεκίνησαν να χρησιμοποιούνται στα τέλη της δεκαετίας του 1950 και δρουν σε δύο μεγάλα νευροδιαβιβαστικά συστήματα, το νοραδρενεργικό και το σεροτονεργικό (Fombonne & Zinck, 2008). Στην κατηγορία ανήκουν οι αμιπτριπυλίνη, αμοξαπίνη, κλομιπραμίνη, δεσιπραμίνη, δοξεπίνη, μιπραμίνη, μαπροτιλίνη, νοτριπυλίνη, προτριπυλίνη, τριμιπραμίνη. Όμως, αν και τα αποτελέσματα ήταν ικανοποιητικά στους ενήλικες, τα αντίστοιχα σε παιδιά και εφήβους ήταν κυρίως αρνητικά. Ένας λόγος ίσως είναι πως δεν γινόταν διαχωρισμός ανάμεσα στα παιδιά προεφηβικής ηλικίας και τους εφήβους, με μια μεταανάλυση να υποδεικνύει ότι τα τρικυκλικά λειτουργούν καλύτερα στους καταθλιπτικούς εφήβους από ό,τι στα παιδιά. Παράλληλα έχει αποδειχθεί πως τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά δεν αποδεικνύονται αποτελεσματικότερα των placebo (Zalsman, Shoval, & Rotstein, 2009). Όλα αυτά, σε συνδυασμό με τις παρενέργειες των συγκεκριμένων αντικαταθλιπτικών, που περιλαμβάνουν ζαλάδα, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα και ταχυκαρδία, αναδεικνύουν γιατί δεν χρησιμοποιούνται συχνά για την αντιμετώπιση της διαταραχής σε παιδιά και εφήβους (Zalsman et al., 2009).

Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης συνιστούν την πιο συνηθισμένη μορφή φαρμακευτικής θεραπείας για παιδιά και εφήβους με κατάθλιψη. Στην κατηγορία αυτοί ανήκουν, μεταξύ άλλων, η φλουοξετίνη (ο παλαιότερος αναστολέας), η σερτραλίνη, η σιταλοπράμη, η εσιταλοπράμη, η παροξετίνη και η φλουβοξαμίνη. Οι SSRIs αναπτύχθηκαν τη δεκαετία του 1980 και πρωτοκυκλοφόρησαν το 1987. Λειτουργούν κυρίως στους σεροτονεργικούς νευρώνες, μπλοκάροντας το διαβιβαστικό (**transporter**) σύστημα που επαναπροσλαμβάνει σεροτονίνη από την συναπτική σχισμή στον προσυναπτικό νευρώνα. Με τον τρόπο αυτό αυξάνουν τα επίπεδα σεροτονίνης στη σύναψη, αυξάνεται ο ερεθισμός στον μετασυναπτικό νευρώνα και επιτυγχάνεται η αντικαταθλιπτική δράση (Fombonne & Zinck, 2008· Zalsman et al., 2009).

Εν αντιθέσει με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, έρευνες φανερώνουν την αποτελεσματικότητα των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης στην αντιμετώπιση της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης. Η φλουοξετίνη ειδικότερα έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική, καθώς σε μελέτη του 2004 είχε ποσοστό αντίδρασης 60.6%, ενώ σε άλλη έρευνα ήταν πιο αποτελεσματική από placebo (Stark et al., 2006· Zalsman et al., 2009). Όσον αφορά τους άλλους αναστολείς πάντως, η αποτελεσματικότητά τους δεν έχει διαπιστωθεί, καθώς τα πορίσματα των αντίστοιχων μελετών είναι μεικτά (Fombonne & Zinck, 2008· Stark et al., 2006· Zalsman et al., 2009). Σχετικά με τις παρενέργειες των SSRIs σε παιδιά και εφήβους, αυτές περιλαμβάνουν ακαθυσία, μειωμένη όρεξη, πονοκεφάλους, αϋπνία και αυξημένη επιθετικότητα. Ωστόσο οι ανεπιθύμητες αυτές ενέργειες είναι ήπιες μορφής, οπότε θεωρείται πως τα οφέλη είναι μεγαλύτερα από τους κινδύνους (Αλεβίζος, 2001· Stark et al., 2006· Zalsman et al., 2009).

Ένα θέμα που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής είναι η σχέση των SSRIs με το φαινόμενο της αυτοκτονίας. Στις αρχές του 21^{ου} αιώνα η FDA (Food and Drug Administration· FDA, 2004), βάσει μελετών, προειδοποίησε για αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε εφήβους που χρησιμοποιούν SSRIs. Οι μελέτες αναδείκνυαν μικρή, αλλά σημαντική, αύξηση της αυτοκτονικότητας – αύξηση σε αυτοκτονικές συμπεριφορές ή απόπειρες, χωρίς όμως να έχει υπάρξει καταγεγραμμένο περιστατικό αυτοκτονίας που να συνδέεται με τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (Fombonne & Zinck, 2008· Zalsman et al., 2009). Η προειδοποίηση αυτή της FDA έφερε την αντίδραση αρκετών

επιστημόνων, όσο και της Αμερικανικής ακαδημίας παιδικής και εφηβικής Ψυχιατρικής, που θεωρούσαν πως, με βάση τα υπάρχοντα στοιχεία, δεν θα πρέπει να διακοπεί η χορήγηση των SSRIs. Οι SSRIs σήμερα εξακολουθούν να χρησιμοποιούνται ευρέως, με τους γιατρούς να δίνουν, και να συνιστούν στους φροντιστές του ασθενή, περισσότερη προσοχή σε οποιαδήποτε συμπεριφορά του που μπορεί να συνδέεται με την αυτοκτονικότητα (Stark et al., 2006; Zalsman et al., 2009).

1.13.2. Ψυχοθεραπεία

Σε συνδυασμό με την φαρμακευτική αγωγή, η ψυχοθεραπεία διαδραματίζει καίριο ρόλο στην αντιμετώπιση της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης. Οι κυριότερες μορφές ψυχοθεραπείας είναι η διαπροσωπική και η γνωσιακή-συμπεριφορική.

Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία για καταθλιπτικούς εφήβους (Interpersonal Psychotherapy for Adolescents - IPT-A) είναι μια περιορισμένου χρόνου ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, προσαρμοσμένη από την αντίστοιχη ψυχοθεραπεία για ενηλίκους (IPT). Το συγκεκριμένο είδος ψυχοθεραπείας βασίζεται στην αρχή πως ανεξαρτήτως της αιτιολογίας, του βαθύτερου ζητήματος που οδήγησε τον έφηβο στην κατάθλιψη, η διαταραχή συμβαίνει σε ένα διαπροσωπικό περικείμενο, και έχει επηρεάσει τις διαπροσωπικές του σχέσεις, γεγονός που επηρεάζει επί τα χείρω την ψυχική του διάθεση. Στόχος της IPT-A είναι να μειώσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα, να βελτιώσει τη διαπροσωπική λειτουργικότητα του εφήβου και τις δεξιότητές του σε σχέση με τη διαπροσωπική επικοινωνία. Απευθύνεται, δε, σε νέους ηλικίας 12-18 ετών που πάσχουν από μη ψυχωτική, μονοπολική κατάθλιψη (Gunlicks & Mufson, 2009; Stark et al., 2006; Young & Mufson, 2008).

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία έχει προκαθορισμένο χρονοδιάγραμμα. Χωρίζεται σε τρεις φάσεις, κάθε μια εκ των οποίων περιλαμβάνει τέσσερις συνεδρίες. Οι τρεις φάσεις είναι: η αρχική φάση της θεραπείας, η μεσαία και η τελική. Στην αρχή της πρώτης φάσης, συνήθως στην πρώτη συνεδρία, είναι παρόντες

και οι γονείς. Στην διάρκεια της πρώτης αυτής φάσης, *inter alia*, καθορίζονται οι προβληματικές περιοχές (που μπορεί να αφορούν πένθος, διαπροσωπικές δυσκολίες, τη ζωή εντός μιας μονογονεϊκής οικογένειας), παρέχεται ενημέρωση για το είδος της ψυχοθεραπείας και τους στόχους της, και συνάπτεται το θεραπευτικό συμβόλαιο – ορισμένες φορές και εγγράφως (Gunlicks & Mufson, 2009· Young & Mufson, 2008).

Στη μεσαία φάση διαλευκαίνεται η φύση του προβλήματος που είχε εντοπιστεί, και αναπτύσσονται και εφαρμόζονται σχέδια και στρατηγικές για την αντιμετώπισή του. Στο πλαίσιο της φάσης αυτής οι πάσχοντες μαθαίνουν να παρακολουθούν τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα και τις συναισθηματικές τους εμπειρίες. Απώτερος στόχος του σταδίου αυτού είναι η επιθυμία του εφήβου να βελτιώσει την διαπροσωπική του λειτουργικότητα. Για να επιτευχθούν οι στόχοι αυτοί, ο θεραπευτής και ο ασθενής λειτουργούν ως ομάδα. Ο πρώτος επιδιώκει να κάνει τον δεύτερο να αναγνωρίσει και να αποδεχτεί δυσάρεστα συναισθήματα και την επίδραση που αυτά έχουν στις σχέσεις του. Επισημαίνονται ακόμα μοτίβα επικοινωνίας του εφήβου και αναπτύσσονται στρατηγικές με στόχο την λήψη των καλύτερων δυνατών αποφάσεων (Gunlicks & Mufson, 2009· Young & Mufson, 2008).

Κατά την τρίτη και τελευταία φάση γίνεται ανασκόπηση της αλλαγής των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, και των αλλαγών που έχουν συντελεστεί στον τρόπο επικοινωνίας και στις σχέσεις του εφήβου, με ιδιαίτερη έμφαση στις στρατηγικές που χρησιμοποίησε για να επιτύχει αυτές τις αλλαγές. Επίσης συζητούνται ενδεχόμενες δύσκολες μελλοντικές καταστάσεις που θα κληθεί να αντιμετωπίσει, ενώ ακόμα εξετάζονται και τα συναισθήματα του ασθενή για το τέλος της θεραπείας και τη σχέση του με τον θεραπευτή. Τέλος, συζητείται η πιθανότητα επανεμφάνισης της κατάθλιψης και ο τρόπος αντιμετώπισής ενός τέτοιου ενδεχομένου. Η παρουσία των γονέων σε κάποια συνεδρία της τελευταίας φάσης επιδιώκεται, προκειμένου αφενός να παρατηρηθεί η πρόοδος που έχει επιτευχθεί και αφετέρου να τονιστεί η ανάγκη παρακολούθησης ενδεχόμενων σημαδιών που θα προαναγγέλλουν την επανεμφάνιση της νόσου (Gunlicks & Mufson, 2009· Young & Mufson, 2008).

Κλείνοντας, αξίζει να σημειωθεί πως βάσει μελετών, η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική, καθώς με το πέρας της έχει παρατηρηθεί υποχώρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και βελτίωση της

αυτοπεποίθησης και ιδιαίτερα της κοινωνικής λειτουργικότητας των εφήβων (Young & Mufson, 2008).

Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία

Όπως η διαπροσωπική, η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία που χρησιμοποιείται στους καταθλιπτικούς εφήβους (Cognitive-Behavioral Therapy - CBT), προέρχεται από την αντίστοιχη θεραπεία των ενηλίκων. Κύρια χαρακτηριστικά της είναι η εστίαση στο πρόβλημα, η βραχεία ή και προκαθορισμένη διάρκειά της, η σχέση συνεργασίας που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενή και θεραπευτή, η εμπειρική της βάση, η δομή της και η ενεργητικότητα που απαιτεί από τον θεραπευόμενο. Αν και δεν υπάρχει επακριβώς προκαθορισμένος αριθμός συνεδριών, ο μέσος όρος είναι 12-16 συνεδρίες. Στόχος της είναι η ανακούφιση από τα καταθλιπτικά συμπτώματα μέσω της διόρθωσης γνωσιακών ελαττωμάτων, της τροποποίησης δυσλειτουργικών αντιλήψεων, αλλά και της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων. Με λίγα λόγια η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία στοχεύει στην κατανόηση της κατάθλιψης (από τους ασθενείς και τους οικείους τους), στην ανάπτυξη τεχνικών για την αντιμετώπισή της, και στην θέαση ενός πιο αισιόδοξου και ελπιδοφόρου μέλλοντος (Reinecke & Ginsburg, 2008; Stark et al., 2006).

Αναλυτικότερα, η CBT ξεκινάει με ενημέρωση για τη φύση της κατάθλιψης και για το γνωσιακό-συμπεριφορικό μοντέλο της διαταραχής – τους στόχους του και τα μέσα που χρησιμοποιεί. Οι έφηβοι (αλλά και οι γονείς τους) ενημερώνονται ότι τα συμπτώματά τους οφείλονται στην έλλειψη συγκεκριμένων δεξιοτήτων και στις αρνητικές τους σκέψεις. Εν συνεχεία, η θεραπεία στρέφεται στη φάση απόκτησης δεξιοτήτων. Στο πλαίσιο της οι ασθενείς επικεντρώνονται στο να επιλύουν προβλήματα, να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους, να αποκτούν κοινωνικές δεξιότητες, να αναλαμβάνουν εργασίες για το σπίτι και να συμμετέχουν σε πλήθος ευχάριστων δραστηριοτήτων. Με τον τρόπο αυτά τα παιδιά και οι έφηβοι δραστηριοποιούνται και εν μέρει ανακουφίζονται από τα συμπτώματά τους. Στην τελευταία φάση, οι καταθλιπτικοί ανήλικοι μαθαίνουν να εντοπίζουν τις αρνητικές τους σκέψεις για τους ίδιους, για τον κόσμο που τους περιβάλλει και για το μέλλον. Απώτερος στόχος είναι η αντικατάσταση αυτών των σκέψεων με πιο ευχάριστες, θετικές. Αυτό προϋποθέτει βεβαίως και την ανατροπή των «σχημάτων», του

πρίσματος μέσω του οποίου διαμορφώνονται αυτές οι απαισιόδοξες σκέψεις. Παράλληλα, ο θεραπευτής και ο ασθενής (με τους γονείς του) εξετάζουν ποιες γνωσιακές και συμπεριφορικές δεξιότητες που απέκτησε ο έφηβος του φάνηκαν πιο χρήσιμες και με ποιον τρόπο τον ωφέλησαν. Επιπλέον δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στον τρόπο αντιμετώπισης προβλημάτων που θα προκύψουν μετά το πέρας της θεραπείας (Reinecke & Ginsburg, 2008· Stark et al., 2006).

Βάσει των παραπάνω είναι έκδηλο πως η CBT επιδιώκει να αντιμετωπίσει μια ευρεία γκάμα συμπτωμάτων. Επιχειρεί λοιπόν στο γνωσιακό πεδίο να αλλάξει γνωσιακές αντιλήψεις και αρνητικές σκέψεις· στο πεδίο της συμπεριφοράς μέσω της συμμετοχής σε δραστηριότητες να ενθαρρύνει την ανάπτυξη της συνεργασίας και του αισθήματος χαράς· στο κοινωνικό πεδίο να διευκολύνει την βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων του εφήβου με το οικογενειακό περιβάλλον και τους συνομηλίκους του (Reinecke & Ginsburg, 2008).

Μελέτες φανερώνουν πως η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία είναι αρκετά αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης και πως τα θεραπευτικά κέρδη της διατηρούνται για σημαντικό χρονικό διάστημα. Ιδιαίτερα αποτελεσματική θεωρείται η CBT στην αντιμετώπιση της ήπιας ή και μεσαίας μορφής/έντασης κατάθλιψης. Συγκριτικά πάντως με άλλες, εμπειρικής βάσης, θεραπείες (όπως η φαρμακοθεραπεία ή η διαπροσωπική θεραπεία), η CBT δεν έχει αποδειχθεί συστηματικά πιο αποτελεσματική (Reinecke & Ginsburg, 2008). Σε μελέτη μάλιστα του 2004 κατά την οποία ακολουθήθηκε θεραπεία με φλουοξετίνη και CBT σε εφήβους με κατάθλιψη, τα αποτελέσματα φανέρωσαν πως ο συνδυασμός των δύο θεραπευτικών μεθόδων ήταν ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης των συμπτωμάτων. Αναλυτικά, έπειτα από 12 εβδομάδες θεραπείας μόνο με φλουοξετίνη το ποσοστό αντίδρασης ήταν 60.6%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για ασθενείς που ακολουθούσαν μόνο τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία ήταν 43.2%. Στους ασθενείς όμως που συνδύαζαν φλουοξετίνη και CBT το ποσοστό έφθανε το 71%. Παράλληλα σημαντικά υψηλότερο στους εφήβους αυτούς ήταν και το ποσοστό ύφεσης (remission rate), ενώ γενικά οι ανήλικοι που συνδύαζαν τις δύο θεραπευτικές μεθόδους επέδειξαν υψηλότερα επίπεδα λειτουργικής βελτίωσης και ποιότητας ζωής απ' ό,τι οι ανήλικοι που ακολουθούσαν μονοθεραπεία (Reinecke & Ginsburg, 2008· Zalsman et al., 2009).

1.14. Προστατευτικοί παράγοντες

Σε αντίθεση με άλλους τομείς, ο αντίστοιχος των προστατευτικών παραγόντων απέναντι στην κατάθλιψη δεν έχει μελετηθεί ιδιαίτερος. Κατ' ουσίαν, η απουσία ή το αντίθετο των παραγόντων που αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης της διαταραχής στους εφήβους, αποτελούν τους προστατευτικούς παράγοντες. Ειδικότερα, η ύπαρξη ενός σταθερού, στοργικού και υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος, η ομαλή κοινωνικοποίηση, η σωστή εκπαίδευση και η απουσία στρεσογόνων καταστάσεων είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης της κατάθλιψης. Προς το ίδιο αποτέλεσμα συντείνουν και οι «προσωπικοί» παράγοντες, όπως το αυξημένο αίσθημα αυτοπεποίθησης, η υψηλή νοημοσύνη, η αίσθηση αισιοδοξίας και η καλή φυσική υγεία (Carr, 1999· Klein et al., 2013).

1.15. Πρόληψη

Σημαντικό κομμάτι στον τομέα της αντιμετώπισης της κατάθλιψης είναι και αυτό της πρόληψης. Οι προληπτικές αυτές παρεμβάσεις μπορεί να αφορούν τρεις ομάδες: τον γενικό πληθυσμό, υποομάδες του γενικού πληθυσμού που παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης της κατάθλιψης και συγκεκριμένα άτομα που είναι πιθανό να αναπτύξουν τη διαταραχή (Stark et al., 2006). Μέχρι στιγμής ιδιαίτερα αποτελεσματικές στο κομμάτι της πρόληψης φαίνονται οι γνωσιακού τύπου παρεμβάσεις. Ένα ιδιαίτερο γνωστό πρόγραμμα είναι το Πρόγραμμα ευελιξίας του Πανεπιστημίου της Πενσυλβάνια (Penn Resiliency Program) που αφορά παιδιά στην πρώιμη εφηβεία και δίνει έμφαση και στην απόκτηση γνωσιακών ικανοτήτων, όπως και ικανοτήτων επίλυσης προβλημάτων (Gillham, Brunwasser & Freres, 2008).

Επίσης, το θέμα της πληροφόρησης των παιδιών, των εφήβων, των γονιών και των δασκάλων-καθηγητών αναφορικά με την κατάθλιψη είναι ιδιαίτερος σημαντικό στο πλαίσιο της προληπτικής αντιμετώπισης της διαταραχής. Αυτό συμβαίνει γιατί αφενός με τον τρόπο αυτό μειώνονται οι προκαταλήψεις σχετικά με την ασθένεια και

αφετέρου εντοπίζονται αμεσότερα τα καταθλιπτικά συμπτώματα και κατ' επέκταση αντιμετωπίζεται αποτελεσματικότερα η διαταραχή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Μέθοδος

2.1. Σχεδιασμός έρευνας

Της διεξαγωγής της έρευνας προηγήθηκε μια ευρεία βιβλιογραφική ανασκόπηση της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης, με ιδιαίτερη έμφαση στη συμπτωματολογία, τα αίτια και τους τρόπους αντιμετώπισής της. Η ανασκόπηση αυτή της υπάρχουσας βιβλιογραφίας στο ζήτημα συνέβαλε στην καλύτερη οριοθέτηση του ερευνητικού μας πλαισίου.

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να αναδείξει την ύπαρξη και την ενδεχόμενη έκταση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε παιδιά και εφήβους. Παράλληλα, στοχεύει στο να παράσχει νέα στοιχεία τόσο στην επιστημονική κοινότητα όσο και στο ευρύ κοινό γύρω από αυτό το φαινόμενο.

2.2. Συμμετέχοντες

Το δείγμα της έρευνας αποτελείτο από 217 μαθητές των τριών (Α', Β', Γ') τάξεων του Γυμνασίου. Εξ αυτών οι 77 ήταν μαθητές της Α' γυμνασίου, 31 της Β' και 111 της Γ'. Συνολικά, το 47.92% του δείγματος των μαθητών ήταν αγόρια (N=104) και το 52.07% ήταν κορίτσια (N=113). Αναλυτικότερα, συμμετείχαν 104 αγόρια ηλικίας 13-15 ετών (Μ.Ο. 14.20, Τ.Α. 0.928) και 113 κορίτσια ηλικίας 13-15 ετών (Μ.Ο. 14.12, Τ.Α. 0.908). Το σύνολο των μαθητών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα (M=217) δεν παρουσιάζουν κανενός είδους εγκεφαλικό τραυματισμό, ψυχοπαθολογική διαταραχή και μαθησιακή δυσκολία, όπως παρουσιάζεται στα αρχεία των μαθητών που φυλάσσονται στο σχολείο. Τέλος, αξίζει να επισημανθεί το γεγονός ότι όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο κατά τη διάρκεια του μαθήματος της πληροφορικής. Η παρουσία του διδάσκοντα ήταν μόνο κατά τη διάρκεια πληκτρολόγησης του υπ' της εφαρμογής και στη συνέχεια απομακρυνόταν από τον υπολογιστή του μαθητή κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης.

2.3. Ερευνητικά εργαλεία

Children's Depression Inventory – C.D.I. (Κλίμακα καταγραφής της παιδικής κατάθλιψης)

Η κλίμακα καταγραφής της παιδικής κατάθλιψης (C.D.I.) αποτελεί ένα από τα πιο γνωστά και χρησιμοποιούμενα ψυχομετρικά εργαλεία αυτοαξιολόγησης της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης. Είναι προέκταση της αντίστοιχης κλίμακας του Beck για τους ενήλικες (B.D.I.) και έχει προσαρμοστεί ώστε να είναι κατάλληλη για παιδιά ηλικίας 7 έως 17 ετών. Συνήθως χρειάζεται 10 έως 20 λεπτά για να ολοκληρωθεί (Rudolph & Lambert, 2007).

Το C.D.I. αποτελείται από 27 ερωτήσεις¹ που καταγράφουν και αξιολογούν την ύπαρξη και την σοβαρότητα μιας ευρείας γκάμας καταθλιπτικών συμπτωμάτων όπως καταθλιπτική διάθεση, σκέψεις θανάτου, αυτοκτονικός ιδεασμός, ανηδονία, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, διαταραχές στις λειτουργίες του αυτόνομου νευρικού συστήματος, χαμηλή σχολική επίδοση και αρνητική αξιολόγηση του εαυτού, ενώ διαθέτει και υψηλό βαθμό εσωτερικής συνέπειας (Διδασκάλου, 2010). Η απάντηση σε κάθε ερώτηση δίνεται μέσω της επιλογής ανάμεσα σε τρεις προτάσεις, με τον ερωτώμενο να διαλέγει εκείνη που περιγράφει καλύτερα την κατάστασή του κατά τις προηγούμενες δύο εβδομάδες (παρούσα κατάσταση). Οι τρεις δυνατότητες επιλογής βαθμολογούνται με 1, 2 και 3, με τη χαμηλότερη βαθμολογία να υποδηλώνει μεγαλύτερη βαρύτητα του αξιολογούμενου (καταθλιπτικού) συμπτώματος. Για κάθε ερώτηση, επομένως, η σημασία της βαθμολογίας μπορεί να περιγραφεί ως: 1 – έντονο καταθλιπτικό σύμπτωμα, 2 – ήπιο σύμπτωμα, 3 – απουσία συμπτώματος. Στο ερωτηματολόγιο που μοιράσαμε στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, στις περισσότερες ερωτήσεις προηγείται η πρόταση που υποδηλώνει παρουσία έντονου συμπτώματος, ενώ σε πέντε (στις ερωτήσεις 6, 8, 14, 16, 25) υπάρχει αντίστροφη σειρά.

Οι 26 ερωτήσεις της κλίμακας που χρησιμοποιήθηκε στο παρόν ερευνητικό πρωτόκολλο ομαδοποιούνται σε 5 υποκλίμακες για κάθε μια από τις οποίες προκύπτει μια επιμέρους συνολική βαθμολογία. Οι υποκλίμακες αυτές αντιστοιχούν σε 5

¹ Στην παρούσα εργασία οι ερωτήσεις είναι 26. Η σχετική ερώτηση που αφορά την αυτοκτονικότητα παραλείπεται, καθώς δεν λειτουργεί στον ελληνικό πληθυσμό. Στις 26 ερωτήσεις έχουν προστεθεί οι δύο πρώτες που αφορούν την ηλικία και το φύλο των ερωτηθέντων.

βασικές κατηγορίες συμπτωμάτων οι οποίες χαρακτηρίζουν την κλινική εικόνα της κατάθλιψης και είναι οι παρακάτω:

- A) Αρνητική συναισθηματική διάθεση
- B) Διαπροσωπικά προβλήματα
- Γ) Αναποτελεσματικότητα
- Δ) Ανηδονία
- E) Χαμηλή αυτοεκτίμηση

Η κλίμακα καταγραφής της παιδικής κατάθλιψης ποσοτικοποιεί μια κλινική διαταραχή. Μπορεί, επομένως, να χρησιμοποιηθεί για να εκτιμηθεί η σοβαρότητα της καταθλιπτικής διαταραχής σε δείγματα παιδιών κλινικού πληθυσμού, ενώ παράλληλα μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως εργαλείο ανίχνευσης κλινικής συμπτωματολογίας σε δείγματα γενικού πληθυσμού σε παιδιά και εφήβους.

Ο καθορισμός των οριακών τιμών (cut-points) της κλίμακας, για διάγνωση καταθλιπτικής διαταραχής σε διαφορετικές ελάχιστες τιμές, οδηγεί σε διαφορετικά ποσοστά «ψευδώς αρνητικών» και «ψευδώς θετικών» περιπτώσεων.

Η συνήθης πρακτική σε ένα κλινικό πλαίσιο, όπου υπάρχει ψυχοπαθολογία, είναι να ελαχιστοποιηθούν οι «ψευδώς αρνητικές» περιπτώσεις, δηλαδή να ελαχιστοποιηθεί το ποσοστό των καταθλιπτικών παιδιών, τα οποία θα χαρακτηριστούν ως καταθλιπτικά, προκειμένου να μην «χαθούν» καταθλιπτικά περιστατικά. Σε τέτοιες περιπτώσεις η ελάχιστη οριακή τιμή της κλίμακας C.D.I., η οποία θεωρείται ενδεικτική κατάθλιψης, είναι σχετικά χαμηλή.

Αντιθέτως, όταν η κλίμακα C.D.I. χρησιμοποιείται για ανίχνευση (screening) καταθλιπτικών παιδιών σε γενικό πληθυσμό, σκόπιμο και επιθυμητό κρίνεται να ελαχιστοποιηθούν οι «ψευδώς θετικές» περιπτώσεις, δηλαδή να ελαχιστοποιηθεί το ποσοστό των υγιών παιδιών τα οποία θα χαρακτηριστούν ως καταθλιπτικά. Στις περιπτώσεις αυτές ως ελάχιστη οριακή τιμή ενδεικτική κατάθλιψης καθορίζεται μια πολύ υψηλότερη τιμή συνολικής βαθμολογίας.

Η κλίμακα καταγραφής της παιδικής κατάθλιψης C.D.I. χρησιμοποιείται από ένα σύνολο ερευνητών και ειδικών επαγγελματιών, οι οποίοι μπορεί να προέρχονται από τον χώρο της ψυχολογίας, της εκπαίδευσης, της ιατρικής, της κοινωνικής

εργασίας κ.ά. Η χορήγηση της κλίμακας προϋποθέτει την αποδοχή και εφαρμογή από πλευράς του εξεταστή ενός συνόλου κανόνων που σχετίζονται με τη χρήση των ψυχομετρικών εργαλείων. Έτσι, προτού συμπληρώσει την κλίμακα C.D.I., το παιδί πρέπει να γνωρίζει ότι σκοπός της διαδικασίας είναι να δώσει μια ακριβή περιγραφή για το πώς αισθανόταν τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Ο εξεταστής παράλληλα οφείλει να φροντίζει ώστε το παιδί να νοιώθει άνετα και να είναι σίγουρος ότι έχει την ικανότητα να διαβάζει και να κατανοεί αυτά που διαβάζει. Όσον αφορά τα παιδιά που παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες, μπορεί να χρειαστούν τη βοήθειά του για να διαβάσουν τις ερωτήσεις. Επίσης κρίνεται απαραίτητο να βεβαιωθεί ο εξεταστής ότι το παιδί έχει συνειδητοποιήσει ότι έχει τρεις δυνατότητες επιλογής για κάθε ερώτηση και πως θα πρέπει να επιλέγει τη μία από τις τρεις απαντήσεις. Σε περίπτωση που το παιδί κρίνει ότι σε κάποια συγκεκριμένη ερώτηση καμία από τις τρεις επιλογές δεν ταιριάζει απόλυτα στη δική του περίπτωση, του προτείνεται να επιλέξει εκείνη που του ταιριάζει περισσότερο.

Ακόμα, σημειώνεται ότι η κλίμακα C.D.I., μπορεί να χορηγηθεί είτε ατομικά, κατά κανόνα σε κλινικά πλαίσια, είτε ομαδικά, κατά κανόνα σε σχολικές τάξεις.

Στην Ελλάδα πλήθος ερευνών έχει διεξαχθεί με τη χρήση του C.D.I. για την καταθλιπτική συμπτωματολογία παιδιών και εφήβων. Θα εξετάσουμε, συνοπτικά, δύο εξ αυτών. Η πρώτη είναι η έρευνα που διεξήγαγαν οι Klefтарas και Didaskalou (2006) στην περιοχή του Βόλου. Σε αυτή μετείχαν 323 παιδιά, ηλικίας 10 έως 13 ετών και εκ των απαντήσεων προέκυψε πως το 8.6% των μαθητών (N=28) παρουσίαζε σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία, το 21.9% ήπια (N=71), ενώ το 69.3% (N=224) δεν είχε κάποιο καταθλιπτικό σύμπτωμα. Σε άλλη έρευνα του Giannakopoulos και των συνεργατών του (2009), πανελλαδική, και σε δείγμα 548 παιδιών ηλικίας 8 έως 12 ετών, το 4.2% (N=23) εξ αυτών παρουσίαζε σοβαρή μορφή καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, το 14.96% (N=82) ήπια μορφή και το 80.8% (N=443) δεν παρουσίαζε καταθλιπτική συμπτωματολογία. Αν και τα αποτελέσματα δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του φύλου ή της ηλικίας, σημειώνεται πως τα αγόρια των 8 και 9 ετών είχαν πιο υψηλό μέσο όρο από ότι τα κορίτσια, ενώ τα κορίτσια των 10-12 ετών δήλωναν πιο πολλά καταθλιπτικά συμπτώματα.

2.4 Εφαρμογή ερωτηματολογίου από google forms

Προκειμένου να εξυπηρετηθεί ο σκοπός της έρευνας, δημιουργήσαμε ένα διαδικτυακό περιβάλλον. Μέσω των Google Forms έγινε η δημιουργία του ερωτηματολογίου. Στην έναρξη έγινε αναφορά στους κανόνες δεοντολογίας και στη διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων. Στην αρχή του ερωτηματολογίου υπήρχαν οι απαραίτητες οδηγίες για την συμπλήρωσή του.

Επίσης για τις ανάγκες της έρευνας δημιουργήσαμε μια ιστοσελίδα η οποία ονομάστηκε ... ώστε να είναι αντιπροσωπευτική της μελέτης μας. Με την πληκτρολόγηση του URL εμφανίζεται η εφαρμογή Google Forms η οποία έχει επιπροσδεθεί με τον ιστότοπό μας. Ο χρήστης καταχωρεί τις απαντήσεις ενώ τα δεδομένα αποθηκεύονται αυτόματα στην εφαρμογή μας. Η εξαγωγή των δεδομένων επιλέχθηκε να γίνει σε MS Excel.

Αρχικά έγινε μια πρώτη πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου με δείγμα μικρής κλίμακας, το οποίο δεν συμμετείχε στην κύρια έρευνα, ώστε να εξεταστούν και να αναδιαμορφωθούν διάφορα ζητήματα διατύπωσης, μορφοποίησης καθώς και να διαπιστωθεί η επάρκεια λειτουργίας της ιστοσελίδας και της άντλησης των αποτελεσμάτων.

Κλίμακα αξιολόγησης παιδικής κατάθλιψης C.D.I

Παρακάτω υπάρχουν μια σειρά από προτάσεις που περιγράφουν πως αισθάνεσαι για διάφορα πράγματα. Διάβασε τις προτάσεις με προσοχή και βάλε σε κύκλο μια από τις 3 απαντήσεις (α,β, ή γ) ανάλογα με το πως αισθάνεσαι για κάθε μία από αυτές. Μην ξοδεύεις πολύ χρόνο σε καμία πρόταση.

1. Ηλικία

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

13

14

15

2. 2. Φύλο

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

Αγόρι

Κορίτσι

3. 3. Σχετικά με τους φίλους -ες μου,

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

δεν έχω καθόλου

έχω πολύ λίγους-ες

έχω αρκετούς-ες

4. 4. Σε σχέση με τους συμμαθητές-τριες μου, είμαι

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

κακό παιδί

ούτε κακό ούτε καλό παιδί

αρκετά καλό παιδί

5. 5. Σε σχέση με τους συμμαθητές μου, είμαι,

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

άσχημος-η

μέτριος-αστην εμφάνιση

όμορφος-η

6. 6. Διασκεδάζω

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

πολύ συχνά

- μερικές φορές
- ποτέ δε διασκεδάζω

7. 7. Νιώθω μόνος-η

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- πολύ συχνά
- μερικές φορές
- ποτέ δε νιώθω μόνος-η

8. 8. Διασκεδάζω στο σχολείο

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- πολύ συχνά
- μερικές φορές
- ποτέ δε διασκεδάζω

9. 9. Σε μερικά μαθήματα που ήμουν καλός-ή τώρα τα πάω

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- άσχημα
- μέτρια
- αρκετά
- καλά

10. 10. Κάνω λάθη

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- πολύ συχνά
- μερικές φορές
- ποτέ δε κάνω λάθη

11. 11. Έχω πονοκεφάλους

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- πολύ συχνά
- μερικές φορές

ποτέ δεν έχω πονοκεφάλους

12. 12. Όταν πρέπει να πάρω αποφάσεις

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

συχνά δυσκολεύομαι

μερικές φορές δυσκολεύομαι

αποφασίζω εύκολα

13. 13. Νιώθω ότι δε με αγαπάει κανένας

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

πολύ συχνά

μερικές φορές

ποτέ

14. 14. Θέλω να είμαι με άλλα παιδιά

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

πολύ συχνά

μερικές φορές

ποτέ δε θέλω να είμαι με άλλα παιδιά

15. 15. Είμαι κακός σε ότι κάνω

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

πολλές φορές

μερικές φορές

ποτέ δεν είμαι κακός σε αυτά που κάνω

16. 16. Κάνω αυτά που μου λένε

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

πολύ συχνά

μερικές φορές

ποτέ δε κάνω αυτά που μου λένε

17. 17. Μαλώνω με τα άλλα παιδιά
Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.
 πολύ συχνά
 μερικές φορές
 ποτέ δε μαλώνω
18. 18. Φταίω
Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.
 τις περισσότερες φορές
 μερικές φορές
 ποτέ δε φταίω
19. 19. Για να κάνω τα μαθήματά μου
Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.
 πολλές φορές δυσκολεύομαι
 μερικές φορές δυσκολεύομαι
 ποτέ δε δυσκολεύομαι
20. 20. Αισθάνομαι πως θέλω να κλάψω
Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.
 πολλές φορές
 μερικές φορές
 ποτέ δεν αισθάνομαι πως θέλω να κλάψω
21. 21. Είμαι λυπημένος
Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.
 πολλές φορές
 μερικές φορές
 ποτέ δεν είμαι λυπημένος-η
22. 22. Με ενοχλούν διάφορα πράγματα
Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- πολύ συχνά
- μερικές φορές
- ποτέ δε με ενοχλεί τίποτα

23. 23. Μισώ τον εαυτό μου

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- πολλές φορές
- μερικές φορές
- ποτέ δε σιχαίνομαι τον εαυτό μου

24. 24. Τα βράδια έχω αϋπνίες(δε μπορώ να κοιμηθώ)

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- πολλές φορές
- μερικές φορές
- ποτέ δεν έχω αϋπνίες

25. 25. Τα πράγματα πάνε καλά για μένα

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- τις περισσότερες φορές
- μερικές φορές
- ποτέ δε πάνε καλά

26. 26. Είμαι κουρασμένος-η

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- πολλές φορές
- μερικές φορές
- ποτέ δεν είμαι κουρασμένος

27. 27. Πιστεύω πως κάτι κακό θα μου συμβεί

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- πολλές φορές
- μερικές φορές
- ποτέ δε το πιστεύω

28. 28. Δεν έχω όρεξη για φαγητό

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

(____) πολλές φορές

(____) μερικές φορές

(____) πάντοτε έχω όρεξη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφική στατιστική ανάλυση για τον εντοπισμό των μέσων όρων των απαντήσεων και της τυπικής απόκλισης με βάση την ηλικία των συμμετεχόντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΗΛΙΚΙΑ		er1	er2	er3	er4	er5	er6	er7	er8	er9	er10	er11	er12	er13
13	M.	2.90	2.56	2.32	2.66	2.57	2.56	2.71	1.91	2.30	2.29	2.70	2.77	2.31
	O													
	N	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
	T.A	0.347	0.596	0.572	0.528	0.572	0.596	0.455	0.289	0.708	2.367	0.586	0.456	0.520
14	M.	2.94	2.71	2.23	2.42	2.42	2.58	2.61	1.94	2.23	2.13	2.84	2.61	2.45
	O.													
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
	T.A	0.250	0.461	0.497	0.620	0.502	0.564	0.495	0.250	0.560	0.670	0.454	0.667	0.506
15	M.	2.84	2.60	2.26	2.86	2.43	1.41	2.46	1.85	2.24	1.94	2.55	2.52	2.31
	O.													
	N	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111
	T.A	0.438	0.576	0.499	0.369	0.597	0.495	0.644	0.451	0.636	0.664	0.629	0.616	0.553

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΗΛΙΚΙΑ		er14	er15	er16	er17	er18	er19	er20	er21	er22	er23	er24	er25	er26
13	M.O	2.27	2.40	2.10	2.19	2.49	2.31	2.09	2.78	2.65	2.71	1.92	2.4416	2.4805
	N	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
	T.A.	0.641	0.568	0.347	0.539	0.599	0.568	0.435	0.503	0.556	0.509	0.532	0.59590	0.66115
14	M.O.	1.97	2.45	2.00	2.16	2.55	2.39	1.97	2.84	2.35	2.71	1.81	2.5806	2.6129
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
	T.A.	0.657	0.568	0.365	0.523	0.568	0.495	0.482	0.374	0.709	0.461	0.601	0.56416	0.49514
15	M.O.	2.19	2.38	2.13	2.07	2.36	2.19	1.92	2.62	2.33	2.52	1.65	2.2342	2.5946
	N	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111
	T.A.	0.611	0.589	0.407	0.628	0.671	0.625	0.620	0.633	0.755	0.601	0.550	0.70006	0.60870

Χρησιμοποιήσαμε Μονοπαραγοντική στατιστική ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) προκειμένου να εντοπίσουμε διαφορές στις απαντήσεις των συμμετεχόντων με βάση την ηλικία. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

Πίνακας 3. Διαφορές συμμετεχόντων στις απαντήσεις του CDI με βάση την ηλικία

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

		Βαθμοί Ελευθερίας	F	Στατιστική Σημαντικότητα
er1	Between Groups	2	1.006	0.367
	Within Groups	216		
	Total	218		
er2	Between Groups	2	0.781	0.459
	Within Groups	216		
	Total	218		
er3	Between Groups	2	0.512	0.600
	Within Groups	216		
	Total	218		
er4	Between Groups	2	12.132	0.000
	Within Groups	216		
	Total	218		
er5	Between Groups	2	1.521	0.221
	Within Groups	216		
	Total	218		
er6	Between Groups	2	123.284	0.000

	Within	216		
	Groups			
	Total	218		
	Between	2	4.746	0.010
	Groups			
er7	Within	216		
	Groups			
	Total	218		
	Between	2	0.995	0.371
	Groups			
er8	Within	216		
	Groups			
	Total	218		
	Between	2	0.215	0.807
	Groups			
er9	Within	216		
	Groups			
	Total	218		
	Between	2	1.239	0.292
	Groups			
er10	Within	216		
	Groups			
	Total	218		
	Between	2	3.446	0.034
	Groups			
er11	Within	216		
	Groups			
	Total	218		
	Between	2	4.120	0.018
	Groups			
er12	Within	216		
	Groups			
	Total	218		

er13	Between	2	0.955	0.386
	Groups			
	Within	216		
er14	Groups			
	Total	218		
	Between	2	2.605	0.076
er15	Groups			
	Within	216		
	Groups			
er16	Total	218		
	Between	2	0.199	0.820
	Groups			
er17	Within	216		
	Groups			
	Total	218		
er18	Between	2	1.331	0.266
	Groups			
	Within	216		
er19	Groups			
	Total	218		
	Between	2	1.063	0.347
er19	Groups			
	Within	216		
	Groups			
er19	Total	218		
	Between	2	1.598	0.205
	Groups			
er19	Within	216		
	Groups			
er19	Total	218		
	Between	2	1.821	0.164
er19	Groups			

	Within	216		
	Groups			
	Total	218		
	Between	2	2.305	0.102
	Groups			
er20	Within	216		
	Groups			
	Total	218		
	Between	2	2.795	0.063
	Groups			
er21	Within	216		
	Groups			
	Total	218		
	Between	2	5.171	0.006
	Groups			
er22	Within	216		
	Groups			
	Total	218		
	Between	2	3.260	0.040
	Groups			
er23	Within	216		
	Groups			
	Total	218		
	Between	2	5.682	0.004
	Groups			
er24	Within	216		
	Groups			
	Total	218		
	Between	2	4.506	0.012
	Groups			
er25	Within	216		
	Groups			
	Total	218		

er26	Between Groups	2	0.935	0.394
	Within Groups	216		
	Total	218		

Από τον πίνακα 3 συμπεραίνουμε πως οι διαφορές των απαντήσεων των συμμετεχόντων στο CDI με βάση την ηλικία παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα στην ερώτηση 4, στην ερώτηση 6, στην ερώτηση 7, στην ερώτηση 22 και στην ερώτηση 24 αφού $p < 0.01$. Επίσης, παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα στην ερώτηση 11, στην ερώτηση 12, στην ερώτηση 23 και στην ερώτηση 25, αφού $p < 0.05$.

Στη συνέχεια προχωρήσαμε σε περιγραφική στατιστική ανάλυση για τον εντοπισμό των μέσων όρων των απαντήσεων και της τυπικής απόκλισης με βάση το φύλο των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 4 και 5.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Φύλο συμμετεχόντων		er1	er2	er3	er4	er5	er6	er7	er8	er9	er10	er11	er12	er13	er14	er15	er16	er17	er18	er19	er20	er21	er22	er23	er24	er25	er26	
Αγ όρι α	M.	2.90	2.47	2.21	2.69	2.52	1.88	2.54	1.88	2.34	2.05	2.69	2.62	2.23	2.17	2.34	2.06	2.08	2.55	2.31	1.95	2.70	2.41	2.57	1.76	2.307	2.6250	
	O.																											
	N	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104
	T. A	0.35	0.60	0.49	0.52	0.55	0.78	0.57	0.37	0.63	0.65	0.52	0.54	0.52	0.59	0.58	0.33	0.55	0.60	0.60	0.56	0.58	0.66	0.58	0.53	0.624	0.5777	

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

	M.	2.84	2.73	2.33	2.76	2.45	2.07	2.59	1.88	2.19	2.13	2.59	2.62	2.42	2.20	2.46	2.15	2.18	2.32	2.20	2.02	2.71	2.49	2.67	1.77	2.398	2.4956
Κορ ίτσι α	N	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113
	T. A.	0.41	0.50	0.54	0.46	0.59	0.79	0.57	0.38	0.65	1.99	0.66	0.61	0.53	0.67	0.56	0.40	0.61	0.64	0.56	0.53	0.54	0.72	0.52	0.59	0.688	0.642
	Std De via tio n	0.38	0.56	0.52	0.49	0.57	0.79	0.57	0.37	0.64	1.50	0.60	0.58	0.53	0.63	0.57	0.37	0.58	0.63	0.58	0.54	0.56	0.69	0.55	0.56	0.658	0.614

Χρησιμοποιήσαμε Μονοπαραγοντική στατιστική ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) προκειμένου να εντοπίσουμε τις διαφορές στις απαντήσεις των συμμετεχόντων με βάση το φύλο. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

	Βαθμοί ελευθερίας	F	Στατιστική σημαντικότητα	
er1	Between Groups	1	1.443	0.231
	Within Groups	215		
	Total	216		
er2	Between Groups	1	11.357	0.001
	Within Groups	215		
	Total	216		
er3	Between Groups	1	2.686	0.103
	Within Groups	215		
	Total	216		
er4	Between Groups	1	1.044	0.308
	Within Groups	215		
	Total	216		
er5	Between Groups	1	0.746	0.389
	Within Groups	215		
	Total	216		
er6	Between Groups	1	3.011	0.084
	Within Groups	215		
	Total	216		
er7	Between Groups	1	0.486	0.487
	Within Groups	215		
	Total	216		

er8	Between	1	0.027	0.869
	Groups			
	Within Groups	215		
	Total	216		
er9	Between	1	2,634	0.106
	Groups			
	Within Groups	215		
	Total	216		
er10	Between	1	0.170	0.681
	Groups			
	Within Groups	215		
	Total	216		
er11	Between	1	1.485	0.224
	Groups			
	Within Groups	215		
	Total	216		
er12	Between	1	0.003	0.959
	Groups			
	Within Groups	215		
	Total	216		
er13	Between	1	6.663	0.011
	Groups			
	Within	215		
	Groups			
	Total	216		
er14	Between	1	0.124	0.725
	Groups			
	Within Groups	215		
	Total	216		
er15	Between	1	2.497	0.116
	Groups			
	Within Groups	215		
	Total	216		

er16	Between	1	3.328	0.069
	Groups			
	Within Groups	215		
	Total	216		
er17	Between	1	1.579	0.210
	Groups			
	Within Groups	215		
	Total	216		
er18	Between	1	7.275	0.008
	Groups			
	Within	215		
	Groups			
	Total	216		
er19	Between	1	1.696	0.194
	Groups			
	Within Groups	215		
	Total	216		
er20	Between	1	0.778	0.379
	Groups			
	Within Groups	215		
	Total	216		
er21	Between	1	0.006	0.938
	Groups			
	Within Groups	215		
	Total	216		
er22	Between	1	0.604	0.438
	Groups			
	Within Groups	215		
	Total	216		
er23	Between	1	1.942	0.165
	Groups			
	Within Groups	215		
	Total	216		

er24	Between Groups	1	0.018	0.894
	Within Groups	215		
	Total	216		
er25	Between Groups	1	1.024	0.313
	Within Groups	215		
	Total	216		
er26	Between Groups	1	2.419	0.121
	Within Groups	215		
	Total	216		

Από τον πίνακα 6 εξάγεται το συμπέρασμα πως οι διαφορές των απαντήσεων των συμμετεχόντων με βάση το φύλο εμφανίζουν στατιστική σημαντικότητα στην ερώτηση 2, στην ερώτηση 13 και στην ερώτηση 18, αφού $p < 0.01$ και $p < 0.05$.

Στη συνέχεια προχωρήσαμε σε σύγκριση του συνόλου των απαντήσεων των παιδιών σε κάθε ερωτηματολόγιο μέσα από τη διαδικασία της του υπολογισμού των εξαρτημένων μεταβλητών (compute variable analysis).

Πίνακας 7. Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης με βάση την ηλικία των συμμετεχόντων.

	Βαθμοί ελευθερίας	F	Στατιστική Σημαντικότητα
Between Groups	2	8.410	0.000
Within Groups	216		
Total	218		

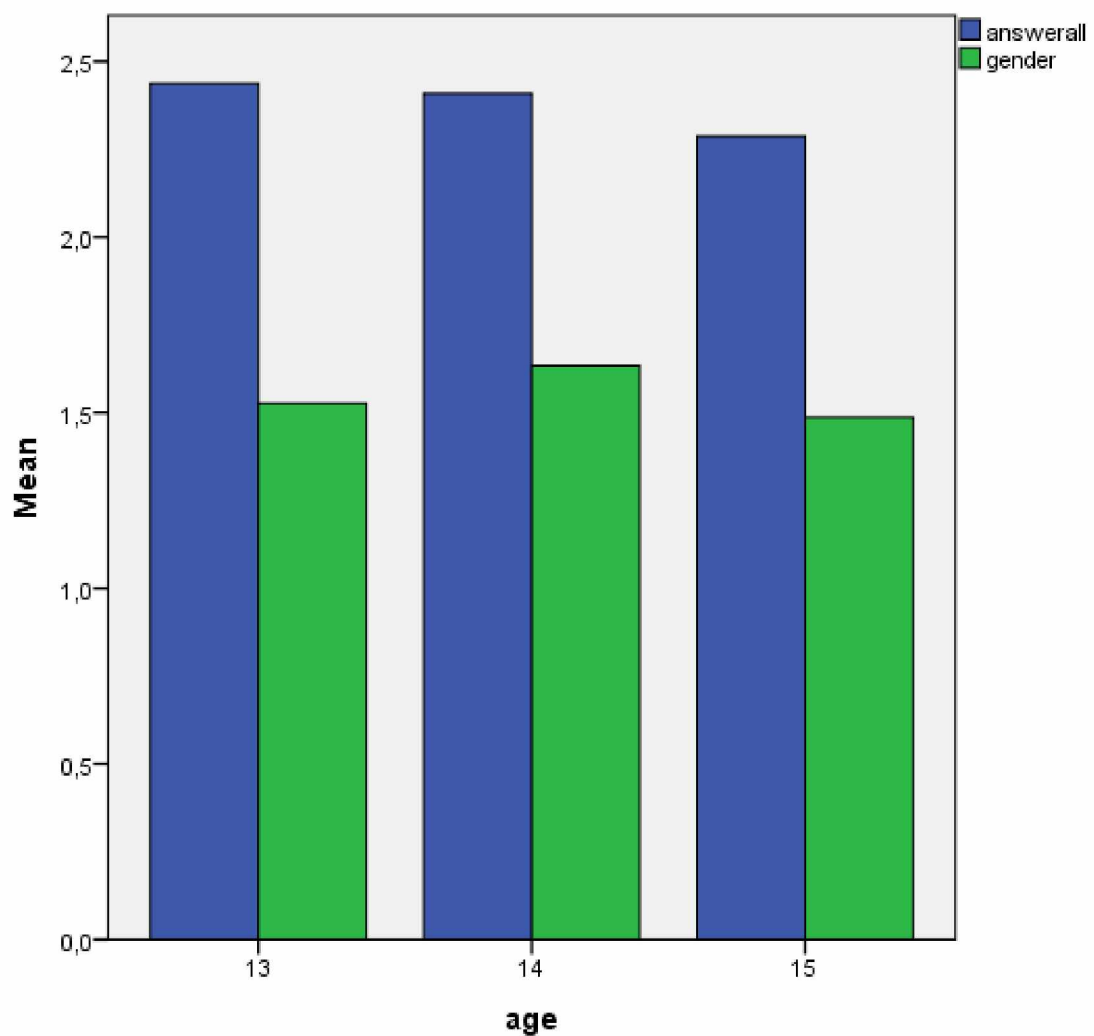
Πίνακας 8. Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης με βάση το φύλο των συμμετεχόντων.

	Sum of Squares	Βαθμοί ελευθερίας	Mean Square	F	Στατιστική Σημαντικότητα
Between Groups	0.052	1	0.052	0.727	0.395
Within Groups	15.468	215	0.072		
Total	15.520	216			

Με βάση τους πίνακες 7 και 8 στατιστική σημαντικότητα παρουσιάζεται μόνο με βάση την ηλικία των συμμετεχόντων αφού $p < 0.01$.

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συνολικών απαντήσεων των ερωτηματολογίων με βάση την ηλικία και το φύλο των συμμετεχόντων.

Γράφημα 1.



Τέλος, επειδή χρησιμοποιήσαμε το διαδίκτυο για τη συμπλήρωση του CDI κρίνεται απαραίτητο να προχωρήσουμε σε ανάλυση αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου με βάση το Cronbach's α τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 9.

Πίνακας 9. Αποτελέσματα αξιοπιστίας ερωτηματολογίου.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Σύνολο κλιμάκων
0.812	26

Από τον υπολογισμό του Cronbach's α φαίνεται ότι τα αποτελέσματα στο σύνολο των ερωτήσεων των συμμετεχόντων με βάση την ανάλυση αξιοπιστίας είναι ικανοποιητικά εφόσον $\alpha=0.812$. Στο σημείο αυτό κρίνεται αναγκαίο να υπενθυμίσουμε το γεγονός ότι η κατώτερη ικανοποιητική τιμή της ανάλυσης αξιοπιστίας είναι 0.70.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στο παρόν κεφάλαιο θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της έρευνας ενώ παράλληλα θα γίνει και σύγκριση με αποτελέσματα άλλων, αντίστοιχων μελετών.

Αναλυτικότερα, οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο C.D.I. φανερώνουν στατιστική σημαντικότητα σε συγκεκριμένες ερωτήσεις ανάλογα, κυρίως, με βάση την ηλικία και (λιγότερο) με το φύλο. Έτσι, στατιστική σημαντικότητα ($p < 0.05$) αναδείχθηκε σε απαντήσεις 9 ερωτήσεων με βάση την ηλικία, ενώ ο αντίστοιχος αριθμός με βάση το φύλο είναι 3. Εξετάζοντας τις τελευταίες, αυτές είναι η ερώτηση 2 (σε σχέση με τους συμμαθητές-τριες μου είμαι), η ερώτηση 13 (είμαι κακός σε ό,τι κάνω) και η ερώτηση 18 (αισθάνομαι πως θέλω να κλάψω). Αντιστοίχως, στο πεδίο της ηλικίας οι ερωτήσεις με στατιστική σημαντικότητα ($p < 0.05$) είναι η 4 (διασκεδάζω), η 6 (διασκεδάζω στο σχολείο), η 7 (σε μερικά μαθήματα που ήμουν καλός τώρα τα πάω), η 11 (νιώθω ότι κανείς δε μ' αγαπάει), η 12 (θέλω να είμαι με άλλα παιδιά), η 22 (τα βράδια έχω αϋπνίες-δεν μπορώ να κοιμηθώ), η 23 (τα πράγματα πάνε καλά για μένα), η 24 (είμαι κουρασμένος-η), και η 25 (πιστεύω πως κάτι κακό θα μου συμβεί).

Συνολικά, η σύγκριση των απαντήσεων των παιδιών σε κάθε ερωτηματολόγιο μέσα από τη διαδικασία της του υπολογισμού των εξαρτημένων μεταβλητών πιστοποίησε πως στατιστική σημαντικότητα ($p < 0.05$) παρουσιάζεται μόνο βάσει της ηλικίας και όχι του φύλου των συμμετεχόντων.

Ως εκ τούτου θα επικεντρώσουμε το ενδιαφέρον μας στο πεδίο της ηλικίας. Συγκεκριμένα θα εξετάσουμε, αρχικά, τον μέσο όρο που προκύπτει ανά ηλικία (13, 14, 15) με βάση την κλίμακα C.D.I. Έτσι, για την ηλικία των 13 ετών ο μέσος όρος που προκύπτει είναι 2.43. Για την αντίστοιχη των 14 ετών ο μέσος όρος είναι 2.40, και για την ηλικία των 15 ετών ο μέσος όρος είναι 2.28. Όπως προκύπτει λοιπόν, ενώ οι μαθητές της Α' και της Β' τάξης γυμνασίου εμφανίζουν παρεμφερή αποτελέσματα (με αυτούς της Β' πάντως να παρουσιάζουν οριακά μικρότερο μέσο όρο), στους μαθητές της Γ' τάξης ο μέσος όρος πέφτει εμφανώς. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει την παρουσία αυξημένης, συγκριτικά με τις μικρότερες ηλικίες, καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, καθώς, όπως έχουμε ήδη εξηγήσει, όσο πιο κοντά βρίσκεται ο μέσος όρος στη μονάδα τόσο εντονότερη είναι η ύπαρξη καταθλιπτικής

συμπτωματολογίας. Γενικά θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε πως αυτή μεγαλώνει όσο μεγαλώνει και η ηλικία των μαθητών.

Παραμένοντας στο πεδίο της ηλικίας, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι ερωτήσεις με μέσο όρο κάτω από δύο, καθώς το αποτέλεσμα αυτό υποδεικνύει την ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (σοβαρής ή μέτριας έντασης). Αναλυτικότερα, ξεκινώντας από τους μαθητές της Γ΄ τάξης (15 ετών) θα εστιάσουμε αρχικά στην ερώτηση 6 (διασκεδάζω στο σχολείο), όπου ο μέσος όρος είναι μόλις 1.41 (T.A. 0.495). Στην ερώτηση 8 (κάνω λάθη) ο μέσος όρος είναι 1.85 (T.A. 0.451) και στην ερώτηση 10 (όταν πρέπει να πάρω αποφάσεις) ο μέσος όρος είναι 1.94 (T.A. 0.664). Στην ερώτηση 20 (με ενοχλούν διάφορα πράγματα) ο μέσος όρος είναι 1.92 (T.A. 0.620) και στην ερώτηση 24 (είμαι κουρασμένος-η) ο μέσος όρος είναι 1.65 (T.A. 0.550).

Αναφορικά με τους μαθητές ηλικίας 14 ετών οι ερωτήσεις στις οποίες ο μέσος όρος είναι κάτω του δύο είναι, κατ' αρχάς, η 8 (κάνω λάθη), όπου ο μέσος όρος είναι 1.94 (T.A. 0.250). Στην ερώτηση 14 (κάνω αυτά που μου λένε) ο μέσος όρος είναι 1.97 (T.A. 0.657), ενώ στην ερώτηση 20 (με ενοχλούν διάφορα πράγματα) ο μέσος όρος είναι 1.97 (T.A. 0.482). Τέλος, στην ερώτηση 24 (είμαι κουρασμένος-η) ο μέσος όρος είναι 1.81 (T.A. 0.601).

Για τους μαθητές ηλικίας 13 ετών, στην ερώτηση 8 (κάνω λάθη) ο μέσος όρος είναι 1.91 (T.A. 0.289) και στην ερώτηση 24 (είμαι κουρασμένος-η) ο μέσος όρος είναι 1.92 (T.A. 0.532).

Αναλογιζόμενοι και τα αποτελέσματα της εξέτασης του συνολικού μέσου όρου ανά ηλικία, εύλογα προκύπτει πως σε αυτή των 15 ετών είναι περισσότερες οι μεμονωμένες ερωτήσεις (5 συνολικά) όπου ο μέσος όρος είναι κάτω από δύο. Ακολουθούν οι μαθητές ηλικίας 14 (με 4 ερωτήσεις) και 13 ετών (με 2 ερωτήσεις).

Εξετάζοντας τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας σε συνάρτηση με αντίστοιχα υπολοίπων μελετών, κυρίως στο πλαίσιο της υπό εξέταση ηλικίας (13-15 ετών), μπορούμε να σημειώσουμε πως η απουσία σύνδεσης φύλου και εφηβικής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας έχει διαπιστωθεί και σε άλλες μελέτες. Αναλυτικότερα, οι Polí και οι συνεργάτες της (2003) σε έρευνα με δείγμα 685 μαθητών, ηλικίας 7-18 ετών, διαπίστωσαν πως, αν και τα κορίτσια ειδικά ηλικίας 14-

17 ετών, παρουσίαζαν πιο έντονη συμπτωματολογία από τα αγόρια, εν τούτοις δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά.

Επίσης, οι Compas και συνεργάτες του (Compas, Orpedisano, Connor, Gerhardt, Hinden, Achenbach, & Hammen, 1997) σε μελέτη τους με δείγμα 1.168 παιδιών γενικού πληθυσμού ηλικίας 4-16 ετών διαπίστωσαν ότι δεν προέκυψε στατιστική σημαντικότητα αναφορικά με το φύλο – αντίθετα σε δείγμα παιδιών που έπασχαν από κάποια ψυχική ασθένεια τα κορίτσια εμφάνιζαν εντονότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Οι μελέτες αυτές, ωστόσο, έρχονται σε αντίθεση με ανάλογη των Angold & Rutter (1992), οι οποίοι σε μελέτη με δείγμα 3.519 παιδιά-ασθενείς (psychiatric) ηλικίας 8-16 ετών διαπίστωσαν πως τα κορίτσια 14-16 ετών ήταν δύο φορές πιθανότερο να αναπτύξουν κατάθλιψη από τα αγόρια της ίδιας ηλικίας.

Επίσης, οι Twenge & Nolen-Hoeksema (2002) σε μια εξειδικευμένη μεταανάλυση που διεξήγαγαν σε 310 μελέτες των τελευταίων είκοσι ετών, σε μαθητές ηλικίας 8-16 ετών (N=61.424) ανακάλυψαν πως στην εφηβεία οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα ήταν στατιστικά σημαντικές, καθώς τα κορίτσια παρουσίαζαν μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία συγκριτικά με τα αγόρια (στην παιδική ηλικία αντίθετα δεν εμφανίζονταν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα φύλα). Στην Ελλάδα, τέλος, ο Γιαννακόπουλος και οι συνεργάτες του (2009), σε μελέτη παιδιών (N=650) ηλικίας όμως 8-12 ετών δεν ανακάλυψαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στο ποσοστό εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ανάμεσα στα δύο φύλα.

Εκ των προαναφερθεισών μελετών έχει ήδη διαφανεί πως η διαφοροποίηση στο φύλο συνδέεται με την ηλικία, και ειδικά με την υπό εξέταση ηλικία της παρούσας έρευνας (13-15 ετών). Πλήθος ερευνών φανερώνουν πως αύξηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων παρατηρείται από τα 13 έτη και έπειτα, με την αύξηση αυτή όμως να παρουσιάζεται στα κορίτσια.

Έτσι, στην μελέτη-μεταανάλυσή τους οι Twenge & Nolen-Hoeksema (2002) διαπίστωσαν πως ενώ τα αγόρια εμφάνιζαν σταθερό ποσοστό συμπτωματολογίας από τα 8 έως τα 16 έτη (με εξαίρεση μια μικρή άνοδο στα δώδεκα), στα κορίτσια η κατάσταση διαφοροποιούνταν. Ειδικότερα, από την ηλικία των 13 ετών και έπειτα

παρατηρούνταν σημαντική αύξηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Αντιστοίχως και οι Galambos, Leadbeater και Barker (Galambos, Leadbeater & Barker, 2004) σε μια μεγάλης διάρκειας μελέτη και σε δείγμα 1.322 μαθητών ηλικίας 12-19 ετών διαπίστωσαν πως από την ηλικία των 13 και έπειτα τα κορίτσια ανέπτυξαν πιο έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με τα αγόρια.

Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν και από μία ακόμα μελέτη μακράς διάρκειας (10 ετών). Συγκεκριμένα, ο Hankin και οι συνεργάτες του (Hankin, Abramson, Moffitt, Silva, & McGee, 1998) ανέφεραν πως οι πρώτες διαφορές στην καταθλιπτική συμπτωματολογία ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια αρχίζουν να εμφανίζονται στις ηλικίες 13-15 ετών, με τα κορίτσια να εμφανίζουν τις αυξητικές τάσεις. Τα συμπτώματα, και η συνακόλουθη διαφοροποίηση συγκριτικά με το άλλο φύλο, γίνονται εντονότερα στην ηλικία των 15-18 ετών.

Ακόμα μια μελέτη που συγκλίνει προς την ίδια κατεύθυνση είναι η διάρκειας 4 ετών του Ge και των συνεργατών του (Ge, Lorenz, Conger, Elder, & Simons, 1994). Έχοντας δείγμα 376 παιδιών, και αυτή η έρευνα φανέρωσε πως τα κορίτσια από την ηλικία των 13 ετών βιώνουν εντονότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία συγκριτικά με τα αγόρια. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η μελέτη της Petersen και των συνεργατών της (Petersen, Sarigiani, & Kennedy, 1991), οι οποίοι, σε δείγμα 335 παιδιών, σημείωσαν πως τα κορίτσια, από την ηλικία των 13 και έπειτα εμφανίζουν πιο έντονη καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Ασφαλώς, όπως είδαμε, υπάρχουν και μελέτες, (Compas et al., 1997· Poli et al., 2003) που δεν επιβεβαιώνουν τα πορίσματα αυτά, αφού δεν διαπιστώνουν σημαντικά στατιστική διαφορά στο πεδίο της ηλικίας όσον αφορά των καταθλιπτική συμπτωματολογία των εφήβων.

Σε γενικές γραμμές, πάντως, από την πλειοψηφία των μελετών προκύπτει το συμπέρασμα πως από την αρχή της εφηβείας και έπειτα τα καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζονται συχνότερα, και σε μεγαλύτερη ένταση. Το γεγονός αυτό, δε, ισχύει κυρίως για τα κορίτσια. Η τάση αυτή ασφαλώς συνδέεται με τις ιδιομορφίες και τις συναισθηματικές διακυμάνσεις που εμφανίζει το αναπτυξιακό στάδιο της εφηβείας, αλλά και με τον τρόπο που το κορίτσια συγκεκριμένα το βιώνουν, εξαιτίας διάφορων βιολογικών, συναισθηματικών και ψυχολογικών παραγόντων (Hilt & Nolen-Hoeksema, 2009). Στην παρούσα μελέτη, αν και δεν διαφάνηκε κάποια ουσιαστική

διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, εντούτοις διαπιστώθηκε πως όσο μεγαλύτερη η ηλικία του εφήβου, τόσο εντονότερη είναι και η παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, καθώς παρατηρείται αύξησή της ανά τάξη, με την αύξηση αυτή να είναι πασιδήλη στους μαθητές της Γ΄ Γυμνασίου.

Πρακτικές εφαρμογές και ανάλυση χρησιμότητας

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθούμε και σε συγκεκριμένους περιορισμούς που αφορούν την παρούσα μελέτη. Κατ' αρχάς το δείγμα της είναι σχετικά περιορισμένο και μη αντιπροσωπευτικό, καθώς αποτελείται από μαθητές γενικού πληθυσμού ενός συγκεκριμένου σχολείου, στο οποίο είχαμε πρόσβαση, σε μία συγκεκριμένη πόλη της χώρας. Δεν περιλαμβάνονται επομένως στην έρευνα παιδιά από διαφορετικές περιοχές (αστικές-ημιαστικές-αγροτικές) και από διαφορετικές κατηγορίες (μαθητές που έχουν εγκαταλείψει το σχολείο, ρομά κλπ).

Επίσης, όσον αφορά το πεδίο της συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα εργαλείο, το C.D.I., το οποίο είναι εργαλείο αυτοαναφοράς. Αυτό συνεπάγεται ένα ζήτημα αντικειμενικότητας, καθώς, όπως συμβαίνει γενικά σε περιπτώσεις εργαλείων αυτοαναφοράς, ενδέχεται οι ερωτώμενοι-μαθητές να απάντησαν αναλογιζόμενοι και τον αντίκτυπο που θα είχαν οι όποιες απαντήσεις τους. Απουσιάζουν, δε, από την μελέτη εργαλεία όπως διαγνωστικές συνεντεύξεις ή πληροφορίες από γονείς και δασκάλους, που θα παρουσίαζαν μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα των μαθητών.

Τέλος, ας επισημάνουμε πως το CDI δεν έχει σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό, ενώ και ο τρόπος ανάλυσης ήταν συσχετιστικός, γεγονός που δεν επέτρεπε την ανάδειξη σχέσεων αιτίας αποτελέσματος.

Παρ' όλα αυτά, βέβαια, η παρούσα μελέτη είναι χρήσιμη στο υπό εξέταση πεδίο, καθώς αποτελεί έναν επιπλέον κρίκο στην αλυσίδα της ανάλυσης του φαινομένου της εφηβικής κατάθλιψης. Τα πορίσματά της θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν από τους αρμόδιους φορείς (οικογένεια, σχολεία-καθηγητές) που ασχολούνται με την ανάπτυξη των παιδιών και την ύπαρξη διαταραχών στο στάδιο της εφηβείας.

Παράλληλα, μπορεί να λειτουργήσει συμπληρωματικά δίνοντας μια επιπλέον εικόνα του φαινομένου, ενώ ταυτόχρονα ευκαταίε είναι να αποτελέσει το έναυσμα για την περαιτέρω εξέτασή του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη δημιουργήθηκε από την προσωπική, διδακτική μας εμπειρία. Στη διάρκεια αυτής αντιληφθήκαμε πως ορισμένοι μαθητές ενδέχεται να εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, γεγονός όμως που συχνά διαλανθάνει της προσοχής της οικογένειας και των εκπαιδευτικών παράλληλα εμφανής υπήρξε, βάσει της εμπειρίας μας, και η απουσία των μηχανισμών που θα οδηγούσαν έγκαιρη διάγνωση της διαταραχής.

Τα αποτελέσματα της μελέτης φανερώνουν την ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ανάμεσα στους μαθητές, ιδιαίτερα αυτούς των 15 ετών. Η συμφωνία των αποτελεσμάτων με διεθνής έρευνες, οι οποίες επισημαίνουν την αύξηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας από την ηλικία των 13 ετών και έπειτα (έστω και αν η αύξηση αυτή συνδέεται κατά κύριο λόγο με τα κορίτσια), σε συνδυασμό με τον υψηλό βαθμό αξιοπιστίας της παρούσας μελέτης, υποδηλώνουν την επιτυχία της. Ελπίδα μας είναι, κατ' αρχάς, να ευαισθητοποιήσει τους αρμόδιους φορείς προς την κατεύθυνση της συνειδητοποίησης της παρουσίας του φαινομένου της εφηβικής κατάθλιψης ανάμεσα στους μαθητές των ελληνικών σχολείων.

Η σε μεγαλύτερο βάθος ενασχόληση με την εφηβική κατάθλιψη στις μέρες μας είναι υποχρεωτική όσο και ωφέλιμη, ειδικά αφ ης στιγμής οι παρούσες κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες στη χώρα ενδέχεται να λειτουργούν επιβαρυντικά ως προς την εμφάνισή της. Δεδομένων των συνεπειών που η διαταραχή έχει στη μετέπειτα ζωή των εφήβων-μαθητών, η ενδεδειγμένη, κι όχι επιδερμική όπως ισχύει μέχρι σήμερα, προσέγγιση του φαινομένου κρίνεται απαραίτητη.

Η ανάγκη μιας σε βάθος προσέγγισης του φαινομένου καθίσταται επιτακτική δεδομένης και της αδυναμίας, εξαιτίας της ελλιπούς επιμόρφωσής τους, των εκπαιδευτικών να αντιληφθούν την παρουσία της εφηβικής κατάθλιψης. Ταυτόχρονα οι αρμόδιοι φορείς, με κυρίαρχη την πολιτεία, αδυνατούν να ανταποκριθούν στο αίτημα της συστηματικής εξέτασης του φαινομένου. Απότοκο των παραπάνω είναι η απουσία έγκαιρης διάγνωσης της διαταραχής, που οδηγεί στην επιδείνωση της ψυχικής υγείας του εφήβου-ασθενή και δυσχεραίνει σε μεγάλο βαθμό την αντιμετώπισή της. Στο πλαίσιο αυτό μέτρα όπως προγράμματα ενημέρωσης για γονείς και μαθητές, σεμινάρια για την επιμόρφωση των δασκάλων-καθηγητών, ενσωμάτωση σχολικών μαθημάτων που αφορούν την ψυχική υγεία, εισαγωγή του

θεσμού του σχολικού ψυχολόγου αποτελούν απαραίτητα βήματα προκειμένου να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά το ζήτημα της εφηβικής κατάθλιψης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abela, J. R. Z., & Hankin, B. L. (2008). Cognitive Vulnerability to Depression in Children and Adolescents: A Developmental Psychopathology Perspective. In J. R. Z. Abela, & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*, 3rd Ed. (pp. 35-78). New York: Guilford.

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Αλεβίζος, Β. (2001). Η φαρμακευτική αντιμετώπιση των παιδοψυχιατρικών διαταραχών. Στο Γ. Τσιαντής (επιμ.), *Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική*, 2η έκδ. (σσ. 411-429). Αθήνα: Καστανιώτης.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th Ed., text rev.). Washington DC: Author.

Angold, A., & Rutter, M. (1992). Effects of age and pubertal status on depression in a large clinical sample. *Development and Psychopathology*, 4, 5–28.

Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R. C., & Merikangas, R. K. (2008). Epidemiology of Depression in Children and Adolescents. In J. R. Z. Abela, & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*, 3rd Ed. (pp. 6-32). New York: Guilford.

Carr, A. (1999). *The handbook of child and adolescent clinical psychology. A contextual approach*. London: Routledge.

Chabrol, H. (2005). *Η εφηβική κατάθλιψη*, Αθήνα: Δαίδαλος.

Compas, B. E., Oppedisano, G., Connor, J. K., Gerhardt, C. A., Hinden, B. R., Achenbach, T. M., & Hammen, C. (1997). Gender differences in depressive symptoms in adolescence: Comparison of national samples of clinically referred and nonreferred youths. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 617-626.

Διδασκάλου, Ε. (2010). Καταθλιπτική Συμπτωματολογία και Αυτοεκτίμηση των Μαθητών που Φοιτούν σε Τμήματα Ένταξης. *Το βήμα των κοινωνικών επιστήμων*, 58, 259-284.

Essau, C. A., & Ollendick, T. H. (2009). Diagnosis and Assessment of Adolescent Depression. In S. Nolen-Hoeksema, & L. M. Hilt (Eds), *Handbook of Depression in Adolescents* (pp. 33-52). New York: Routledge.

Fombonne, E., & Zinck, S. (2008). Psychopharmacological Treatment of Depression in Children and Adolescents. In J. R. Z. Abela, & B. L. Hankin (Eds.),

Handbook of depression in children and adolescents, 3rd Ed. (pp. 207-223). New York: Guilford.

Galambos, N. L., Leadbeater, B. J., & Barker, E. T. (2004). Gender differences in and risk factors for depression in adolescent: A 4-year longitudinal study. *International Journal of Behavior Development*, 28, 16–25.

Garber, J., & Rao U. (2014). Depression in children and adolescents. In M. Lewis, & K. D. Rudolph (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 489-520). New York: Springer.

Ge, X., Lorenz, F.O., Conger, R.D., Elder, G.H., Jr., & Simons, R.L. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology*, 30, 467–483.

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 & adolescent psychiatry*, 18 (8), 485-492.

Gillham, J. E., Brunwasser, S. M., & Freres D. R. (2006). Preventing Depression in Early Adolescence: The Penn Resiliency Program. In J. R. Z. Abela, & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of Depression in Children and Adolescents*, 3rd Ed. (pp. 309-332). New York: Guilford.

Gunlicks, M. L., & Mufson, L. (2009). Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. In S. Nolen-Hoeksema, & L. M. Hilt (Eds.), *Handbook of depression in adolescents* (pp. 511-529), New York: Routledge.

Hankin, B. L., Wetter E., & Cheely, C. (2008). Sex differences in child and adolescent depression. A developmental psychopathological approach. In J. R. Z. Abela, & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of Depression in Children and Adolescents*, 3rd Ed. (pp. 377-414). New York: Guilford.

Hankin, B.I., Abramson, L.Y., Moffitt, T.E., Silva, P.A., & McGee, R. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128–140.

Hilt, L., M., & Nolen-Hoeksema, S. (2009). The Emergence of Gender Differences in Depression in Adolescence. In S. Nolen-Hoeksema & L. M. Hilt (Eds.), *Handbook of Depression in Adolescents* (pp. 111-135). New York: Routledge.

Jacobson, C., M., & Gould, M. (2009). Suicide and Nonsuicidal Self-injurious Behaviors Among Youth: Risk and Protective Factors. In S. Nolen-Hoeksema, & L. M. Hilt (Eds), *Handbook of Depression in Adolescents* (pp. 207-235). New York: Routledge.

Joormann, J., Eugene, F., & Gotlib, I. H. (2009). Parental Depression: Impact on Offspring and Mechanisms Underlying transmission of risk. In S. Nolen-Hoeksema, & L. M. Hilt (Eds.), *Handbook of depression in adolescents* (pp. 441-472). New York: Routledge.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Αναπτυξιακή προσέγγιση* (5η έκδ.). Αθήνα: τυπωθήτω – Γιώργος Δάρδανος.

Kalat, J. W. (2003). *Βιολογική Ψυχολογία*, Τομ. Β'. Αθήνα: Έλλην.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb J. A. (2000). *Kaplan and Sadock's Ψυχιατρική*, Τόμ. Β', (7η έκδ.). Αθήνα: Λίτσαζ.

Klein, D. N., Kujawa, A. J., Black, S. R., & Pennock., A. T. (2013). Depressive disorders. In T. P. Beauchaine, & S. P. Hinshaw (Eds.), *Child and Adolescent Psychopathology*, 2nd Ed. (pp. 543-575). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Kleftaras, G., & Didaskalou, E. (2006). Incidence and Teachers' Perceived Causation of Depression in Primary School Children in Greece. *School Psychology International*, 27 (3), 296-314.

Kovacs, M. (1980). Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta paediatrica*, 46, 305-315.

Lieb, R., Isensee, B., Hofler, M., Pfiser, H., & Wittchen, U. H. (2002). Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: A prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 59, 365-374.

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*, 3rd Ed. (pp. 103-123). New York: Guilford.

Petersen, A.C., Sarigiani, P.A., & Kennedy, R.E. (1991). Adolescent depression: Why more girls?, *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 247–271.

Poli, P., Sbrana, B., Marcheschi, M., & Masi, G. (2003). Self-reported depressive symptoms in a school sample of Italian children and adolescents. *Child psychiatry and human development*, 33(3), 209- 226.

Puig-Antich, J., & Chambers, W. (1978). *The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (Kiddie-Sads)*. New York: New York State Psychiatric Institute.

Reinecke, M. A., & Ginsburg, G. S. (2008). Cognitive-Behavioral Treatment of Depression during Childhood and Adolescence. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*, 3rd Ed. (pp. 179-206). New York: Guilford.

Rohde, P. (2009). Comorbidities with Adolescent Depression. In S. Nolen-Hoeksema & L. M. Hilt (Eds.), *Handbook of depression in adolescents* (pp. 139-177). New York: Routledge.

Rudolph, K. D., & Lambert, S. F. (2007). Child and Adolescent Depression. In E. J. Mars & R. A. Barkley (Eds.), *Assesment of Childhood Disorders*, 4th Ed. (pp. 213-252). New York: Guilford.

Rudolph, K. D., Flynn, M., & Abaied, J. L. (2008). A Developmental Perspective on Interpersonal Theories of Youth Depression. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*, 3rd Ed. (pp. 79-102). New York: Guilford.

Rudolph, K. D. (2009). Adolescent Depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression*, 2nd Ed. (pp. 444-466). New York: Guilford.

Stark, K. D., Sander, J., Hauser, M., Simpson, J., Schnoebelen, S., Glenn, R., & Molnar, J. (2006). Depressive disorders during childhood and adolescence. In E. J. Mars & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders*, 3rd Ed. (pp. 336-407). New York: Guilford.

Τσιαντής, Γ. (2001). Κατάθλιψη και απόπειρες αυτοκτονίας σε παιδιά και εφήβους. Στο Γ. Τσιαντής (επιμ.), *Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική*, 2η έκδ. (σσ. 105-134). Αθήνα: Καστανιώτης.

Twenge, J. M., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, Gender, Race, Socioeconomic Status, and Birth Cohort Difference on The Children's Depression Inventory: A meta-analysis. *Journal of abnormal psychology*, 111(4), 578-588.

U.S. Drug and Food Administration. (2004). *Suicidality in children and adolescents being treated with antidepressant medications*. Washington, DC: FDA Public Health Advisory.

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Shelby, E. A., Bender, T. W., & Joiner, Jr., T. E. (2006). Suicidal Behavior in Youth. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*, 3rd Ed. (pp. 441-465). New York: Guilford.

Wilmshurst, L. (2014). *Essentials of Child and Adolescent Psychopathology*, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Wolfson, A. R., & Armitage, R. (2009). Sleep and its Relationship to Adolescent Depression. In S. Nolen-Hoeksema & L. M. Hilt (Eds.), *Handbook of depression in adolescents* (pp. 279-301). New York: Routledge.

Young, J. F., & Mufson, L. (2008). Interpersonal Psychotherapy for Treatment and Prevention of Adolescent Depression. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*, 3rd Ed. (pp. 288-306). New York: Guilford.

Zalsman, G., Shoval, G., & Rotstein, L. (2009). Pharmacotherapy for Adolescent Depression. In S. Nolen-Hoeksema & L. M. Hilt (Eds.), *Handbook of depression in adolescents* (pp. 571-588). New York: Routledge.