



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Διερεύνηση Καταθλιπτικών Εκδηλώσεων
σε Εφήβους Μαθητές των Λυκείων Μεγαλόπολης»

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΥ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ

Φεβρουάριος 2013
ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Διερεύνηση Καταθλιπτικών Εκδηλώσεων
σε Εφήβους Μαθητές των Λυκείων Μεγαλόπολης»

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΥ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπων: Παναγιώτης Πρεζεράκος, Επίκουρος Καθηγητής
Μέλος: Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Μέλος: Σοφία Ζυγά, Επίκουρη Καθηγήτρια

Φεβρουάριος 2013
ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © Βασιλική Ζαχαροπούλου, 2013

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω, έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Παναγιώτης Πρεζεράκος, Επίκουρος Καθηγητής

Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Σοφία Ζυγά, Επίκουρη Καθηγήτρια

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Συχνά η εφηβεία περιγράφεται με όρους που θα ταίριαζαν για την περιγραφή ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Μιλώντας, για αυτήν, αναφέρουμε αυθόρμητα το θυμό, τη διέγερση, τη λύπη, την αυτοϋποτίμηση κλπ. Το ερώτημα είναι πότε η κατάθλιψη αποτελεί μια φυσιολογική εκδήλωση της εφηβείας ή εντάσσεται στο πλαίσιο του παθολογικού και αποτελεί διαταραχή.

Σκοπός: Σκοπό της παρούσας μελέτης αποτελεί η ανίχνευση της παρουσίας καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε εφήβους μαθητές και η διερεύνηση της σχέσης των συμπτωμάτων κατάθλιψης με δημογραφικούς παράγοντες.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 222 μαθητές της Α', Β' και Γ' τάξης Λυκείου, ηλικίας από 15 έως 19 ετών (με μέση ηλικία τα 17 έτη). Ο μελετώμενος πληθυσμός προερχόταν από δύο δημόσια Λύκεια της Μεγαλόπολης. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το αυτοσυμπληρούμενο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών κατά DSM – IV της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας, το οποίο συμπληρώθηκε με δημογραφικά στοιχεία.

Αποτελέσματα: Το 3,6 % (n=8) του μελετώμενου πληθυσμού και συγκεκριμένα έξι (6) κορίτσια και δύο (2) αγόρια εμφάνιζε συμπτώματα μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου κατά την περίοδο εκπόνησης της μελέτης. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση τόσο μεταξύ της άποψης των παιδιών για τη σωματική ($p<0,001$) και ψυχική τους υγεία ($p=0,008$) όσο και της άποψης των παιδιών για τις εμπειρίες τους στο σχολείο ($p=0,02$) και για τις εμπειρίες τους με τους φίλους τους ($p=0,008$) με τη συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά η κακή πρόγνωση της κατάθλιψης της εφηβικής ηλικίας υπογραμμίζει την αναγκαιότητα της έγκαιρης αναγνώρισης των καταθλιπτικών εκδηλώσεων καθώς και της αντιμετώπισής της και αποτελεί σημαντικό κίνητρο για περαιτέρω ερευνητική ενασχόληση με το θέμα αυτό.

Λέξεις κλειδιά: Adolescence, Adolescence and Depression, Self-esteem, Εφηβική Κατάθλιψη, Αυτοεκτίμηση και Έφηβος, Μείζων καταθλιπτική διαταραχή, Έλληνες Έφηβοι, Ψυχοπαθολογία.

ABSTRACT

Background: Often adolescence described in terms that would fit the description of a depressive episode. Speaking on this, we report spontaneously anger, excitement, sadness, low self-esteem, etc. The question is when depression is a normal expression adolescence or is part of a pathological and disorder.

Aim: The purpose of this study is to detect the presence of depressive symptoms in adolescents at high school to investigate the relationship between depressive symptoms and demographic factors.

Material and Method: The sample consisted of 222 students of A, B and C class high school, ages 15 to 19 years (mean age 17 years). The population studied were derived from two public schools in Megalopolis. For data collection used the self Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders according to DSM - IV of the American Psychiatric Association, which was supplemented with demographic data.

Results: 3,6% (n = 8) of the studied population and specifically six (6) girls (2) boys showed symptoms of major depressive episode during the period of the study. Showed statistically significant relationship between both of the opinion of children's physical (p <0,001) and mental health (p = 0,008), as much as the children's views about their experiences at school (p = 0,02) and experience with their friends (p = 0,008) with the incidence of symptoms of major depressive episode.

Conclusions: In conclusion, the bad prognosis of depression in adolescence emphasizes the necessity of early recognition of depressive manifestations and dealing with the problem is an important motive for further research on this subject.

Key words: Adolescence, Self-esteem, Adolescent Depression, Self-Esteem and Adolescent, Major Depressive Disorder, Greek Teens, Psychopathology.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	1
ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	8
Ορισμός Κατάθλιψης.....	8
Τύποι Κατάθλιψης.....	9
1.3 Πιθανά Αίτια της Κατάθλιψης	12
1.4 Χρόνος εμφάνισης κατάθλιψης και επιδημιολογικές τάσεις	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΦΗΒΕΙΑ	15
2.1. Ορισμός, χρονική διάρκεια και στάδια εφηβείας	16
2.2. Αναπτυξιακά Χαρακτηριστικά και στόχοι – Σχέσεις με τους άλλους.....	17
2.2.1. Βιοσωματικές αλλαγές	17
2.2.2. Γνωστικές αλλαγές.....	18
2.2.3. Συναισθηματικές αλλαγές	19
2.2.4. Ψυχοκοινωνικές αλλαγές	20
2.3. Κοινωνικοί Παράγοντες που επηρεάζουν τους Εφήβους	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	33
3.1. Η Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή των Εφήβων – Προβλήματα Συμπεριφοράς.....	34
3.1.1. Εξωτερικευμένα και Εσωτερικευμένα προβλήματα της Εφηβείας	35
3.2. Αξιολόγηση-Διάγνωση της Καταθλιπτικής Διαταραχής στους Εφήβους.....	37
3.3. Ταξινόμηση διαταραχών διάθεσης σύμφωνα με το DSM-IV	38
3.4. Μελέτη της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (Major Depressive Disorder, MDD) και της Δυσθυμικής Διαταραχής στους Εφήβους	39
3.4.1. Διαγνωστικά Κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και της δυσθυμίας	39
3.4.2. Κλινική φαινομενολογία του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου	42
3.5. Εκδηλώσεις κατάθλιψης στους εφήβους	43
3.6. Επιδημιολογία – Συχνότητα καταθλιπτικής διαταραχής στους εφήβους.....	46
3.7. Αιτιολογία της εφηβικής κατάθλιψης	48
3.7.1. Βιολογικοί Παράγοντες.....	48

3.7.2. Ψυχαναλυτικές Θεωρίες.....	53
3.7.3. Γνωσιακές – Συμπεριφορικές Θεωρίες.....	55
3.7.4. Ψυχοκοινωνικές Θεωρίες.....	57
3.8. Διαταραχές που συνυπάρχουν με την κατάθλιψη στην Εφηβεία – Συννοσηρότητα.....	58
3.9. Πρόγνωση.....	68
3.10. Πρόληψη.....	69
3.11. Θεραπεία.....	72
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	76
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	77
Σκοπός της Μελέτης.....	77
Υλικό και Μεθοδολογία.....	77
Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος (Μονομεταβλητή ανάλυση). .	77
Τα μέσα συλλογής των δεδομένων της έρευνας.....	84
Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	86
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	87
Ψυχομετρικός έλεγχος των μέσων συλλογής των δεδομένων της έρευνας.....	87
Αποτελέσματα αυτοαξιολόγησης των εφήβων.....	93
Κατανομή Συμπτωμάτων Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής.....	98
Διερεύνηση Συμπτωμάτων Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου στην Εφηβεία.....	98
Συχνότητα Συμπτωμάτων Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.....	100
Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο και Ηλικία - Φύλο.....	100
Διμεταβλητή Ανάλυση με Εξαρτημένη Μεταβλητή τη Συχνότητα Εμφάνισης Συμπτωμάτων Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.....	108
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	112
Αδυναμίες της παρούσας μελέτης.....	115
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	117
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	119
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	143
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II (ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ).....	150
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III: ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ.....	157
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV: ΑΔΕΙΑ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	158
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V: ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ Κ' ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ-ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ.....	160

ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ο Jean-Jacques Rousseau ήδη από τον 17ο αιώνα, με το έργο του «Αιμίλιος», μια πραγματεία για την ανθρώπινη φύση και την εκπαίδευση, προτείνει ότι η εφηβεία είναι μια περίοδος αυξημένης αστάθειας και συναισθηματικών συγκρούσεων που προκαλείται από τη βιολογική ωρίμανση και ότι οι βιολογικές και κοινωνικές αλλαγές που επικρατούν στην εφηβεία συνοδεύονται από θεμελιώδεις αλλαγές των ψυχολογικών διεργασιών.

Πληθώρα μελετών τεκμηριώνει ότι κατά την εφηβεία συντελείται μια εξαιρετικά βίαιη και συχνά οδυνηρή αλλαγή για παιδιά και γονείς. Οι έφηβοι βιώνουν έντονες αλλαγές στη σωματική τους διάπλαση, στη νοητική τους ικανότητα και στο ψυχοσυναισθηματικό τους κόσμο. Οι τρεις φάσεις της προσωπικότητας (σωματική, νοητική, συναισθηματική) δεν αναπτύσσονται ταυτόχρονα, αλλά συχνά άναρχα, αναλόγως με τις συνθήκες του περιβάλλοντος και επομένως τα παιδιά της ηλικίας αυτής περνούν από μια δύσκολη περίοδο προσαρμογής. Αναπτύσσουν νέες δεξιότητες και αποκτούν νέα ενδιαφέροντα αλλά ο χαρακτήρας τους γίνεται περισσότερο ασταθής και η συμπεριφορά τους πολλές φορές ανεξήγητη (Cicchetti & Rogosch, 2002).

Αυτές οι σωματικές και συναισθηματικές αλλαγές είναι πολύ μεγάλες και δεν υπάρχει η ετοιμότητα για την ομαλή τους εγκατάσταση και αποδοχή. Τα πολλά και ποικίλα νέα προβλήματα, η υποβάθμιση του ρόλου των γονέων και η αναβάθμιση του ρόλου των συνομηλίκων, οι μόλις αρχόμενες αλλά πειστικές απαιτήσεις της κοινωνίας από τους εφήβους δημιουργούν μια ασταθή, ρευστή και δύσκολα ελεγχόμενη κατάσταση.

Τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας, αναφορικά με τις καταθλιπτικές εκδηλώσεις της εφηβικής ηλικίας, έως πρόσφατα ήταν ιδιαίτερα ανεπαρκή, με χαρακτηριστική απουσία ή σπανιότητα ερευνητικών μελετών. Πριν από το 1980 η κατάθλιψη των εφήβων αναφερόταν σπάνια, λόγω της άτυπης κλινικής εικόνας, που αυθόρμητα συνδεόταν με την κρίση της εφηβείας. Η εξέλιξη αναμενόταν ευνοϊκή, ενώ η ίαση ετοποθετείτο στο τέλος της εφηβείας.

Η αύξηση των πολλαπλών προβλημάτων συμπεριφοράς, δυσλειτουργικότητας, αυτοκτονιών και αποπειρών αυτοκτονίας στην εφηβεία οδήγησε στην εκπόνηση πολλαπλών μελετών, με αντικείμενο την επιδημιολογία, την κλινική εικόνα, την αιτιοπαθογένεια και την

αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε αυτήν την ηλικία. Αυτό απετέλεσε το έναυσμα και για την παρούσα μελέτη σκοπός της οποίας ήταν η ανίχνευση ύπαρξης καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε πληθυσμό εφήβων των τριών τάξεων του Λυκείου, και σε ηλικίες από 16 έως και 19 ετών.

Η ερευνητική εργασία έγινε με την επίβλεψη του Παναγιώτη Πρεζεράκου, Επίκουρου Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Θεωρώ απαραίτητο να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου για την εμπιστοσύνη με την οποία με περιέβαλε, τη συνεχή στήριξη, την αμέριστη προσοχή του, τη σημαντική και πολύτιμη καθοδήγησή του σε κάθε βήμα μου σε όλα τα δύσκολα στάδια της εργασίας, ώστε να επιτευχθεί ο τελικός στόχος της ολοκλήρωσης της παρούσης μελέτης.

Ευχαριστώ επίσης τη Σοφία Χατζηδήμου, ψυχολόγο, Δρα Κλινικής Ψυχολογίας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Προϊσταμένη του Τμήματος Πληροφόρησης της Δ/σης Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης του Υπουργείου Υγείας, για την παραχώρηση της αδείας χρήσης της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου της εργασίας.

Ευχαριστώ θερμότατα τους μαθητές των δύο Λυκείων της Μεγαλόπολης, που πήραν μέρος σε αυτήν τη μελέτη, καθώς και τους διευθυντές, Κ Γαλάνη και Π. Μπούρα για την πολύτιμη βοήθειά τους.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την αδελφή μου Γεωργία Ζαχαροπούλου για την βοήθειά της στην μετάφραση των ξενόγλωσσων άρθρων.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εφηβεία ορίζεται ως η εξελικτική διεργασία, που αρχίζει βιολογικά με τις μεταβολές της φυσιολογίας της ήβης και τελειώνει ψυχολογικά με την απόκτηση της ταυτότητας του εαυτού και του φύλου, καθώς και του αισθήματος της ανεξαρτησίας και σηματοδοτεί την ενηλικίωση του ατόμου.

Είναι ταυτόχρονα μια περίοδος έκστασης και άγχους, ευτυχίας και προβλημάτων, εξερεύνησης και ψυχικής πίεσης. Μία περίοδος ρήξης των συνδετικών κρίκων με το παρελθόν και δημιουργίας νέων με το μέλλον, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία επώδυνων συγκρούσεων στον ψυχισμό του. Μια περίοδος πιθανής σύγχυσης για τον ίδιο τον έφηβο, για τους γονείς του, οι οποίοι έχουν την επιμέλεια της ανατροφής του, αλλά και για τους άλλους ενήλικες που είναι επιφορτισμένοι με το έργο της ανάπτυξης και της ψυχοκοινωνικής του προσαρμογής.

Συχνά η εφηβεία περιγράφεται με όρους που θα ταίριαζαν για την περιγραφή ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Μιλώντας, για αυτήν, αναφέρουμε αυθόρμητα το θυμό, τη διέγερση, τη λύπη, την αυτοϋποτίμηση, τον πεσιμισμό, την υπερευαισθησία στην κριτική, τη ντροπή, την ενοχή, αισθήματα που εναλλάσσονται με εξάρσεις πάθους και μεγαλομανίας. Αυτά μας κάνουν να αναρωτηθούμε εάν και πότε η κατάθλιψη αποτελεί μία φυσιολογική εκδήλωση της εφηβείας ή εάν εντάσσεται στα πλαίσια του παθολογικού και αποτελεί ψυχιατρική διαταραχή.

Έρευνες αποδεικνύουν ότι η μετάβαση από την εφηβεία στην ενήλικη ζωή μπορεί να ολοκληρωθεί σχετικά ομαλά, άρα η εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης παραπέμπει σε διαταραχή της ψυχικής υγείας.

Τα σημερινά ψυχιατρικά διαγνωστικά συστήματα περιγράφουν την εικόνα της εφηβικής κατάθλιψης όπως αυτής των ενηλίκων, τονίζοντας όμως κάποιες ουσιαστικές διαφορές. Η πιο βασική διαφορά είναι ότι ο έφηβος μπορεί να παρουσιάσει ευερέθιστη διάθεση, αντί του συνήθους καταθλιπτικού συναισθήματος. Κυριαρχεί ο αρνητισμός, η απαισιοδοξία και οι συγκρούσεις, με συνέπεια να διαταράσσονται οι διαπροσωπικές του σχέσεις στην οικογένεια και στο σχολείο. Ο έφηβος αποφεύγει δραστηριότητες που άλλοτε τον ευχαριστούσαν ή που

απαιτούν αυξημένα επίπεδα ενεργητικότητας εκ μέρους του, προβάλλοντας ως αιτία την σωματική κόπωση, αλλά επιδεικνύοντας και μία έλλειψη ενδιαφέροντος και μία πλήξη.

Η κατάθλιψη δεν οφείλεται σε προσωπική αδυναμία του ατόμου, αλλά πρόκειται για ψυχική διαταραχή που επηρεάζει όλο το σώμα και έχει αντίκτυπο στον τρόπο που ένα άτομο αισθάνεται, σκέφτεται και συμπεριφέρεται. Η εφηβική κατάθλιψη μπορεί να είναι μακρόχρονη και επαναλαμβανόμενη. Αποτελεί παράγοντα κινδύνου ψυχοπαθολογίας και ψυχοκοινωνικής δυσπροσαρμογής στη μετέπειτα ενήλικη ζωή. Όταν δεν αντιμετωπίζεται, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τη σχολική αποτυχία, την κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ ενώ μπορεί να φτάσει μέχρι και την αυτοκτονία.

Η κατάθλιψη είναι νόσος πολυπαραγοντική, δηλαδή πολλοί παράγοντες αλληλεπιδρούν κάνοντας έναν έφηβο ευάλωτο. Μελέτες της συμπτωματολογίας, της γενετικής, της επιδημιολογίας, της νευροβιολογίας, της ψυχοφυσιολογίας και της ψυχοφαρμακολογίας της κατάθλιψης έχουν προσφέρει πολύτιμα στοιχεία για τη φύση αυτής της διαταραχής.

Επιπλέον ο σημερινός έφηβος καλείται μέσα σε μία ιδιαίτερα ανταγωνιστική κοινωνία, να αντιμετωπίσει την τεράστια ψυχολογική φόρτιση που συνοδεύει τις κοινωνικές πιέσεις και τα προβαλλόμενα κοινωνικά πρότυπα, με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται στην προσπάθεια του να επιλύσει τις συγκρούσεις ανάμεσα στον πραγματικό, τον κοινωνικό και τον ιδεατό του εαυτό ενώ παρουσιάζει ανικανότητα επιρροής σε γεγονότα και συνθήκες που επηρεάζουν σημαντικά τη ζωή του.

Η πρόωμη ανίχνευση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στον έφηβο προστατεύει από τις δυσμενείς επιπτώσεις στα σχολικά επιτεύγματα, στις σχέσεις με τους γονείς και τους συνομηλίκους. Άλλωστε, σύμφωνα με τις έρευνες, η εφηβική κατάθλιψη είναι προγνωστικός παράγοντας επανεμφάνισης κατάθλιψης και αποπειρών αυτοκτονίας, καθώς και άλλων διαταραχών, όπως είναι οι αγχώδεις διαταραχές, η μανιοκατάθλιψη, η χρήση ουσιών και στην ενήλικη ζωή. Σημαντικό είναι να εκπαιδευτούν τα ίδια τα παιδιά, οι γονείς και οι δάσκαλοι στην αναγνώριση των πρώιμων συμπτωμάτων της ασθένειας, ώστε να ζητήσουν έγκαιρα βοήθεια.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Τα επόμενα χρόνια η κατάθλιψη θα είναι η συχνότερη νόσος στο δυτικό κόσμο - συχνότερη από τα καρδιαγγειακά, τον καρκίνο ή το AIDS και, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, θα είναι η πρώτη ασθένεια στη λίστα των δαπανών για τη δημόσια υγεία. Σήμερα η κατάθλιψη είναι η δεύτερη αιτία αναπηρίας και κοινωνικής δυσλειτουργίας για τις ηλικίες 15-44 ετών και μέχρι το 2020 θα είναι η δεύτερη για όλους, ανεξαρτήτως ηλικίας, ενώ παρατηρείται ραγδαία αύξηση στην εφηβική ηλικία και στην πρώιμη ενήλικη ζωή (ΕΠΙΨΥ, 2010). Η οικονομική κρίση, μάλιστα, θεωρείται ιδιαίτερα επιβαρυντικός παράγοντας για την ιλιγγιώδη αύξηση των περιστατικών κατάθλιψης.

Είναι η νόσος που, πέρα από το δυσβάστακτο ψυχικό πόνο που προκαλεί, διαταράσσει σημαντικά τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής του ατόμου, επηρεάζοντας πολυποίκιλα την οικογένειά του και το ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον (Andrews, 2001). Παρά τις βιολογικές συνιστώσες στην αιτιολογία της κατάθλιψης και τις ορμονικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες, πιστεύεται ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα διαφορετικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής, στα οποία εκτίθενται τα άτομα, διαμορφώνουν τα ποσοστά εμφάνισης της νόσου (Rickards, 2005).

Ορισμός Κατάθλιψης

Η κατάθλιψη, ως συναισθηματική κατάσταση που εκφράζεται με μελαγχολική διάθεση, θλιμμένο συναίσθημα ή έντονη δυσφορία, αποτελεί ένα από τα πιο κοινά συναισθήματα που βιώνει το ανθρώπινο όν από την πολύ νεαρή ως την πολύ προχωρημένη ηλικία. Αυτή η πανανθρώπινη συναισθηματική κατάσταση μπορεί να παρατηρηθεί ως μια φυσιολογική αντίδραση σε ένα ισχυρό ψυχοτραυματικό γεγονός, όπως είναι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή απλά σε κάποιο δυσάρεστο γεγονός και αποτελεί μία συναισθηματική απάντηση, η οποία δεν επηρεάζει σημαντικά και μακροπρόθεσμα τη γενική προσαρμογή και τη λειτουργικότητα του ατόμου. Όταν αναφερόμαστε όμως στην κατάθλιψη σαν ψυχολογική διαταραχή, εννοούμε μία παθολογική κατάσταση, στην οποία εκτός από την υπερβολικά έντονη και παρατεταμένη θλίψη συνυπάρχουν ταυτόχρονα και άλλα συμπτώματα με πιο

χαρακτηριστικά την απώλεια ενδιαφερόντων και ευχαρίστησης στις καθημερινές δραστηριότητες, τη μειωμένη ενεργητικότητα ή δραστηριότητα, τη μειωμένη συγκέντρωση και προσοχή, την έντονη κόπωση μετά από ελαφρά προσπάθεια, τη μειωμένη αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό, ιδέες αναξιότητας και ενοχής, ζοφερές και απαισιόδοξες προοπτικές για το μέλλον, ιδέες ή πράξεις αυτοκαταστροφής, διαταραγμένο ύπνο καθώς και μειωμένη όρεξη (APA, 2000).

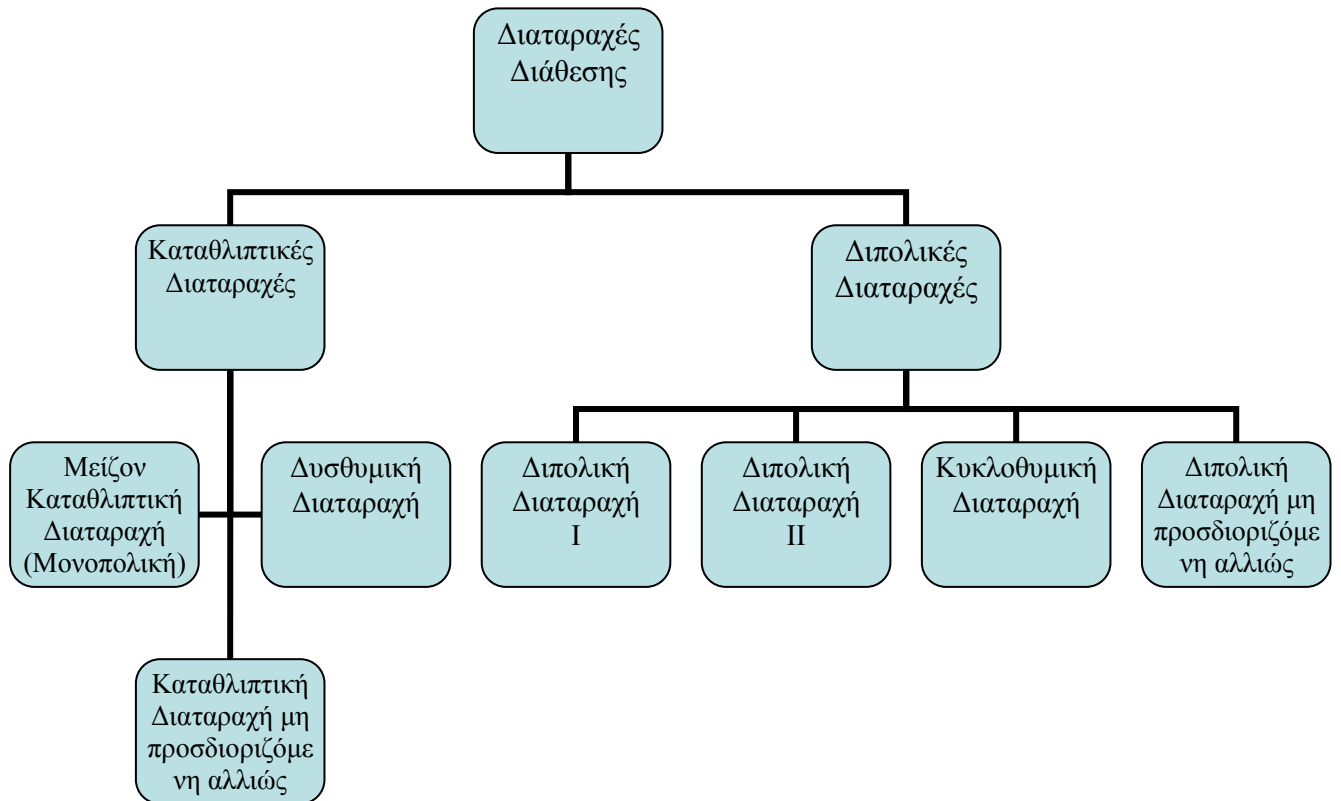
Είναι λοιπόν σαφές ότι η κατάθλιψη, ως ψυχική διαταραχή, απέχει πάρα πολύ από την υποκειμενική μελαγχολική διάθεση και επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου. Είναι μία κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών.

Τύποι Κατάθλιψης

Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί με διάφορες μορφές όπως συμβαίνει και με τις περισσότερες σωματικές ασθένειες. Σύμφωνα με την ταξινόμηση DSM-IV (APA, 1994) οι καταθλιπτικές διαταραχές αποτελούν μέρος των διαταραχών διάθεσης (Εικόνα 1).

Η *Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή* (ονομάζεται και κλινική ή μονοπολική κατάθλιψη), εκδηλώνεται με ένα συνδυασμό συμπτωμάτων που επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να εργαστεί, να μελετήσει, να κοιμηθεί, να φάει και να απολαύσει ευχάριστες δραστηριότητες, όπως έκανε στο παρελθόν. Η διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης γίνεται όταν ένα άτομο υποφέρει από θλίψη και έχει πέντε άλλα συγκεκριμένα συμπτώματα, για δύο τουλάχιστον εβδομάδες. Κάποια από τα συμπτώματα αυτά είναι απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, υπνηλία ή υπερυπνία, αυξημένη όρεξη για φαγητό, απαισιοδοξία, αδυναμία συγκέντρωσης, μειωμένη ικανότητα σκέψης, σκέψεις αναξιότητας κλπ. Το καταθλιπτικό άτομο δεν χρειάζεται να έχει όλα αυτά τα συμπτώματα, αλλά τα συμπτώματα που έχει να διαρκούν για εβδομάδες, όχι ημέρες και να εμποδίζουν σημαντικά τη ζωή και τη λειτουργικότητα του. Μερικά άτομα μπορεί να παρουσιάσουν ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης, αλλά τα

περισσότερα παρουσιάζουν πολλά επεισόδια στη διάρκεια της ζωής τους ιδίως εάν δεν λάβουν θεραπεία (Susan, 2008).



Εικόνα 1: Διαταραχές διάθεσης

Πηγή: American Psychiatric Association, 1994

Καθένα από τα συμπτώματα της μείζονος κατάθλιψης ενδέχεται να εμφανιστεί φυσιολογικά στην εφηβεία, δίχως να υποδηλώνει μία καταθλιπτική διαταραχή. Η συχνή εμφάνιση και η έντονη παραμονή αυτών των συμπτωμάτων, η δυσχέρεια της εξέλιξης του εφήβου προς την ωριμότητα, η παρεμπόδιση των σχέσεων με τους συνομηλίκους και ενήλικες, οι αρνητικές επιπτώσεις της συμπεριφοράς του μαρτυρούν την εφηβική κατάθλιψη (Μακρή-Μπότσαρη, 2008).

Η *Δυσθυμική Διαταραχή* (ήπια κατάθλιψη ή δυσθυμία), είναι «μία λανθάνουσα μείζων κατάθλιψη», με συμπτώματα παρόμοια με της προηγούμενης. Τα συμπτώματα δε αυτά είναι ενοχλητικά και διαρκούν τουλάχιστον δύο χρόνια, σε ήπια ένταση αλλά συνήθως δεν προκαλούν ανικανότητα στο άτομο. Ωστόσο το προσβεβλημένο άτομο δεν αισθάνεται καλά και δεν μπορεί να απολαύσει πλήρως τη ζωή του, ενώ με ήπια κατάθλιψη έχει έξι φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξει ένα ή περισσότερα πλήρη επεισόδια μείζονος κατάθλιψης (Paolucci & Paolucci, 2008; Sadock, 2002).

Στις *Διπολικές Διαταραχές* (I και II), τα άτομα παρουσιάζουν διαστήματα κατάθλιψης και διαστήματα ευφορικής διάθεσης που ονομάζεται μανία και χαρακτηρίζεται από υπερκινητικότητα, διέγερση και επιταχυμένο ρυθμό ομιλίας- συχνά με διαταραγμένη σκέψη ή διαστήματα υπομανίας (σύνδρομο παρόμοιο με την μανία, αλλά όχι τόσο βαρύ ή έντονο και δεν επηρεάζει τόσο σημαντικά τη λειτουργικότητα). Σε κάποιες περιπτώσεις η υπομανία αυξάνει τη λειτουργικότητα του ατόμου και η φάση της βιώνεται από το άτομο ως θετική εμπειρία. Το βασικό στοιχείο της διπολικής διαταραχής I (που παλαιότερα λεγόταν μανιοκαταθλιπτική νόσος), είναι η παρουσία ενός ή περισσότερων μανιακών ή μεικτών επεισοδίων (το μεικτό επεισόδιο είναι συνδυασμός μανιακού και καταθλιπτικού επεισοδίου). Τα άτομα με διπολική διαταραχή I έχουν και ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια. Η διπολική διαταραχή II, χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός ή περισσότερων μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων, που συνοδεύονται τουλάχιστον από ένα υπομανιακό επεισόδιο.

Σε αντίθεση με το μανιακό, ένα υπομανιακό επεισόδιο δεν είναι αρκετά σοβαρό για να προκαλέσει έντονη έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας. Η συμπεριφορά των ατόμων αυτών τις περισσότερες φορές δεν γίνεται αντιληπτή από τους άλλους ως προβληματική, αντίθετα αυτά μπορεί να θεωρούνται άτομα ιδιαίτερα ζωντανά και ενεργητικά (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη, 2008-2012).

Η κατάθλιψη μπορεί να εντάσσεται στο πλαίσιο της διπολικής διαταραχής, δηλαδή να αποτελεί μέρος της μικτής εικόνας της μανιοκατάθλιψης. Μέχρι το 1970, η μανιοκατάθλιψη δεν αναγνωριζόταν ως ψυχιατρική διάγνωση στα παιδιά και τους εφήβους. Σήμερα είναι

πλέον γνωστή η αυξημένη συχνότητα έναρξης της νόσου στην εφηβεία (4,7%) και η συνέχισή της στην ενήλικη ζωή. Η διπολική διαταραχή συνήθως ξεκινάει με κατάθλιψη στην προεφηβεία και κατά την εφηβεία εμφανίζεται υπομανία ή μανία. Η κλινική εικόνα παρουσιάζει μικτά συμπτώματα και από τους δύο πόλους των συναισθηματικών διαταραχών. Καταθλιπτικά συμπτώματα είναι αναμειγμένα ή εναλλάσσονται ταχύτατα κάθε λίγες ημέρες ή μέσα στην ίδια ημέρα. Εξαιρετικά μεγάλη ευερεθιστότητα, ιδιαίτερα το πρωί, και ξεσπάσματα θυμού που διαρκούν ημέρες είναι συχνότερα στους εφήβους, αντί για την κλασική ευφορία. Υπάρχει επιβάρυνση στη σχολική επίδοση και στις σχέσεις με τους συνομήλικους και αύξηση του κινδύνου για χρήση ουσιών και αυτοκτονία (Lofthouse, 2004; Huberty, 2004).

Η διπολική νόσος της εφηβικής ηλικίας έχει μεγαλύτερο κίνδυνο κακής έκβασης από αντίστοιχη νόσο μεγαλύτερης ηλικίας, επειδή παρεμβαίνει σε σημαντικές αναπτυξιακές διαδικασίες, όπως η ρύθμιση των συναισθημάτων, η απόκτηση ικανοτήτων και η επίτευξη και διατήρηση κοινωνικών σχέσεων. Σύγχρονες έρευνες δείχνουν αυξημένη συχνότητα συναισθηματικών διαταραχών σε οικογένειες εφήβων με διπολική διαταραχή, εύρημα που υπαινίσσεται γενετική βάση της νόσου, η οποία, λόγω της πρώιμης έναρξής της, αποτελεί εξαιρετικά σοβαρή κατάσταση (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

1.3 Πιθανά Αίτια της Κατάθλιψης

Δεν υπάρχει ένας και μοναδικός λόγος που να εξηγεί τη διαταραχή αυτή. Έρευνες, διάρκειας ετών, έχουν επισημάνει μερικούς παράγοντες που φαίνεται να συμβάλουν σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό στη νόσηση. Μπορεί κανείς να θεωρήσει την καταθλιπτική διαταραχή ως το τελικό κοινό αποτέλεσμα μιας ποικιλίας παραγόντων που δρουν πάνω στην ιδιοσυστασία κάθε ατόμου και στο συγκεκριμένο κοινωνικό του πλαίσιο. Εάν δούμε την κατάθλιψη με αυτόν τον τρόπο, τότε οι διάφορες ερμηνείες για την αιτιολογία της, είτε καθαρά βιολογικές είτε καθαρά ψυχοκοινωνικές, παύουν να φαίνονται ότι αντικρούουν η μία την άλλη, αλλά μάλλον ότι συμπληρώνουν η μία την άλλη.

Οι τρέχουσες θεωρίες ως προς την αιτιολογία της Κλινικής Κατάθλιψης μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε φυσιολογικές αιτιολογίες και σε Ψυχοκοινωνικές.

Γενετικοί παράγοντες: Το πιο παραδεκτό μοντέλο σήμερα είναι ότι διάφορα γονίδια μεταβιβάζουν χαρακτηριστικά που αυξάνουν την ευαλωτότητα στη νόσο, η οποία θα εκδηλωθεί εάν επιδράσουν και άλλοι παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί) (Ελληνική Εταιρία Διαταραχών Διάθεσης, 2012; Clarke, 2001).

Βιολογικοί παράγοντες: Από τη δεκαετία του '50, ήδη, έχουν προκύψει ισχυρές ενδείξεις, που κατοχυρώνουν το ρόλο ουσιών, των νευροδιαβιβαστών, στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης. Το ερευνητικό ενδιαφέρον έχει εστιασθεί στους νευροδιαβιβαστές σεροτονίνη και νοραδρεναλίνη και διαπιστώθηκε ότι στην κατάθλιψη τα νευροδιαβιβαστικά αυτά συστήματα υπολειτουργούν. Ο μηχανισμός δράσης, άλλωστε, των περισσότερων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, τα οποία δρουν ενισχύοντας την νευροδιαβίβαση, που επιτελείται μέσω της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης, έρχεται να συμφωνήσει με την υπόθεση αυτή. Επιπλέον αρκετές εξαρτησιογόνες ουσίες και φάρμακα μπορεί επίσης να προκαλέσουν κατάθλιψη (Χατζάκη, 2007; Nemeroff & Vale, 2005).

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: Αυτοί μπορεί να είναι: α) παράγοντες που σχετίζονται με πρώιμες εμπειρίες ζωής, β) παράγοντες που δρουν αργότερα στη ζωή (αρνητικά γεγονότα ζωής), γ) τρόπος σκέψης (αρνητικός τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι ερμηνεύουν τον κόσμο γύρω τους, βασιζόμενοι σε κάποιες παραδοχές που δεν είναι λειτουργικές και που έχουν ως αποτέλεσμα να "παραμορφώνουν" τελικά την εικόνα του γύρω κόσμου αντί να την ερμηνεύουν) (Ευθυμίου και συν., 2006).

1.4 Χρόνος εμφάνισης κατάθλιψης και επιδημιολογικές τάσεις

Εμφανίζεται σε όλες τις ηλικίες, ακόμη και σε μικρά παιδιά, εφήβους, ή νέους ανθρώπους. Η πορεία της υποτροπιάζουσας μείζονος κατάθλιψης ποικίλλει. Κάποιοι ασθενείς έχουν μεμονωμένα επεισόδια μεταξύ των οποίων μεσολαμβάνουν πολλά χρόνια, άλλοι βιώνουν ομάδες επεισοδίων και άλλοι έχουν ένα προοδευτικά αυξανόμενο αριθμό επεισοδίων, μεγαλώνοντας. Περίπου οι μισοί από τους ασθενείς με ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο έχουν και ένα δεύτερο. Τα άτομα που έχουν δύο επεισόδια έχουν 70% πιθανότητα να έχουν και τρίτο.

Επιπλέον, 5% έως 10% των ασθενών με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο στην πορεία εμφανίζουν μανιακό επεισόδιο (πχ διπολική ή μανιοκαταθλιπτική διαταραχή).

Τα συμπτώματα του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου μπορούν να αναπτυχθούν μέσα σε ημέρες η εβδομάδες, ενώ τα πρόδρομα συμπτώματα όπως το άγχος και τα ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να διαρκέσουν εβδομάδες ή και μήνες. Ένα επεισόδιο που δεν έχει αντιμετωπιστεί συνήθως διαρκεί τουλάχιστον έξι μήνες ανεξάρτητα με την ηλικία έναρξης (Andrews, 2001). Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν πλήρη ύφεση. Στο 20% έως 30% των περιπτώσεων η ύφεση είναι μόνο μερική και στο 5% έως 10% το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να διαρκέσει για 2 ή περισσότερα χρόνια. Στο γενικό πληθυσμό, 2% των παιδιών και 4%-8% των εφήβων πάσχουν από κατάθλιψη. Στις ηλικίες 12-17 ετών, περίπου το 4% παρουσιάζει μείζονα κατάθλιψη, ενώ στην ηλικία των 18 ετών πάσχει περίπου το 9 % (ΠΟΥ, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΦΗΒΕΙΑ

Η εφηβεία συχνά περιγράφεται με όρους που θα ταίριαζαν για την περιγραφή ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Μιλώντας για αυτή μας έρχεται αυθόρμητα στο νου η λύπη, η διέγερση και ο θυμός. Η συνεχής παρατήρηση προσφέρει πολλά παραδείγματα εφήβων που σπαταλούν ατελείωτες ώρες απομονωμένοι, δείχνοντας στο κοινωνικό τους περιβάλλον την πλήρη αδιαφορία για ο,τιδήποτε αφορά την καθημερινότητα. Επιπλέον, αρνητικά συναισθήματα όπως ενοχή, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απογοήτευση εναλλάσσονται με εκρήξεις πάθους και μεγαλομανίας. Είναι γνωστή η απότομη αλλαγή της ψυχολογικής διάθεσης των εφήβων, όμως πολλοί από αυτούς παρουσιάζουν πολύ συχνά συμπτώματα σταθερού καταθλιπτικού συναισθήματος. Η συγκεκριμένη αυτή κατάσταση μας παραπέμπει στο να αναρωτηθούμε αν και πότε η κατάθλιψη αποτελεί μια φυσιολογική εκδήλωση της εφηβικής ηλικίας ή εντάσσεται στο πλαίσιο του παθολογικού και αποτελεί ψυχιατρική διαταραχή (Λαζαράτου και Αναγνωστόπουλος, 2001).

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση ταυτίζει ένα μέρος των διεργασιών της εφηβείας με εκείνες του πένθους. Ο έφηβος είναι υποχρεωμένος να αποχωριστεί συμβολικά τους γονείς του και να απομακρυνθεί από τον παράδεισο των παιδικών του χρόνων, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει μόνος του μια νέα πραγματικότητα. Η συγκεκριμένη αυτή διεργασία διακοπής των σχέσεων και της απώλειας του αντικειμένου έχει ακριβώς τα ίδια στάδια με εκείνα της αντιμετώπισης ενός θανάτου αγαπημένου προσώπου. Παράλληλα, ενώ ο έφηβος απομακρύνεται από τα αγαπημένα αντικείμενα της παιδικής ηλικίας του, περνάει μια περίοδο όπου η απασχόλησή του είναι στραμμένη κυρίως προς τον ίδιο του τον εαυτό. Είναι φανερό λοιπόν, ότι σε αυτήν την περίπτωση πρόκειται για μια ναρκισσιστική παλινδρόμηση, όπου οι ικανοποιήσεις αναζητούνται όχι στις διαπροσωπικές σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους, αλλά στις φαντασιώσεις και στα προσωπικά σενάρια ενός εφήβου. Από εδώ αναβλύζουν τα συναισθήματα ντροπής, κατωτερότητας, χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης και εκφράζουν την απόσταση μεταξύ αυτού που θα ήθελε πραγματικά και αυτού που είναι. Αναμφισβήτητα, στην εφηβεία παρουσιάζονται πράξεις ετερό- και αυτό-επιθετικότητας. Το να μεγαλώνεις σημαίνει ότι παίρνεις τη θέση του γονέα και είναι αυτό που πραγματικά συμβαίνει. Το να μεγαλώνεις είναι από τη φύση του μια πράξη επιθετική (Lau, 2012).

Παρόλες όμως τις ομοιότητες, η εφηβεία διαφοροποιείται από τη διεργασία του πένθους, διότι υπάρχει μια πορεία δυναμική. Ο έφηβος περνάει σταδιακά τις διεργασίες που θα τον απομακρύνουν από την επώδυνη κατάσταση (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Σε αντίθεση πάλι, με την ψυχαναλυτική προσέγγιση, υπάρχει μια άποψη που υποστηρίζει ότι η εφηβεία δεν είναι μια περίοδος μεγάλων αλλαγών για όλο το σύνολο των εφήβων. Έρευνες σε μη κλινικό πληθυσμό, έδειξαν ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό εφήβων (80%) να έχουν καλές σχέσεις με το οικογενειακό τους περιβάλλον και τους συνομήλικούς τους και να μοιράζονται τις ίδιες κοινωνικές και πολιτισμικές αξίες. Οι συγκεκριμένες έρευνες υποστηρίζουν ότι η εφηβεία είναι μια περίοδος ανάπτυξης, που έχει τη δυνατότητα να ξεπεραστεί χωρίς αναταραχές και ότι η μετάβαση στην ενήλικη πλέον ζωή κλείνει τον κύκλο της προοδευτικά και με την αποφυγή μεγάλων ανακατατάξεων. Σύμφωνα λοιπόν, με αυτή τη θεωρητική άποψη, η εμφάνιση κατάθλιψης δε μπορεί παρά να σηματοδοτεί την ύπαρξη παθολογίας και να χρήζει ανάγκη θεραπευτικής αντιμετώπισης (Μακρή-Μπότσαρη, 2011).

2.1. Ορισμός, χρονική διάρκεια και στάδια εφηβείας

Η εφηβεία ορίζεται ως η εξελικτική διεργασία στη ζωή του ανθρώπου, που ξεκινά βιολογικά με τις μεταβολές της φυσιολογίας της ήβης και τελικά σταματάει με την απόκτηση της ταυτότητας του εαυτού και του φύλου, καθώς και του αισθήματος της ανεξαρτησίας όπου και σηματοδοτεί την ενηλικίωση (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Από κοινωνιολογική άποψη η εφηβεία είναι ένα φαινόμενο που διακρίνεται από την διαφορετικότητα σε ό,τι αφορά στην καθολικότητα και την ομοιογένεια των χαρακτηριστικών της. Διαφοροποιείται ανάλογα με το πολιτιστικό και κοινωνικό περιβάλλον, ως προς τη διάρκειά της και ως προς τις διαδικασίες ένταξης των εφήβων στην κοινωνία των ενηλίκων. Όσο πιο πολύπλοκη είναι μία κοινωνία τόσο μεγαλύτερη είναι η χρονική διάρκεια της εφηβείας και τόσο εντονότερες οι συγκρούσεις της. Αλλά ακόμη και μέσα στην ίδια κοινωνία και ειδικότερα στις δυτικές, η εφηβεία ποικίλει ανάλογα με το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον και τις δραστηριότητες που καλλιεργούνται και αναπτύσσονται σε αυτό (Μακρή-Μπότσαρη, 2008).

Η εφηβεία αναφέρεται σε μία μακρόχρονη αναπτυξιακή περίοδο και περιλαμβάνει το σύνολο των αλλαγών που συμβαίνουν στους τέσσερις βασικούς τομείς της ανάπτυξης: βιοσωματικό, γνωστικό, συναισθηματικό, και κοινωνικό (Cicchetti & Rogosch, 2002; APA, 2002). Οι αλλαγές αυτές προσδιορίζουν αναπτυξιακούς στόχους που ο έφηβος οφείλει να επιδιώξει και να κατακτήσει.

Παρότι η έναρξη της εφηβείας συνδέεται με την εμφάνιση της ήβης, η χρονική της διάρκεια δεν είναι σαφώς προσδιορισμένη, δηλαδή δεν είναι γνωστή η ακριβής ηλικία έναρξης και λήξης της (Μιχοπούλου, 2003; Tucker, 1999). Συχνά, θεωρείται ότι είναι το διάστημα μεταξύ 12 και 18 ετών (Spear, 2000). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η εφηβεία καλύπτει την περίοδο από 10 έως 20 χρονών. Οι ερευνητές που ασχολούνται με την εφηβεία αποδέχονται μια κατάταμή της σε επιμέρους αναπτυξιακά στάδια: προ-εφηβεία (10-12 ετών), πρώτη εφηβεία (11-14 ετών), μέση εφηβεία (14-17), όψιμη εφηβεία (17-20) και μετα-εφηβεία (>20 ετών). Τα στάδια αυτά έχουν, κυρίως, πρακτική χρησιμότητα, καθώς η ανάπτυξη είναι συνεχής. Βέβαια, έχει βρεθεί ότι σε καθένα από αυτά τα στάδια υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ή αναπτυξιακές αλλαγές που επιτελούνται (Chown et al., 2008; Christie & Viner, 2005).

2.2. Αναπτυξιακά Χαρακτηριστικά και στόχοι – Σχέσεις με τους άλλους

Η εφηβεία, είναι μία περίοδος, κατά τη διάρκεια της οποίας το νέο άτομο χρειάζεται να διαχειριστεί μια ποικιλία σημαντικών αναπτυξιακών αλλαγών. Οι αλλαγές αυτές αφορούν σε πολλούς τομείς και συχνά αναφέρονται ως τα «αναπτυξιακά καθήκοντα» της εφηβείας (Chown et al., 2008; Christie & Viner, 2005; Cicchetti & Rogosch, 2002).

2.2.1. Βιοσωματικές αλλαγές

Ο όρος «ήβη» αναφέρεται στην περίοδο κατά τη διάρκεια της οποίας το παιδί μετατρέπεται σε ένα άτομο ικανό για σεξουαλική αναπαραγωγή. Συχνά, όμως, ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει το σύνολο των βιολογικών αλλαγών που λαμβάνουν χώρα στην εφηβεία (Krapp & Wilson, 2005). Αυτές αφορούν στην αύξηση του ύψους, του βάρους και της δύναμης καθώς και την ανάπτυξη των σεξουαλικών χαρακτηριστικών (Martin, 1999; Tucker,

1999). Στα κορίτσια οι πρώτες αλλαγές (πχ αύξηση στήθους, έμμηνος ρύση) ξεκινούν περίπου δύο χρόνια νωρίτερα απ' ό,τι στα αγόρια (πχ αύξηση όρχεων, εκσπερματίσεις στον ύπνο). Επίσης, στη διάρκεια της ήβης συμβαίνουν σημαντικές ορμονικές αλλαγές (Cobb, 2010; APA, 2002) και αλλαγές στην ανάπτυξη του εγκεφάλου, όπου, μάλιστα, ορισμένες διαδικασίες ολοκληρώνονται σε αυτήν τη φάση (Casey et al., 2010; Cobb, 2010).

Το σώμα γίνεται πλέον το επίκεντρο της προσοχής του εφήβου, καθώς συμβαίνουν τόσες αλλαγές σε αυτό. Ο έφηβος αισθάνεται την ανάγκη να εστιάσει το ενδιαφέρον του στις ραγδαίες σωματικές αλλαγές γιατί μόνο έτσι θα μπορέσει να προσαρμοστεί σε αυτές. Αυτές οι αλλαγές προκαλούν στο νεαρό άτομο έντονες ψυχικές εντάσεις. Συχνά οι έφηβοι συναντούν δυσκολίες στην ενσωμάτωση των νέων στοιχείων στην παλιά εικόνα για το ίδιο τους το σώμα με αποτέλεσμα να έχουν χαμηλό αυτοσυναίσθημα, ανασφάλεια, αβεβαιότητα.

2.2.2. Γνωστικές αλλαγές

Κατά την εφηβεία αναπτύσσονται καινούργιες γνωστικές δομές, δηλαδή αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο σκέφτονται οι έφηβοι (πχ ικανότητα σύλληψης του «δυνατού ή του πιθανού»), με τις οποίες επιτυγχάνεται και η μετάβαση από τη συγκεκριμένη στην αφαιρετική σκέψη (Christie & Viner, 2005).

Οι έφηβοι αφήνουν πια την εμπειρική και πραγματιστική σκέψη και μπορούν να επιλύουν γνωστικά προβλήματα, συλλαμβάνοντας και διατυπώνοντας πιθανότητες και υποθέσεις, συλλογισμούς κα. Από «πραγματιστές» γίνονται «σκεπτικιστές» και συνεχώς ρωτούν «γιατί να είναι έτσι τα πράγματα και όχι αλλιώς» και εναντιώνονται προς μια συγκεκριμένη θεώρηση των πραγμάτων δημιουργώντας δικούς τους κανόνες και κώδικες επικοινωνίας. Είναι ικανοί να δουν διαφορετικές οπτικές, να σκεφτούν πολλές εναλλακτικές και να αναλύσουν σε έννοιες αίτιου-αποτελέσματος (APA, 2002). Μπορούν να συνδυάζουν ή να απομονώνουν μεταβλητές, να αναθεωρούν τις απόψεις τους και να σκέφτονται ακόμα και για την ίδια τους τη σκέψη (μεταγνώση) (Cobb, 2010). Στα χρόνια της εφηβείας, η βραχύχρονη και η μακρόχρονη μνήμη βελτιώνονται, ενώ η ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών αυξάνεται συνεχώς.

Οι νέες αυτές γνωστικές ικανότητες τους επιτρέπουν να κάνουν σχέδια για το μέλλον, να παίρνουν πιο ώριμες αποφάσεις, να κρίνουν (Cobb, 2010; APA, 2002), και τους βοηθούν στην ανάπτυξη ανώτερου ηθικού συλλογισμού.

Έχοντας κατακτήσει αυτές τις πνευματικές δεξιότητες και γνωρίζοντας ήδη πολλά πράγματα για τον κόσμο γύρω τους, ασκούν έντονη κριτική, αμφισβητούν μορφές εξουσίας, πολλές φορές μάλιστα αμφισβητούν και πράγματα ή καταστάσεις τα οποία κατά βάθος έχουν ανάγκη για να νιώθουν ασφάλεια και συναισθηματική στήριξη. Αναπτύσσουν τις δικές τους ηθικές αξίες, αναλαμβάνουν πιο συχνά τις ευθύνες των πράξεών τους και ενδιαφέρονται για τα ατομικά δικαιώματα και τις ελευθερίες (Chown et al., 2008; APA, 2002).

Παράλληλα, σε αυτό το στάδιο σκέφτονται πολύ για τον εαυτό τους, αναλύοντας διαρκώς τις σκέψεις και τη συμπεριφορά τους. Αυτό το στοιχείο τους οδηγεί σε επιπλέον άγχος και εκνευρισμό επειδή ουσιαστικά δεν μπορούν ακόμα να δώσουν απαντήσεις σε όλα τα ερωτήματα που τους απασχολούν έντονα: «ποιος είμαι;», «πώς με βλέπουν οι άλλοι;», «τι θα κάνω στο μέλλον;». Παράλληλα, επειδή οι ίδιοι ασχολούνται διαρκώς με σκέψεις για τον εαυτό τους και είναι ουσιαστικά επικεντρωμένοι σε αυτόν, μπορεί εύκολα να θεωρήσουν ότι και οι άλλοι γύρω τους τους παρατηρούν συνέχεια και έχουν διάθεση κριτικής απέναντί τους.

Είναι σημαντικό εδώ να αναφερθεί ότι δεν φτάνουν όλοι οι έφηβοι στο επίπεδο της τυπικής αφαιρετικής σκέψης. Οι παράγοντες που καθορίζουν το ανώτερο επίπεδο γνωστικών δομών, το οποίο κατακτά το αναπτυσσόμενο άτομο είναι τόσο ατομικοί (όπως γενετική νοημοσύνη, τρόπος αντίδρασης του εφήβου στα εξωτερικά ερεθίσματα και ενδοπροσωπικός έλεγχος) όσο και κοινωνικοί (με σημαντικότερο τον βαθμό πολυπλοκότητας του περιβάλλοντος όπου ζει ο έφηβος) (Χατζηδήμου, 1997).

2.2.3. Συναισθηματικές αλλαγές

Από τους πιο σημαντικούς αναπτυξιακούς στόχους στην εφηβεία είναι η διαμόρφωση ολοκληρωμένης και σταθερής ταυτότητας, δηλαδή μιας αίσθησης για τον εαυτό, ότι είναι άτομο ώριμο και μοναδικό κι ότι μπορεί να δημιουργήσει πιο στενές και πιο ουσιαστικές σχέσεις (Cobb, 2010; Martin, 1999).

Η ταυτότητα αποτελεί στόχο και πρόκληση για τον έφηβο, είναι ο τρόπος που αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, και συμπεριλαμβάνει την αυτοεκτίμηση του και τους προσωπικούς του στόχους. Κάθε έφηβος διέρχεται από μία κρίση ταυτότητας μέχρι να ανακαλύψει το ποιος είναι. Υπάρχει σύγχυση ρόλων, υιοθέτηση αναγκών και επιθυμιών που επιβάλλονται από την οικογένεια ή τους φίλους. Οι έφηβοι πειραματίζονται πολύ συχνά με διαφορετικούς ρόλους, συμπεριφορές και πρακτικές μέχρι να κατακτήσουν την αίσθηση μιας ενιαίας ταυτότητας.

Η διαδικασία αυτή προϋποθέτει σύνθεση των επιμέρους ταυτοτήτων (σεξουαλική, εθνική κα) και επαναδιαπραγμάτευση των μέχρι τώρα σχέσεων και δεδομένων (Cobb, 2010; Tucker, 1999). Η διαμόρφωση ταυτότητας επηρεάζει τον τρόπο που ο νέος αντιλαμβάνεται (αυτοαντίληψη) και αξιολογεί (αυτοεκτίμηση) τον εαυτό του (APA, 2002). Χαρακτηριστική είναι η προσπάθεια των εφήβων για συναισθηματική αυτονομία από τους γονείς τους και μεγαλύτερη ανεξαρτησία όσον αφορά στις επιλογές, τις απόψεις και τις αποφάσεις τους (Cobb, 2010; Martin, 1999).

Η εφηβεία είναι συνδεδεμένη με την ύπαρξη πολλών συναισθημάτων, τα οποία βιώνονται έντονα και εναλλάσσονται με γρήγορους ρυθμούς. Παρόλο, όμως, που τα αρνητικά συναισθήματα είναι πιο συχνά στην περίοδο αυτή σε σχέση με άλλες περιόδους, δεν υπερτερούν των θετικών αισθημάτων (Spear, 2000; Arnett, 1999). Η συναισθηματική ανάπτυξη των εφήβων αφορά στην αυξημένη κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων, περισσότερη ενσυναίσθηση, μεγαλύτερη διάθεση συνεργασίας και μεγαλύτερη ικανότητα αναγνώρισης και διαχείρισης των ιδίων συναισθημάτων (APA, 2002; Martin, 1999). Οι συναισθηματικές αλλαγές του νέου ανθρώπου (αυξημένη ευσυγκινησία, νευρικότητα, ανησυχία, συναισθηματική αστάθεια, νωθρότητα, κακοκεφιά) οφείλονται κατά ένα μέρος, στις ορμονικές αλλαγές (παραγωγή αυξημένων ποσοτήτων νέων ορμονών).

2.2.4. Ψυχοκοινωνικές αλλαγές

Οι ψυχοκοινωνικές αλλαγές χαρακτηρίζονται από την τάση του εφήβου για αυτονομία σε όλους του τομείς, για ανεξαρτητοποίηση από τους ενήλικους και για αποδοχή από την ομάδα των συνομηλίκων. Αφορούν δηλαδή στις σχέσεις του εφήβου με τους άλλους (γονείς, άλλους ενήλικες, συνομήλικους) όσο και με τον ίδιο του τον εαυτό.

Σχέσεις Εφήβων – Γονέων: ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος των γονέων στη δόμηση μιας υγιούς και δημιουργικής σχέσης με τον επαναστατημένο και σαστισμένο έφηβο, που αναζητά την ταυτότητά του. Η ανάγκη του εφήβου για αυτοπροσδιορισμό και αυτονόμηση οδηγούν σε συγκρούσεις με το άμεσο οικογενειακό του περιβάλλον (Steinberg, 2001). Η ορθή ή όχι διαχείριση των συγκρούσεων, ο επανακαθορισμός και η επαναδιαπραγμάτευση γονέων – εφήβου, από το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να έχουν θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα στην αυτοεκτίμηση και στη διαμόρφωση της ταυτότητάς του (Maughan & Coghill, 2011).

Το πέρασμα του εφήβου από την κλειστή εξάρτηση της οικογένειας στην αυτονομία χαρακτηρίζεται από τη μείωση της συμμετοχής του στην οικογενειακή ζωή και από την παράλληλη αύξηση της διαπροσωπικής σύγκρουσης με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Έχει την τάση δε να ανεξαρτητοποιείται από τους γονείς, να τους αποϊδανικοποιεί και συχνά οδηγείται σε διάσταση με αυτούς καθώς τον συγκρατούν από την πραγματοποίηση των ονείρων του, ενώ νιώθει ότι απέχουν πολύ από τα δικά του ιδανικά θεωρητικά πρότυπα (Chown et al., 2008).

Παρότι, συχνά αναφέρεται ότι το αρνητικό συναίσθημα μεταξύ γονέων και εφήβων αυξάνεται στη διάρκεια της εφηβείας, αυτό αφορά κυρίως στους γονείς, οι οποίοι, μεταξύ άλλων, δυσκολεύονται να δεχτούν ότι τα παιδιά τους τους αποϊδανικοποιούν. Για τους εφήβους, οι έρευνες έχουν δείξει ότι οι περισσότεροι δεν θεωρούν ότι έχει υπάρξει ‘αποσύνδεση’, αλλά εξακολουθούν να βιώνουν ως θετική τη σχέση με τους γονείς τους (Scharf & Mayseless, 2007; Allen et al., 2004; Steinberg, 2001; Steinberg & Morris, 2001).

Η γονική στήριξη και ο τρόπος διαπαιδαγώγησης, έχουν σημαντική συμβολή στην πρόβλεψη των προβλημάτων συμπεριφοράς. Οι θετικές σχέσεις των εφήβων με τους γονείς τους προάγουν την ψυχοκοινωνική τους προσαρμογή και το ψυχολογικό τους ευ ζήν. Αντιθέτως, η έλλειψη γονεϊκής στήριξης και η μη ενασχόληση των γονέων με τα παιδιά τους αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης προβλημάτων συμπεριφοράς κατά την εφηβεία (στρές, επιθετικότητα κτλ), που μπορεί να τα οδηγήσει σε παραβατικές συμπεριφορές (πχ κατανάλωση εξαρτησιογόνων ουσιών) (Τζαμαλούκα και συν., 2006).

Οι γονείς αποτελούν τον κοινωνικό καθρέπτη του παιδιού. Αν ο έφηβος αισθάνεται ότι αυτοί τον περιβάλλουν με στοργή, σεβασμό και εμπιστοσύνη, τότε μπορεί να σκεφτεί τον εαυτό του ως άξιο στοργής, σεβασμού και εμπιστοσύνης. Η ανάγκη του εφήβου για ελευθερία, αυτονομία και αυτοέκφραση, συχνά οδηγεί τους γονείς σε συμπεριφορές με ανάλογη δεκτικότητα και ελαστικότητα, οι οποίες και ωθούν τους εφήβους σε ομαλή προσαρμογή στον κόσμο των ενηλίκων. Η αίσθηση των εφήβων ότι τους εμπιστεύονται και τους αντιμετωπίζουν ως υπεύθυνα και ώριμα άτομα αποτελεί μία μεταβλητή που συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση της αυτοεκτίμησής τους. Η αυτοεκτίμηση αποτελεί ένα βασικό και κυρίαρχο στοιχείο, κατά τη δόμηση της ταυτότητάς τους. Άλλοι παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαδικασία δόμησης της ταυτότητας του εφήβου είναι η αίσθηση αποδοχής από τους γονείς, το επίπεδο της οικογενειακής ενδοεπικοινωνίας, η οικογενειακή συνοχή και ισορροπία, και ο δημιουργικός και καθοδηγητικός γονικός έλεγχος (Giannakopoulos et al., 2009).

Ενδογονεϊκή βία και οι ψυχολογικές συνέπειες στους εφήβους: Οι άσχημες σχέσεις των εφήβων με τους γονείς τους και οι αυξημένες μαρτυρίες περιστατικών ψυχολογικής βίας από τον πατέρα εναντίον της μητέρας συνδέθηκαν με υψηλούς δείκτες προβλημάτων ψυχολογικής προσαρμογής. Η βίωση πολλών περιστατικών ψυχολογικής βίας από τη μητέρα εναντίον του πατέρα είναι πιθανόν να προκαλεί αισθήματα απελπισίας στους εφήβους. Συμπερασματικά, οι ενδογονεϊκές συγκρούσεις που οι έφηβοι βιώνουν ενδέχεται να επιφέρουν δυσμενείς συνέπειες για τους ίδιους και είναι δυνατόν να σχετίζονται με ποικίλα προβλήματα ψυχολογικής φύσης, όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, ψυχολογικά προβλήματα προσαρμογής και συναισθήματα απελπισίας (Haj-Yhia, 2001).

Εμπειρικές έρευνες έχουν αποδείξει ότι οι συνηθέστερες αρνητικές συνέπειες της βίωσης ενδογονεϊκής βίας στους εφήβους είναι τα συμπτώματα άγχους και η αμφιθυμία, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η κατάθλιψη, οι απόπειρες αυτοκτονίας, η απόσυρση, το ψυχολογικό τραύμα και οι αντιδράσεις stress, τα αισθήματα απώλειας, θυμού, λύπης, ανησυχίας, προβληματισμού κα. Επιπλέον, οι έφηβοι που είναι θεατές σκηνών ενδογονεϊκής βίας έχουν περισσότερα προβλήματα στο σχολείο και θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν κοινωνικά ανεπαρκείς, έχουν μικρότερη εμπάθεια, μειωμένη ικανότητα για επίλυση διαφόρων προβλημάτων και συγκρούσεων, όπως και μεγαλύτερη αναποφασιστικότητα, ενώ παράλληλα εμφανίζουν

αποδοχή απέναντι στη βία. Τέλος, σε σχέση με την εξωτερικευμένη συμπεριφορά, οι έφηβοι εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά επιθετικότητας, ενώ είναι δυνατόν να στραφούν στην κατανάλωση αλκοόλ ή εξαρτησιογόνων ουσιών (Τζαμαλούκα και συν., 2006).

Κοινωνιολογικό Προφίλ Γονέων: Σύμφωνα με την έρευνα της Τζαμαλούκα και των συνεργατών της (2006), σε Έλληνες εφήβους, η αυτοεκτίμηση των εφήβων σχετίζεται έμμεσα με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα (εφόσον βέβαια συνδέεται και με άλλους σημαντικούς παράγοντες, όπως το «κλίμα» των οικογενειακών σχέσεων). Οι μαθητές των οποίων ο πατέρας ήταν απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης χαρακτηρίζονταν από υψηλότερη αυτοεκτίμηση σε σχέσεις με τους εφήβους των οποίων ήταν απόφοιτος πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Το αποτέλεσμα αυτό ήταν αναμενόμενο, αφού η κατάκτηση κάποιου τίτλου σπουδών αυτόματα έχει ως αποτέλεσμα υψηλότερη αυτοεκτίμηση, λόγω εύρεσης ανάλογου επαγγέλματος, υψηλότερων οικονομικών αποδοχών και κοινωνικής αποδοχής, που συντελούν σε ένα σαφώς καλύτερο επίπεδο διαβίωσης (Maughan & Coghill, 2011). Το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα είναι συνυφασμένο και με άλλους παράγοντες, όπως το επάγγελμα, το εισόδημα, την κοινωνική τάξη, το επάγγελμα της συζύγου (άνδρες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο συνήθως επιλέγουν συζύγους με ανάλογο επίπεδο μόρφωσης) ((Τζαμαλούκα και συν, 2006; Hagquist, 2007).

Σε μελέτη που εκπονήθηκε από τον Magklara και τους συνεργάτες του (2010) βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ψυχικής υγείας και των οικονομικών δυσκολιών στην οικογένεια. Βρέθηκε ότι ένας στους τρεις (32%) εφήβους δεν έχει καλή ψυχολογική υγεία, όταν η οικογένεια έχει οικονομικές δυσκολίες. Ενώ η ανεργία του πατέρα συσχετίστηκε με χειρότερη ψυχική υγεία των κοριτσιών.

Σχέσεις εφήβου – συνομηλίκων του: Μεταξύ των αναπτυξιακών στόχων των εφήβων είναι να μπορούν να συναναστρέφονται με συνομηλίκους και να αναπτύξουν στενές φιλίες, να δημιουργήσουν δεσμούς, να αναζητήσουν στήριξη και κατανόηση (Cobb, 2010; Scharf & Mayseless, 2007; Nickerson & Nagle, 2005; APA, 2002). Η επαφή με τους συνομηλίκους μπορεί να περιλαμβάνει δυαδικές σχέσεις, συμμετοχή σε μικρές ή μεγαλύτερες ομάδες, με οργανωμένες ή μη δραστηριότητες, σε ποικίλα πλαίσια, όπου είναι σημαντικό το κατά πόσο κάποιος γίνεται ή όχι αποδεκτός ή είναι δημοφιλής (Krapp & Wilson, 2005).

Οι σχέσεις με τους συνομηλικούς αποτελούν καθοριστικό παράγοντα στην ομαλή ψυχολογική ανάπτυξη και προσαρμογή του εφήβου κατά την κρίσιμη περίοδο της εφηβείας. Η επιρροή των συνομηλικών αποτελεί σύνθετο φαινόμενο που μπορεί να έχει θετικές αλλά και αρνητικές συνέπειες για τον έφηβο. Οι υγιείς σχέσεις βοηθούν στη διαμόρφωση μιας πιο αντικειμενικής εικόνας για τον εαυτό του και στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων που επιτρέπουν στον έφηβο να ανταπεξέρχεται σε δύσκολες συνθήκες και να νιώθει αποδεκτός. Σε άλλες περιπτώσεις, οι σχέσεις με τους συνομηλικούς μπορεί να οδηγήσουν στην υιοθέτηση αρνητικών συμπεριφορών, που θέτουν σε κίνδυνο τη σωματική και συναισθηματική υγεία του. Είναι κυρίως τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης υποομάδας των συνομηλικών τα οποία σε συνδυασμό με τις προσωπικές και κοινωνικές ανάγκες του εφήβου, καθορίζουν το ρόλο της ομάδας, ως προστατευτικού παράγοντα ή ως παράγοντα κινδύνου (APA, 2002). Η συναναστροφή των εφήβων με άτομα που εμπλέκονται σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου (πχ επιθετικότητα, χρήση ουσιών) συνδέεται με την υιοθέτηση παρόμοιων συμπεριφορών από τους ίδιους, αν και έχει επίσης αποδειχθεί ότι οι ίδιες οι συμπεριφορές συχνά αποτελούν κριτήριο επιλογής της παρέας (Ferguson et al., 2009; Kerr et al., 2011).

Μελέτη των Κοκκέβη και συν (2010), έδειξε ότι η χρήση καπνού, αλκοόλ και κάνναβης είναι συχνότερη μεταξύ των εφήβων στων οποίων την παρέα γίνεται χρήση νόμιμων ή παράνομων ουσιών. Μάλιστα, όπως επισημαίνεται σε άλλη μελέτη, οι έφηβοι ηλικίας 17 ετών επηρεάζονται από τους φίλους τους σε σχέση με τη χρήση ουσιών, ειδικά όταν βγαίνουν έξω τα βράδια σε χώρους διασκέδασης (Mayet et al., 2010). Γεγονός όμως είναι ότι η απομόνωση από το φιλικό περίγυρο και οι ψυχολογικές της επιπτώσεις διαταράσσουν την ομαλή ψυχοσυναισθηματική εξέλιξη του εφήβου και τη διαμόρφωση μίας ολοκληρωμένης προσωπικότητας ((La Greca & Harrison, 2005).

Εξάλλου, υπάρχουν και σχετικά ερευνητικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία, από τη μέση εφηβική ηλικία κι έπειτα, κάποιοι εκ των συνομηλικών αποτελούν πηγή στήριξης και βάση ασφάλειας, ενώ ο αποχωρισμός ή η απώλειά τους προκαλεί έντονη δυσφορία (Nickerson & Nagle, 2005; Hazan & Zeifman, 1999). Ακόμη, έχει υποστηριχθεί ότι οι εμπειρίες που αποκομίζει κάποιος μέσα από τις φιλικές του σχέσεις είναι ανάλογης σημασίας με εκείνες που αποκτά μέσα στην οικογένειά του (Giordano, 2003; Schneider, 2000).

Η ύπαρξη μίας τουλάχιστον στενής φιλικής σχέσης αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προστατευτικούς παράγοντες για τη ψυχοκοινωνική υγεία των εφήβων, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά στην ικανοποίηση από τη ζωή, την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, την κοινωνική και συναισθηματική μάθηση καθώς και τη σχολική προσαρμογή, ενώ επιπλέον συνδέεται με την απουσία ψυχοκοινωνικών προβλημάτων (Laftman & Ostberg, 2006; Hamm & Faircloth, 2005).

Σχέσεις εφήβων με το άλλο φύλλο: Ενώ στην αρχή της εφηβείας παρατηρείται ανοικτή εχθρότητα με συνεχείς επικρίσεις και δυσμενή σχόλια, βαθμιαία αναπτύσσεται η ερωτική έλξη και το ενδιαφέρον για την ετερόφυλη συναναστροφή, που άλλοτε παίρνει τη μορφή του πλατωνικού έρωτα και άλλοτε της προγαμιαίας σεξουαλικής σχέσης (Cobb, 2010; Smetana et al., 2006; Christie & Viner, 2005).

Σχέσεις εφήβων – καθηγητών: Σε μελέτη της Τζαμαλούκα και των συνεργατών της (2006) βρέθηκε ότι όσοι από τους εφήβους μαθητές ανέφεραν ότι δεν διατηρούσαν καλές σχέσεις με τους καθηγητές τους σημείωσαν υψηλότερο βαθμό νεανικής απελπισίας και είχαν, παράλληλα, χαμηλότερη αυτοεκτίμηση σε σχέση με τους μαθητές οι οποίοι δήλωσαν το αντίθετο. Επίσης σύμφωνα με τον Davis (2003), τονίζεται η επιρροή που ασκείται από τους καθηγητές στους εφήβους αναφορικά με την υψηλή σχολική επίδοση και τα μειωμένα προβλήματα ψυχολογικής προσαρμογής. Διαπιστώθηκε δε ότι οι εκπαιδευτικοί πολλές φορές αποτελούν πηγή υποστήριξης για τους εφήβους μαθητές. Επιπρόσθετα, θεωρείται ότι είναι πιθανόν οι εκπαιδευτικοί να λειτουργούν ως πρότυπα προς μίμηση, κάτι που μπορεί να οδηγήσει στην εκτίμηση ότι οι ίδιοι οι καθηγητές λειτουργούν ακριβώς με τον ίδιο τρόπο όπως οι γονείς.

Η αλληλεπίδραση δασκάλου με μαθητή διαμορφώνει σχήματα κοινωνικής συναισθηματικής και γνωστικής συμπεριφοράς. Η μάθηση, ακόμη και όταν η διδασκαλία γίνεται στην ομάδα, αποτελεί ένα ξεχωριστό ατομικό γεγονός για τον κάθε μαθητή. Η δύναμη αυτής της σχέσης είναι κυρίως συναισθηματική. Η σχηματοποίηση και περιχάραξη της παιδαγωγικής και συναισθηματικής σχέσης στη σχολική πραγματικότητα εκφράζεται αρχικά στην τάξη ως αποτέλεσμα ιδεολογικού περιεχομένου, επιθυμίας και ήθους των μελών της και του ευρύτερου κοινωνικού συστήματος.

Η συναισθηματική ατμόσφαιρα της σχολικής τάξης διαμορφώνεται από την προσωπικότητα του εκπαιδευτικού και την ιδιαίτερη συναισθηματική ατμόσφαιρα που δημιουργείται από τις σχέσεις αλληλεπίδρασης των προσώπων που την αποτελούν. Η συναισθηματική ισορροπία της σχολικής τάξης εξαρτάται από την αμοιβαία επιρροή, τη δράση και την αντίδραση των προσώπων που συμμετέχουν σε αυτή. Τα δυναμικά της ομάδας βασίζονται σε μια θεσμοποιημένη οργάνωση και ιεραρχία, που σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι αποτέλεσμα επιλογής της ομάδας.

Η σχολική τάξη, το σχολικό περιβάλλον και το εκπαιδευτικό σύστημα έχουν ως κύριο έργο να προάγουν τη γνώση, την κοινωνική πρόοδο και να καθορίζουν καλύτερες συνθήκες συναισθηματικής ζωής, που θα βασίζονται στην αναγνώριση της ιδιαιτερότητας κάθε μαθητή, της αξιοπρέπειας και της αξίας αυτού. Η συναισθηματική ατμόσφαιρα της σχολικής τάξης είναι ομαδικό φαινόμενο· σημαντικός παράγοντας στη δημιουργία αυτής, είναι η αλληλεπίδραση των μελών της. Ο εκπαιδευτικός είναι συνήθως το πρόσωπο-κλειδί στη δημιουργία ενός υγιούς συναισθηματικού κλίματος, χωρίς να παραγνωρίζεται και η συμβολή των μαθητών σε αυτό.

Σχολικό περιβάλλον και έφηβοι: Ένα σπουδαίο θέμα εδώ είναι η ιδιαιτερότητα του κάθε εφήβου μαθητή που αποτελεί μέλος της ομάδας μιας τάξης. Οι ατομικές διαφορές των μαθητών φαίνονται μέσα από τις συναισθηματικές ανάγκες των εφήβων μιας σχολικής τάξης. Σε κάθε ομάδα μαθητών που είναι μέλη της ίδια τάξης υπάρχουν εκείνοι που έχουν ικανοποιητικό οικογενειακό περιβάλλον και εκείνοι που προέρχονται από στερητικό ή διαταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον. Οι πρώτοι έρχονται στο σχολείο για να προσθέσουν κάτι στη ζωή τους, για να ικανοποιήσουν την ανάγκη γνώσης και μάθησης. Οι δεύτεροι έρχονται με την ελπίδα το σχολείο να τους προσφέρει αυτό που τους στέρησε η οικογένεια, για να αναπληρώσουν τις συναισθηματικές ελλείψεις από την ανεπάρκεια του οικογενειακού περιβάλλοντος. Αυτό σημαίνει ότι αναζητούν μια σταθερή συναισθηματική ατμόσφαιρα, η οποία θα μπορεί να περιέχει τη δική τους συναισθηματική αστάθεια, μια ομάδα στην οποία θα μπορούν να είναι μέλη και να τους αποδέχονται.

Στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, το θέμα των ατομικών διαφορών των μαθητών γίνεται πιο σύνθετο. Μέσα σε ένα πολύπλοκο εκπαιδευτικό σύστημα, που δύσκολα δίνει

εξατομικευμένες ευκαιρίες στα μέτρα και τις δυνατότητες του κάθε μαθητή, ο χώρος της σχολικής τάξης μπορεί να γίνει χώρος ήττας και δυστυχίας, χωρίς τη χαρά της επιτυχίας. Η έναρξη της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ουσιαστικά συμπίπτει και με την είσοδο του παιδιού στην εφηβεία, είναι η περίοδος των γρήγορων σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και γνωστικών αλλαγών. Το γεγονός αυτό και μόνο δημιουργεί αυξημένες απαιτήσεις από το εκπαιδευτικό σύστημα όταν αυτό θέλει να εκπληρώσει τους σκοπούς για τους οποίους ιδρύθηκε, δηλαδή τη δημιουργία ενός υποστηρικτικού κλίματος μάθησης μέσα στο οποίο οι μαθητές θα μπορέσουν να ολοκληρωθούν όχι μόνο σε μαθησιακό επίπεδο, αλλά και ως αυτόνομες και υγιείς προσωπικότητες και γενικότερα ως υγιείς πολίτες της κοινωνίας μέσα στην οποία θα κληθούν να ζήσουν και να συνεισφέρουν (Νικολόπουλος, 2007; Μπαμπάλης, και συν. 2007).

Σχέση εφήβου με τον εαυτό του: Ο τρόπος με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του σχετίζεται με τη συμπεριφορά, τα συναισθήματα, τις αξίες, τους στόχους και τις φιλοδοξίες του. Μια σημαντική πλευρά της προσωπικότητας, από τις πιο ενδιαφέρουσες και βασικές σύμφωνα με τη γνώμη πολλών ερευνητών, είναι η άποψη που έχει το άτομο για τον εαυτό του, με βασικές συνιστώσες την αυτοαντίληψη και την αυτοεκτίμηση, τις ικανότητές του και τα χαρακτηριστικά του.

Η αυτοαντίληψη είναι η γνωστική πλευρά της έννοιας του εαυτού και αντιπροσωπεύει μία δήλωση, μία περιγραφή ή μια πεποίθηση του ατόμου για τον εαυτό του (Μακρή-Μπότσαρη, 2008). Η αυτοεκτίμηση αντιπροσωπεύει τη συναισθηματική πλευρά και αναφέρεται στη σφαιρική άποψη που έχει κάποιος για την αξία του ως άτομο. Αναπτύσσεται μέσα από τις σχέσεις με τους «σημαντικούς άλλους», καθώς τα άτομα προσπαθούν να ελαχιστοποιήσουν την απόρριψη, να πετύχουν αποδοχή και να βρουν ικανοποίηση και ασφάλεια. Δηλαδή, προσπαθούν να εκτιμήσουν τη γνώμη ή τις στάσεις που έχουν οι «σημαντικοί άλλοι» προς τον εαυτό τους και μετά εσωτερικοποιούν τις στάσεις αυτές στη δική τους αυτοεκτίμηση. Τελικά η κοινωνία είναι αυτή που δίνει μορφή και νόημα στην αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του. Οι ερευνητές αναγνωρίζουν ως βασικές κατηγορίες «σημαντικών άλλων» τους γονείς, τους καθηγητές, την ευρύτερη ομάδα των συνομηλίκων και τους στενούς φίλους (Giordano, 2003). Σε γενικές γραμμές, είναι εκείνα τα άτομα, των οποίων οι γνώμη θεωρείται από τον ίδιο τον έφηβο αξιόλογη και έγκυρη. Η επίδραση που ασκούν στην αυτοεκτίμηση

του εφήβου οι αξιολογήσεις από τους άλλους, εξαρτάται από το κατά πόσον οι αξιολογήσεις αυτές είναι ευνοϊκές, από τη συνέπεια της ανατροφοδότησης, από την ειλικρίνεια και τον αριθμό των αξιολογητών καθώς και από την αντίληψη που το άτομο σχηματίζει για τα κίνητρά τους. Τα άτομα με την υψηλότερη αυτοεκτίμηση είναι εκείνα που συνδυάζουν ένα υψηλό επίπεδο αυτοαντίληψης, με μία ισχυρή κοινωνική στήριξη. Τα άτομα με τη χαμηλότερη αυτοεκτίμηση είναι εκείνα που αναφέρουν ταυτόχρονα χαμηλή αυτοαντίληψη και ασθενή κοινωνική στήριξη (ΕΚΠΑ, 2004).

Όταν ένας έφηβος βλέπει τους άλλους ως καλούς και υποστηρικτικούς, και αισθάνεται ότι τον αγαπούν και τον φροντίζουν άνθρωποι που είναι σημαντικοί για τον ίδιο, τότε, αποκτά μια σταθερή αίσθηση αυτοεκτίμησης και εμπιστοσύνης στις ικανότητές του και υιοθετεί λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, με αποτέλεσμα να διατηρεί την ψυχική του υγεία. Στον αντίποδα, ο ανασφαλής δεσμός μειώνει την ανθεκτικότητα σε καταστάσεις άγχους εξαιτίας μη λειτουργικών στρατηγικών διαχείρισης, συντηρεί το αρνητικό συναίσθημα και γενικά αυξάνει τον κίνδυνο για εμφάνιση δυσκολιών προσαρμογής (συμπεριφορικές, συναισθηματικές και κοινωνικές), ακόμα και για ψυχοπαθολογία (Cassidy, 1999).

Η αυτοεκτίμηση των εφήβων σε σχέση με το φύλο και τη σχολική επίδοση: Όσον αφορά στο φύλο, υπάρχει μεγάλο πλήθος μελετών οι οποίες σταθερά βρίσκουν ότι τα αγόρια στην εφηβεία έχουν υψηλότερη αυτοεκτίμηση συγκριτικά με τα κορίτσια (Hoffmann et al., 2004; McMullin & Cairney, 2004; Frost, 2004; Robins et al., 2002). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από τη μετανάλυση μεγάλου αριθμού μελετών και μεγάλων αντιπροσωπευτικών δειγμάτων των Kling και συνεργατών (1999) καθώς και από ελληνικά δεδομένα (Κοκκέβη και συν., 2008).

Η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων δεν υφίσταται πριν την εφηβεία και οι λόγοι που προτείνονται για αυτήν είναι ποικίλοι και αφορούν στους ρόλους και τα χαρακτηριστικά του φύλου, στον τρόπο κοινωνικοποίησης μέσω της συναναστροφής με τους συνομηλίκους, την αυξημένη αλληλεπίδραση και ενδυνάμωση που παρέχουν στα αγόρια, τόσο οι δάσκαλοι στο σχολείο όσο και γενικότερα οι ενήλικες, την έμφαση της κοινωνίας και τα πρότυπα αναφορικά με την εξωτερική εμφάνιση των γυναικών, τη συχνότερη βία διαφόρων μορφών

που υφίστανται τα κορίτσια και οι γυναίκες και τη μεγαλύτερη συμμετοχή των αγοριών σε αθλητικές και άλλες εξωσχολικές δραστηριότητες (Mc Mullin & Cairney, 2004).

Ως προς τη *σχολική επίδοση* τα ερευνητικά δεδομένα συγκλίνουν ως προς την ύπαρξη ισχυρής σύνδεσης μεταξύ της αυτοεκτίμησης και της ακαδημαϊκής επίδοσης και επίτευξης στην εφηβεία (Ross & Broh, 2000; Bowles, 1999). Μάλιστα, έχει υποστηριχθεί ότι η σχολική επίδοση έχει αιτιακό ρόλο στην αυτοεκτίμηση καθώς οι βαθμοί του σχολείου γενικά γνωστοποιούνται σε ευρύτερο κοινό και θεωρείται ότι αποτελούν δείκτη της ικανότητας του μαθητή, σε μια κοινωνία η οποία προσδίδει μεγάλη αξία στην ακαδημαϊκή επιτυχία (Ross & Broh, 2000; Leondari & Gialamas, 2000).

Η ταυτότητα του «Εγώ»: Όλοι οι παραπάνω αναφερθέντες παράγοντες επίδρασης στην πορεία του εφήβου προς τη ενηλικίωση συναρτούν ένα παζλ που πρέπει με επιτυχία να συμπληρωθεί για να αποκτηθεί η ταυτότητα του Εγώ, που αποτελεί τη βασικότερη αναπτυξιακή απαίτηση στον τομέα της προσωπικότητας κατά την εφηβεία. Η ανάπτυξη της ταυτότητας του «εγώ» αναφέρεται στον πυρήνα του χαρακτήρα ή της προσωπικότητας και θεωρείται ουσιώδης προϋπόθεση για να μπορέσει το άτομο στη συνέχεια να διαμορφώσει ουσιαστικές και σε βάθος διαπροσωπικές σχέσεις (Cobb, 2010).

Ο έφηβος αποκτά αυτογνωσία με μια συνεχή, δυναμική και ενεργητική προσπάθεια να γνωρίσει όλες τις πτυχές του χαρακτήρα του. Η διαδικασία περιλαμβάνει αμφισβήτηση του μέχρι τότε εαυτού του και αυτοκριτική με βάση την αυτοαντίληψή του, δηλαδή την εικόνα που έχει ο ίδιος για τον εαυτό του αλλά και την εικόνα που έχουν γι' αυτόν οι «σημαντικοί άλλοι» (Scharf & Mayselless, 2007).

Ο έφηβος θα πρέπει να συνενώσει τους διάφορους ρόλους, σχέσεις, ενδιαφέροντα, στάσεις και εμπειρίες του παρελθόντος που βίωσε μαζί με γονείς, εκπαιδευτικούς, συνομηλίκους ή και μόνος του, σε μια ενιαία λειτουργική εικόνα. Θα πρέπει να αποκτήσει μια σαφή ιδέα για το ρόλο που θα διαδραματίσει μέσα στην κοινωνία, να διαμορφώσει μια φιλοσοφία για τη ζωή και να αποσαφηνίσει ένα πρόγραμμα δράσης για μια σειρά σημαντικών επιλογών (εκπαιδευτικών, επαγγελματικών, σχέσεως, ηθικής, ιδεολογίας).

Συχνά όμως στην παραπάνω ενεργητική πορεία προς την αυτογνωσία, υπάρχει σύγκρουση μεταξύ αυτού που ο έφηβος θεωρεί ιδανικό εαυτό και του πραγματικού εαυτού του, που μπορεί να οδηγήσει σε ποικίλες συναισθηματικές διαταραχές. Όταν η σύγκρουση είναι μεγάλη, η ανάγκη για αποδοχή και επιδοκιμασία των «σημαντικών άλλων» τον οδηγεί στην δημιουργία συχνά εκτός του αληθινού και ενός «ψεύτικου» εαυτού, ή και μερικές φορές πολλαπλών και αντιφατικών μεταξύ τους εαυτών. Όσο μικρότερη είναι η σύγκρουση, τόσο η αυτοεκτίμηση μεγαλώνει και η εσωτερική του συνοχή ισχυροποιείται, συντελώντας σε μια επιτυχημένη πορεία κατά την εφηβεία. Αποτέλεσμα της παραπάνω πολύπλοκης διαδικασίας είναι η ανάπτυξη της ταυτότητας του Εγώ που θα καθορίζει στο εξής τη συμπεριφορά που υιοθετεί ο έφηβος απέναντι στον εαυτό του, αλλά και στις διάφορες κοινωνικές καταστάσεις. Οι παράγοντες διαμόρφωσης της ταυτότητας του Εγώ, είναι ατομικοί και κοινωνικοί. Κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζουν οι εμπειρίες και τα βιώματα της παιδικής ηλικίας (οικογένεια, σχολείο, συνομήλικοι) αλλά και το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο καλείται ο έφηβος να ζήσει στο άμεσο μέλλον. Ειδικά στις κοινωνίες που έχουν ταχύτετους ρυθμούς κοινωνικής αλλαγής όπως είναι οι σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, οι ρόλοι των ενηλίκων είναι πολύπλοκοι, τα παρεχόμενα πρότυπα ασαφή και αμφιβόλου ποιότητας, οι εναλλακτικές λύσεις για όλους τους τομείς της ζωής είναι πολλές και μη ασφαλείς και η προετοιμασία για επαγγελματική σταδιοδρομία και οικονομική αυτάρκεια είναι ανεπαρκής. Στο περιβάλλον αυτό η ιεράρχηση αξιών και σκοπών και ο καθορισμός ενός συνεπούς σχεδίου δράσης για τη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης και σταθερής προσωπικότητας γίνεται έργο δύσκολο και χρονοβόρο και χρειάζεται τη βοήθεια και υποστήριξη από όλους τους κοινωνικούς (κοινωνικοποιητικούς) φορείς. Από την επίτευξη του αναπτυξιακού στόχου της εφηβείας για την κατάκτηση μιας σταθερής και δυναμικής ταυτότητας του Εγώ εξαρτάται και η επίτευξη ψυχικής ισορροπίας, ενώ η αποτυχία μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση εσωτερικών εντάσεων και συγκρούσεων, απώλεια της εσωτερικής συνοχής, συναισθηματικής αστάθειας και ποικίλων ψυχοπαθολογικών προβλημάτων (Cole & Cole, 2002).

2.3. Κοινωνικοί Παράγοντες που επηρεάζουν τους Εφήβους

Το κάθε κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον, έχει δικούς του κανόνες, κοινωνικούς θεσμούς, αντιλήψεις και ερμηνείες του κόσμου, δικές του αξίες, ιδέες, τέχνη. Όλα αυτά μεταβιβάζονται μεθοδευμένα και ανεπαίσθητα στα μέλη της κοινωνίας. Αυτή η συστηματική μετάδοση των

προτύπων συμπεριφοράς με τις αντιδράσεις που προκαλεί στο κάθε άτομο ξεχωριστά, διαμορφώνει την προσωπικότητά του στο εσωτερικό των ανθρώπινων ομάδων.

Η προσαρμογή του εφήβου στην πραγματικότητα, η αποτυχία ή η επιτυχία προσαρμογής του, δεν εξαρτάται μόνο από τους κοινωνικούς παράγοντες αλλά και από τις ατομικές του διεργασίες. Παρόλο που η συμπεριφορά ενός εφήβου και τα προβλήματά του, συνδέονται με το ρόλο των κοινωνικο-πολιτισμικών δομών και αλλαγών, δεν πρέπει να ξεχνάμε το ρόλο που παίζει το ατομικό – ψυχολογικό υπόβαθρο, η παιδική ηλικία και τα πρότυπα που διαμορφώνονται και τροφοδοτούν την προσωπικότητά του (Lau, 2012).

Η δημιουργία των εσωτερικών προβλημάτων του εφήβου αλλά και η μορφή με την οποία εκδηλώνονται, καθορίζονται και από τον κοινωνικό παράγοντα, με δύο βασικούς τρόπους: από την κοινωνία στους κόλπους της οποίας ζουν, αναπτύσσονται και δρουν οι νέοι, καθώς επίσης και από τον οικογενειακό τους περίγυρο (Connor, 2002).

Η κοινότητα στην οποία ζουν οι έφηβοι, ο κόσμος που συναναστρέφονται, οι πολιτισμικές αξίες, το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο μεγαλώνουν, γενικότερα οι κοινωνικοί θεσμοί που επικρατούν, είναι σοβαροί λόγοι για να κατανοήσουμε τις εκδηλώσεις συμπεριφοράς τους, από την επιθετικότητα έως την μελαγχολία. Μαζί με τα προσωπικά προβλήματα που απασχολούν τον έφηβο, υπάρχουν και εκείνα που απορρέουν από τις ιδιαίτερες απαιτήσεις που έχει η κοινωνία από τον ίδιο. Η στάση της όμως δεν ενθαρρύνει τη συμμετοχή του έφηβου στα κοινωνικά δρώμενα και για αυτό το λόγο αντιμετωπίζει τους σκοπούς των ενηλίκων με δυσπιστία ή τους απορρίπτει. Οι κοινωνικοπολιτικές φιλοδοξίες της εποχής, δεν παρουσιάζουν ελκυστικές και κατάλληλες ιδέες, οι οποίες να ικανοποιούν τις πνευματικές και συναισθηματικές ανάγκες ενός εφήβου. Η μάχη των εφήβων δίνεται σε δύο επίπεδα:

α) *στον εσωτερικό του κόσμο, και στις συγκρούσεις που πρέπει να αντιμετωπιστούν.* Εδώ, ο έφηβος καλείται να επιλύσει προβλήματα ή να διαχειριστεί κάποιες δύσκολες καταστάσεις, για αυτό πρέπει να έχει πάρει τα κατάλληλα εφόδια από την οικογένεια, το σχολείο, την κοινωνία, ώστε να μην εκδηλώσει συμπεριφορά βίαιη, επιθετική, διεκδικητική, χωρίς ηθικούς κανόνες και φραγμούς αλλά ούτε και συμπεριφορά παθητική, ανήμπορη, εσωστρεφή ή μελαγχολική.

β) στις σχέσεις με τον εξωτερικό κόσμο, ο οποίος βρίσκεται σε συνεχή μετασχηματισμό. Η παράταση της σχολικής ζωής, η οποία συνοδεύεται από την οικονομική εξάρτηση του εφήβου, ο περιορισμός της υπευθυνότητας και η έλλειψη της αυτονομίας, τον αναγκάζουν να συγκρούεται με τον έξω κόσμο.

Για πολλούς νέους σήμερα λοιπόν, είναι αισθητή η ανησυχία για την επαγγελματική τους προοπτική, για το ενδεχόμενο να μείνουν άνεργοι ή να ζήσουν στο περιθώριο. Η παράταση των σπουδών, εξάλλου, οδηγεί στην παράταση της οικονομικής εξάρτησης και την καθυστέρηση της ψυχολογικής ωρίμανσης. Ο νέος σήμερα, υπερπροστατευόμενος από τους γονείς, είναι πιο εύθραυστος. Η αγωνιστικότητά του για τη ζωή είναι μειωμένη. Επιπλέον, ο γρήγορος ρυθμός τεχνολογικής ανάπτυξης επιτείνει την ανισότητα στις γνώσεις και δυσκολεύει την επικοινωνία γονιού-παιδιού, μεγαλώνοντας το χάσμα ανάμεσα στις γενιές. Όλα τα προαναφερθέντα ευοδωτούν τη δυσλειτουργία των σχέσεων μέσα στην οικογένεια και συντελούν στην προσχώρηση σε ομάδες συνομηλίκων που διαμορφώνουν τη δικιά τους “κουλτούρα” που, πολύ συχνά, ενώ προβάλλεται ως αντίδραση στον κατεστημένο τρόπο ζωής, γίνεται αντικείμενο εμπορικής εκμετάλλευσης. Όλες οι τεχνικές του σύγχρονου μάρκετινγκ χρησιμοποιούνται για να δημιουργήσουν νέες ανάγκες και επιθυμίες. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, καθώς και η αυξημένη δυνατότητα μετακινήσεων, ενισχύουν τη διάδοση της “κουλτούρας των νέων” και τη διεθνοποιούν ως κοινωνικό φαινόμενο (Καψάλης, 2003; Πετρόπουλος και Παπαστυλιανού, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Οι ραγδαίες και δραματικές εξελίξεις στους βασικούς τομείς ανάπτυξης του εφήβου, οι απότομες καθολικές αλλαγές της ήβης, η αφαιρετική σκέψη, η «κρίση της εφηβικής πρωτοτυπίας»¹, η ανεξαρτητοποίηση από τους γονείς και η συμμόρφωση προς την ομάδα των συνομηλίκων προσφέρουν στον έφηβο νέες προκλήσεις και ευκαιρίες. Συγχρόνως, όμως, βιώνονται έντονα και επιφέρουν stress στον έφηβο, καθώς καμία μεταβολή δεν γίνεται χωρίς ένταση. Επιπλέον το ψυχολογικό stress που χαρακτηρίζει την εφηβεία εξαιτίας των αναπτυξιακών αλλαγών επιτείνεται στη σημερινή κοινωνία από τις ολοένα και μεγαλύτερες πιέσεις που δέχεται το νεαρό άτομο από τον περίγυρό του. Πιέσεις που εκφράζονται με τις αυξημένες απαιτήσεις στον τομέα της εκπαίδευσης, τις σκέψεις για μελλοντική σταδιοδρομία, τις δυσκολίες της επαγγελματικής αποκατάστασης και τη ρευστότητα των ιδεών και των τρόπων ζωής (Chown et al., 2008). Παλαιότερες έρευνες σε γενικό πληθυσμό εφήβων έδειξαν ότι το 80% στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές και τις ψυχοπιεστικές συνθήκες της εφηβικής ηλικίας, παρουσιάζουν ήπιας μορφής εσωτερική ένταση (Cook et al., 2009).

Επιπλέον η διαμόρφωση της ταυτότητας του «Εγώ» δηλαδή της αίσθησης της διαχρονικής σταθερότητας, συνέχειας και μοναδικότητας του εαυτού και της συνειδητής επιλογής για σημαντικά θέματα ζωής και της δέσμευσης για την πραγμάτωσή τους, αποτελεί τη βασικότερη αναπτυξιακή απαίτηση και μεγαλύτερη πρόκληση στον τομέα της προσωπικότητας στην εφηβική περίοδο. Η διαδικασία της διαμόρφωσης της ταυτότητας περιλαμβάνει επεισόδια κρίσης ταυτότητας. Οι προσπάθειες του εφήβου να διαμορφώσει την ταυτότητά του προκαλούν ψυχολογική ένταση και αναταραχή, ώστε η αναστάτωση και η ψυχοπαθολογία να εμφανίζονται ως φυσιολογικά χαρακτηριστικά της εφηβικής ανάπτυξης (Cobb, 2010).

¹ Η κρίση της εφηβικής πρωτοτυπίας δείχνει την ανάγκη των εφήβων να βγουν από τα προηγούμενα καλούπια που τους είχαν επιβάλλει, να απομακρυνθούν από τον προηγούμενο εαυτό τους, από τους γονείς και από το άμεσο περιβάλλον. Ο έφηβος αισθάνεται, αλλά και θέλει, να είναι διαφορετικός από τους άλλους. Ιδιαίτερα θέλει να είναι διαφορετικός από τους ενήλικους που τον περιβάλλουν, γιατί σε ό,τι αφορά στους συνομηλίκους του, τα πράγματα είναι πολύ διαφορετικά. Η αναζήτηση της πρωτοτυπίας εμφανίζεται επίσης στην ομιλία και στη γραπτή έκφραση.

Μέχρι το 1960 υπήρχε σημαντική συζήτηση σχετικά με το εάν ή όχι η κατάθλιψη παρουσιάζεται πριν την ενηλικίωση. Στη συνέχεια, υπήρξαν μελέτες που υποστήριζαν ότι η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εφηβείας είναι "φυσιολογική" για το συγκεκριμένο στάδιο της ανάπτυξης. Από το 1980, η εφηβική κατάθλιψη θεωρείται παρόμοια με την κατάθλιψη των ενηλίκων. Η διάγνωσή της δε σε εφήβους βασίζεται μερικώς σε διαγνωστικά κριτήρια ενηλίκων. Ωστόσο, σε σύγκριση με τους ενήλικες, οι έφηβοι με κατάθλιψη δείχνουν μια πιο μεταβλητή πορεία. (Greszta, 2004).

3.1. Η Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή των Εφήβων – Προβλήματα Συμπεριφοράς

Η εφηβεία θεωρείται από πολλούς μια δύσκολη περίοδος με μεγάλες αναταραχές (Larson et al., 2002; Spear, 2000). Ο Hall (1904) την είχε χαρακτηρίσει ως περίοδο «θύελλας και εντάσεων» και η άποψή του κυριάρχησε για πολλά χρόνια. Η εφηβική αναστάτωση και δυσφορία λόγω των αναπτυξιακών αλλαγών, εξελίσσεται σε μία λεπτομερή εικόνα της φυσιολογικής εφηβικής ανάπτυξης με χαρακτηριστικά την ασυνέχεια και διάλυση, την αστάθεια και συναισθηματική αναστάτωση και την κρίση ταυτότητας, που παύουν να υπάρχουν με την είσοδο του ατόμου στην ενήλικη ζωή. Ο Hall ανέφερε πολλά και αντιθετικά χαρακτηριστικά που κατά αυτόν χαρακτηρίζουν την εφηβεία: *«ενθουσιασμός και περιέργεια μαζί με απάθεια, αδράνεια και αδιαφορία· ταλάντευση ανάμεσα στην ευχαρίστηση και τον πόνο, στην ευφορία και τη μελαγχολία· περίοδος υπερβολικού εγωισμού και τέλειαις ταπεινοφροσύνης· εναλλαγές ανάμεσα στον εγωισμό και τον αλτρουϊσμό, στο συντηρητισμό και τη ριζοσπαστικότητα, στην κοινωνικότητα και την απομόνωση· αλλαγές από την υπερβολική ευαισθησία στη σκληρότητα· ταλαντεύσεις ανάμεσα στη γνώση και την πράξη και ανάμεσα στην αίσθηση και τη νόηση και αντιπαράθεση σοφίας και ανοησίας»*. Σήμερα επικρατεί, μια τροποποιημένη θεώρησή της, σύμφωνα με την οποία ποικίλα προβλήματα είναι πιθανότερο να εμφανιστούν στην περίοδο της εφηβείας παρά σε άλλες περιόδους της ανθρώπινης ανάπτυξης (Cicchetti & Rogosch, 2002).

Αυτή η αναθεωρημένη άποψη ενισχύεται επιπλέον από αποτελέσματα ερευνών που δείχνουν ότι, σε σχέση με άλλες ηλικιακές περιόδους, κατά την εφηβεία παρατηρείται σημαντικά αυξημένη συχνότητα έναρξης πολλών ψυχικών διαταραχών (Bansal & Barman, 2011; Knopf et al., 2008; Kessler et al., 2005), καθώς και από τα στατιστικά δεδομένα πολλών χωρών για

την υιοθέτηση εκ μέρους των εφήβων επικίνδυνων συμπεριφορών και συνηθειών, τις δυσκολίες προσαρμογής τους και τα ποσοστά θνησιμότητάς τους (Eaton et al., 2010; Κοκκέβη και συν., 2008; APA, 2002).

3.1.1. Εξωτερικευμένα και Εσωτερικευμένα προβλήματα της Εφηβείας

Τα προβλήματα συμπεριφοράς κατά την εφηβεία διακρίνονται σε εξωτερικευμένα και εσωτερικευμένα. Εξωτερικευμένα είναι τα προβλήματα στα οποία η συμπεριφορά είναι περισσότερο έκδηλη και έχει περισσότερες άμεσες αρνητικές επιπτώσεις για το άτομο και για την κοινωνία. Τέτοιας μορφής προβλήματα είναι η χρήση ουσιών (αλκοόλ, ναρκωτικά), η καταστροφικότητα, οι διαταραχές διαγωγής, η σχολική αποτυχία και η επιθετικότητα, η παραβατικότητα και γενικότερα η αποκλίνουσα συμπεριφορά (Merrell, 2008; Bongers et al., 2003; Crick & Zahn-Waxler, 2003; Zahn-Waxler et al., 2000). Στα εσωτερικευμένα προβλήματα, χαρακτηριστικό παράδειγμα των οποίων είναι οι συναισθηματικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη και άγχος, κοινωνική απόσυρση, σωματικά ενοχλήματα, αισθήματα αναξιότητας, κατωτερότητας και ατολμίας, κυκλοθυμική διάθεση, δειλία, απόσυρση, αποτυχία προσαρμογής, επιθετικότητα (κατά άλλων ή και του ίδιου του εαυτού τους), η συμπεριφορά μπορεί να συγκαλύπτεται και να μη γίνεται εύκολα αντιληπτή. Πολλά από τα συμπτώματα των προβλημάτων αυτών είναι δυνατόν να εκληφθούν ως φυσιολογικές εκδηλώσεις των πολλών αλλαγών που συντελούνται κατά την εφηβεία.

Από πληθώρα ερευνών έχει διαπιστωθεί ότι στην εφηβεία τα κορίτσια εκδηλώνουν σημαντικά περισσότερα εσωτερικευμένα προβλήματα συγκριτικά με τα αγόρια, τα οποία εκδηλώνουν περισσότερα εξωτερικευμένα προβλήματα (Sarra et al., 2008; Rescorla et al., 2007; Bongers et al., 2003; Crick & Zahn-Waxler, 2003; Verhulst et al., 2003; Roussos et al., 2001).

Αναφορικά με τα προβλήματα αυτά, οι ερευνητές φαίνεται να έχουν καταλήξει σε ορισμένα γενικά συμπεράσματα (Μακρή-Μπότσαρη, 2008):

- Είναι ανάγκη να γίνεται διάκριση ανάμεσα στην περιστασιακή και τη διαρκή έκθεση σε καταστάσεις κινδύνου. Για παράδειγμα, αν και η πλειοψηφία των εφήβων έχουν βιώσει την εμπειρία του αλκοόλ πριν από την αποφοίτησή τους από τη μέση εκπαίδευση και κάποιοι από αυτούς έχουν βρεθεί τουλάχιστον μία φορά σε κατάσταση μέθης, σχετικά λίγοι είναι οι νέοι

που θα εμφανίσουν πρόβλημα αλκοολισμού ή που θα επιτρέψουν στο αλκοόλ να επηρεάσει δυσμενώς την πορεία τους στο σχολείο ή τις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

- Πρέπει να γίνεται διάκριση ανάμεσα στα προβλήματα των οποίων η ρίζα και η απαρχή βρίσκονται στην εφηβεία και στα προβλήματα των οποίων η ρίζα τοποθετείται σε προγενέστερες περιόδους της ζωής του εφήβου. Εξαιτίας του γεγονότος ότι μερικοί έφηβοι επιδεικνύουν παραβατική συμπεριφορά, πολλοί έχουν την τάση να συσχετίζουν την παραβατικότητα με την εφηβεία. Ωστόσο, τα ερευνητικά δεδομένα φανερώνουν ότι οι έφηβοι με παραβατική συμπεριφορά αντιμετώπιζαν από νεαρότερη ηλικία προβλήματα στην οικογένεια ή και στο σχολείο, σε ορισμένους μάλιστα από αυτούς τα προβλήματα ήταν έκδηλα από την προσχολική ακόμα ηλικία. Διαχρονικές μελέτες έχουν επίσης δείξει ότι πολλά άτομα που εκδηλώνουν κατάθλιψη και διάφορες άλλες συναισθηματικές διαταραχές κατά την εφηβεία είχαν εμφανίσει κάποιας μορφής ψυχική διαταραχή, όπως για παράδειγμα υπερβολικό άγχος στην παιδική ηλικία (Beesdo et al., 2009; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2003). Όλες αυτές οι μελέτες φανερώνουν ότι η εμφάνιση ενός προβλήματος κατά την εφηβεία δεν σημαίνει ότι αυτό είναι απαραίτητα ένα πρόβλημα της εφηβείας.

- Πολλά από τα προβλήματα συμπεριφοράς των εφήβων είναι σχετικά παροδικά ως προς τη φύση τους και εξομαλύνονται με την ενηλικίωση. Χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιων προβλημάτων είναι η χρήση ουσιών και η παραβατικότητα, τα ποσοστά των οποίων είναι υψηλότερα στους εφήβους από ό,τι στους ενήλικες. Ωστόσο, τα περισσότερα από τα άτομα, τα οποία ως έφηβοι έκαναν κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών ή είχαν επιδείξει παραβατική συμπεριφορά, εξελίσσονται σε εγκρατείς και νομοταγείς ενήλικες.

Αντίθετα με την εξελικτική πορεία των εξωτερικευμένων προβλημάτων, τα οποία φαίνεται να κορυφώνονται στη μέση εφηβική ηλικία και στη συνέχεια να φθίνουν, η εξελικτική πορεία των εσωτερικευμένων προβλημάτων δεν φαίνεται να ακολουθεί την ίδια πορεία. Για παράδειγμα, η συχνότητα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αρχίζει να αυξάνει στην πρώτη εφηβική ηλικία, συνεχίζοντας όμως την ανοδική της πορεία και στην ενήλικη ζωή, αν και όχι με τόσο δραματικούς ρυθμούς. Ακόμα πιο ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι οι διαφορές φύλου, που έχουν τεκμηριωθεί στη συχνότητα της κατάθλιψης μεταξύ των ενηλίκων, με τις

γυναίκες να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από ό,τι οι άνδρες, έχουν ως απαρχή την εφηβεία.

Οι παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης προβλημάτων συμπεριφοράς, όπως και οι παράγοντες προστασίας από τέτοια προβλήματα κατά την εφηβεία τοποθετούνται τόσο στο επίπεδο του ατόμου όσο και στο επίπεδο του κοινωνικού του περιγύρου. Στο ατομικό επίπεδο, έχουν συστηματικά αναδειχθεί ως προστατευτικοί παράγοντες οι θετικές εκτιμήσεις του εαυτού, η διαμόρφωση ισχυρής ταυτότητας, η σχολική επιτυχία και οι υψηλές εκπαιδευτικές φιλοδοξίες (Μακρή-Μπότσαρη, 2008).

3.2. Αξιολόγηση-Διάγνωση της Καταθλιπτικής Διαταραχής στους Εφήβους

Οι μελέτες που επικεντρώνονται στις λεπτές διαχωριστικές γραμμές μεταξύ κατάθλιψης και άγχους βοηθούν στην καλύτερη κατανόηση της εφηβικής ψυχοπαθολογίας (Κλεφτάρας, 2000). Οι πρώιμοι έφηβοι συχνά παρουσιάζουν κατάθλιψη με συμπτώματα άγχους αποχωρισμού, φοβίας και προβλημάτων συμπεριφοράς. Σε αντίθεση με τους μεγαλύτερους εφήβους που συνήθως εμφανίζουν δυσφορικό συναίσθημα, ανηδονία, αυτοκτονικό ιδεασμό και γενικευμένες δυσκολίες στη λειτουργικότητα (Haskin, 2008).

Ο καθορισμός των ορίων μεταξύ παθολογικής και φυσιολογικής συμπεριφοράς αποτελεί δίλημμα στη διάγνωση, επειδή οι γνωστικές και σωματικές αλλαγές επιδρούν και στο συναίσθημα κατά το διάστημα της εφηβείας. Αυτό δυσκολεύει το διαχωρισμό των φυσιολογικών εσωτερικών συναισθηματικών αντιδράσεων από την καταθλιπτική διαταραχή. Οι ατομικές διαφορές στο επίπεδο των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην εφηβεία πρέπει να σχετίζονται με τη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, διαφορετικά μειώνεται η κλινική τους αξία στον τομέα της πρόληψης, της διάγνωσης και της θεραπείας (Keenan et al., 2004).

Η διαγνωστική αξιολόγηση αποτελεί σημαντικό μέρος της κλινικής διαχείρισης της κατάθλιψης, προτού να προταθεί οποιαδήποτε θεραπεία. Η διαγνωστική εκτίμηση πρέπει να περιλαμβάνει μια λεπτομερή εκτίμηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, των συμπτωμάτων συν-νοσηρότητας καθώς και των ψυχοκοινωνικών και σχολικών προβλημάτων που παρουσιάζουν οι έφηβοι (Encarnação et al., 2011).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο έφηβοι είναι οι καλύτεροι πληροφοριοδότες για τα συμπτώματα που αναφέρονται σε υποκειμενικές ή εσωτερικές εμπειρίες, όπως οι καταθλιπτικές συναισθηματικές καταστάσεις (Renou et al., 2004). Σε αυτές περιλαμβάνονται και ιδέες αυτοκτονίας, οι οποίες συχνά δεν γίνονται αντιληπτές από το οικογενειακό περιβάλλον. Επιπλέον, οι έφηβοι αναφέρουν συμπτώματα, που είναι εσωτερικά και συναισθηματικής φύσεως, ιδέες αυτοκαταστροφής και σχέδια πραγματοποίησής τους, για τα οποία οι γονείς συχνά δεν είναι ενήμεροι (Harrington, 1999).

Η πιο σημαντική πλευρά της εκτίμησης είναι να καθοριστεί ο βαθμός άμεσου κινδύνου που διατρέχει ο έφηβος. Αν η κατάστασή του είναι απρόβλεπτη, δικαιολογείται η σκέψη για άμεση ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Για την εκτίμηση είναι ουσιαστικό να προσδιοριστεί η τρέχουσα ψυχολογική κατάσταση του εφήβου όσον αφορά στο είδος και το βαθμό της ψυχοπαθολογίας καθώς και η ποιότητα των μηχανισμών αντιμετώπισης, όπως η επάρκεια επίλυσης της κρίσης, η ικανότητα ελέγχου των παρορμήσεων, η ένταση του αισθήματος αβοήθητου ή ανημποριάς και έλλειψης ελπίδας και η ικανότητα για επικοινωνία. Μια σημαντική ένδειξη για την επικείμενη απόπειρα αυτοκτονίας είναι η ενασχόληση με το θάνατο (Lasky, 2011).

Γενικά οι δυσλειτουργικοί έφηβοι, σε σύγκριση με τους φυσιολογικούς, αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα με μεγαλύτερη διάρκεια και επιμονή. Κλινικά και ερευνητικά δεδομένα αντικρούουν την πεποίθηση ότι η αποκλίνουσα συμπεριφορά σε εφήβους μπορεί να αγνοηθεί με βάση την προσδοκία της εξάλειψής της με την πάροδο του χρόνου. Εμφάνιση ψυχιατρικής συμπτωματολογίας σε έναν έφηβο θα πρέπει να θεωρηθεί τουλάχιστον ενδυνάμει ψυχοπαθολογική (Cook et al., 2009).

3.3. Ταξινόμηση διαταραχών διάθεσης σύμφωνα με το DSM-IV

Σύμφωνα με το DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition) οι Διαταραχές της Διάθεσης ταξινομούνται σε δύο βασικές κατηγορίες, τις Καταθλιπτικές και τις Διπολικές Διαταραχές. Οι Καταθλιπτικές Διαταραχές είναι δύο: η *Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή* που χαρακτηρίζεται από μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια με παρουσία σοβαρής καταθλιπτικής διάθεσης, διάρκειας τουλάχιστον δύο εβδομάδων και η *Δυσθυμική Διαταραχή*

που χαρακτηρίζεται από ποικίλη καταθλιπτική διάθεση σχεδόν καθημερινά για τουλάχιστον ένα χρόνο.

Ως *Διπολικές Διαταραχές* ορίζονται τα μανιοκαταθλιπτικά επεισόδια, με εναλλαγές καταθλιπτικών, μανιακών επεισοδίων ή ηρεμίας και δεν είναι πολύ συχνές. Ως μανιακό επεισόδιο χαρακτηρίζεται η παρουσία έντονα αυξημένης, διαχυτικής ή ευερέθιστης διάθεσης και ενεργητικότητας κατά τη διάρκεια τουλάχιστον μιας εβδομάδας (Whitney, 2012). Διαπιστώνεται διογκωμένη αυτοεκτίμηση, μειωμένη ανάγκη για ύπνο, αύξηση της ομιλητικότητας, διάσπαση της προσοχής κλπ.

3.4. Μελέτη της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (Major Depressive Disorder, MDD) και της Δυσθυμικής Διαταραχής στους Εφήβους

Η απότομη αλλαγή της διάθεσης είναι γνωστό χαρακτηριστικό της εφηβείας, αλλά αρκετοί έφηβοι παρουσιάζουν συχνά σταθερό καταθλιπτικό συναίσθημα (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001), το οποίο μαζί με άλλους ψυχοκοινωνικούς συντελεστές, μετουσιώνεται σε συμπτωματολογία του κλινικού συνδρόμου της εφηβικής κατάθλιψης ή του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

Εάν τα περισσότερα ή όλα τα συμπτώματα στην εφηβεία, σύμφωνα με παλαιότερες έρευνες, είναι καταθλιπτικά ισοδύναμα των συμπτωμάτων που εμφανίζονται στην ενηλικίωση, η έννοια του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου ερμηνεύει όλες τις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις στην εφηβεία.

3.4.1. Διαγνωστικά Κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και της δυσθυμίας

Οι περισσότεροι ερευνητές έχουν συλλέξει τα δείγματά τους με μία προϋπάρχουσα άποψη για το τι σημαίνει κατάθλιψη, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια. Έτσι ο εντοπισμός των καταθλιπτικών εφήβων βασίζεται σε παρατηρήσιμες εκδηλώσεις συμπεριφοράς και συγκεκριμένα αποτελέσματα και όχι σε θεωρητικές υποθέσεις. Η χρήση διαγνωστικών κριτηρίων περιορίζει τον υποκειμενισμό και την αυθαιρεσία στην προσέγγιση της κατάθλιψης της εφηβικής ηλικίας και προσδίδει εγκυρότητα και συγκρισιμότητα στα ερευνητικά ευρήματα.

Το σύστημα ταξινόμησης της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας έχει θεωρηθεί έγκυρο εργαλείο για τη διάγνωση της κατάθλιψης στους εφήβους και έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές σχετικές έρευνες. Διαχωρίζει δε, ανάλογα με την ένταση και τη διάρκεια των συμπτωμάτων, δύο βασικές κλινικές εικόνες, τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και τη δυσθυμία (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Στη συνέχεια περιγράφονται τα διαγνωστικά τους κριτήρια, όπως ορίζονται από την τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας – DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition).

Διαγνωστικά κριτήρια μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (American Psychiatric Association, 1994):

A. Το DSM – IV καθορίζει ως μείζονα κατάθλιψη την παρουσία ενός μόνο επεισοδίου κατάθλιψης, με πέντε ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα, που παρουσιάζονται σε διάρκεια δύο εβδομάδων και τουλάχιστον ένα από αυτά τα συμπτώματα να είναι το καταθλιπτικό συναίσθημα ή η έλλειψη ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης (Cook et al., 2009).

- Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική αναφορά (πχ αισθάνεσαι θλίψη ή κενό) είτε από την παρατήρηση των άλλων (πχ φαίνεται ευσυγκίνητος-η).
Σημείωση: Στους εφήβους επίσης μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση.
- Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης για όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες, στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά (όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική εκτίμηση είτε από την παρατήρηση των άλλων).
- Σημαντική απώλεια βάρους ή αύξηση του βάρους ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης, σχεδόν καθημερινά.
- Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν καθημερινά (η υπερυπνία είναι περισσότερο συχνή στους εφήβους).
- Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση (συχνότερη σε εφήβους) σχεδόν καθημερινά.
- Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας σχεδόν καθημερινά.
- Αισθήματα αναξιότητας ή εκτεταμένης αδικαιολόγητης ενοχής σχεδόν καθημερινά.

- Μειωμένη ικανότητα να σκεφτεί ή να συγκεντρωθεί ή αναποφασιστικότητα σχεδόν καθημερινά.
- Επανερχόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου), επανερχόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή μία απόπειρα αυτοκτονίας ή ένα συγκεκριμένο σχέδιο να αυτοκτονήσει.

B. Τα συμπτώματα δεν ικανοποιούν τα κριτήρια για ένα μικτό επεισόδιο.

Γ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικώς σημαντική δυσφορία ή έκπτωση της λειτουργικότητας σε κοινωνικές, επαγγελματικές ή άλλες σημαντικές πλευρές της λειτουργικότητας του ατόμου.

Δ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται απλώς σε άμεσες φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας (ναρκωτικής ή φαρμακευτικής) ή σε μία γενική ιατρική ασθένεια (πχ υποθυρεοειδισμό).

Ε. Τα συμπτώματα δεν ερμηνεύονται από διαδικασία πένθους πχ μετά την απώλεια ενός αγαπητού προσώπου, ενώ διαρκούν περισσότερο από 2 μήνες ή χαρακτηρίζονται από εκσεσημασμένη λειτουργική έκπτωση, νοσηρή ενόχληση με αναξιότητα, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωσικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση.

Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί να είναι:

- A) Μοναδικό επεισόδιο ή
- B) Υποτροπιάζουσα.

Διαγνωστικά κριτήρια δυσθυμίας (American Psychiatric Association, 1994):

A. Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας τις περισσότερες ημέρες, όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική εκτίμηση είτε από την παρατήρηση των άλλων, για τουλάχιστον 2 χρόνια.

Σημείωση: στους εφήβους μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση και η διάρκεια πρέπει να είναι τουλάχιστον 1 χρόνος.

B. Παρουσία, όταν υπάρχει καταθλιπτική διάθεση, δύο ή περισσότερων από τα ακόλουθα:

1. ανορεξία ή υπερφαγία
2. αϋπνία ή υπερυπνία
3. ελαττωμένη ενεργητικότητα ή κόπωση
4. χαμηλή αυτοεκτίμηση
5. δυσκολία συγκέντρωσης ή δυσκολία λήψης αποφάσεων
6. αισθήματα απελπισίας (ανέλπιδου)

Γ. Κατά τη διάρκεια της χρονικής περιόδου των δύο χρόνων (ή του ενός χρόνου για εφήβους) τα συμπτώματα των κριτηρίων Α και Β δεν απουσιάζουν ποτέ για διάστημα μεγαλύτερο από δύο μήνες.

Η δυσθυμία θεωρείται ηπιότερη μορφή από τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, αλλά αποτελεί ισχυρό παράγοντα κινδύνου σε εξέλιξη προς μείζονα κατάθλιψη (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Η διάγνωση της κατάθλιψης σχετίζεται με τη σχολική επίδοση και τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα και τις - σύμφωνα με την ηλικία - κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις. Ο Pine και οι συνεργάτες του (1999) ανέφεραν ότι η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη διάρκεια της εφηβείας ήταν προγνωστικός παράγοντας ενός διπλάσιου ή τριπλάσιου κινδύνου για ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή. Ο Brent και οι συνεργάτες του (2001) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι έφηβοι με κατάθλιψη που ανάρρωσαν μερικώς μόνο, συνέχισαν να έχουν κατάθλιψη σε επίπεδα που δεν πληρούσαν τα κριτήρια της διάγνωσης και λειτουργική έκπτωση και ήταν σε σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο υποτροπής σε σύγκριση με εκείνους που είχαν αναρρώσει πλήρως από την κατάθλιψή τους. Τα επίπεδα κατάθλιψης που δεν πληρούν τα κριτήρια της διάγνωσης μπορούν ακόμα να έχουν αρνητική επίδραση στην ακαδημαϊκή και στη διαπροσωπική λειτουργικότητα. Υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν τη χρήση των κριτηρίων του DSM για τη μείζονα κατάθλιψη στους εφήβους.

Το DSM – IV καθορίζει τον αποκλεισμό της σοβαρότητας κάποιων κριτηρίων, τα οποία αναφέρονται στη διαγνωστική εκτίμηση. Για κάθε ένα κριτήριο που είναι στη λίστα συμπτωμάτων, πρέπει να είναι αιτία σοβαρής ή παροδικής δυσλειτουργικότητας στην ακαδημαϊκή, κοινωνική και οικογενειακή ζωή του εφήβου. Στο κλινικό έργο η συνολική εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας είναι μία σπουδαία παράμετρος για το είδος, τη διάρκεια της θεραπείας, για τη διαδικασία του επείγοντος και λειτουργεί ενδεικτικά για την πρόγνωση (Cook et al., 2009; Renou et al., 2004).

3.4.2. Κλινική φαινομενολογία του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου

Κλινικά χαρακτηριστικά της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στους εφήβους εμφανίζονται κυρίως με συμπτώματα άγχους αποχωρισμού, φοβίες, σωματικά παράπονα, προβλήματα συμπεριφοράς, έλλειψη συγκέντρωσης, αϋπνία, αυτοκτονικός ιδεασμός

(Paolucci & Paolucci, 2008). Οι πρώιμοι έφηβοι παρουσιάζουν δυσφορικό συναίσθημα, ανηδονία, υπερυπνία, αίσθημα έλλειψης ελπίδας, αλλαγή σωματικού βάρους και γενικές δυσκολίες στη λειτουργικότητα. Στην εφηβεία η κλινική εικόνα μοιάζει περισσότερο με εκείνη των ενηλίκων. Η έλλειψη ελπίδας και το αίσθημα ότι τα πράγματα δεν πρόκειται να αλλάξουν ποτέ, αντικατοπτρίζεται στον αυξανόμενο επιπολασμό της αυτοκτονίας. Υπάρχει μια δραματική αύξηση στις απόπειρες αυτοκτονίας και στις αυτοκτονίες στην εφηβεία. Επίσης η συχνότητα της εμφάνισης της κατάθλιψης στα κορίτσια αυξάνεται στην εφηβεία σε σύγκριση με τα αγόρια.

3.5. Εκδηλώσεις κατάθλιψης στους εφήβους

Καταθλιπτικό συναίσθημα: Η θλίψη, η δυσφορία, η ευερεθιστότητα είναι χαρακτηριστικές εκδηλώσεις της καταθλιπτικής διάθεσης στους εφήβους, ενώ η διάκριση μεταξύ ενός λυπημένου και ενός καταθλιπτικού εφήβου στηρίζεται στη χρονική διάρκεια του καταθλιπτικού συναισθήματος. Στις περιπτώσεις όπου το καταθλιπτικό συναίσθημα δεν εκφράζεται μπορεί να είναι εμφανές στην έκφραση του προσώπου, η οποία μπορεί να είναι θλιμμένη ή απαθής (APA, 1994).

Ανηδονία (διαταραχή συναισθήματος): Ανηδονία, στην ψυχιατρική ορολογία σημαίνει αδυναμία του ατόμου να αισθανθεί ικανοποίηση και ευχαρίστηση από δραστηριότητες και ενασχολήσεις που προηγουμένως ήταν ευχάριστες (Shankman et al., 2010). Η ανηδονία αποτελεί βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης, και περιγράφεται από τον έφηβο ως ανία κατά το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας και αδιαφορία πχ για χόμπι και σπόρ ή εκδηλώσεις (οικογενειακές ή κοινωνικές) που πριν τον ευχαριστούσαν (πχ πάρτι, γιορτές, έξοδοι) (APA, 1994). Η καθημερινή παρατήρηση προσφέρει πλείστα παραδείγματα εφήβων που περνούν ατέλειωτες ώρες απομονωμένοι, ξαπλωμένοι ή καθιστοί, δείχνοντας βαρεμάρα και αδιαφορία για το κάθε τι που αγγίζει η καθημερινότητα.

Απαισιόδοξες σκέψεις και φαντασιώσεις: Οι απαισιόδοξες σκέψεις αποτελούν σταθερή εκδήλωση της κατάθλιψης. Κυριαρχούν η αίσθηση επικειμένου κινδύνου, απειλής, κατηγορίας, κριτικής, απώλειας, εγκατάλειψης, προσωπικής βλάβης ή ακόμη και θανάτου (Gutkovich et al., 2011).

Έλλειψη ελπίδας (διαταραχή κινητοποίησης): Αποτελεί χαρακτηριστικό καταθλιπτικό σύμπτωμα και η έντασή του εξαρτάται από τη βαρύτητα της κατάθλιψης. Οι έφηβοι δεν εκφράζουν θετικές προσδοκίες ενώ αναφέρουν περισσότερες αρνητικές, η εικόνα δε που έχουν για το μέλλον είναι απαισιόδοξη (Gutkovich et al., 2011).

Διαταραχή του ύπνου (διαταραχή αυτόνομου νευρικού συστήματος): Μπορεί να πάρει τη μορφή της αϋπνίας ή της υπερυπνίας. Τα παιδιά και οι έφηβοι που δεν έχουν κατάθλιψη μπορούν να αναπληρώσουν το χαμένο ύπνο την επόμενη νύκτα. Αυτό όμως δεν συμβαίνει στους καταθλιπτικούς νέους στους οποίους η διαταραχή ύπνου επιμένει, με αποτέλεσμα να είναι κουρασμένοι και να πέφτουν σε λήθαργο χωρίς να νιώθουν ξεκούραστοι παρά τις πολλές ώρες που μένουν στο κρεβάτι (Brand & Kirov, 2011).

Διαταραχή της όρεξης (διαταραχή αυτόνομου νευρικού συστήματος): Μπορεί να πάρει τη μορφή της ανορεξίας (ψυχογενής ανορεξία) ή της βουλιμίας (ψυχογενής βουλιμία). Η ανορεξία συνοδεύεται από απώλεια σωματικού βάρους ή από μικρότερη, από την αναμενόμενη για την ηλικία, αύξηση του σωματικού βάρους του εφήβου. Οι ανορεκτικοί έφηβοι πολύ συχνά έχουν κατάθλιψη, ενώ ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι 20 φορές μεγαλύτερος από αυτόν που διατρέχουν γενικά οι νέοι άνθρωποι (Marsh et al., 2009; Kaltiala-Heino et al., 2003).

Κόπωση (διαταραχή αυτόνομου νευρικού συστήματος): Εκδηλώνεται ως αίσθηση απώλειας ενέργειας, αδυναμίας ή εξάντλησης. Οι έφηβοι αισθάνονται κουρασμένοι, χωρίς ζωτικότητα (Findlay, 2008).

Διαταραχές κινητικής συμπεριφοράς (διαταραχή αυτόνομου νευρικού συστήματος): Η κινητική συμπεριφορά των καταθλιπτικών εφήβων επηρεάζεται είτε προς την κατεύθυνση της ψυχοκινητικής επιβράδυνσης, η οποία εκφράζεται με μειωμένη κινητικότητα είτε προς την κατεύθυνση της ψυχοκινητικής διέγερσης, η οποία εκδηλώνεται με υπερκινητικότητα, νευρικότητα και ανησυχία. Στην πρώιμη εφηβεία παρουσιάζεται συνήθως υπερκινητικότητα, ενώ στην όψιμη υποκινητικότητα (Costello et al., 2011).

Η διαταραχή της κοινωνικής συμπεριφοράς στους καταθλιπτικούς εφήβους μπορεί να πάρει τη μορφή της επιθετικής ή διαταρακτικής συμπεριφοράς με τσακωμούς, αντιδραστικότητα, εριστικότητα. Είναι απομονωμένοι κοινωνικά, σε σχέση με τους άλλους εφήβους και περνούν περισσότερο χρόνο μόνοι τους.

Χαμηλή αυτοεκτίμηση – ιδέες αναξιότητας – αισθήματα ενοχής (διαταραχές σκέψης-αντίληψης): Οι καταθλιπτικοί έφηβοι τείνουν να έχουν αρνητική άποψη για τον εαυτό τους, η οποία σχετίζεται με τις ιδέες αναξιότητας και ανεπάρκειας καθώς και με τα αισθήματα ντροπής και ενοχής. Τείνουν να αποδίδουν τα θετικά γεγονότα σε τυχαίους εξωγενείς παράγοντες και δεν τα αξιολογούν ως προσωπικά επιτεύγματα ενώ τα αρνητικά γεγονότα και οι αντιξοότητες αποδίδονται σε προσωπικά εσωτερικά αίτια και συνοδεύονται από αισθήματα ευθύνης και ενοχής (Gayman et al., 2011).

Δυσκολία στη συγκέντρωση – μείωση γνωσιακών δεξιοτήτων – μείωση σχολικής επίδοσης (διαταραχές σκέψης-αντίληψης): Η δυσκολία στη συγκέντρωση αποτελεί χαρακτηριστική εκδήλωση της κατάθλιψης και συνδέεται με τη μείωση της σχολικής επίδοσης των εφήβων. Η μειωμένη σχολική επίδοση συνδέεται πιθανόν και με τη δυσκολία συγκέντρωσης, αλλά και με την έλλειψη ενδιαφέροντος και κινητοποίησης. Ενώ η ενασχόληση με καταθλιπτικές σκέψεις και μειωμένη αυτοεκτίμηση την επηρεάζουν επίσης (Cook et al., 2009).

Ιδέες, σκέψεις, απόπειρες αυτοκτονίας: Ο έφηβος είναι σε θέση να χρησιμοποιεί υποθετική – θεωρητική σκέψη και να καταλήγει σε συμπεράσματα, χωρίς την ανάγκη αναφοράς στην άμεση εμπειρία του. Η αφηρημένη σκέψη αναπτύσσεται και οι φιλοσοφικές σκέψεις για τη ζωή και το θάνατο κατανοούνται με τρόπο, ο οποίος δεν διαφέρει ουσιαστικά από εκείνον του ενήλικα.

Οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας αναδεικνύονται ως χαρακτηριστική συμπεριφορά της εφηβείας (Park et al., 2006). Η συνειδητή επιθυμία θανάτου αναφέρεται στην προβληματική της εφηβείας, που αφορά στο πέρασμα στην πράξη, την επίθεση στο σώμα και τις διαδικασίες αποχωρισμού (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Παρά το γεγονός ότι οι ιδέες αυτοκτονίας αποτελούν ένα από τα κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης, το συμπέρασμα ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι πάντα συνώνυμη με

την κατάθλιψη δεν είναι σωστό (Skaripakis et al., 2011). Τα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι πολλοί έφηβοι, οι οποίοι εκδηλώνουν τέτοια συμπεριφορά δεν έχουν πάντα κατάθλιψη (βλέπε Συν-νοσηρότητα). Βεβαίως, οι περισσότερες σχετικές μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η κατάθλιψη αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες υψηλού κινδύνου για αυτοκτονικό ιδεασμό και απόπειρα αυτοκτονίας στους εφήβους όπως και στους ενήλικες (Goldney et al., 2000).

3.6. Επιδημιολογία – Συχνότητα καταθλιπτικής διαταραχής στους εφήβους

Τα ευρήματα των μελετών όχι μόνο υποστηρίζουν κάποιο βαθμό σταθερότητας στην ύπαρξη κατάθλιψης με το πέρασμα των χρόνων (Avenevoli et al., 2001), αλλά επιπλέον δείχνουν ότι η πρόωμη έναρξη συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για επίμονη και πιο σοβαρή εκδήλωσή τους στην πορεία (Dunn & Goodyer, 2006; Zahn-Waxler et al., 2000).

Υπολογίζεται ότι 1 στους 3 εφήβους βιώνει συχνά καταθλιπτικό συναίσθημα (Spear, 2000). Αντίστοιχο ποσοστό, δηλαδή 30%, βρέθηκε σε έρευνα μεγάλου δείγματος εφηβικού πληθυσμού στη χώρα μας (Κοκκέβη και συν., 2008). Επίσης, προγενέστερη μελέτη 1.326 εφήβων 12-17 ετών στην Ελλάδα, έδειξε ότι το 20,3% παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ το ποσοστό σε 713 μεγαλύτερους εφήβους (15-18 ετών) βρέθηκε να είναι 26.2% (Λαζαράτου και συν., 2010). Η συχνότητα εμφάνισης σε επίπεδο διαταραχών στους εφήβους έχει βρεθεί ότι είναι από 2% έως 8% για τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και κοντά στο 8% για τη δυσθυμική διαταραχή (Son & Kirchner, 2000; Zahn-Waxler et al., 2000). Για τη διπολική διαταραχή υπολογίζεται ότι το 40% όσων έχουν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή θα παρουσιάσουν και μανιακά συμπτώματα μέσα σε διάστημα 5 ετών (NIMH, 2000).

Ένας επιπλέον λόγος που η κατάθλιψη απασχολεί τους ερευνητές και τους ειδικούς ψυχικής υγείας είναι η σύνδεσή της με αυτοκαταστροφικές σκέψεις και αυτοκτονική συμπεριφορά. Στους εφήβους οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι διπλάσιες σε σχέση με τους ενήλικες (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001). Μελέτες έχουν δείξει ότι η αυτοκτονία είναι η τρίτη σε σειρά αιτία θανάτου για εφήβους έως 19 χρονών (Bhatia & Bhatia, 2007; Knopf et al., 2008).

Όσον αφορά στο φύλο, έχει παρατηρηθεί ότι επηρεάζει το είδος και τον τρόπο εκδήλωσης των συμπτωμάτων. Δηλαδή, το ίδιο συναίσθημα τα αγόρια μπορεί να το εκφράσουν άμεσα εκδραματίζοντάς το, ενώ τα κορίτσια παρουσιάζουν περισσότερο αυτοέλεγχο και ενασχόληση με τον εαυτό (Crick & Zahn-Waxler, 2003). Επίσης, το φύλο παίζει ρόλο στη συχνότητα εμφάνισης των συνδρόμων και των διαταραχών. Στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, τα αγόρια και τα κορίτσια δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες διαφορές ως προς την εκδήλωση δυσκολιών προσαρμογής. Όμως, με την έναρξη της εφηβείας αυτή η εικόνα αλλάζει (Garber, 2006; Bongers et al., 2003; Crick & Zahn-Waxler, 2003). Στα κορίτσια παρατηρείται αξιοσημείωτη αύξηση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης (Larson et al., 2002; Rutter & Sroufe, 2000; Zahn-Waxler et al., 2000). Το ποσοστό εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα κορίτσια είναι τουλάχιστον διπλάσιο από των αγοριών στην εφηβεία, μια διαφορά που συνεχίζει να υφίσταται και στην ενήλικη ζωή (Knopf et al., 2008; Bhatia & Bhatia, 2007; Crick & Zahn-Waxler, 2003).

Σύμφωνα με τις σχετικές μελέτες, αυτή η διαφορά οφείλεται σε ένα σύνολο παραγόντων. Συγκεκριμένα, το μοντέλο που έχει υποστηριχθεί από τα ερευνητικά δεδομένα είναι ότι τα κορίτσια είναι πιο πιθανό να έχουν ορισμένα προδιαθεσιακά χαρακτηριστικά, ακόμα και πριν την εφηβεία, τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη. Τέτοια είναι ο έλεγχος του εαυτού και των ενορμήσεων, η ανοχή, η ευαισθησία, η ενσυναίσθηση, η κοινωνική ωριμότητα, η αξία που δίνουν στις διαπροσωπικές σχέσεις, ο αναστοχαστικός τρόπος διαχείρισης των προβλημάτων και άλλα. Όταν αυτά τα χαρακτηριστικά αλληλεπιδράσουν με βιολογικές αλλαγές (πρώιμη ήβη, δυσλειτουργία των ορμονών) και κοινωνικές προκλήσεις (υιοθέτηση των χαρακτηριστικών του ρόλου του φύλου τους, αρνητική εικόνα σώματος, αρνητικά γεγονότα), που προκύπτουν στην εφηβεία και είναι συγκεκριμένες για τα κορίτσια, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες για εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Κοκκέβη και συν., 2008; Cicchetti & Rogosch, 2002; Zahn-Waxler et al., 2000).

Όσον αφορά στα ποσοστά κατάθλιψης ανά ηλικία, έχει βρεθεί ότι κατά τη διάρκεια της εφηβείας υπάρχει συνεχής αύξηση των περιπτώσεων (Bongers et al., 2003; Steinberg & Morris, 2001). Μάλιστα, έχει παρατηρηθεί ότι η αύξηση αυτή είναι πιο έντονη τα πρώτα χρόνια της εφηβείας, περίπου μέχρι 14 ετών, και μετά συνεχίζεται, με μειωμένο ρυθμό, μέχρι την ενηλικίωση. Ο λόγος είναι ότι στην εφηβεία αυξάνεται το αρνητικό συναίσθημα,

μειώνεται το θετικό και παράλληλα αυξάνονται τα ψυχοπιεστικά γεγονότα. Κι όλα αυτά φτάνουν στο αποκορύφωμά τους περίπου στην ηλικία των 14 (Larson et al, 2002). Ο ρυθμός αύξησης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι σημαντικά μεγαλύτερος για τα έφηβα κορίτσια, ενώ στα αγόρια παρατηρείται πολύ μικρή αύξηση ή σταθερότητα (Bongers et al, 2003; Rutter & Sroufe, 2000).

3.7. Αιτιολογία της εφηβικής κατάθλιψης

Η αναζήτηση της αιτιολογίας των καταθλιπτικών διαταραχών είναι μια δυσχερής και επίπονη διαδικασία. Οι θεωρίες τροποποιούνται διαρκώς υπό το φως των σύγχρονων ερευνητικών δεδομένων, τα οποία προκύπτουν από τις μελέτες, που αναζητούν απαντήσεις στο ερώτημα τι προκαλεί τις καταθλιπτικές διαταραχές και πως μπορούν αυτές να προληφθούν. Πάντως, δεν έχει καταστεί δυνατό να απομονωθεί ένας και μοναδικός ή συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας του συνδρόμου της κατάθλιψης και μάλλον είναι αδύνατο να εντοπιστεί. Στο πλαίσιο μιας επαρκούς ερμηνείας της συγκεκριμένης διαταραχής, θεωρείται αναπόφευκτος ο συνδυασμός πολλών παραγόντων (πολυπαραγοντική αιτιολογία) (Lau, 2012).

Οι αιτιολογικοί παράγοντες που έχουν συσχετισθεί με την κατάθλιψη μπορούν να ταξινομηθούν αδρά σε γενετικούς, νευροβιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς· ωστόσο θα πρέπει να αναφερθεί ότι αυτή η ομαδοποίηση των παραγόντων είναι δυνατόν να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Ο λόγος της ομαδοποίησης αυτής αφορά καθαρά στην ερευνητική προσέγγιση της κατάθλιψης.

3.7.1. Βιολογικοί Παράγοντες

1. Γενετικό μοντέλο

Μελέτες για την κληρονομικότητα και τη γενετική τεκμηριώνουν την άποψη της οικογενειακής προδιάθεσης στους εφήβους με κατάθλιψη. Μάλιστα, η γονεϊκή κατάθλιψη είναι ένας από τους πιο ισχυρούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης στους εφήβους (Cook et al., 2009). Έφηβοι με καταθλιπτικούς γονείς έχουν μεγαλύτερα από τα αναμενόμενα ποσοστά κατάθλιψης (Dunn et al., 2011; Luby et al., 2006). Επίσης υπάρχει υψηλή συσχέτιση των συναισθηματικών διαταραχών μεταξύ συγγενών πρώτου βαθμού.

Έχει αποδειχθεί ότι τα παιδιά των γονέων με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή έχουν τρεις φορές αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης στη ζωή τους. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνει ακόμη περισσότερο όταν και οι δύο γονείς παρουσιάζουν διαταραχές συναισθήματος (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001). Επιπλέον η κατάθλιψη στη μητέρα είναι πιο ισχυρά συνδεδεμένη με την ψυχοπαθολογία του εφήβου από ό,τι η κατάθλιψη του πατέρα (Sellers et al., 2012).

Η τρέχουσα γονεϊκή κατάθλιψη επηρεάζει την πορεία της εφηβικής κατάθλιψης, μέσω επιβράδυνσης της ανάρρωσης, χαμηλών επιπέδων λειτουργικότητας και φτωχότερης ανταπόκρισης σε γνωσιακές παρεμβάσεις. Μία εκτενής ερευνητική βιβλιογραφία τεκμηριώνει τη σχέση μεταξύ γονεϊκών καταθλιπτικών συμπτωμάτων και μειώσεων της κοινωνικής, προσαρμοστικής και συναισθηματικής λειτουργικότητας των παιδιών (Weissman et al., 2005). Ο σύνδεσμος μεταξύ μητρικής κατάθλιψης και λειτουργικότητας του παιδιού έχει αποδειχθεί σε ολόκληρο το ηλικιακό φάσμα, μέχρι και την εφηβεία, και σε όλα τα εισοδηματικά και μορφωτικά επίπεδα των γονέων. Η κατάθλιψη των πατέρων σχετίζεται επίσης με τον αυξημένο κίνδυνο των παιδιών για συναισθηματικά προβλήματα, αλλά ο κίνδυνος αυτός δεν έχει τεκμηριωθεί εξίσου συστηματικά σε όλες τις ηλικίες και σε όλες τις κοινωνικο-οικονομικές καταστάσεις όσο ο κίνδυνος που συνεπάγεται από την κατάθλιψη των μητέρων (Sellers et al., 2012).

Επιπλέον, οι έφηβοι καταθλιπτικών γονιών έχουν αυξημένο κίνδυνο να κάνουν κατάχρηση φαρμάκων και ουσιών, να παρουσιάσουν σχολικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς και να κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας.

Οι μελέτες της συχνότητας του συνδρόμου της κατάθλιψης σε διδύμους υποστηρίζουν τη γενετική βάση της διαταραχής αυτής. Οι μονοζυγώτες δίδυμοι –οι οποίοι έχουν πανομοιότυπο γενετικό υλικό– παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας για κατάθλιψη από ό,τι οι διζυγώτες δίδυμοι. Όταν οι μονοζυγώτες δίδυμοι ανατραφούν σε διαφορετικό περιβάλλον η συμφωνία για κατάθλιψη μειώνεται. Τα ευρήματα αυτών των γενετικών μελετών δείχνουν ότι ο ρόλος της κληρονομικότητας είναι σημαντικότερος από το ρόλο του περιβάλλοντος. Ωστόσο το γεγονός ότι οι μονοζυγώτες δίδυμοι δεν παρουσιάζουν 100% συμφωνία για την κατάθλιψη, δείχνει ότι και άλλοι παράγοντες, εκτός κληρονομικότητας παίζουν αιτιολογικό ρόλο στην κατάθλιψη. Οι μελέτες σε διδύμους υποστηρίζουν τη γενετική

βάση της μείζονος κατάθλιψης και όχι της δυσθυμικής διαταραχής ή της διαταραχής προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση (Rice, 2010).

Συμπερασματικά, η εμφάνιση της κατάθλιψης είναι συχνότερη σε άτομα των οποίων στην οικογένεια υπάρχει κάποιος που πάσχει από κατάθλιψη απ' ό,τι σε άτομα με ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό (είτε πρόκειται για μονοπολική είτε για διπολική διαταραχή). Αυτό που κληρονομείται δεν είναι η κατάθλιψη αλλά η ευαισθησία του ατόμου που κάτω από την επίδραση ορισμένων παραγόντων μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση αυτής της διαταραχής (Rice, 2010).

2. Νευρο-χημικοί Παράγοντες

Το νευροχημικό υπόστρωμα του εγκεφάλου έχει ερευνηθεί εντατικά στις μελέτες της αιτιολογίας της κατάθλιψης. Ιδιαίτερα έχει μελετηθεί η επίδραση των νευροδιαβιβαστών νορεπινεφρίνη, σεροτονίνη και ντοπαμίνη, οι οποίες αποκαλούνται μονοαμίνες και ανήκουν στην ομάδα των χημικών ουσιών που μεταβιβάζουν τη νευρική διέγερση από τον ένα νευρώνα του εγκεφάλου στον άλλον. Η σεροτονίνη είναι αυτή που παρεμβαίνει στη ρύθμιση του ύπνου, της όρεξης, της επιθετικότητας και της σεξουαλικότητας (Χατζάκη, 2008). Η σχετική ανεπάρκεια αυτών των νευροδιαβιβαστών στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) συνδέεται αιτιολογικά με ορισμένες μορφές κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα είτε δεν απελευθερώνονται επαρκείς ποσότητες αυτών στις νευρικές συνάψεις είτε μεταβολίζονται υπερβολικά μέσα στα νευρικά κύτταρα, με αποτέλεσμα να παρατηρείται μειωμένη διαθεσιμότητα στη νευρική σύναψη. Η έλλειψη της νορεπινεφρίνης στο ΚΝΣ συνδυάζεται με μειωμένη απέκκριση του μεταβολίτη της 3-μεθόξυ-4-υδροξυφαινυλογλυκόλης (M.H.P.G.) στα ούρα και με εκδήλωση κατάθλιψης. Η έλλειψη της σεροτονίνης στο ΚΝΣ συνδυάζεται με χαμηλά επίπεδα του μεταβολίτη της 5- υδρόξυ-ινδολοξαϊκού οξέως (5-HIAA) και εκδήλωση κατάθλιψης (Kupfer et al., 2012).

Τα πιο πρόσφατα ερευνητικά ευρήματα υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη συνδέεται με ποικίλες και ετερογενείς δυσλειτουργίες του νευροχημικού συστήματος του εγκεφάλου. Το σύνδρομο της κατάθλιψης φαίνεται ότι άλλοτε συνδέεται με ανεπάρκεια νορεπινεφρίνης, άλλοτε με ανεπάρκεια σεροτονίνης και άλλοτε με ταυτόχρονη δυσλειτουργία και των δύο αυτών νευροδιαβιβαστών. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται από το γεγονός ότι ο μηχανισμός δράσης των

περισσότερων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων αποσκοπεί στο να ενισχύσει τη συγκέντρωση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο (Παπάνης και συν, 2007).

3. Νευρο-ενδοκρινικοί παράγοντες

Τα τελευταία χρόνια ερευνάται προσεκτικότερα η επίδραση ορισμένων ορμονών της υπόφυσης στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα έχει βρεθεί ότι η φλοιοεπινεφριδιοτρόπος ορμόνη (ACTH), η αυξητική (GH) και η διεγερτική του θυρεοειδούς ορμόνη (TSH) παίζουν κάποιο ρόλο. Το νευροενδοκρινικό σύστημα υποθάλαμος – υπόφυση – επινεφρίδια (hypothalamic-pituitary-adrenal, HPA) μπορεί να παρουσιάσει δυσλειτουργία σε άτομα με κατάθλιψη (Guerry & Hastings, 2011). Η υπερέκκριση κορτιζόλης (ορμόνης η οποία παράγεται από το φλοιό των επινεφριδίων) λόγω της υπερδραστηριότητας του παραπάνω συστήματος και της κακής ρύθμισης της παραγωγής της ACTH που παρατηρείται σε ορισμένους καταθλιπτικούς ασθενείς αποτελεί τη βάση για την «δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθαζόνη» (Dexamethazone Suppression Test – DST) (Handwerker, 2009; Forbes et al., 2004).

Στα φυσιολογικά άτομα η εξωγενής χορήγηση της δεξαμεθαζόνης, η οποία είναι μία συνθετική στεροειδής ουσία, αυτόματα καταστέλλει την παραγωγή κορτιζόλης, της ενδογενούς δηλαδή στεροειδούς ουσίας που παράγεται από το φλοιό των επινεφριδίων. Η καταστολή αυτή προκαλείται με τη χορήγηση μικρής δόσης δεξαμεθαζόνης και διαρκεί 24 ώρες. Αντίθετα στα καταθλιπτικά άτομα δεν καταστέλλεται η ενδογενής παραγωγή κορτιζόλης από τον επινεφριδιακό φλοιό ακόμα και όταν τους χορηγηθεί δεξαμεθαζόνη (Hori et al., 2010).

Η λειτουργία του άξονα HPA σχετίζεται ισχυρά με τη μείζονα κατάθλιψη σε ενήλικες, και σε μικρότερο βαθμό σε εφήβους (Adam et al., 2008). Η δοκιμασία DST θεωρήθηκε αρχικά ως ένας αξιόπιστος βιοχημικός δείκτης των καταθλιπτικών ατόμων που θα απαντήσουν –δηλαδή θα έχουν ευνοϊκή ανταπόκριση– στη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Ωστόσο, μεταγενέστερες έρευνες έδειξαν ότι η αδυναμία καταστολής της κορτιζόλης στη δοκιμασία αυτή παρατηρείται και σε μερικές περιπτώσεις μανίας, οξείας ψύχωσης, χρόνιας σχιζοφρένειας, εγκεφαλικού επεισοδίου και άνοιας. Κατά συνέπεια, η δοκιμασία δεν μπορεί εξειδικευμένα να εξακριβώσει τα άτομα που έχουν ενδογενή κατάθλιψη. Αν και η δοκιμασία

καταστολής με δεξαμεθαζόνη (DST) δεν μπορεί να θεωρηθεί αμιγές διαγνωστικό εργαλείο για την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, πρέπει να αποτελεί μια μέτρηση που λαμβάνεται υπόψη κατά τη διάρκεια της διάγνωσης (Handwerger, 2009).

Η έκκριση αυξητικής ορμόνης φαίνεται κατά ορισμένους ερευνητές, να παρουσιάζει ανωμαλίες στους καταθλιπτικούς εφήβους. Πολλοί καταθλιπτικοί έφηβοι παρουσίασαν μειωμένη τιμή της αυξητικής ορμόνης ακόμη και μετά από «φαρμακευτικές δοκιμασίες» (όπως η χορήγηση ινσουλίνης) (Χατζηδήμου, 1997). Σε άλλες έρευνες δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ ομάδας υψηλού κινδύνου (εφήβων με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο) και χαμηλού κινδύνου (υγιείς έφηβοι) (Birmaher et al., 2000). Περαιτέρω, σχετικές έρευνες έδειξαν μειωμένα επίπεδα θυροξίνης λόγω υπερδραστηριότητας του άξονα HPA και κακής ρύθμισης της παραγωγής της διεγερτικής του θυροειδούς ορμόνης (TSH) σε καταθλιπτικούς ασθενείς (Lopez-Duran et al., 2009).

Η ύπαρξη νευροενδοκρινικών και νευροχημικών διαταραχών σε εφήβους δεν αποδεικνύει ότι η αιτιολογία της κατάθλιψης είναι αποκλειστικά γενετική. Η εμπειρία έντονων και επαναλαμβανόμενων αγχογόνων καταστάσεων προκαλεί εξάντληση των νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου που μπορεί να αλλοιώσει με τρόπο μη αναστρέψιμο το μεταβολισμό του εγκεφάλου και να του προξενήσει μόνιμη ευπάθεια αντίστοιχη με τη γενετική.

4. Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ύπνου

Η ύπαρξη χαρακτηριστικών ανωμαλιών στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ύπνου σε καταθλιπτικούς ενήλικες έχει επιβεβαιωθεί από πολλούς ερευνητές. Η ανάπτυξη της πολυγραμμικής μελέτης του ύπνου έδωσε ακριβή εικόνα της ποσότητας και της εσωτερικής αρχιτεκτονικής του ύπνου τόσο σε υγιή όσο και σε καταθλιπτικά άτομα. Σε σχετικές έρευνες σε εφηβικό πληθυσμό βρέθηκε ότι το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ύπνου των καταθλιπτικών εφήβων έδειξε μειωμένη διάρκεια ανάμεσα στην έναρξη του ύπνου και στην πρώτη ονειρική φάση, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (Rao & Poland, 2008). Σε έρευνα του Rao και των συνεργατών του (2009), έγινε σύγκριση εφήβων με υψηλότερο κίνδυνο για ανάπτυξη κατάθλιψης (με καταθλιπτικούς γονείς) και εφήβων υγιών (χωρίς κανένα ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης ή άλλης ψυχιατρικής διαταραχής). Σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες οι έφηβοι υψηλού κινδύνου είχαν μικρότερη καθυστέρηση στην ταχεία

εκκίνηση των ματιών (REM) αυξημένη φάση ύπνου REM (REM: ταχείες οφθαλμικές κινήσεις), περισσότερο ύπνο REM και αυξημένη απελευθέρωση κορτιζόλης κατά την έναρξη του ύπνου. Αυτές οι διαφορές των δύο ομάδων συνδέθηκαν με την ανάπτυξη κατάθλιψης. Τα ευρήματα των διαταραχών του ύπνου REM και της αυξημένης δραστηριότητας του άξονα HPA δείχνουν τον κίνδυνο που διατρέχουν οι έφηβοι (ομάδα υψηλού κινδύνου) και χρησιμεύουν ως δείκτες ευπάθειας για την ανάπτυξη της κατάθλιψης.

5. Χρονοβιολογικοί παράγοντες

Σύμφωνα με τη χρονοβιολογική υπόθεση, τα καταθλιπτικά συμπτώματα της υποτροπιάζουσας χειμερινής κατάθλιψης (εποχιακή κατανομή των συναισθηματικών διαταραχών) οφείλονται σε αλλαγές των βιολογικών ρυθμών, οι οποίες προκαλούνται από την εποχιακή κατανομή του φωτός (Cook et al., 2009; Sullivan & Payne, 2007). Οι ασθενείς με χειμερινή κατάθλιψη παρουσιάζουν αποσυγχρονισμό στον ρυθμό έκκρισης μελατονίνης στο χαμηλό χειμωνιάτικο φως και ύφεση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μετά από θεραπευτική έκθεση σε λαμπρό φως (Lam et al., 2001). Ωστόσο, η σχέση μεταξύ χρονοβιολογικών παραγόντων και εφηβικής κατάθλιψης δεν έχει ξεκαθαριστεί πλήρως (Niederhofer & Von Klitzing, 2011).

3.7.2. Ψυχαναλυτικές Θεωρίες

Οι ψυχαναλυτικές υποθέσεις για την αιτιολογία της κατάθλιψης προέρχονται κυρίως, από τη ψυχαναλυτική ή ψυχοδυναμική προσέγγιση. Οι υποθέσεις αυτές διατυπώθηκαν από πολύ νωρίς από διάφορους θεωρητικούς της ψυχανάλυσης και συγκλίνουν στην «απώλεια του αντικειμένου αγάπης» (πραγματική ή συμβολική) (Livaditis et al., 2002).

Ο Sigmund Freud υποστήριξε ότι μετά την απώλεια του αγαπημένου αντικειμένου το άτομο ταυτίζεται με αυτό για να μην το εγκαταλείψει. Με το μηχανισμό αυτό στρέφει εναντίον του εαυτού του, την επιθετικότητα που αισθανόταν για το αντικείμενο αγάπης.

Ο Karl Abraham έδωσε έμφαση στην επιθετικότητα και την αμφιθυμία του καταθλιπτικού ατόμου. Η αμφιθυμία, δηλαδή η συνύπαρξη αρνητικών και θετικών συναισθημάτων προς το απωλεσθέν αντικείμενο παίζει κεντρικό ρόλο στην κατάθλιψη. Τα αρνητικά συναισθήματα μετατρέπονται σε θυμό, ενώ τα θετικά δίνουν τη θέση τους στο αίσθημα ενοχής. Εξαιτίας της

ενοχής και της ταύτισης του ατόμου με το απωλεσθέν αντικείμενο, ο θυμός εσωτερικοποιείται και προκαλεί αυτοϋποτίμηση, απελπισία και κατάθλιψη.

Οι Sandler και Joffe (1965) υποστήριξαν ότι η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα της απώλειας του αισθήματος ασφάλειας και ευεξίας του ατόμου και ότι η απώλεια του αντικειμένου αγάπης είναι σημαντική μόνο στο βαθμό που δίνει αυτό το αίσθημα.

Για τον Bibring (1965) η κατάθλιψη είναι το αποτέλεσμα της ανικανότητας του ατόμου να προσεγγίσει το ιδεώδες του εγώ του. Το καταθλιπτικό άτομο θεωρεί ότι δεν είναι ισχυρό, άξιο, ασφαλές, υποστηρικτικό, καλό. Έτσι, η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα της αντίληψης του ατόμου για την ποιότητα του εγώ του και όχι της εσωτερικευμένης αμφιθυμίας και ενοχής.

Η Jacobson (1971) θεώρησε την χαμηλή αυτοεκτίμηση ως την πρωταρχική αιτία της κατάθλιψης.

Ο Bowlby (1981) συνέδεσε αιτιολογικά την κατάθλιψη με τη διαταραχή της ανάπτυξης του φυσιολογικού δεσμού προσκόλλησης με τη μητέρα. Η ανάπτυξη ισχυρού συναισθηματικού δεσμού με το άτομο που παίζει το μητρικό ρόλο είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ομαλή εξέλιξη της προσωπικότητας του ατόμου, καθώς αποτελεί τη βάση για όλες τις μεταγενέστερες σχέσεις που θα αναπτύξει. Εάν ο δεσμός προσκόλλησης διαταραχθεί, είναι πιθανή η εμφάνιση κατάθλιψης (Χατζηδήμου, 1997).

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση σήμερα, δεν απέχει από εκείνη των πρώτων θεωρητικών της ψυχανάλυσης. Θεωρεί ότι η αποτυχία των φυσιολογικών διεργασιών της εφηβείας οδηγεί στην κατάθλιψη. Ο συμβολικός αποχωρισμός και η διακοπή των δεσμών με τους γονείς παραπέμπει στην απώλεια του αντικειμένου. Το αντικείμενο που κινδυνεύει να χαθεί, εσωτερικεύεται και ενδοβάλλεται. Υπάρχει ένας φόβος μεταλλαγής του αντικειμένου αγάπης και απειλή που συνδέεται με την ερωτική επένδυση νέων αντικειμένων. Η σύγκρουση που προέρχεται από την απόσταση ανάμεσα στο αντικείμενο που πρόκειται να χαθεί και στο νέο αντικείμενο που πρόκειται να επενδυθεί, καθλώνει τον έφηβο σε μία θέση ανικανότητας και βαθιάς απελπισίας (Γαλανάκη & Ναυρίδη, 2006; Γαλανάκη, 2003; Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

3.7.3. Γνωσιακές – Συμπεριφορικές Θεωρίες

Σύμφωνα με τις γνωσιακές προσεγγίσεις (Hankin, 2008) η κατάθλιψη οφείλεται σε μία αλλαγή του τρόπου σκέψης του ατόμου, η οποία έχει ένα δυσλειτουργικό χαρακτήρα. Οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις θεωρούν την κατάθλιψη ως αποτέλεσμα μειωμένης και ανεπαρκούς ενίσχυσης. Τα κυριότερα θεωρητικά μοντέλα, τα οποία έχουν προκύψει από τις θεωρίες αυτές είναι:

Γνωσιακές Στρεβλώσεις

Ο Beck (1976) περιέγραψε την τριάδα των αρνητικών γνωσιακών αντιλήψεων, η οποία περιλαμβάνει α) μία αρνητική εικόνα του ατόμου για τον εαυτό του, β) μία αρνητική ερμηνεία για τις εμπειρίες της καθημερινής ζωής του, και γ) μία αρνητική προσδοκία για το μέλλον. Η γνωσιακή αυτή τριάδα αποτελεί χαρακτηριστικό των καταθλιπτικών ατόμων και έχει ως συνέπεια να αισθάνονται αβοήθητα και απελπισμένα, αντιστρέφοντας την ψυχιατρική αντίληψη κατά την οποία η διαταραχή σκέψης που παρατηρείται στον καταθλιπτικό ασθενή, οφείλεται σε μια διαταραχή του θυμικού, δηλαδή των συναισθημάτων του ατόμου (Χαρτοκόλλης και συν., 2003).

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή οι αρνητικές γνωσιακές αντιλήψεις δημιουργούνται κατά την παιδική ηλικία, όταν το παιδί δεν είναι επαρκώς προετοιμασμένο για να αντέξει την αποτυχία ή όταν η σημασία της υπερτιμάται. Οι καταθλιπτικοί έφηβοι έχουν χειρότερη εικόνα για τον εαυτό τους σε σχέση με τους μη καταθλιπτικούς, έχουν αρνητικές προσδοκίες για το μέλλον, αρνητική άποψη για τον κόσμο, επομένως οι αρνητικές γνωσιακές αντιλήψεις φαίνεται ότι παρατηρούνται στους καταθλιπτικούς εφήβους, δεν είναι όμως σαφές αν αποτελούν αιτία της κατάθλιψης ή συνέπιά της (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Μελέτες που σχετίζονται με τους παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία γνωστικών διαστρεβλώσεων κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, υποστηρίζουν ότι μπορεί να παίζουν ρόλο παράγοντες όπως: μίμηση προτύπων από σημαντικούς άλλους, τελειοθηρία, επικριτική στάση, απογοήτευση και εμπειρίες με ανεξέλεγκτα στρεσογόνα γεγονότα ζωής. Επίσης μακροπρόθεσμες έρευνες έχουν δείξει ότι μετά από απώλεια αγαπημένων προσώπων, τα καταθλιπτικά παιδιά έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, η οποία μπορεί να οδηγήσει στην έναρξη επεισοδίου κατάθλιψης (Παπάνης και συν., 2007; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2004; Μακρή-Μπότσαρη, 2001; Καμπάκος, 1999; Καραγιάννη, 1999).

Επίκτητη «αίσθηση αβοήθητου» (Learned helplessness)

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με γεγονότα τα οποία υπερβαίνουν τις δυνατότητές του να τα ελέγξει, οδηγείται στην πεποίθηση ότι δεν θα μπορεί να ελέγξει ούτε τα μελλοντικά γεγονότα και αισθάνεται συναισθηματικά «αβοήθητο». Επίσης μαθαίνει ότι η συμπεριφορά του δεν σχετίζεται με την έκβαση των πράξεών του. Η «αίσθηση αβοήθητου» έχει διαπιστωθεί σε εφήβους με κατάθλιψη, όπου θεωρούν ότι έχουν μικρή ικανότητα επίδρασης στο περιβάλλον τους και μικρή ικανότητα να αντιμετωπίσουν αγχογόνα γεγονότα (Purandare, 2010).

«Αυτορρύθμιση»

Αυτή, σύμφωνα με τον Kanfer (1971), περιλαμβάνει τρία στάδια. Το πρώτο στάδιο, της αυτοπαρατήρησης είναι αυτό κατά το οποίο, το άτομο παρακολουθεί τη συμπεριφορά του και συγκεντρώνει πληροφορίες για αυτήν. Στο δεύτερο στάδιο, της αυτοαξιολόγησης, αξιολογεί την συμπεριφορά του και στο τρίτο στάδιο, της αυτοενίσχυσης, αντιδρά συναισθηματικά και γνωστικά στο αποτέλεσμα της αυτοαξιολόγησης. Ο Rehm (1977) βασιζόμενος στο θεωρητικό μοντέλο της αυτορρύθμισης για την ερμηνεία της κατάθλιψης, διατύπωσε την υπόθεση ότι τα καταθλιπτικά άτομα παρουσιάζουν δυσλειτουργία και στα τρία στάδια της αυτορρύθμισης της συμπεριφοράς. Στο στάδιο της αυτοπαρατήρησης, τα καταθλιπτικά άτομα τείνουν να εστιάζουν την προσοχή τους επιλεκτικά στα αρνητικά γεγονότα και στις άμεσες συνέπειες της συμπεριφοράς τους. Συγχρόνως τείνουν να αγνοούν τα θετικά γεγονότα και τις μακροπρόθεσμες συνέπειες της συμπεριφοράς τους. Στο στάδιο της αυτοαξιολόγησης, τα καταθλιπτικά άτομα χρησιμοποιούν αυστηρά κριτήρια θετικής αυτοαξιολόγησης και ελαστικά κριτήρια αρνητικής αυτοαξιολόγησης. Στο τρίτο στάδιο παρατηρείται χαμηλή αυτοενίσχυση και υψηλή τάση αυτοτιμωρίας. Το μοντέλο της αυτορρύθμισης υποστηρίζεται από ερευνητικά ευρήματα σε καταθλιπτικούς εφήβους (Klenk & Strauman 2011; Forgas et al., 2009).

Ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό η κατάθλιψη συνδέεται με ελλειμματική ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων. Οι Lewinsohn και Hoberman (1982) διατύπωσαν την υπόθεση ότι η κατάθλιψη προκαλείται και συντηρείται από μία μείωση της θετικής κοινωνικής ενίσχυσης, την οποία εισπράττει το άτομο ως αποτέλεσμα της ανεπάρκειας των κοινωνικών του

δεξιότητων. Τα ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες, που παρουσιάζουν τα καταθλιπτικά άτομα έχουν ερευνηθεί και επιβεβαιωθεί.

Οι έρευνες σε καταθλιπτικούς εφήβους υποστηρίζουν την ανεπάρκεια των κοινωνικών δεξιότητων. Αυτές στους έφηβους εκφράζονται κυρίως ως διαταραχή των σχέσεών τους με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον τους. Είναι δύσκολο όμως να αποσαφηνιστεί εάν οι ελλειμματικές κοινωνικές δεξιότητες προκαλούν την κατάθλιψη ή αποτελούν συνέπεια της (Μακρή-Μπότσαρη, 2008).

Καταγεγραμμένες καθημερινές εμπειρίες από εφήβους με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο δείχνουν ότι αυτοί δυσκολεύονται στη δημιουργία στενών σχέσεων, περνούν λιγότερο χρόνο με φίλους, ενώ αναφέρουν ότι νιώθουν αποξενωμένοι από το γύρω περιβάλλον τους, ότι επιθυμούν να μένουν μόνοι στο σπίτι τους αρκετά συχνά. Εξαιτίας της χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτόυποτίμησης, οι καταθλιπτικοί έφηβοι είναι πιο διστακτικοί και παθητικοί στις αλληλεπιδράσεις τους με τους άλλους ανθρώπους. Επιπλέον οι άλλοι δεν επιθυμούν να κάνουν παρέα μαζί τους εξαιτίας των ελλιπών κοινωνικών δεξιότητων τους. Η απόρριψη των καταθλιπτικών εφήβων από το περιβάλλον τους αυξάνει το δυσφορικό τους συναίσθημα (APA, 2000).

3.7.4. Ψυχοκοινωνικές Θεωρίες

Οι αγχογόνες και οι τραυματικές εμπειρίες της ζωής έχουν θεωρηθεί αιτιολογικοί παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στην εκδήλωση της κατάθλιψης (Johnson et al., 2012). Σε πρόσφατη μελέτη του Meng και των συνεργατών του (2011), εξετάστηκε η σχέση στρεσογόνων γεγονότων και συμπτωμάτων κατάθλιψης και βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ τους. Η πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών σε καταθλιπτικούς ενήλικες υποστηρίζει ότι τα αρνητικά γεγονότα ζωής κυρίως ενισχύουν ή διατηρούν την κατάθλιψη παρά την προκαλούν.

Η σχέση εφηβικής κατάθλιψης και τραυματικών γεγονότων ζωής έχει επίσης μελετηθεί (Tracy, 2012). Για τους εφήβους έχουν αναφερθεί ως πιο σημαντικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής αυτά που σχετίζονται με την εκπαίδευση (σχολική αποτυχία), τις φιλικές και τις ρομαντικές σχέσεις ή γεγονότα που έχουν σχέσεις με τους γονείς τους, κυρίως σε θέματα

εργασίας και υγείας. Επίσης σχετίζονται με τη σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, φυσικές καταστροφές, θάνατο, διαζύγιο γονέων κ.α. Τα παραπάνω γεγονότα μόνα τους ή σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες κινδύνου (όπως έλλειψη υποστήριξης) συνδέονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001; Silberg et al., 2001). Αυτές οι καταστάσεις έχουν συχνά καταγραφεί κατά τους τελευταίους δώδεκα μήνες πριν την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου σε σχέση με ομάδες ελέγχου.

Εδώ, θα πρέπει να αναφερθεί ιδιαίτερος και η σωματική ασθένεια ως «ειδοποιός» παράγοντας επικινδυνότητας του συνδρόμου της κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία, αφού στις περισσότερες μελέτες έχει δοθεί σχετικά ελάχιστη προσοχή, επειδή οι έφηβοι θεωρούνται ως μία ηλικιακή ομάδα με καλή σωματική υγεία. Ωστόσο κάποιες μελέτες έδειξαν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και σωματικής ασθένειας. Το άγχος και το stress που προκαλεί η σωματική ασθένεια ίσως οδηγεί σε εφηβική κατάθλιψη (Dumont & Olson, 2012).

Η θυματοποίηση και ο εκφοβισμός είναι δυνητικοί παράγοντες κινδύνου για την εφηβική κατάθλιψη και αυτοκτονικότητα. Ο εκφοβισμός πρέπει να θεωρηθεί ως δείκτης του κινδύνου των διαφόρων ψυχικών διαταραχών στην εφηβεία. Η συχνή έκθεση στη θυματοποίηση ή στον εκφοβισμό σχετίζεται με υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης κατάθλιψης, ιδεασμού και αποπειρών αυτοκτονίας σε σύγκριση με τους εφήβους που δεν συμμετέχουν στην εκφοβιστική συμπεριφορά. Επίσης και τα θύματα αλλά και οι θύτες του εκφοβισμού βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο (Klomek et al., 2007; Kaltiala-Heino et al., 1999).

3.8. Διαταραχές που συνυπάρχουν με την κατάθλιψη στην Εφηβεία – Συννοσηρότητα

Με τη χρήση συγκεκριμένων διαγνωστικών κριτηρίων για την ανίχνευση της κατάθλιψης στους εφήβους διαπιστώθηκε ότι οι εκδηλώσεις κατάθλιψης συχνά συνυπάρχουν με άλλες προβληματικές συμπεριφορές και συναισθηματικές διαταραχές. Η αιτιώδης σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και τις άλλες διαταραχές δεν έχει αποσαφηνιστεί. Ωστόσο είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη η πιθανότητα συνύπαρξης της κατάθλιψης με άλλα προβλήματα συμπεριφοράς, διότι ο παράγοντας της συννοσηρότητας περιπλέκει την εκτίμηση και τη θεραπεία της κατάθλιψης στους εφήβους αρκετά συχνά.

Όσον αφορά στη χρονική σειρά του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου στην εφηβεία και των άλλων ψυχικών διαταραχών, η κατάθλιψη μάλλον πιο συχνά ακολουθεί παρά προηγείται. Ίσως η χρονική αυτή σειρά υποδηλώνει τον τρόπο που ο έφηβος ανταποκρίνεται σε μείζονα γεγονότα ζωής. Η πρώτη του αντίδραση χαρακτηρίζεται από άγχος και δυσφορία, ενώ η απελπισία και η κατάθλιψη ακολουθεί (Silberg et al., 2001). Μία από τις πιθανές αιτίες του φαινομένου της συννοσηρότητας ίσως είναι ότι συνιστά ένα ξεχωριστό εννοιολογικός προσδιορισμένο κλινικό σύνδρομο. Κάποιες πρώτες ενδείξεις από ερευνητικά δεδομένα παρέχουν ένα ευδιάκριτο σύνδρομο συννοσηρότητας κατάθλιψης και διαταραχών διαγωγής. Οι έφηβοι και με τα δύο αυτά σύνδρομα διαφέρουν από τους «αμιγώς» καταθλιπτικούς εφήβους όσον αφορά στην πρόγνωση και το οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό. Πιο συγκεκριμένα, είναι πιο πιθανό να αναφέρουν συμπτώματα αντικοινωνικού τύπου προσωπικότητας και λιγότερο πιθανό να παρουσιάσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, στην ενήλικη ζωή από ό,τι οι «αμιγώς» καταθλιπτικοί έφηβοι. Επιπλέον αυτοί αναφέρουν λιγότερο συχνά οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό κατάθλιψης και αλκοολισμού από ό,τι οι «αμιγώς» καταθλιπτικοί έφηβοι.

Με βάση τα παραπάνω, στο πλαίσιο της διάγνωσης του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου με τα εγχειρίδια ταξινόμησης επιχειρείται και ο εντοπισμός άλλων συνοδών διαταραχών. Οι πιο συχνές διαγνώσεις συννοσηρότητας είναι η διάσπαση προσοχής, η σχολική άρνηση, η υπερκινητικότητα, η κακοποίηση, η ψυχογενής ανορεξία, οι διαταραχές άγχους και διαγωγής (Wagner, 2002).

Προβλήματα σκέψης

Είναι δύσκολο να διακρίνει κανείς εάν ορισμένες συμπεριφορές και απόψεις οφείλονται σε μεταβολές στη σκέψη ή αποτελούν χαρακτηριστικά του αναπτυξιακού σταδίου του εφήβου. Επιπροσθέτως, έχει υποστηριχθεί ότι η εφηβεία είναι μια πολύπλοκη αναπτυξιακή περίοδος, τόσο ώστε η προσπάθεια αντιμετώπισης των τυπικών αναπτυξιακών δυσκολιών της μπορεί να είναι καθοριστική για εκδήλωση συμπτωμάτων σχετικών με ψυχωτικές διαταραχές (Montes & Álvarez, 2003).

Σε έρευνα των Dhossche και συνεργατών (2002), βρέθηκε ότι 6% των εφήβων εκδηλώνουν προβλήματα σκέψης. Στην Ελλάδα, στην έρευνα των Sarra και συνεργατών (2008) σε

εφήβους, οι οποίοι επισκέφθηκαν το Κέντρο Πρόληψης και Υγείας Εφήβων, το 1.6% ανέφερε προβλήματα σκέψης.

Προβλήματα προσοχής

Η διερεύνηση των προβλημάτων προσοχής στη βιβλιογραφία είναι συνυφασμένη με την κατά DSM Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) (ADHD). Τα κύρια χαρακτηριστικά της διαταραχής αυτής είναι η απροσεξία, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα, τα οποία υπάρχουν σε υπερβολικό βαθμό αναλογικά με το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου και μειώνουν την λειτουργικότητά του (Wilkinson & Goodyer, 2006; Αναγνωστόπουλος, 2001).

Η ΔΕΠ-Υ είναι μία από τις πιο συχνές και περισσότερο μελετημένες διαταραχές στην εφηβική ηλικία, που όμως συνεχίζει να υπάρχει από την παιδική ηλικία και συνεχίζεται σε μεγάλο ποσοστό και στην ενήλικη ζωή (Harrison et al, 2011; Barkley, 2006). Από την εφηβεία και μετά, τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι διαφορετικά. Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, η υπερκινητικότητα μειώνεται και παίρνει τη μορφή μιας πιο εσωτερικής ανησυχίας, που εκδηλώνεται με μικρές αλλά συχνές κινήσεις. Η απροσεξία μπορεί να μένει σταθερή ή να μειώνεται ελαφρώς και υπάρχει σχετικά καλύτερος έλεγχος των παρορμήσεων (Langberg et al, 2008; Spencer, 2002; Biederman et al, 2000).

Η διάγνωση των προβλημάτων προσοχής στην εφηβεία είναι δύσκολη λόγω της διαφορετικότητας των συμπτωμάτων, της ίδιας της φύσης της εφηβείας, η οποία περιλαμβάνει και χαρακτηριστικά που μοιάζουν με αυτά της ΔΕΠ-Υ, της δυσκολίας συγκέντρωσης πληροφοριών από εκπαιδευτικούς, της απροθυμίας συνεργασίας των εφήβων, των διαφορετικών αποτελεσμάτων που προκύπτουν μεταξύ των αυτοαναφορών των εφήβων και των αναφορών των γονέων και των πολλαπλών συνοδών συμπτωμάτων και διαταραχών (Harrison et al, 2011).

Σε μελέτη που έγινε σε μαθητικό πληθυσμό στην Ελλάδα διαπιστώθηκε ότι το 10% των μαθητών εκδηλώνουν τη διαταραχή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002). Αντίθετα σε νεότερη μελέτη των Sarra και συνεργατών (2008) σε δείγμα εφήβων επίσης στην Ελλάδα, σχεδόν οι

μισοί σε σχέση με την προηγούμενη μελέτη συμμετέχοντες έφηβοι (το 5.7%) παρουσίαζαν κλινικά συμπτώματα στο σύνδρομο προβλήματα προσοχής.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί μελέτη που σχετίζει την ελλειμματική προσοχή-υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) με τη χρήση παράνομων ουσιών, αλκοόλ, καπνίσματος και μάλιστα πιθανόν ανεξάρτητα από το άγχος και την κατάθλιψη. Τα ευρήματα της παραπάνω έρευνας υπογραμμίζουν την ευάλωτη θέση των εφήβων με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ στο κάπνισμα, το αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, ενδεχομένως ως μέσο αυτοθεραπείας (Gudjonsson et al., 2012).

Άγχος

Το άγχος είναι ένα δυσφορικό συναίσθημα, το οποίο δημιουργείται ως αντίδραση του οργανισμού σε κάποιον επικείμενο κίνδυνο ή δύσκολη κατάσταση. Υπό αυτή την έννοια είναι λειτουργικό και προσαρμοστικό, καθώς θέτει το άτομο σε κατάσταση ετοιμότητας για να αντιδράσει στο ερέθισμα. Όταν, όμως, το άγχος εμφανίζεται σε υπερβολικό βαθμό, είναι επίμονο και δυσανάλογο του ερεθίσματος και προκαλεί έκπτωση της λειτουργικότητας, τότε πρόκειται για κάποιο σύνδρομο ή διαταραχή (Beesdo et al, 2009; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2003).

Οι δυσκολίες που σχετίζονται με το άγχος αποτελούν μια ευρεία κατηγορία και απαρτίζονται από συμπτώματα ή διαταραχές που μπορεί να διαφέρουν αρκετά μεταξύ τους. Έχουν, ωστόσο, και κοινά χαρακτηριστικά, καθώς περιλαμβάνουν τρεις ομάδες συμπτωμάτων: υποκειμενικά συναίσθημα (δυσφορία, ενόχληση, φόβο, αγωνία, υπερένταση), σωματικές αντιδράσεις (εφίδρωση, ταχυπαλμία, τρέμουλο, ζαλάδα, πόνος στο στήθος) και υπερβολικές συμπεριφορές (αποφυγή, απόσυρση). Χαρακτηριστικά, λοιπόν, αυτών των συνδρόμων ή διαταραχών είναι η υπερβολική ανησυχία, οι εμμονές, ο φόβος και το άγχος για συγκεκριμένα αντικείμενα ή καταστάσεις, οι αρνητικές ή μη ρεαλιστικές σκέψεις, ο πανικός, η κακή ερμηνεία των δεδομένων και η υπερευαισθησία σε συγκεκριμένα στοιχεία (Black & Pössel, 2012; Merrell, 2008; Jeffery, 2006).

Σύμφωνα με μελέτες, οι αγχώδεις διαταραχές είναι από τις πιο συνηθισμένες, σε εφήβους, έχοντας, μάλιστα, και την πιο μικρή ηλικία έναρξης (Beesdo et al, 2009; Kessler et al, 2005).

Ωστόσο, επειδή πρόκειται για μια ευρεία κατηγορία με διαφορετικές εκδηλώσεις των συμπτωμάτων, είναι δύσκολο να υπολογιστεί με ακρίβεια το ποσοστό εμφάνισης (Bansal & Barman, 2011). Όπως αναφέρουν ο Knopf και οι συνεργάτες του (2008), το 17.2% των εφήβων έως 17 ετών που αναζητούν θεραπεία, είναι λόγω έντονης ανησυχίας ή φόβου.

Πρόσφατες μελέτες αναφέρουν τα ποσοστά εμφάνισης οποιασδήποτε διαταραχής άγχους σε παιδιά και εφήβους ότι κυμαίνονταν σε ποσοστό 15-20% (Beesdo et al, 2009). Σε δείγμα Ελλήνων εφήβων ηλικίας 16-18 ετών (N=2.431), τα ποσοστά των εφήβων που παρουσίαζαν κλινικά συμπτώματα ήταν 19.72% για την ευερεθιστότητα, 16.70% για την ανησυχία, 9.81% για το ελεύθερο άγχος, 6.13% για τις εμμονές, 4.56% για τους καταναγκασμούς, 3.72% για τον πανικό και 3.10% για τις φοβίες (Skaripnakis et al, 2011). Τέλος, για το σύνδρομο άγχος-κατάθλιψη της κλίμακας Youth Self Report (Achenbach & Rescorla, 2003), το ποσοστό εμφάνισης σε 538 εφήβους στην Ελλάδα ήταν 9.7% (Sarra et al, 2008).

Σε αντίθεση με μελέτες που υποστηρίζουν την ετερογένεια κατάθλιψης και άγχους, (Unick, 2010), ένας αυξανόμενος αριθμός ερευνών θέτει σε αμφισβήτηση τη διαφορετικότητά τους και δείχνει από τη μία ότι οι δύο αυτές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις αποτελούν διαταραχές με υψηλή μεταξύ τους συνέπεια και από την άλλη ότι πολλοί από τους γνωστικούς μηχανισμούς που τις χαρακτηρίζουν είναι έντονα όμοιοι (Kessler et al., 2005).

Και οι δύο αυτές διαταραχές γίνονται αντιληπτές όπως ορίζονται, περιγράφονται και ταξινομούνται από το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, DSM-IV (APA, 1994).

Η συμπτωματολογία τόσο του άγχους όσο και της κατάθλιψης παρουσιάζει σημαντική αλληλοεπικάλυψη, και άτομα που έχουν τη μία από τις δύο διαγνώσεις συχνά ικανοποιούν και τα διαγνωστικά κριτήρια της άλλης, είτε ταυτόχρονα είτε σε διαφορετικές περιόδους της ζωής τους. Ενδεικτικά εάν συγκρίνουμε τα διαγνωστικά κριτήρια του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου και της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, σύμφωνα με το DSM-IV θα δούμε ότι τα πέντε είναι κοινά και αποτελούν διαγνωστικά κριτήρια και για τις δύο διαταραχές (ευερέθιστη διάθεση, διαταραχή του ύπνου, ψυχοκινητική διέγερση, κόπωση/απώλεια ενέργειας, ελαττωμένη ικανότητα συγκέντρωσης). Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι τα

άτομα που ανήκουν και στις δύο αυτές διαγνωστικές ομάδες τείνουν να αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, παρουσιάζουν παρόμοιες ενδοκρινείς ενδείξεις και έχουν οικογενειακά ιστορικά τόσο καταθλιπτικής όσο και αγχώδους διαταραχής (McLaughlin & Hatzenbuehler., 2009; Κλεφτάρας, 2000).

Κοινωνική απόσυρση

Η κοινωνική απόσυρση αναφέρεται στις περιπτώσεις των ατόμων που απομονώνουν τον εαυτό τους από την ομάδα των συνομηλίκων, σταθερά μέσα στο χρόνο και στις ποικίλες καταστάσεις, εκδηλώνοντας μοναχική συμπεριφορά ακόμα και παρουσία των άλλων. Αυτό μπορεί να συμβαίνει είτε γιατί δε θέλουν την παρέα των άλλων, είτε γιατί τη θέλουν αλλά ανησυχούν ότι δε μπορούν να ξεκινήσουν και να ανταπεξέλθουν σωστά σε μια κοινωνική αλληλεπίδραση (Rubin & Coplan, 2004). Συνεπώς, η κοινωνική απόσυρση μπορεί να περιλαμβάνει έλλειψη ενδιαφέροντος για κοινωνική αλληλεπίδραση, ανεπαρκείς κοινωνικές δεξιότητες, μη ρεαλιστική αρνητική εκτίμηση εκ μέρους του ατόμου για τις κοινωνικές του ικανότητες ή/και υπερβολικό φόβο (Merrell, 2008; Γαλανάκη, 2004; Rubin et al., 2002).

Το σύνδρομο αυτό δεν έχει μελετηθεί επαρκώς στην εφηβεία (Rubin et al, 2010; Kim et al, 2008; Oh et al, 2008). Σε έρευνα που διεξήχθη στον Ελληνικό πληθυσμό με δείγμα εφήβων, το 6.5% ανέφερε κλινικά συμπτώματα κοινωνικής απόσυρσης (Sarra et al, 2008).

Κοινωνικά Προβλήματα

Ποτά: Η συχνή και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ στις νεαρές ηλικίες σχετίζεται με την εμφάνιση κατάθλιψης, μαθησιακών δυσκολιών, αγχώδους συμπεριφοράς, αντικοινωνικής και βίαιης προσωπικότητας και μπορούν υπό την επήρειά του να εκτελέσουν αξιόποινες πράξεις. Ακόμα και με την περιστασιακή χρήση, λόγω της επήρειας στο κεντρικό νευρικό σύστημα δημιουργούν ποικίλα προβλήματα στο σχολείο, στην τοπική κοινωνία και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις με τους γονείς και τους συνομηλίκους τους (Θανασά & Παλληκαρώνα, 2005).

Οι Περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν μεγαλύτερη επίδραση (στη δραστηριότητα κατανάλωσης) σε άτομα που έχουν γενετική προδιάθεση, έτσι ώστε η έκθεση σε αρνητικές περιβαλλοντικές συνθήκες (μικρότερη επίβλεψη από τους γονείς και μη ευνοϊκές συνθήκες ανατροφής των παιδιών) να οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα (Laucht et al., 2012).

Σε μελέτη των Van Der Vorst και συνεργατών (2006) βρέθηκε ότι η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με τους κανόνες που ισχύουν εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος. Όταν η οικογένεια έχει αυστηρούς κανόνες μειώνεται η κατανάλωση αλκοόλ.

Σε πρόσφατη μελέτη των Mares και συνεργατών (2012) υποστηρίχθηκε ότι οι περισσότερες έρευνες για τη χρήση του αλκοόλ από τους εφήβους, δεν οδηγούν σε σαφή συμπεράσματα, αφού συνήθως έχουν μικρή διάρκεια παρακολούθησης και δεν καλύπτουν την αναπτυξιακή περίοδο κατά την οποία μειώνεται ο άμεσος γονεϊκός έλεγχος, δηλαδή από την μέση ως την όψιμη εφηβεία.

Χρήση ναρκωτικών – ψυχοδραστικών ουσιών: Ο όρος «ψυχοδραστικές ουσίες» που υιοθέτησαν ο WHO (ΠΟΥ) και η APA (ΑΨΕ) περιλαμβάνει ουσίες που έχουν κοινό γνώρισμα τη διαταραχή της λειτουργίας του Νευρικού Συστήματος με αποτέλεσμα τη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Μερικές από τις ψυχοδραστικές ουσίες είναι ψευδαισθησιογόνες ουσίες (πχ LSD, χασίς), παράγωγα του οπίου (ηρωίνη κλπ), κοκαΐνη και αμφεταμίνες, αλλά και ηρεμιστικά, υπνωτικά (βαρβιτουρικά), ανορεξιογόνα, πεθιδίνη (αναλγητικά), φεντανύλη (αναισθητικό) κλπ.

Οι έφηβοι που παίρνουν διεγερτικά χάπια, όπως είναι οι αμφεταμίνες, γίνονται ευερέθιστοι, ανήσυχοι, έχουν αϋπνίες και σε ακραίες περιπτώσεις εμφανίζουν σοβαρές διανοητικές διαταραχές, με φαντασιώσεις καταδίωξης και τρομακτικές παραισθήσεις. Άλλα παραισθησιογόνα ή βαρβιτουρικά, συνδυαζόμενα με αλκοόλ, συσχετίζονται με διαταραχές συμπεριφοράς, ατυχήματα κλπ. (Λεβέντης και συν., 1999).

Εκτός από τα ειδικά συμπτώματα, υπάρχουν κοινές επιπτώσεις σοβαρότατες από τη χρήση οποιουδήποτε σχεδόν ναρκωτικού, που βέβαια αγνοούνται από τους εφήβους χρήστες. Επιπλέον η συνεχής χρήση ψυχοδραστικών εξαρτησιογόνων ουσιών πιθανόν να οδηγήσει σε ψυχολογική ή και σωματική εξάρτηση για την εν λόγω ουσία με αποτέλεσμα η διακοπή να προκαλεί σωματικά συμπτώματα στέρησης. Πιθανές επιπτώσεις είναι διάφορες οργανικές βλάβες, ψυχική ασθένεια, συναισθηματικές διαταραχές (άγχος, κατάθλιψη), υποσιτισμός και θάνατος. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνεται με κάθε μορφή εξάρτησης λόγω των συναισθηματικών διαταραχών (Cook et al., 2009).

Κατά τη χρήση ουσιών επίσης παρουσιάζονται πολλά προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις των εφήβων με τους γονείς, καθηγητές και συνομηλίκους, εμφανίζεται απόσυρση ή ένταξη σε παραβατικές ομάδες. Η κατάχρηση ουσιών από μαθητές σχεδόν πάντα συσχετίζεται με αντικοινωνική συμπεριφορά, όπως βίαιη συμπεριφορά προς τους συμμαθητές τους, παραβάσεις κανόνων, αδικαιολόγητες απουσίες ή και εγκατάλειψη του σχολείου και ποικίλες άλλες εκδηλώσεις (Smith-Khuri et al, 2004; Πετρόπουλος & Παπαστυλιανού, 2001).

Η μελέτη των Berten και συνεργατών (2012), συνέδεσε την χρήση ουσιών με το οικογενειακό υπόβαθρο και προσωπική κοινωνική θέση. Οι έφηβοι που οι γονείς τους έχουν χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είναι πιο επιρρεπείς.

Επιθετικότητα: Η επιθετικότητα μπορεί να εκδηλώνεται με διάφορες μορφές, όπως σωματική, λεκτική και κοινωνική (Karriker-Jaffe et al, 2008; Cummings & Leschied, 2001). Η σωματική περιλαμβάνει εμπλοκή σε πράξεις που προκαλούν πόνο ή τραυματισμό. Η λεκτική επιθετικότητα, αποτελεί ουσιαστικά αυτό που αποκαλούμε εκφοβισμό (Κοκκέβη και συν., 2008). Η κοινωνική (ή έμμεση) επιθετικότητα είναι η προσπάθεια κάποιου να κάνει κακό σε άλλους μέσω της πρόκλησης βλάβης ή του ελέγχου των διαπροσωπικών του σχέσεων (Karriker-Jaffe et al, 2008; Crick & Zahn-Waxler, 2003; Cummings & Leschied, 2001).

Τέλος, οι διάφορες μορφές βίας, όπως ανθρωποκτονία, βιασμός και άλλες, άλλοτε συγκαταλέγονται στις πιο ακραίες μορφές επιθετικότητας και άλλοτε αντιδιαστέλλονται από αυτήν (Μακρή-Μπότσαρη, 2008) και συμπεριλαμβάνονται στις αποκλίνουσες και παραβατικές συμπεριφορές (Kerr, 2011).

Πρόσφατες αναπτυξιακές θεωρίες για τη βία και την επιθετικότητα, τονίζουν τους βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, κυρίως στη διάρκεια της εφηβείας (Jianghong, 2011).

Αποκλίνουσα συμπεριφορά: Οι διαταραχές κατά DSM-IV που φαίνεται να σχετίζονται με το σύνδρομο αποκλίνουσας-παραβατικής συμπεριφοράς είναι η διαταραχή διαγωγής, η εναντιωματική προκλητική διαταραχή και η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας

(Γιαννοπούλου & Τσομπάνογλου, 2005; Storvoll & Wichstrøm, 2003; Vermeiren, 2003; Fergusson & Horwood, 2002).

Σε μελέτη, η οποία έλαβε χώρα στην Ελλάδα, το ποσοστό των εφήβων που εκδηλώνουν σοβαρή αντικοινωνική συμπεριφορά ήταν 4.1% (Κοκκέβη και συν., 2008). Επίσης, από το σύνολο των καταγεγραμμένων αδικημάτων για τη δεκαετία του '90 το ποσοστό των εφήβων έφτανε το 6.4% (Georgoulas, 2009). Τέλος, σύμφωνα με τα δημοσιευμένα στατιστικά στοιχεία της Υποδιεύθυνσης Προστασίας Ανηλίκων του Υπουργείου Δημοσίας Τάξης, η συμμετοχή ανηλίκων στη συνολική εγκληματικότητα της χώρας παρουσιάζει αυξητική τάση, με ποσοστό 16.7% για το 1999, το οποίο είναι μικρότερο από τα αντίστοιχα άλλων Ευρωπαϊκών χωρών (Γιαννοπούλου & Τσομπάνογλου, 2005).

Διαταραχή διαγωγής: Η διαταραχή διαγωγής είναι συχνή στην εφηβεία. Τα συμπτώματα εμφανίζονται προοδευτικά και αυξάνουν με την πάροδο του χρόνου. Οι έφηβοι με διαταραχή διαγωγής συμμορφώνονται δύσκολα με τους κανόνες που ισχύουν για την ηλικία τους, ενώ μπορεί να είναι επιθετικοί (Γαλανάκη & Βογιατζόγλου, 2007).

Πολλοί από τους εφήβους με διαταραχή διαγωγής κάνουν χρήση ουσιών (Cook et al., 2009). Συχνά η κακή συμπεριφορά του παιδιού υποκρύπτει άλλα προβλήματα, όπως κακοποίηση ή παραμέληση από τους γονείς ή τους κηδεμόνες, πολύ αυστηρή ή τιμωρητική συμπεριφορά των γονέων, οικογενειακά προβλήματα (ανεργία, χρήση ουσιών, ψυχιατρικά προβλήματα των γονέων κλπ), κατάθλιψη, μαθησιακές δυσκολίες κλπ. Πολλά από αυτά τα παιδιά έχουν πολύ χαμηλή αυτοεκτίμηση παρά τη σκληρή εικόνα που παρουσιάζουν.

Σωματικά ενοχλήματα: Τα σωματικά ενοχλήματα είναι ένα σύνδρομο το οποίο αφορά σε επαναλαμβανόμενα παράπονα για σωματική δυσφορία, πόνο ή ασθένεια, που δεν έχουν γνωστή ιατρική ή οργανική αιτία. Αυτό, βέβαια, δε σημαίνει ότι η αίσθηση της δυσφορίας ή του πόνου δεν είναι έντονη ή πραγματική για το άτομο που τη βιώνει. Τα συμπτώματα αυτά θεωρείται ότι οφείλονται σε ψυχολογικούς παράγοντες, αποτελώντας άμυνα ή τρόπο έκφρασης συναισθηματικών δυσκολιών. Τα πιο συχνά σωματικά συμπτώματα που παρουσιάζουν οι έφηβοι είναι κοιλιακοί ή στομαχικοί πόνοι, ναυτία, πονοκέφαλοι, μυοσκελετικοί πόνοι, πόνος στα άκρα ή τις αρθρώσεις, προβλήματα στην αναπνοή, ζαλάδα ή

τάση για λιποθυμία κλπ. Η ύπαρξη τέτοιων συμπτωμάτων μπορεί να είναι από ενοχλητική έως και να προκαλεί έκπτωση στη λειτουργικότητα του ατόμου (Hoftun, 2012; Brown & Sargent, 2011; Merrell, 2008).

Στην πλειονότητα των μελετών σε εφήβους, συνήθως διερευνάται η ύπαρξη σωματικών ενοχλημάτων υπό τη μορφή συνδρόμου ή ως μέρος των συμπτωμάτων άλλων εσωτερικευμένων προβλημάτων, και όχι ως ξεχωριστή διαταραχή. Για το λόγο αυτό δεν υπάρχουν σαφή δεδομένα για τη συχνότητα εμφάνισής τους (Nixon et al., 2011; Merrell, 2008; Kapi et al., 2007; Rescorla et al., 2007; Rudan et al., 2005; Reynolds et al., 2001; Perquin et al., 2000).

Αυτοκτονική Συμπεριφορά

Το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο στην εφηβεία σχετίζεται και με αυτοκτονικό ιδεασμό και αυτοκτονική απόπειρα, παρόλο που η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι πιο περίπλοκη και συνδέεται με πολλαπλούς παράγοντες (Beautrais, 2000). Τα καταθλιπτικά άτομα, με βάση κάποιες έρευνες θεωρούνται στην κλινική πρακτική ως ομάδα υψηλού κινδύνου αυτοκτονίας (Skinner & McFaull, 2012), ενώ, η αυτοκτονία, θεωρείται ίσως ο κυριότερος παράγοντας θνησιμότητας στην καταθλιπτική διαταραχή, όπου σύμφωνα με τα τρέχοντα στοιχεία αυτή μειώνεται όταν είναι αποτελεσματική και επιτυχής η θεραπεία της (Cook et al., 2009).

Αυτοκτονικός ιδεασμός: Ο όρος «αυτοκτονικός ιδεασμός» αναφέρεται σε σκέψεις του ανθρώπου που αφορούν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Αυτές οι σκέψεις μπορεί να είναι ασαφείς και ακαθόριστες και να αφορούν στο θάνατο σε κάποιο μελλοντικό χρόνο ή να παίρνουν τη μορφή συγκεκριμένου σχεδίου αυτοκτονίας (Dunlop et al., 2011). Ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορεί να είναι χρόνιος και επίμονος, ή να είναι παροδικός και να πυροδοτείται από αντίξοα γεγονότα της ζωής.

Παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά: Ο όρος «παρα-αυτοκτονία», σύμφωνα με τον ΠΟΥ, συνήθως χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη συμπεριφορά ασθενών που αυτοτραυματίζονται, χωρίς να υπάρχει πάντα πρόθεση θανάτου. Αυτή η συμπεριφορά είναι συχνότερη στην εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή. Ο αυτοτραυματισμός είναι ένας τρόπος για να ανακουφιστούν από την ένταση που νιώθουν οι έφηβοι ή να εκτονώσουν το θυμό που νιώθουν για τον εαυτό τους ή τους άλλους (Ougrin et al., 2012). Σε κάποιες περιπτώσεις είναι

ένας τρόπος να εκδηλώσουν την επιθυμία τους να πεθάνουν. Αυτού του είδους η συμπεριφορά είναι συχνότερη στους ανθρώπους που έχουν κάποια ψυχική πάθηση, συνήθως διαταραχή προσωπικότητας.

Απόπειρα αυτοκτονίας: Ο όρος «απόπειρα αυτοκτονίας» αναφέρεται σε μια ενέργεια του ανθρώπου που στρέφεται κατά της υγείας, της σωματικής ακεραιότητας και της ζωής του. Οι απόπειρες μπορεί να είναι προσχεδιασμένες ή παρορμητικές. Η δεύτερη περίπτωση είναι συχνή στην εφηβεία (Μέντη, 2007).

Σε μελέτη των Kokkevi et al. (2012), βρέθηκε ότι η αυτοκτονία είναι η κύρια αιτία θανάτου μεταξύ των εφήβων στην Ευρώπη. Είναι σημαντικό να διερευνηθεί ο επιπολασμός και η συσχέτιση των σκέψεων αυτοκτονίας και των αποπειρών αυτοκτονίας με σκοπό την πρόληψη αυτού του τόσο σημαντικού και απειλητικού για τη ζωή προβλήματος δημόσιας υγείας. Ο μέσος επιπολασμός των αυτοαναφερόμενων αποπειρών αυτοκτονίας ήταν 10,5%, ενώ η μέση τιμή της συχνότητας των σκέψεων αυτοτραυματισμού (τουλάχιστον 5 φορές) ήταν 7,4%. Η αυτοκτονική συμπεριφορά και οι σκέψεις είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το φύλο, τη χρήση ουσιών, την ακεραιότητα της οικογένειας και την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση. Η ενημέρωση του εφήβου από το διαδίκτυο δεν συνδέεται με την αύξηση των αυτοκτονιών, ωστόσο στις συζητήσεις στο διαδίκτυο (online for a) φαίνεται να συνδέονται ιδιαίτερα με την αύξηση του αυτοκτονικού ιδεασμού (Dunlop et al., 2011).

3.9. Πρόγνωση

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι ένα μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο στην εφηβεία αποτελεί την αρχή για άλλα επεισόδια τόσο στην εφηβική όσο και την ενήλικη ζωή (Carballo et al., 2011). Σε μελέτες παρακολούθησης των εφήβων με καταθλιπτική διαταραχή αναφέρεται ότι ένα ικανό ποσοστό εκείνων που είχαν επανακάμψει από το πρώτο επεισόδιο παρουσίασαν ένα άλλο μέσα στον πρώτο χρόνο. Η εφηβική κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από παρατεινόμενη πορεία και χρονική σταθερότητα, από αυξημένη πιθανότητα υποτροπής και εμφάνισης νέου επεισοδίου, από αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης διπολικής διαταραχής και αυτοκτονικής απόπειρας (Birmaher et al., 2002).

Με την προοπτική αυτή της κακής πρόγνωσης της εφηβικής κατάθλιψης, έγινε προσπάθεια εντοπισμού των μηχανισμών που ευθύνονται για αυτήν τη δυσμενή εξέλιξη. Σχετικές μελέτες έδειξαν ότι τα στρεσογόνα γεγονότα στα οποία υποβάλλεται ο καταθλιπτικός έφηβος, καθώς και η συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές επηρεάζουν αρνητικά την πρόγνωση, ανεξάρτητα από τη γενετική επιβάρυνση καταθλιπτικών μητέρων (Hammen et al., 2003). Έφηβοι, με συννοσηρότητα κατάθλιψης και διαταραχών άγχους δεν έχουν θετική ανταπόκριση στην αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή, ενώ έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα υποτροπής και αυτοκτονικής απόπειρας.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Bohman και συνεργατών (2012), τα σωματικά συμπτώματα ταυτόχρονα με εφηβική κατάθλιψη, συνδέονται στενά με υποτροπιάζουσα και χρόνια κατάθλιψη, διπολικές διαταραχές και ψυχωσικές διαταραχές.

Η ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του καταθλιπτικού εφήβου παρουσιάζει σημαντική έκπτωση τόσο κατά την εφηβεία όσο και στην ενήλικη ζωή, ακόμα και μετά την αποκατάσταση της νόσου (Aalto-Setälä et al., 2002). Οι καταθλιπτικοί έφηβοι χαρακτηρίζονται συνήθως από σχολική αποτυχία, και κοινωνική απομόνωση, ενώ ως ενήλικες αναφέρουν ελλείψεις κοινωνικές δεξιότητες, κοινωνική απομόνωση, έκπτωση ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας και άλλες συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς.

Η δυσμενής πρόγνωση της εφηβικής κατάθλιψης τονίζει την κλινική σημαντικότητα της διαταραχής αυτής και απαιτεί την πρόληψη, την πρόωμη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση (συνήθως πολύπλευρη) (Van Lang et al., 2007).

3.10. Πρόληψη

Το μεσοδιάστημα από την έναρξη της δυσθυμίας στην εφηβεία, μέχρι το πρώτο επεισόδιο της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής παρέχει την ευκαιρία της προληπτικής παρέμβασης. Επιπλέον έφηβοι υψηλού κινδύνου, προερχόμενοι από οικογένειες με καταθλιπτικούς γονείς, μπορούν να επωφεληθούν από προληπτικά προγράμματα (Benjamin et al., 2008; Asarnow et al., 2002). Ακόμη, υποστηρίζεται ότι γνωσιακού τύπου παρεμβάσεις σε μαθητές έχουν

προληπτική αξία, μειώνοντας την καταθλιπτική συμπτωματολογία και τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης για δύο χρόνια μετά την παρέμβαση (Barrett et al., 2006).

Σημαντικό στοιχείο της προληπτικής στρατηγικής είναι η πληροφόρηση των εφήβων, των γονέων, των δασκάλων και της κοινότητας, που θα τους βοηθήσει στην αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης. Τέτοια εκπαιδευτικά προγράμματα δείχνουν ότι οι γονείς αποκτούν σαφέστερη αντίληψη των προβλημάτων και αναζητούν ευκολότερα βοήθεια (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Η ανάπτυξη των προληπτικών στρατηγικών θα βοηθήσει στην έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία της κατάθλιψης στην εφηβεία, με αποτέλεσμα την καλύτερη δυνατή μετάβαση στην ενήλικη ζωή και την προστασία της από τις δυσμενείς επιπτώσεις (Πετρόπουλος & Παπαστυλιανού, 2001).

Ένας σημαντικός τρόπος παρέμβασης είναι ο σχεδιασμός και η εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς, δευτερογενούς ή τριτογενούς πρόληψης (Kovacs & Lopez-Duran, 2010). Οι πρωτογενείς προληπτικές παρεμβάσεις εστιάζονται σε όλους τους εφήβους με το σκεπτικό ότι όλοι οι νέοι άνθρωποι έχουν κάποια πιθανότητα εμφάνισης δυσφορικής διάθεσης ή καταθλιπτικής διαταραχής. Έτσι δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη κοινωνικής επάρκειας και διδασκαλίας αποτελεσματικών στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων, καθιστώντας έτσι το νέο άνθρωπο ικανό να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες της ζωής (Spence et al., 2005; Power et al., 2003).

Οι δευτερογενείς προληπτικές παρεμβάσεις εστιάζονται σε εφήβους που έχουν ήδη εκτεθεί σε παράγοντες επικινδυνότητας της κατάθλιψης (γονεϊκή κατάθλιψη, παιδιά χωρισμένων γονιών, παιδιών γονιών με κατάχρηση ουσιών κλπ). Η τροποποίηση του δυσλειτουργικού τρόπου σκέψης, οι αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και η ικανότητα διευθέτησης διαπροσωπικών προβλημάτων καθιστούν τον έφηβο ανθεκτικό στην εμφάνιση της κατάθλιψης ακόμα και όταν υφίσταται επιβαρυνόμενο οικογενειακό ιστορικό (Kovacs & Lopez-Duran, 2010).

Κάτω από τις συνθήκες της σύγχρονης εποχής επιτακτική αξιολογείται σήμερα η στενότερη συνεργασία του σχολείου με την οικογένεια, την κοινότητα και τους υπόλοιπους φορείς και συστήματα της εκπαίδευσης και υγείας (Sawyer et al., 2010).

Η θέσπιση μίας διεπιστημονικής ομάδας στην οποία η εκπαιδευτικοί έχουν ενεργό συμμετοχή στην εφαρμογή των μορφών παρέμβασης κυρίως, αποτελεί επιτακτική ανάγκη για την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών (Theodore et al., 2002). Η παροχή πολλαπλών ψυχολογικών υπηρεσιών μέσα στο σχολείο από το σχολικό ψυχολόγο και τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας και πιο άμεση είναι και πιο ταχεία και δεν απαιτεί a priori την παραπομπή σε απομακρυσμένες από το σχολείο υπηρεσίες (κέντρα διαγνωστικής αξιολόγησης και υποστήριξης (ΚΔΑΥ), ιατροπαιδαγωγικά κέντρα κλπ). Οι παραπομπές αυτές είναι και πιο προβληματικές και πιο δαπανηρές. Το μεγάλο χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από την παραπομπή έως την αξιολόγηση, ο πιθανός στιγματισμός του ατόμου από την παραπομπή του σε μία εξωσχολική μονάδα, η έλλειψη σύνδεσης ανάμεσα στη διάγνωση και τη συστηματική υποβοήθηση, αλλά και συστηματική παρακολούθηση της πορείας του μαθητή είναι μερικά από τα προβλήματα που συναντώνται σχεδόν καθημερινά στο Ελληνικό Εκπαιδευτικό Σύστημα (Νικολόπουλος, 2007).

Έρευνες για την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών παρέμβασης στην κρίση ή των ανοιχτών γραμμών επικοινωνίας δείχνουν ότι οι έφηβοι τις βρίσκουν πιο προσιτές από τις παραδοσιακές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Τα κέντρα ή οι υπηρεσίες παρέμβασης στην κρίση και οι ανοικτές γραμμές επικοινωνίας που παρέχουν 24ωρη πρόσβαση αποτελούν το βασικό μοχλό κυρίως των προσπαθειών πρόληψης της αυτοκτονίας. Οι παρεμβάσεις αυτές βασίζονται στην πεποίθηση πως πολλές αυτοκτονίες είναι παρορμητικές πράξεις που παρακινούνται από προβλήματα που βιώνονται ως αφόρητα και αξεπέραστα τη μια στιγμή, αλλά είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν αν το άτομο μπορεί να έχει άμεση και εύκολη πρόσβαση σε κατάλληλη κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη. Οι περισσότεροι έφηβοι που ήλθαν σε επαφή με αυτές τις υπηρεσίες δεν είχαν σχέση με άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας τη χρονική στιγμή της επικοινωνίας και οι περισσότεροι αισθάνονταν ικανοποιημένοι από τη βοήθεια που έλαβαν (Μουλλά, 2007).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (The World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)), σε μελέτη για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε εφήβους σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, βρέθηκε ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι εξαιρετικά σπάνιες και σε μεγάλο βαθμό αυτό περιορίζει την πρόσβαση στην κατάλληλη φροντίδα. Τα παιδιά και οι έφηβοι αποτελούν το 12% του πληθυσμού των ασθενών. Η εκπαίδευση που παρέχεται σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας για την παιδική και εφηβική υγεία είναι ελάχιστη, με λιγότερο από το 1% να λαμβάνει επανεκπαίδευση (Morris et al., 2011).

Με ανάλογες μεθόδους πρόληψης της κατάθλιψης αλλά και άλλων μορφών αντικοινωνικής συμπεριφοράς, αναμένεται παράλληλα σε ένα βαθμό και η πρόληψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Σημασία έχει η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου για έγκαιρη συμβουλευτική παρέμβαση και η ανάπτυξη ανάλογων στρατηγικών (Nordentoft, 2007; Mann et al., 2005). Γίνεται πλήρης διερεύνηση της ύπαρξης υποκειμένων προδιαθεσικών παραγόντων και παρέχεται η κατάλληλη υποστήριξη για ελάττωση των συνεπειών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2004; Μπαζαρίδης, 2004).

3.11. Θεραπεία

Η αρχική αντιμετώπιση της καταθλιπτικής διαταραχής σε εφήβους εξαρτάται από τη φύση των προβλημάτων που ανιχνεύονται κατά τη διάρκεια της διαγνωστικής αξιολόγησης. Σε πολλές περιπτώσεις είναι καλύτερα να αντιμετωπίζονται αρχικά τα προβλήματα συννοσηρότητας πριν από τη θεραπεία της ίδιας της κατάθλιψης. Για παράδειγμα είναι δύσκολο να προταθούν ψυχολογικές θεραπείες για την κατάθλιψη όταν ένας έφηβος ασθενής υπολείπεται πολύ του κανονικού βάρους, όπως στις περιπτώσεις συννοσηρότητας με ψυχογενή ανορεξία. Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να είναι δυνατόν να θεραπευτούν τα προβλήματα συννοσηρότητας ταυτόχρονα με την κατάθλιψη (Birmaher et al., 2007).

Για τη θεραπεία του καταθλιπτικού εφήβου έχουν εφαρμοστεί διάφορες μορφές θεραπευτικών προσεγγίσεων: η ψυχοθεραπεία (ατομική, οικογενειακή ή ομαδική), η φαρμακευτική αγωγή, η ενδονοσοκομειακή θεραπεία, η εκπαίδευση-συμβουλευτική γονέων, η εκπαιδευτική εκτίμηση και αξιολόγηση του κατάλληλου σχολικού περιβάλλοντος για να

τοποθετηθεί ο έφηβος, η εκπαίδευση σε κοινωνικές δραστηριότητες και ο συνδυασμός μιας ή περισσότερων θεραπευτικών προσεγγίσεων (Cook et al., 2009; Sanford et al., 2006).

Η βασική αντιμετώπιση γίνεται κυρίως εξωνοσοκομειακά και συνδυάζει φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία. Η νοσηλεία απαιτείται σπάνια, κυρίως όταν υπάρχει έντονος αυτοκτονικός ιδεασμός ή όταν το οικογενειακό περιβάλλον αδυνατεί να φροντίσει για τη θεραπεία του εφήβου ή όταν υπάρχουν διαγνωστικές αμφιβολίες (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Οι γνωσιακές - συμπεριφορικές θεραπευτικές παρεμβάσεις (CBT: Cognitive Behavior Therapy) έχουν χρησιμοποιηθεί με θετικά αποτελέσματα στη θεραπεία των εφήβων με κατάθλιψη (Rohde, 2005). Ένα πλεονέκτημα της γνωσιακής θεραπείας είναι ότι είναι ευέλικτη και επιτρέπει στο θεραπευτή να μετακινείται εύκολα μεταξύ των ρόλων του δασκάλου, του έμπιστου, του προτύπου, του συμμάχου και του ειδικού. Επιπλέον, είναι ένα αποδεδειγμένο επιστημονικά εργαλείο στους ιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης που θέλουν να προσφέρουν στους νέους με κατάθλιψη μία αποτελεσματική θεραπεία. Η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία ενισχύει τον αυτοέλεγχο, τις ορθολογικές δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, τις κοινωνικές δεξιότητες, ενώ ενθαρρύνει τον έφηβο να συμμετέχει σε ποικίλες δραστηριότητες (πχ σωματική άσκηση) που επιφέρουν αίσθηση της ευχαρίστησης ή γνώση (Clabby, 2006).

Ωστόσο, η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία λειτουργεί καλύτερα στους μετρίως καταθλιπτικούς εφήβους ενώ η μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι συνήθως βραχείας διάρκειας. Έτσι, κάποιοι ερευνητές τάχθηκαν υπέρ της εφαρμογής της γνωστικής - συμπεριφορικής θεραπείας ως καθολικής και όχι ως στοχευμένης (Kennard, 2008; Parker et al., 2003). Το πρόγραμμα «Φίλοι για τη Ζωή» (Friends for Life) περιλαμβάνει μια γνωστική-συμπεριφορική διδασκαλία δεξιοτήτων για πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των συναισθημάτων του άγχους και της κατάθλιψης, σε παιδιά και εφήβους με ήπια συμπτώματα (Kösters et al., 2012; Briesch et al., 2010). Είναι ένα πρόγραμμα ενίσχυσης της αυτοπεποίθησης, των ικανοτήτων για την επίλυση προβλημάτων και της συναισθηματικής ανθεκτικότητας (World Health Organization, 2004). Σε χώρες όπου εφαρμόστηκε η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία, τα αποτελέσματα ήταν θετικά, όχι μόνο αμέσως μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος αλλά και ένα έως τρία χρόνια αργότερα (Barrett et al., 2006).

Οι ψυχοδυναμικής εμπνεύσεως ψυχοθεραπείες θεωρούνται από τις πιο απαιτητικές, αλλά τα αποτελέσματά τους πιθανόν να είναι μεγαλύτερης διάρκειας ή και μόνιμα και έτσι αποτρέπεται η υποτροπή. Η ψυχοδυναμική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον έφηβο να κατανοήσει τον εαυτό του, να επεξεργαστεί τις συναισθηματικές δυσκολίες του, να βελτιώσει και να αυξήσει την αυτοεκτίμησή του, να τροποποιήσει δυσλειτουργικές συμπεριφορές, να σχετίζεται και να αλληλεπιδρά πιο θετικά με τους άλλους και να επιλύει τις παρούσες και προηγούμενες συγκρούσεις του (Cohen, 2011).

Με βάση τελευταίες έρευνες γίνεται προσπάθεια να διαπιστωθεί αν υπάρχουν συγκεκριμένα αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας που μειώνουν την υποτροπή σε μονοπολική μείζονα κατάθλιψη στους εφήβους και κατά συνέπεια και το κόστος της θεραπείας (σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας) (Goodyer et al., 2011).

Η ομαδική θεραπεία είναι χρήσιμη στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων στους καταθλιπτικούς εφήβους και τους επιτρέπει να εκφράσουν τα συναισθήματά τους σε ένα ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον, ενώ απαιτεί έναν θεραπευτή με ενσυναίσθηση. Η διαπροσωπική θεραπεία, επικεντρώνεται στο πώς αναπτύσσει ο έφηβος υγιέστερες σχέσεις τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο (Tompson et al., 2012).

Η οικογενειακή θεραπεία παρεμβαίνει στη σύνδεση μεταξύ εφηβικής κατάθλιψης και οικογενειακής δυσλειτουργίας και δεν περιορίζεται στα άτομα εντός της οικογένειας, αλλά επεκτείνεται και σε άλλα πλαίσια, κοινωνικά, οικονομικά και πολιτισμικά (Tompson et al., 2012). Οι οικογενειακές συγκρούσεις αποτελούν μη ειδικούς στρεσογόνους παράγοντες που είναι δυνατόν να προκαλέσουν κατάθλιψη σε εύαλωτα άτομα. Η εκπαίδευση και συμβουλευτική γονέων και άλλων μπορεί να ενδείκνυται ως θεραπευτική αντιμετώπιση, επειδή τα άτομα αυτά έχουν άμεση επιρροή στον έφηβο και, αν πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια, συμβάλλουν στην αντιξοότητα του οικογενειακού περιβάλλοντος. Ο στόχος της εκπαίδευσης των γονέων είναι να υποδείξει σε αυτούς πώς να χειρίζονται συγκεκριμένες προβληματικές συμπεριφορές και να χρησιμοποιούν κατάλληλα θετικά ή αρνητικά ερεθίσματα (Joseph-DiCaprio, 2010).

Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων αποτελούσε και εξακολουθεί να αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα. Για λόγους δεοντολογίας κυρίως, είναι ελάχιστες οι φαρμακολογικές διπλές τυφλές μελέτες, ιδιαίτερα σε εφήβους. Οι περισσότερες αφορούν σε ανοικτές μελέτες. Από αυτές προκύπτει ότι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά δεν είναι αποτελεσματικότερα των placebo (Cohen, 2011; Emslie et al., 2009). Αναφέρονται δε περιπτώσεις όπου η χρήση τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών σχετίζεται με την έκλυση μανίας (Clark et al., 2012).

Επίσης τίθενται σοβαρά προβλήματα ασφαλείας και ανοχής, γιατί φάνηκε ότι προκαλούν σε μεγαλύτερα ποσοστά από ό,τι στους ενήλικες, διαταραχές στην όραση, δυσκοιλιότητα, επιγαστρικό καύσο, αίσθημα ιλίγγου, κεφαλαλγίες, κόπωση, ακόμα και εξωπυραμιδικά συμπτώματα (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Αντίθετα, η νεότερη γενιά των αντικαταθλιπτικών, οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs), φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες (Hetrick et al., 2007). Μελέτες με φλουοξετίνη, μιρταζαπίνη, φλουβοξαμίνη και σερταλίνη δίνουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα (Vitiello et al., 2011).

Σύμφωνα με τον Moreno και τους συνεργάτες του (2006), η χρήση των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νεότερων αντικαταθλιπτικών έχει συνδεθεί πιθανώς με την εμφάνιση ή την επιδείνωση του αυτοκτονικού ιδεασμού ή των αποπειρών αυτοκτονίας. Το λίθιο ή τα σταθεροποιητικά του συναισθήματος (πχ καρβαμαζεπίνη) προτείνονται σε εφήβους με ανθεκτικές μορφές κατάθλιψης και οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής.

Η χορήγηση της φαρμακοθεραπείας, αν δεν συνοδεύεται από ψυχοθεραπευτική υποστήριξη, συμβουλευτική γονέων, συνεργασία με το σχολείο, μπορεί να επιδεινώσει την απελπισία του εφήβου, επιβεβαιώνοντας την εικόνα του ψυχικά ασθενούς (Goodyer et al., 2008; Τσιάντης, 2001).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σκοπός της Μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανίχνευση παρουσίας καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε γενικό πληθυσμό εφήβων μαθητών Λυκείου και η διερεύνηση της σχέσης των συμπτωμάτων αυτών με επιδημιολογικούς και δημογραφικούς παράγοντες.

Επιμέρους στόχο αποτελεί η συμβολή στην επιστημονική γνώση για τον εντοπισμό των καταθλιπτικών συμπτωμάτων της εφηβικής ηλικίας με δεδομένα αξιοποιήσιμα στην προσπάθεια ευαισθητοποίησης τόσο του οικογενειακού, όσο και του σχολικού περιβάλλοντος, με τελικό στόχο την πρόωπη αναγνώριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των εφήβων από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς και – κατά συνέπεια – την έγκαιρη αντιμετώπισή τους.

Υλικό και Μεθοδολογία

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 222 έφηβοι μαθητές και μαθήτριες γενικού πληθυσμού που προέρχονταν από 2 Λύκεια της Μεγαλόπολης Αρκαδίας. Οι μαθητές αυτοί φοιτούσαν στις τρεις τάξεις του Λυκείου. Οι έφηβοι μαθητές της τελευταίας Γ΄ τάξης του Γενικού Λυκείου είχαν μειωμένη συμμετοχή εξαιτίας του πολύπλοκου και βεβαρυμμένου αναλυτικού προγράμματος που ακολουθούν.

Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος (Μονομεταβλητή ανάλυση)

A) Κατανομή εφήβων κατά σχολείο

Στο ΕΠΑΛ (Επαγγελματικό-Τεχνικό Λύκειο) Μεγαλόπολης από το σύνολο των 151 μαθητών το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από το 93,4 % (n = 141), ενώ το 6,6 % (n = 10) δεν απάντησε (δεν συμμετείχε ή απουσίαζε).

Στο ΓΕΛ (Γενικό Λύκειο) Μεγαλόπολης από το σύνολο των 146 μαθητών το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από το 55,5 % των μαθητών (n = 81), ενώ το 44,5 % (n = 65) δεν απάντησε (δεν συμμετείχε ή απουσίαζε).

Πίνακας 1: Κατανομή εφήβων κατά σχολείο

Σχολείο	Συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο (n)	%	Δεν απάντησαν (n)	%	Μαθητικό Δυναμικό
ΕΠΑΛ	141	93,4	10	6,6	151
ΓΕΛ	81	55,5	65	44,5	146
Σύνολο	222	74,8	75	25,2	297

B) Κατανομή εφήβων κατά τάξη φοίτησης

Το 41,4 % (n = 92), που συμμετείχαν στη μελέτη ήσαν από την Α΄ τάξη, το 32 % (n = 71), από τη Β΄ και το 26,6 % (n = 59) από τη Γ΄ τάξη.

Πίνακας 2: Κατανομή εφήβων κατά τάξη φοίτησης

Τάξη Φοίτησης	%	N
Α΄ Λυκείου	41,4	92
Β΄ Λυκείου	32	71
Γ΄ Λυκείου	26,6	59
Σύνολο	100	222

Γ) Κατανομή εφήβων κατά ηλικία

Τα παιδιά που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν ηλικίας 15-20 ετών. Στον Πίνακα 3 φαίνεται η κατανομή των 222 παιδιών ανάλογα με την ηλικία τους (σε έτη), ενώ στην Εικόνα 1 φαίνεται το ιστόγραμμα των απόλυτων συχνοτήτων. Από τον Πίνακα 3 προκύπτει ότι το 80,2 % (n = 178) των παιδιών ήταν ηλικίας 15-17 ετών, ενώ το 19,8 % (n = 44) ήταν ηλικίας 18-20 ετών.

Πίνακας 3: Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής και αθροιστικής σχετικής) των 222 παιδιών ανάλογα με την ηλικία τους (έτη).

Ηλικία (έτη)	Παιδιά (n)	Σχετική Συχνότητα (%)	Αθροιστική Σχετική Συχνότητα (%)
15	12	5,4	5,4
16	85	38,3	43,7
17	81	36,5	80,2
18	39	17,6	97,8
19	4	1,8	99,6
20	1	0,4	100,0
Σύνολο	222	100	

Δ) Κατανομή εφήβων κατά φύλο

Το 50,5 % (n = 112) των παιδιών που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν αγόρια, ενώ το 49,1 % (n = 109) ήταν κορίτσια. Το 0,4 % (n = 1) δεν δήλωσε το φύλο του.

Πίνακας 4: Κατανομή εφήβων κατά φύλο

Φύλο	%	N
Αγόρια	50,5	112
Κορίτσια	49,1	109
Σύνολο	99,6	221

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται οι τιμές των κυριότερων παραμέτρων θέσης (μέση τιμή, διάμεση τιμή) και διασποράς (σταθερή απόκλιση, ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, ενδοτεταρτημοριακό εύρος) της ηλικιακής κατανομής των παιδιών ανάλογα με το φύλο τους. Από τον Πίνακα 5 προκύπτει ότι η μέση ηλικία των κοριτσιών και των αγοριών ήταν ίση με 17,0 έτη.

Πίνακας 5: Παράμετροι θέσης και διασποράς της ηλικιακής κατανομής των 222 εφήβων μαθητών ανάλογα με το φύλο τους.

Φύλο	Μέση τιμή	Διάμεση τιμή	Σταθερή απόκλιση	Ελάχιστη – μέγιστη τιμή	Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	N
Κορίτσια	17,0	17,0	0,93	15-19	2	81
Αγόρια	17,0	17,0	1,00	15-20	2	57

Ε) Κατανομή μορφωτικού επιπέδου γονέων

Όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο των γονέων των εφήβων, υπολογίστηκε το ποσοστό της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (Δημοτικό), δευτεροβάθμιας (Γυμνάσιο-Λύκειο) και

τριτοβάθμιας (ΤΕΙ-Πανεπιστήμιο). Με βάση τα παραπάνω, το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα κατανέμεται σε 21,7 % (n = 47) πρωτοβάθμιας, 62,5 % (n = 135) δευτεροβάθμιας και 15,7 % (n = 34) τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, σε σύνολο 216 απαντήσεων των εφήβων.

Αντίστοιχα, το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας κατανέμεται σε 17,3 % (n = 37) πρωτοβάθμιας, 69,2 % (n = 148) δευτεροβάθμιας και 13,5 % (n = 29) τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, σε σύνολο 214 απαντήσεων των εφήβων στο σχετικό ερώτημα του ερωτηματολογίου των «Δημογραφικών στοιχείων και άλλων γενικών πληροφοριών».

Πίνακας 6: Κατανομή μορφωτικού επιπέδου γονέων

Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πατέρας (n)	%	Μητέρα (n)	%
Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση (Δημοτικό)	47	21,7	37	17,3
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο-Λύκειο)	135	62,5	148	69,2
Τριτοβάθμια Εκπαίδευση (ΤΕΙ-Πανεπιστήμιο)	34	15,7	29	13,5
Σύνολο	216	100	214	100

ΣΤ) Κατανομή επαγγέλματος γονέων

- Επάγγελμα πατέρα

Το επάγγελμα του πατέρα ταξινομήθηκε στις εξής κατηγορίες: υπάλληλος (δημόσιος/ιδιωτικός), εργάτης/τεχνίτης, ελεύθερος επαγγελματίας, άνεργος, αγρότης/κτηνοτρόφος και συνταξιούχος.

Στον πίνακα 7 φαίνεται η κατανομή των παιδιών ανάλογα με το επάγγελμα του πατέρα τους. Το 41,6 % (n = 77) των παιδιών είχε πατέρα υπάλληλο, το 22,7 % (n = 42) ελεύθερο επαγγελματία, το 16,8 % (n = 31) εργάτη ή τεχνίτη, το 3,2 % (n = 6) άνεργο, το 9,2 % (n = 17) αγρότη/κτηνοτρόφο και το 6,5 % (n = 12) συνταξιούχο.

Πίνακας 7: Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης και σχετικής) των παιδιών ανάλογα με το επάγγελμα του πατέρα τους.

Επάγγελμα πατέρα	Παιδιά (n)	Σχετική συχνότητα (%)
Υπάλληλος (δημόσιος/ιδιωτικός)	77	41,6
Ελεύθερος επαγγελματίας	42	22,7
Εργάτης/τεχνίτης	31	16,8
Άνεργος	6	3,2
Αγρότης/κτηνοτρόφος	17	9,2
Συνταξιούχος	12	6,5
Σύνολο	185	100

- Επάγγελμα μητέρας

Το επάγγελμα της μητέρας ταξινομήθηκε στις εξής κατηγορίες: υπάλληλος (δημόσιος/ιδιωτική), εργάτρια/τεχνίτης, ελεύθερη επαγγελματίας και άνεργη/οικιακά.

Στον πίνακα 8 φαίνεται η κατανομή των παιδιών ανάλογα με το επάγγελμα της μητέρας τους. Το 61,9 % (n = 104) των παιδιών είχε άνεργη μητέρα ή απασχολούμενη με τα οικιακά, το 17,2 % (n = 29) υπάλληλο, το 11,3 % (n = 19) ελεύθερη επαγγελματία, το 7,8 % (n = 13) εργάτρια/αγρότισσα/τεχνίτη και το 1,8 % (n = 3) συνταξιούχο.

Πίνακας 8: Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης και σχετικής) των παιδιών ανάλογα με το επάγγελμα της μητέρας τους.

Επάγγελμα μητέρας	Παιδιά (n)	Σχετική συχνότητα (%)
Υπάλληλος (δημόσιος/ιδιωτική)	29	17,2
Ελεύθερη επαγγελματίας	19	11,3
Εργάτρια/ αγρότισσα/τεχνίτης	13	7,8
Άνεργη/οικιακά	104	61,9
Συνταξιούχος	3	1,8
Σύνολο	168	100

Τα μέσα συλλογής των δεδομένων της έρευνας

Τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν για την συλλογή των δεδομένων είναι τα εξής:

A) Κλίμακα Διάγνωσης Κατάθλιψης σύμφωνα με το εγχειρίδιο ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM: Diagnostic Scale of Depression, των Roberts, Roberts & Chan, 1994).

Η Κλίμακα Διάγνωσης Κατάθλιψης κατά DSM χρησιμοποιήθηκε για τον εντοπισμό των εφήβων με συμπτώματα μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Πρόκειται για μία κλίμακα που αναπτύχθηκε από τις ερωτήσεις δομημένης διαγνωστικής συνέντευξης DISC -2,3_C, που έχουν διαμορφωθεί και διατυπωθεί με το σκεπτικό ενός αυτοσυμπληρούμενου ψυχομετρικού μέσου (American Psychiatric Association (1994 b). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association).

Η κλίμακα αυτή αποτελείται από είκοσι οκτώ (28) ερωτήσεις που καλύπτουν τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης σύμφωνα με το εγχειρίδιο ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας. Ειδικότερα κάποιος διαγιγνώσκεται ότι νοσεί εάν αναφέρει ότι βιώνει πέντε (5) ή περισσότερα συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένων της καταθλιπτικής (ή ευερέθιστης) διάθεσης ή/και της ανηδονίας, τουλάχιστον τις δύο τελευταίες εβδομάδες, σχεδόν κάθε ημέρα.

Ταξινόμηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης (Μάνος, 1988, σελ 175)

- Συναίσθημα
 - Καταθλιπτική διάθεση
 - Ανηδονία
 - Άγχος
- Κινητοποίηση
 - Απώλεια ενδιαφέροντος
 - Ανημπορία
 - Έλλειψη ελπίδας
 - Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας
- Αυτόνομο νευρικό σύστημα

- Διαταραχή του ύπνου
- Διαταραχή της όρεξης
- Κόπωση – εξάντληση (απώλεια ενέργειας)
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση
- Σκέψη - αντίληψη
 - Αισθήματα – σκέψεις ενοχής ή/και αναξιότητας
 - Δυσκολία στη συγκέντρωση, στη σκέψη και στη λήψη αποφάσεων

Οι Roberts et al. (1994) έλεγξαν την εσωτερική συνέπεια της DSM Κλίμακας Διάγνωσης Κατάθλιψης και βρήκαν δείκτη αξιοπιστίας $\alpha = 0,93$.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ένας απρόβλεπτος παράγοντας που προέκυψε από την Επιστημονική Επιτροπή του Υπουργείου Παιδείας, που χορήγησε και την τελική άδεια για την διεξαγωγή αυτής της έρευνας. Σύμφωνα, με την Επιτροπή, προκειμένου να δοθεί η άδεια για την χρήση του ερωτηματολογίου κατά DSM, έπρεπε να αφαιρεθούν από αυτό οι πέντε (5) τελευταίες ερωτήσεις που αφορούσαν στον πιθανό αυτοκτονικό ιδεασμό και τις απόπειρες αυτοκτονίας των εφήβων. Το σκεπτικό των μελών της Επιτροπής ήταν ότι λόγω του ότι διανύουμε μία περίοδο οικονομικής, κοινωνικής και ψυχολογικής κρίσης, με τις αυτοκτονίες ενηλίκων και ανηλίκων να αυξάνονται, υπάρχει κίνδυνος να αναπτυχθούν ιδέες αυτοκτονίας από τους εφήβους.

Εφόσον τα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι πολλοί έφηβοι, οι οποίοι εκδηλώνουν αυτοκτονική συμπεριφορά δεν έχουν πάντα κατάθλιψη (Skaripakis et al., 2011), αφαιρέθηκαν με ασφάλεια οι σχετικές ερωτήσεις, αφού δεν είναι και το κύριο σύμπτωμα για τη διάγνωση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου της εφηβείας.

B) Δημογραφικά Στοιχεία και άλλες Γενικές Πληροφορίες: ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από εικοσιένα (21) ερωτήσεις. Οι πληροφορίες που αντλούμε από αυτό το ερωτηματολόγιο, αφορούν στο φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα του πατέρα, της μητέρας, το μορφωτικό τους επίπεδο, τον τόπο διαμονής του εφήβου.

Μαθαίνουμε επίσης, από τους ίδιους του εφήβους, για τη ψυχική και σωματική τους υγεία, αν έχουν χρόνια προβλήματα υγείας ή κάποια σωματική αναπηρία, αν κάνουν χρήση

ναρκωτικών ή/και πίνουν οινοπνευματώδη ποτά, αν βρίσκονται σε μία περίοδο που προσπαθούν να σταματήσουν να παίρνουν ναρκωτικά ή να πίνουν πολύ. Με τις ερωτήσεις αυτές, η έρευνα επιδιώκει να αποκλείσει την οργανική ή τοξική ή και την εξαιτίας του συνδρόμου της αποστέρησης εφηβική κατάθλιψη.

Οι έφηβοι μαθητές ρωτήθηκαν επίσης αν είχε πεθάνει πρόσφατα κάποιο πρόσωπο που ήταν σημαντικό για αυτούς και πριν από πόσο καιρό απεβίωσε, σε μία προσπάθεια να διαφοροποιηθεί μία διαδικασία πένθους από ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.

Επιπλέον, οι έφηβοι αυτοαξιολογούν την κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας τους, αναφέρουν εάν είχαν επισκεφτεί ιατρό για κάποια αδιαθεσία ή ασθένεια ή ειδικό ψυχικής υγείας για ψυχολογικά προβλήματα από την έναρξη του σχολικού έτους και αν κέρδισαν ή έχασαν βάρος. Σε ό,τι αφορά στην έκπτωση της λειτουργικότητάς τους, οι έφηβοι αναφέρουν αν, κατά την κρίση τους, έχουν προβλήματα στο σχολείο, σε συναναστροφές με τους φίλους τους καθώς και στο χώρο της οικογένειάς τους.

Τα δύο αυτά ερωτηματολόγια προέρχονται από τη διδακτορική διατριβή της Σοφίας Χατζηδήμου, «Κατάθλιψη στην εφηβεία: μία επιδημιολογική προσέγγιση, 1997», από την οποία έχει ληφθεί και η σχετική άδεια.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Οι Διευθυντές των δύο σχολείων ενημερώθηκαν (γραπτώς και προφορικά) για το σκοπό και τη μεθοδολογία της μελέτης και συμφώνησαν, παρέχοντας τη σχετική άδεια, για τη διεξαγωγή της. Στη συνέχεια ενημερώθηκαν οι γονείς των μαθητών και έδωσαν τη συγκατάθεσή τους, εκτός ενός μικρού ποσοστού. Ακολούθησε η ενημέρωση των μαθητών για το σκοπό της έρευνας, την ανωνυμία που θα τηρηθεί και οδηγίες για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Διευκρινίστηκε ότι δεν υπάρχουν λανθασμένες ή σωστές απαντήσεις και ότι από κάθε ομάδα προτάσεων χρειάζεται να επιλέξουν τη μία από αυτές, που να ταιριάζει καλύτερα στη δική τους τωρινή κατάσταση. Επίσης εξηγήθηκε ότι δεν σημειώνεται το ονοματεπώνυμό τους, έτσι ώστε να μπορούν να εκφραστούν ελεύθερα και ειλικρινά.

Η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε ομαδικά από την ίδια την ερευνήτρια στο τελευταίο δεκαπεντάλεπτο (15 min) μιας διδακτικής ώρας, αφού πρώτα εξασφαλίστηκε και η

συγκατάθεση των καθηγητών και διασφαλίστηκε η ομαλή τήρηση του ωρολογίου προγράμματος κάθε τάξης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (chi-square test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 για τάση (chi-square trend test).

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το SPSS 19.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Ψυχομετρικός έλεγχος των μέσων συλλογής των δεδομένων της έρευνας

Πραγματοποιήθηκε προκαταρκτική πιλοτική μελέτη για τη διερεύνηση της εσωτερικής συνέπειας και της αξιοπιστίας των μετρήσεων των ψυχομετρικών μέσων της έρευνας. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν εικοσιπέντε (25) μαθητές από τα δύο σχολεία. Προέρχονταν δε από όλες τις τάξεις, από διάφορα κοινωνικοοικονομικά στρώματα με τυχαία επιλογή. Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach alpha ήταν 0,94 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια. Στη συνέχεια υπολογίστηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach alpha για το σύνολο των 222 μαθητών της μελέτης. Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach alpha ήταν 0,9 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια.

Πίνακας 9(α).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,938	23

Πίνακας 9(β).

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	24	96,0
	Excluded ^a	1	4,0
	Total	25	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Πίνακας 9(γ).

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. Αισθάνθηκες πολύ λυπημένος/η;	43,13	173,679	,607	,936
2. Αισθάνθηκες κακόκεφος/η ή οξύθυμος ή σε κακή διάθεση ώστε ακόμα και ασήμαντα πράγματα σε έκαναν έξω φρενών;	42,96	177,868	,410	,938
3. Υπήρξαν στιγμές που τίποτα δεν σε ευχαριστούσε, ούτε καν τα πράγματα με τα οποία συνήθιζες να διασκεδάζεις;	43,63	165,984	,750	,933
4. Υπήρξαν στιγμές που δεν ένοιωσες κανένα ενδιαφέρον για τίποτα, που ένοιωσες πλήξη και απλώς πέρασες την ώρα σου απρόθυμος/η ή ανίκανος/η να κάνεις οτιδήποτε;	43,63	167,549	,721	,934
5. Ένοιωσες ότι δεν ήθελες να φας;	44,08	182,514	,215	,940
6. Ένοιωσες ότι ήθελες να φας περισσότερο από ότι συνήθως;	43,92	176,254	,499	,937

7. Είχες περισσότερα προβλήματα στον ύπνο σου από ότι συνήθως; (δυσκολεύτηκες πχ να σε πάρει ο ύπνος ή ξύπνησες κατά την διάρκεια της νύχτας και είχες δυσκολία να κοιμηθείς ξανά ή ξύπνησες πολύ νωρίς και είχες δυσκολία να ξανακοιμηθείς);	43,54	164,781	,708	,934
8. Κοιμήθηκες περισσότερο από ότι συνήθως;	43,58	187,036	-,045	,945
9. Μίλησες ή κινήθηκες λιγότερο από ότι συνήθως;	44,04	169,172	,783	,933
10. Ένοιωσες τόσο ανήσυχος/η που απλώς είχες την ανάγκη να πηγαίνεις πέρα δώθε, εδώ κι εκεί συνεχώς;	43,96	172,303	,695	,935
11. Ένοιωσες τόσο πεσμένος/η που ήταν δύσκολο για σένα να ετοιμάσεις τα μαθήματα του σχολείου ή να κάνεις οποιαδήποτε άλλη εργασία;	43,54	169,650	,712	,934
12. Είχες δυσκολία να κάνεις απλά, συνηθισμένα πράγματα όπως πχ να πλυθείς ή να συμμαζέψεις τα πράγματά σου;	44,04	170,911	,655	,935
13. Ένοιωσες περισσότερο κουρασμένος/η από ότι συνήθως, ώστε απλώς να κάθεται και να μην κάνει τίποτα;	43,25	168,804	,676	,935
14. Αισθάνθηκες ότι είχες πολύ λιγότερη ενεργητικότητα από ότι συνήθως, ώστε να χρειάζεσαι πολύ προσπάθεια για να κάνεις οτιδήποτε;	43,96	170,303	,741	,934
15. Αισθάνθηκες λιγότερο καλά από ότι συνήθως, με τον εαυτό σου και τον κατηγορήσες για πράγματα που συνέβησαν στο παρελθόν;	43,42	166,601	,694	,934

16. Τα 'βαλες περισσότερο, από ότι συνήθως με τον εαυτό σου, όταν είχες την εντύπωση ότι δεν μπόρεσες να κάνεις τίποτα σωστά;	43,50	164,000	,753	,933
17. Ένοιωσες άσχημα για την εμφάνισή σου;	43,54	168,694	,616	,936
18. Ένοιωσες ότι ήσουν έτοιμος/η να κλάψεις ή να βάλεις τα κλάματα;	43,13	168,549	,716	,934
19. Είχες περισσότερη δυσκολία, από ότι συνήθως να συγκεντρώσεις την προσοχή σου στα μαθήματα του σχολείου ή σε οποιαδήποτε άλλη εργασία ή να έχεις την προσοχή σου συγκεντρωμένη σε άλλα πράγματα που έκανες;	43,67	169,797	,560	,937
20. Ένοιωσες ότι δεν μπορούσες να συγκεντρωθείς ή να σκεφτείς τόσο καθαρά ή τόσο γρήγορα όσο συνήθως;	44,04	172,824	,654	,935
21. Αισθάνθηκες ότι τα πράγματα ποτέ δεν φαίνεται να πηγαίνουν καλά για σένα;	43,67	167,536	,741	,934
22. Υπήρξαν στιγμές που σου ήταν πιο δύσκολο να καταλήξεις σε μία απόφαση ή να πάρεις αποφάσεις;	43,46	172,085	,611	,936
23. Ένοιωσες ότι δεν υπάρχει ελπίδα στη ζωή σου και τίποτα καλό δεν πρόκειται να συμβεί σε σένα στο μέλλον;	44,08	174,341	,625	,936

Σύμφωνα με τον Πίνακα 9 η «εσωτερική συνέπεια» των ψυχομετρικών μέσων στην προκαταρκτική έρευνα ήταν ικανοποιητική ($\alpha = 0,938$).

Ο Πίνακας 10 παρουσιάζει τον δείκτη αξιοπιστίας των ψυχομετρικών μέσων στο σύνολο των εφήβων. Σύμφωνα με αυτόν η εσωτερική συνέπεια είναι ικανοποιητική ($\alpha = 0,897$).

Πίνακας 10(α)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,897	,899	23

Πίνακας 10(β)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	196	87,9
	Excluded ^a	27	12,1
	Total	222	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Πίνακας 10(γ)

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
1. Αισθάνθηκες πολύ λυπημένος/η;	1,97	,803	196
2. Αισθάνθηκες κακόκεφος/η ή οξύθυμος ή σε κακή διάθεση ώστε ακόμα και ασήμαντα πράγματα σε έκαναν έξω φρενών;	2,18	,868	196
3. Υπήρξαν στιγμές που τίποτε δεν σε ευχαριστούσε, ούτε καν τα πράγματα με τα οποία συνήθιζες να διασκεδάζεις;	1,77	,879	196
4. Υπήρξαν στιγμές που δεν ένοιωσες κανένα ενδιαφέρον για τίποτα, που ένοιωσες πλήξη και απλώς πέρασες την ώρα σου απρόθυμος/η ή ανίκανος/η να κάνεις οτιδήποτε;	1,83	,906	196
5. Ένοιωσες ότι δεν ήθελες να φας;	1,67	,802	196
6. Ένοιωσες ότι ήθελες να φας περισσότερο από ότι συνήθως;	1,85	,989	196
7. Είχες περισσότερα προβλήματα στον ύπνο σου από ότι συνήθως; (δυσκολεύτηκες πχ να σε πάρει ο ύπνος ή ξύπνησες κατά την διάρκεια της νύχτας και είχες δυσκολία να κοιμηθείς ξανά ή ξύπνησες πολύ νωρίς και είχες δυσκολία να ξανακοιμηθείς);	1,92	1,004	196
8. Κοιμήθηκες πολύ περισσότερο από ότι συνήθως;	2,05	1,001	196

9. Μίλησες ή κινήθηκες πολύ λιγότερο από ότι συνήθως;	1,67	,820	196
10. Ένοιωσες τόσο ανήσυχος/η, που απλώς είχες την ανάγκη να πηγαίνεις πέρα δώθε, εδώ κι εκεί συνεχώς;	1,73	,878	196
11. Ένοιωσες τόσο πεσμένος/η που ήταν δύσκολο για σένα να ετοιμάσεις τα μαθήματα του σχολείου ή να κάνεις οποιαδήποτε άλλη εργασία;	2,01	,942	196
12. Είχες δυσκολία να κάνεις απλά, συνηθισμένα πράγματα όπως πχ να πλυθείς ή να συμμαζέψεις τα πράγματά σου;	1,56	,811	196
13. Ένοιωσες περισσότερο κουρασμένος/η από ότι συνήθως, ώστε απλώς να κάθεσαι και να μην κάνεις τίποτα;	2,10	,898	196
14. Αισθάνθηκες ότι είχες πολύ λιγότερη ενεργητικότητα από ότι συνήθως, ώστε να χρειάζεσαι πολύ προσπάθεια για να κάνεις οτιδήποτε;	1,79	,832	196
15. Αισθάνθηκες λιγότερο καλά από ότι συνήθως, με τον εαυτό σου και τον κατηγορησες για πράγματα που συνέβησαν στο παρελθόν;	2,08	,936	196
16. Τα 'βαλες περισσότερο, από ότι συνήθως με τον εαυτό σου, όταν είχες την εντύπωση ότι δεν μπόρεσες να κάνεις τίποτα σωστά;	1,90	,903	196
17. Ένοιωσες άσχημα για την εμφάνισή σου;	1,75	,936	196
18. Ένοιωσες ότι ήσουν έτοιμος/η να κλάψεις ή να βάλεις τα κλάματα;	2,08	,971	196
19. Είχες περισσότερη δυσκολία, από ότι συνήθως να συγκεντρώσεις την προσοχή σου στα μαθήματα του σχολείου ή σε οποιαδήποτε άλλη εργασία ή να έχεις την προσοχή σου συγκεντρωμένη σε άλλα πράγματα που έκανες;	1,96	,957	196
20. Ένοιωσες ότι δεν μπορούσες να συγκεντρωθείς ή να σκεφτείς τόσο καθαρά ή τόσο γρήγορα όσο συνήθως;	1,78	,776	196
21. Αισθάνθηκες ότι τα πράγματα ποτέ δεν φαίνεται να πηγαίνουν καλά για σένα;	2,00	,900	196
22. Υπήρξαν στιγμές που σου ήταν πιο δύσκολο να καταλήξεις σε μία απόφαση ή να πάρεις αποφάσεις;	2,10	,795	196
23. Ένοιωσες ότι δεν υπάρχει ελπίδα στη ζωή σου και τίποτα καλό δεν πρόκειται να συμβεί σε σένα στο μέλλον;	1,66	,841	196

Αποτελέσματα αυτοαξιολόγησης των εφήβων

I) Χρόνια προβλήματα Υγείας

Σε σύνολο 218 εφήβων που απάντησαν στην ανοικτή ερώτηση εάν έχουν χρόνια προβλήματα υγείας (πχ νεανικό διαβήτη ή κάποια σωματική αναπηρία), το 92,6 % (n = 202) απάντησε αρνητικά και μόνο το 7,4 % (n = 16) ανέφερε ότι έχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα. Αυτά τα προβλήματα αφορούσαν σε:

1. άσθμα – αλλεργία – ρινίτιδα
2. νεανικό διαβήτη
3. θυρεοειδή
4. υποθυροειδισμός
5. αλλεργική βρογχίτιδα

II) Χρήση ναρκωτικών ή/και οινοπνευματωδών ποτών

Σε σύνολο 218 εφήβων που απάντησαν στην ανοικτή ερώτηση εάν έχουν πάρει ποτέ ναρκωτικά ή έχουν πιεί οινοπνευματώδη ποτά ώστε να βρίσκονται σε κατάσταση μέθης, το 75,69 % (n = 165) απάντησε αρνητικά και το 24,3 % (n = 53) απάντησε θετικά. Οι απαντήσεις είχαν ως εξής:

1. σε παρελθόντα χρόνο από 1 μήνα έως 5 χρόνια
2. λόγω οικογενειακών προβλημάτων
3. εδώ και 3 χρόνια
4. ναρκωτικά και ποτά στο γυμνάσιο. Ποτά συνεχίζω
5. 2-3 φορές αλλά όχι σε κατάσταση μέθης
6. για μια εβδομάδα συνέχεια οινοπνευματώδη
7. από την Τρίτη Γυμνασίου μέχρι τα 17 (τόρα)
8. πίνω κάποιες φορές για να περνάω καλά με την παρέα μου
9. πίνω κάθε Σάββατο που βγαίνω
10. πίνω όταν είμαι σε άσχημη κατάσταση ή πολύ ανεβασμένος ψυχολογικά
11. πίνω όταν δεν είμαι καλά και θέλω να κάνω κακό στον εαυτό μου και όταν βρίσκομαι σε παρέα πίνω συχνά
12. έπινα πολύ πριν 4 χρόνια και έπαιρνα ναρκωτικά πριν 9 μήνες

III) Πρόσφατος θάνατος σημαντικού για τον έφηβο προσώπου

Σε σύνολο 215 εφήβων που απάντησαν στο ερώτημα αν έχει πεθάνει πρόσφατα κάποιο σημαντικό για αυτούς πρόσωπο, και πριν από πόσο καιρό απεβίωσε, το 67 % (n = 144) απάντησε αρνητικά και το 33 % (n = 71) απάντησε θετικά. Από τους μαθητές δε που απάντησαν θετικά το 21,1 % (n = 15), ανέφερε πρόσφατο θάνατο (από 2 ημέρες έως 2 μήνες).

IV) Επίσκεψη του εφήβου σε ιατρό ή ειδικό ψυχικής υγείας από την έναρξη της σχολικής χρονιάς

Σε σύνολο 216 μαθητών που απάντησαν στην ερώτηση εάν έχουν επισκεφτεί κάποιον ειδικό (ιατρό, ψυχολόγο, σύμβουλο, κοινωνικό λειτουργό), από την έναρξη της σχολικής χρονιάς, το 85,2 % (n = 184) απάντησε αρνητικά, ενώ το 14,9 % (n = 32) απάντησε θετικά.

Πίνακας 11: Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης και σχετικής) των εφήβων ανάλογα με τις απαντήσεις τους στις 4 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με τίτλο «Δημογραφικά Στοιχεία και Άλλες Γενικές Πληροφορίες», που αφορούν σε χρόνια προβλήματα υγείας, λήψη ναρκωτικών/οινοπνευματωδών ποτών, πρόσφατο θάνατο αγαπημένου προσώπου και επίσκεψη σε κάποιον ειδικό (ιατρό, ψυχολόγο κλπ).

Ερώτηση	Απάντηση			
	Όχι		Ναι	
	n	%	n	%
1. Έχεις χρόνια προβλήματα υγείας;	202	92,6	16	7,4
2. Έπαιρνες ποτέ ναρκωτικά ή ποτά ώστε να βρίσκεσαι σε κατάσταση μέθης;	165	75,7	53	24,3
3. Έχει πεθάνει πρόσφατα κάποιο πρόσωπο που ήταν σημαντικό για σένα;	144	67	71	33
4. Από τότε που άρχισε η σχολική χρονιά, έχεις επισκεφθεί κάποιον ειδικό (ιατρό, ψυχολόγο κ.α.);	184	85,2	32	14,9

V) Αυτοαξιολόγηση των εφήβων της κατάσταση της σωματικής υγείας τους

Σε σύνολο 207 μαθητών εφήβων που απάντησαν στην ερώτηση αυτοαξιολόγησης για την κατάσταση της σωματικής υγείας τους, το 21,3 % (n = 44) απάντησε ότι η σωματική του υγεία είναι άριστη, το 53,6 % (n = 111) απάντησε ότι είναι καλή, το 20,3 % (n = 42) απάντησε ότι είναι μέτρια και το 4,8 % (n = 10) απάντησε ότι είναι κακή.

VI) Αυτοαξιολόγηση των εφήβων της κατάσταση της ψυχικής υγείας τους

Σε σύνολο 198 μαθητών εφήβων που απάντησαν στην ερώτηση αυτοαξιολόγησης για την κατάσταση της ψυχικής υγείας τους, το 16,7 % (n = 33) απάντησε ότι η ψυχική του υγεία είναι άριστη, το 48 % (n = 95) απάντησε ότι είναι καλή, το 28,7 % (n = 57) απάντησε ότι είναι μέτρια και το 6,6 % (n = 13) απάντησε ότι είναι κακή.

Πίνακας 12: Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης και σχετικής) των εφήβων ανάλογα με τις απαντήσεις τους στις 2 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με τίτλο «Δημογραφικά Στοιχεία και Άλλες Γενικές Πληροφορίες», που αφορούν στην κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας των εφήβων σύμφωνα με την εκτίμηση τους.

Ερώτηση	Απάντηση									
	Άριστη		Καλή		Μέτρια		Κακή		Σύνολο μαθητών που απάντησαν	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
1. Θα έλεγες ότι η σωματική σου υγεία είναι:	44	21,3	111	53,6	42	20,3	10	4,8	207	93,2
2. Θα έλεγες ότι η ψυχική σου υγεία είναι:	33	16,7	95	48	57	28,7	13	6,6	198	89,2

VII) Απώλεια ή αύξηση βάρους

Σε σύνολο 201 εφήβων που απάντησαν στην ερώτηση για το βάρος τους το 8 % (n = 16) απάντησε ότι πήρε πολύ βάρος τις τελευταίες 2 εβδομάδες, το 27,8 % (n = 56) απάντησε ότι πήρε λίγο βάρος, το 39,3 % (n = 79) απάντησε ότι παρέμεινε στα ίδια κιλά, το 22,9, % (n = 46) απάντησε ότι έχασε λίγο βάρος και το 2 % (n = 4) απάντησε ότι έχασε πολύ βάρος.

Πίνακας 13: Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης και σχετικής) των εφήβων ανάλογα με τις απαντήσεις τους στην ερώτηση του ερωτηματολογίου με τίτλο «Δημογραφικά Στοιχεία και Άλλες Γενικές Πληροφορίες», που αφορά την αυξομείωση βάρους του εφήβου.

Ερώτηση	Απάντηση											
	Πήρες πολύ βάρος		Πήρες λίγο βάρος		Παρέμεινε στα ίδια κιλά		Έχασες λίγο βάρος		Έχασες πολύ βάρος		Σύνολο	
	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%
1. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες θα έλεγες ότι το σωματικό σου βάρος:	16	8	56	27,8	79	39,3	46	22,9	4	2	201	90,5

VIII) Προβλήματα στο σχολείο

Σε σύνολο 207 μαθητών που απάντησαν στην ερώτηση, αν κατά την κρίση τους έχουν προβλήματα στο σχολείο, το 35,3 % (n = 73) απάντησε ότι δεν έχει κανένα πρόβλημα, το 33,8 % (n = 70) απάντησε ότι έχει ελάχιστα προβλήματα, το 24,1 % (n = 50) έχει μερικά προβλήματα, και το 6,8 % (n = 14) απάντησε ότι έχει πολλά προβλήματα.

IX) Προβλήματα στην οικογένεια

Σε σύνολο 219 μαθητών που απάντησαν στην ερώτηση, αν κατά την κρίση τους έχουν προβλήματα στο σπίτι (στο χώρο της οικογένειας), το 44,7 % (n = 98) απάντησε ότι δεν έχει

κανένα πρόβλημα, το 25,6 % (n = 56) απάντησε ότι έχει ελάχιστα προβλήματα, το 22,4 % (n = 49) έχει μερικά προβλήματα, και το 7,3 % (n = 16) απάντησε ότι έχει πολλά προβλήματα.

Πίνακας 14: Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης και σχετικής) των εφήβων ανάλογα με τις απαντήσεις τους στις 2 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με τίτλο «Δημογραφικά Στοιχεία και Άλλες Γενικές Πληροφορίες», που αφορούν τα προβλήματα στο σχολείο και τα προβλήματα στην οικογένεια.

Ερώτηση	Απάντηση									
	Κανένα πρόβλημα		Ελάχιστα προβλήματα		Μερικά προβλήματα		Πολλά προβλήματα		Σύνολο μαθητών που απάντησαν	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
1. Σκέψου όλες τις εμπειρίες σου στο σχολείο. Σχετικά με αυτό θα έλεγες ότι έχεις:	73	35,3	70	33,8	50	24,1	14	6,8	207	93,2
2. Σκέψου όλες τις εμπειρίες σου στο σπίτι. Σχετικά με αυτό θα έλεγες ότι έχεις:	98	44,7	56	25,6	49	22,4	16	7,3	219	98,6

Χ) Προβλήματα με τους φίλους

Σε σύνολο 214 μαθητών που απάντησαν στην ερώτηση, αν κατά την κρίση τους έχουν προβλήματα με τους φίλους τους, το 56,1 % (n = 120) απάντησε ότι δεν έχει κανένα πρόβλημα, το 22,9 % (n = 49) απάντησε ότι έχει ελάχιστα προβλήματα, το 12,6 % (n = 27)

έχει μερικά προβλήματα, και το 2,8 % (n = 6) απάντησε ότι έχει πολλά προβλήματα, ενώ το 5,6 % (n = 12), απάντησε ότι δεν έχει φίλους.

Πίνακας15: Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης και σχετικής) των εφήβων ανάλογα με τις απαντήσεις τους στην ερώτηση του ερωτηματολογίου με τίτλο «Δημογραφικά Στοιχεία και Άλλες Γενικές Πληροφορίες», που αφορά την σχέση του εφήβου με τους φίλους του.

Ερώτηση	Απάντηση											
	Κανένα πρόβλημα		Ελάχιστα προβλήματα		Μερικά προβλήματα		Πολλά προβλήματα		Δεν έχω φίλους		Σύνολο	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Σκέψου όλες τις εμπειρίες σου με τους φίλους σου. Σχετικά με αυτό θα έλεγες ότι έχεις:	120	56,1	49	22,9	27	12,6	6	2,8	12	5,6	214	96,4

Κατανομή Συμπτωμάτων Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Στον Πίνακα 16 (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II) φαίνεται η κατανομή των συμπτωμάτων της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής κατά DSM.

Διερεύνηση Συμπτωμάτων Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου στην Εφηβεία

Οι δυσλειτουργικές αλλαγές του συναισθήματος, της κινητοποίησης, της σκέψης – αντίληψης και του αυτόνομου νευρικού συστήματος, οι οποίες συνδέονται με ενήλικη κατάθλιψη, σύμφωνα με το εγχειρίδιο ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών της APA (DSM-IV, 1994), παρατηρούνται και σε εφηβικό πληθυσμό.

Οι καταθλιπτικοί έφηβοι αναφέρουν δυσφορικό συναίσθημα, το οποίο κυμαίνεται από τη μελαγχολία έως την απελπισία. Αυτό περιγράφεται από τους ίδιους ως λύπη, θλίψη, μοναξιά, απογοήτευση, απόγνωση ή ανία. Η ευερεθιστότητα είναι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της κλινικής εικόνας του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου στην εφηβεία. Οι έφηβοι, που εμφανίζουν μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, χαρακτηρίζονται από απώλεια ευχαρίστησης και ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που παλαιότερα ήταν ευχάριστες γι' αυτούς. Οι διαταραχές της όρεξης και του ύπνου, της ενεργητικότητας και της ψυχοκινητικής λειτουργικότητας είναι συμπτώματα που εμφανίζονται από το νευροφυτικό σύστημα του καταθλιπτικού εφήβου. Επιπλέον, πολλοί καταθλιπτικοί έφηβοι παρουσιάζουν ανορεξία, που μερικές φορές συνοδεύεται από απώλεια βάρους. Αντίθετα η αύξηση της όρεξης και η πρόσληψη σωματικού βάρους παρατηρείται λιγότερο συχνά. Οι περισσότεροι καταθλιπτικοί έφηβοι παρουσιάζουν κάποιας μορφής διαταραχή του ύπνου, όπως αϋπνία ή υπερυπνία. Αίσθημα κόπωσης ή εξάντλησης σχεδόν όλη την ημέρα, αναφέρεται συχνά από τους καταθλιπτικούς εφήβους. Ακόμη οι έφηβοι αυτοί παρουσιάζουν ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση. Θεωρούν επιπλέον, τον εαυτό τους ανεπαρκή, μη ελκυστικό, με συχνά αισθήματα αναξιότητας και ενοχής. Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι η δυσκολία συγκέντρωσης, η επιβράδυνση της σκέψης και η αναποφασιστικότητα. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η αυτοϋποτίμηση οδηγούν συχνά σε απαισιοδοξία, απελπισία, απόγνωση, με αποτέλεσμα σκέψεις ή και απόπειρες αυτοκτονίας να είναι πιθανές.

Δεν είναι υποχρεωτικό να συνυπάρχουν όλα αυτά τα συμπτώματα για να γίνει η διάγνωση, αρκεί η παρουσία 5 τουλάχιστον από αυτά για μία περίοδο δύο, το λιγότερο, εβδομάδων. Τουλάχιστον ένα από αυτά τα συμπτώματα είναι είτε η καταθλιπτική (ευερέθιστη) διάθεση ή η απώλεια ευχαρίστησης ή ενδιαφέροντος.

Στο πλαίσιο αυτής της κλινικής φαινομενολογίας, ένας έφηβος δεν λαμβάνει τη διάγνωση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, εάν υπάρχουν ενδείξεις ότι η διαταραχή αποτελεί μία φυσιολογική αντίδραση στο θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου (επιπεπλεγμένο πένθος) ή επακόλουθο χρήσης ουσιών (ναρκωτικά, φάρμακα, αλκοόλ) ή ενός οργανικού παράγοντα (DSM-IV, 1994).

Συχνότητα Συμπτωμάτων Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου

Από τους 222 εφήβους των δύο Λυκείων της Μεγαλόπολης, οι δεκαέξι (16) έφηβοι (7,2 %) πληρούν τον αριθμό, τη συχνότητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, σύμφωνα πάντα με το στατιστικό και διαγνωστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών του Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM-IV, 1994).

Πιο συγκεκριμένα, οι έφηβοι αυτοί ανέφεραν καταθλιπτική ή ευερέθιστη διάθεση ή/και απώλεια ευχαρίστησης ή ενδιαφέροντος σχεδόν κάθε ημέρα τις δύο τελευταίες εβδομάδες και άλλες ανεπάρκειες της σκέψης – αντίληψης (πχ σκέψεις ενοχής, δυσκολία στη συγκέντρωση) και του αυτόνομου νευρικού συστήματος (πχ διαταραχή ύπνου, ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση).

Από τους δεκαέξι (16) αυτούς εφήβους ανέφεραν:

- α) χρήση οινόπνευματων ποτών/ναρκωτικών οι επτά (7) έφηβοι,
- β) πρόσφατο θάνατο αγαπημένου προσώπου ένας (1) έφηβος, και
- γ) θάνατο αγαπημένου προσώπου (που τους επηρέασε) αλλά όχι πρόσφατο έξι (6) έφηβοι.

Από τους δεκαέξι (16) εφήβους, για τον έναν (1), αν και πληροί τον αριθμό, τη συχνότητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων της διαταραχής, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα συμπτώματα αυτά οφείλονται σε θάνατο αγαπημένου προσώπου, σε διάστημα μικρότερο των δύο (2) μηνών από την αξιολόγηση. Αναλόγως, υπήρξαν ενδείξεις ότι τα συμπτώματα επτά (7) εφήβων οφείλονταν στην χρήση οινόπνευματων ποτών/ναρκωτικών.

Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και ηλικία – φύλο

Από τους οκτώ (8) που πληρούν τον αριθμό, τη συχνότητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου (και δεν αναφέρουν χρήση οινόπνευματων ποτών/ναρκωτικών ή πρόσφατο θάνατο αγαπημένου προσώπου), ο ένας έφηβος ήταν ηλικίας 15 ετών, οι πέντε (5) έφηβοι 16 ετών και ο ένας (1) 17 ετών, δηλαδή οι ηλικίες κυμαίνονταν από 15 – 17 ετών. Από αυτούς τα έξι (6) ήταν κορίτσια και τα δύο (2) αγόρια.

Το ποσοστό των συμπτωμάτων (που θεωρούνται απαραίτητα για τη διάγνωση της κατάθλιψης) που παρουσιάζονται σχεδόν κάθε ημέρα ή και συχνά κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες αναφέρεται στον Πίνακα 17.

Πίνακας 17. Αριθμός και συχνότητα Συμπτωμάτων Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου

Συμπτώματα	Κορίτσια		Αγόρια		Σύνολο κοριτσιών	Σύνολο αγοριών
	Σχεδόν κάθε ημέρα	Συχνά	Σχεδόν κάθε ημέρα	Συχνά		
1. Δυσφορικό συναίσθημα	4	2	1	0	6	2
2. Ευερεθιστότητα	4	0	2	0	6	2
3. Απώλεια ευχαρίστησης	2	2	1	1	6	2
4. Απώλεια ενδιαφέροντος	4	1	1	0	6	2

Από τον παραπάνω Πίνακα προκύπτει ότι από τα έξι (6) κορίτσια τα τέσσερα (4) αναφέρουν δυσφορικό συναίσθημα σχεδόν κάθε ημέρα κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες, τα τέσσερα (4) ευερεθιστότητα, τα δύο (2) απώλεια ευχαρίστησης και τα τέσσερα (4) απώλεια ενδιαφέροντος.

Από τα δύο (2) αγόρια και τα δύο αναφέρουν ευερεθιστότητα, το ένα (1) δυσφορικό συναίσθημα, το ένα (1) απώλεια ευχαρίστησης και το ένα (1) απώλεια ενδιαφέροντος σχεδόν κάθε ημέρα κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

Από τα υπόλοιπα συμπτώματα συχνότερα αναφέρονται οι σκέψεις ενοχής (5 κορίτσια και 2 αγόρια), οι σκέψεις αναξιότητας (4 κορίτσια και 1 αγόρι), δυσαρέσκεια με την εμφάνιση (4 κορίτσια), έλλειψη ελπίδας (4 κορίτσια), τάση για κλάμα (3 κορίτσια και 1 αγόρι), δυσκολία στον ύπνο (αϋπνία) (2 κορίτσια και 2 αγόρια).

Πίνακας 18. Ποσοστό συμπτωμάτων αγοριών και κοριτσιών σε όλες τις διαβαθμίσεις της Κλίμακας Διάγνωσης Κατάθλιψης κατά DSM

Σύμπτωμα	Αγόρια^α	Κορίτσια^α	Τιμή p^β
1. Δυσφορία			<0,001
Πολύ σπάνια ή ποτέ	46 (41,4)	16 (14,7)	
Μερικές φορές	52 (46,8)	59 (54,1)	
Συχνά	9 (8,1)	23 (21,1)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	4 (3,6)	11 (10,1)	
2. Ευερεθιστότητα			0,002
Πολύ σπάνια ή ποτέ	30 (27,0)	20 (18,3)	
Μερικές φορές	58 (52,3)	42 (38,5)	
Συχνά	17 (15,3)	34 (31,2)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	6 (5,4)	13 (11,9)	
3. Απώλεια ευχαρίστησης			0,001
Πολύ σπάνια ή ποτέ	62 (55,9)	45 (41,3)	
Μερικές φορές	35 (31,5)	32 (29,4)	
Συχνά	9 (8,1)	28 (25,7)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	5 (4,5)	4 (3,7)	
4. Απώλεια ενδιαφέροντος			0,02
Πολύ σπάνια ή ποτέ	56 (50,5)	40 (37,0)	
Μερικές φορές	37 (33,3)	40 (37,0)	
Συχνά	14 (12,6)	19 (17,6)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	4 (3,6)	9 (8,3)	
5. Ανορεξία			0,2
Πολύ σπάνια ή ποτέ	65 (58,6)	49 (45,4)	
Μερικές φορές	30 (27,0)	39 (36,1)	
Συχνά	11 (9,9)	19 (17,6)	

Σχεδόν κάθε ημέρα	5 (4,5)	1 (0,9)	
6. Βουλιμία			0,6
Πολύ σπάνια ή ποτέ	56 (50,5)	51 (47,2)	
Μερικές φορές	29 (26,1)	33 (30,6)	
Συχνά	11 (9,9)	18 (16,7)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	15 (13,5)	6 (5,6)	
7. Αϋπνία			<0,001
Πολύ σπάνια ή ποτέ	59 (53,2)	36 (33,0)	
Μερικές φορές	37 (33,3)	37 (33,9)	
Συχνά	8 (7,2)	18 (16,5)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	7 (6,3)	18 (16,5)	
8. Υπερυπνία			0,7
Πολύ σπάνια ή ποτέ	44 (40,0)	38 (34,9)	
Μερικές φορές	31 (28,2)	43 (39,4)	
Συχνά	21 (19,1)	19 (17,4)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	14 (12,7)	9 (8,3)	
9. Ψυχοκινητική επιβράδυνση			0,007
Πολύ σπάνια ή ποτέ	63 (57,8)	45 (41,3)	
Μερικές φορές	37 (33,9)	41 (37,6)	
Συχνά	5 (4,6)	18 (16,5)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	4 (3,7)	5 (4,6)	
10. Ψυχοκινητική διέγερση			0,13
Πολύ σπάνια ή ποτέ	58 (52,7)	50 (45,9)	
Μερικές φορές	37 (33,6)	34 (31,2)	
Συχνά	10 (9,1)	18 (16,5)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	5 (4,5)	7 (6,4)	
11. Ανημπορία			0,005
Πολύ σπάνια ή ποτέ	53 (48,2)	30 (27,5)	
Μερικές φορές	33 (30,0)	38 (34,9)	
Συχνά	16 (14,5)	34 (31,2)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	8 (7,3)	7 (6,4)	

12. Ανημπορία			0,007
Πολύ σπάνια ή ποτέ	77 (70,0)	55 (50,5)	
Μερικές φορές	23 (20,9)	31 (28,4)	
Συχνά	5 (4,5)	19 (17,4)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	5 (4,5)	4 (3,7)	
13. Κούραση			0,002
Πολύ σπάνια ή ποτέ	42 (38,5)	22 (20,2)	
Μερικές φορές	43 (39,4)	45 (41,3)	
Συχνά	17 (15,6)	30 (27,5)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	7 (6,4)	12 (11,0)	
14. Απώλεια ενεργητικότητας			0,1
Πολύ σπάνια ή ποτέ	56 (50,9)	38 (34,9)	
Μερικές φορές	39 (35,5)	50 (45,9)	
Συχνά	10 (9,1)	16 (14,7)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	5 (4,5)	5 (4,6)	
15. Σκέψεις ενοχής			<0,001
Πολύ σπάνια ή ποτέ	44 (40,0)	26 (24,1)	
Μερικές φορές	45 (40,9)	36 (33,3)	
Συχνά	14 (12,7)	33 (30,6)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	7 (6,4)	13 (12,0)	
16. Σκέψεις αναξιότητας			<0,001
Πολύ σπάνια ή ποτέ	53 (49,1)	31 (28,7)	
Μερικές φορές	39 (36,1)	35 (32,4)	
Συχνά	13 (12,0)	31 (28,7)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	3 (2,8)	11 (10,2)	
17. Δυσαρέσκεια με εμφάνιση			<0,001
Πολύ σπάνια ή ποτέ	72 (65,5)	41 (38,3)	
Μερικές φορές	26 (23,6)	39 (36,4)	
Συχνά	10 (9,1)	12 (11,2)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	2 (1,8)	15 (14,0)	
18. Κλάμα			<0,001

Πολύ σπάνια ή ποτέ	59 (54,1)	13 (12,0)	
Μερικές φορές	33 (30,3)	41 (38,0)	
Συχνά	12 (11,0)	39 (36,1)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	5 (4,6)	15 (13,9)	
19. Δυσκολίες συγκέντρωσης			0,02
Πολύ σπάνια ή ποτέ	49 (44,5)	33 (31,1)	
Μερικές φορές	38 (34,5)	35 (33,0)	
Συχνά	15 (13,6)	29 (27,4)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	8 (7,3)	9 (8,5)	
20. Επιβράδυνση σκέψης			0,002
Πολύ σπάνια ή ποτέ	52 (48,6)	31 (28,4)	
Μερικές φορές	45 (42,1)	54 (49,5)	
Συχνά	6 (5,6)	20 (18,3)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	4 (3,7)	4 (3,7)	
21. Έλλειψη ελπίδας			0,2
Πολύ σπάνια ή ποτέ	38 (35,5)	31 (29,8)	
Μερικές φορές	44 (41,1)	40 (38,5)	
Συχνά	17 (15,9)	22 (21,2)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	8 (7,5)	11 (10,6)	
22. Αναποφασιστικότητα			0,1
Πολύ σπάνια ή ποτέ	33 (30,8)	19 (17,8)	
Μερικές φορές	47 (43,9)	54 (50,5)	
Συχνά	22 (20,6)	31 (29,0)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	5 (4,7)	3 (2,8)	
23. Έλλειψη ελπίδας για το μέλλον			0,4
Πολύ σπάνια ή ποτέ	58 (54,2)	55 (51,4)	
Μερικές φορές	38 (35,5)	33 (30,8)	
Συχνά	5 (4,7)	14 (13,1)	
Σχεδόν κάθε ημέρα	6 (5,6)	5 (4,7)	

^α Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

^β Έλεγχος χ^2 για τάση

Στον παραπάνω Πίνακα οι σχέσεις στις οποίες βρέθηκε τιμή $p < 0,05$ δηλώνουν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ συμπτώματος και φύλου.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ δυσφορίας και φύλου ($p < 0,001$). Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια δήλωσαν δυσφορία σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα αγόρια. Το 31,2 % των κοριτσιών δήλωσαν πως βιώνουν δυσφορία συχνά/σχεδόν κάθε ημέρα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα αγόρια ήταν μόλις 11,7 %.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ευερεθιστότητας και φύλου ($p < 0,002$). Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια δήλωσαν ευερεθιστότητα σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα αγόρια. Το 43,1% των κοριτσιών δήλωσαν πως βιώνουν ευερεθιστότητα συχνά/σχεδόν κάθε ημέρα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα αγόρια ήταν 20,7 %.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ απώλειας ευχαρίστησης και φύλου ($p < 0,001$). Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια δήλωσαν απώλεια ευχαρίστησης σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα αγόρια. Το 29,4 % των κοριτσιών δήλωσαν πως βιώνουν απώλεια ευχαρίστησης συχνά/σχεδόν κάθε ημέρα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα αγόρια ήταν μόλις 12,6 %.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ απώλειας ενδιαφέροντος και φύλου ($p < 0,02$). Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια δήλωσαν απώλεια ενδιαφέροντος σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα αγόρια. Το 25,9 % των κοριτσιών δήλωσαν πως βιώνουν απώλεια ενδιαφέροντος συχνά/σχεδόν κάθε ημέρα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα αγόρια ήταν 16,2 %.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ αϋπνίας και φύλου ($p < 0,001$). Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια δήλωσαν αϋπνία σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα αγόρια. Το 33 % των κοριτσιών δήλωσαν πως βιώνουν αϋπνία συχνά/σχεδόν κάθε ημέρα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα αγόρια ήταν μόλις 13,5 %.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ψυχοκινητικής επιβράδυνσης και φύλου ($p < 0,007$). Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια δήλωσαν ψυχοκινητική επιβράδυνση σε

στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα αγόρια. Το 22,1 % των κοριτσιών δήλωσαν πως βιώνουν ψυχοκινητική επιβράδυνση συχνά/σχεδόν κάθε ημέρα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα αγόρια ήταν μόλις 8,3 %.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ανημπορίας (= δυσκολία ώστε και η ετοιμασία των μαθημάτων ακόμα ή οποιασδήποτε άλλης εργασίας να γίνεται με δυσκολία) και φύλου ($p < 0,005$). Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια δήλωσαν ανημπορία σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα αγόρια. Το 37,6 % των κοριτσιών δήλωσαν πως βιώνουν ανημπορία συχνά/σχεδόν κάθε ημέρα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα αγόρια ήταν 21,8 %.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ανημπορίας (= δυσκολία να κάνει συνηθισμένα πράγματα όπως π.χ. να πλυθεί ή να συμμαζέψει τα πράγματά του) και φύλου ($p < 0,007$). Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια δήλωσαν ανημπορία σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα αγόρια. Το 21,1 % των κοριτσιών δήλωσαν πως βιώνουν ανημπορία συχνά/σχεδόν κάθε ημέρα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα αγόρια ήταν 9 %.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κούρασης και φύλου ($p < 0,002$). Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια δήλωσαν κούραση σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα αγόρια. Το 38,5 % των κοριτσιών δήλωσαν πως βιώνουν κούραση συχνά/σχεδόν κάθε ημέρα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα αγόρια ήταν μόλις 22 %.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ σκέψεων ενοχής και φύλου ($p < 0,001$). Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια δήλωσαν σκέψεις ενοχής σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα αγόρια. Το 42,6 % των κοριτσιών δήλωσαν πως βιώνουν σκέψεις ενοχής συχνά/σχεδόν κάθε ημέρα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα αγόρια ήταν 19,1 %.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ σκέψεων αναξιότητας και φύλου ($p < 0,001$). Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια δήλωσαν σκέψεις αναξιότητας σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα αγόρια. Το 38,9 % των κοριτσιών δήλωσαν πως βιώνουν σκέψεις αναξιότητας συχνά/σχεδόν κάθε ημέρα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα αγόρια ήταν μόλις 14,8 %.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ δυσαρέσκειας με εμφάνιση και φύλου ($p < 0,001$). Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια δήλωσαν δυσαρέσκεια με εμφάνιση σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα αγόρια. Το 25,2 % των κοριτσιών δήλωσαν πως βιώνουν δυσαρέσκεια με εμφάνιση συχνά/σχεδόν κάθε ημέρα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα αγόρια ήταν 10,9 %.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τάσεως κλάματος και φύλου ($p < 0,001$). Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια δήλωσαν ότι είχαν την τάση να κλάψουν σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα αγόρια. Το 50 % των κοριτσιών δήλωσαν ότι είχαν την τάση να κλάψουν συχνά/σχεδόν κάθε ημέρα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα αγόρια ήταν μόλις 15,6 %.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ δυσκολιών συγκέντρωσης και φύλου ($p < 0,02$). Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια δήλωσαν δυσκολίες συγκέντρωσης σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα αγόρια. Το 35,9 % των κοριτσιών δήλωσαν πως βιώνουν δυσκολίες συγκέντρωσης συχνά/σχεδόν κάθε ημέρα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα αγόρια ήταν 20,9 %.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ επιβράδυνσης σκέψης και φύλου ($p < 0,002$). Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια δήλωσαν επιβράδυνση σκέψης σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα αγόρια. Το 22 % των κοριτσιών δήλωσαν πως βιώνουν επιβράδυνση σκέψης συχνά/σχεδόν κάθε ημέρα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα αγόρια ήταν μόλις 9,3 %.

Διμεταβλητή ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου

Επισημαίνεται εξ αρχής πως τα αποτελέσματα της διμεταβλητής ανάλυσης πρέπει να αντιμετωπιστούν με ιδιαίτερη επιφύλαξη. Ιδανικά θα έπρεπε να πραγματοποιηθεί και πολυμεταβλητή ανάλυση για την εξουδετέρωση πιθανών συγχυτικών επιδράσεων. Εντούτοις, ο εξαιρετικά μικρός αριθμός παιδιών με συμπτώματα μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου ($n=8$) δεν επέτρεψε την πραγματοποίηση πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης.

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζεται η συσχέτιση μεταξύ της άποψης των παιδιών για τη σωματική τους υγεία και της συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της άποψης των παιδιών για τη σωματική τους υγεία και της συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου ($p=0,01$). Πιο συγκεκριμένα, όσο καλύτερη ήταν η άποψη των παιδιών για τη σωματική τους υγεία τόσο μικρότερη ήταν η συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

Πίνακας 19. Συσχέτιση μεταξύ της άποψης των παιδιών για τη σωματική τους υγεία και της συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

	Συμπτώματα μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου		Τιμή p
	Όχι	Ναι	
Άποψη των παιδιών για τη σωματική τους υγεία			0,01^a
Κακή	7 (70,0)	3 (30,0)	
Μέτρια	41 (97,6)	1 (2,4)	
Καλή	108 (97,3)	3 (2,7)	
Άριστη	43 (97,7)	1 (2,3)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

^aΈλεγχος χ^2 για τάση

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζεται η συσχέτιση μεταξύ της άποψης των παιδιών για την ψυχική τους υγεία και της συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της άποψης των παιδιών για την ψυχική τους υγεία και της συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου ($p=0,008$). Πιο συγκεκριμένα, όσο καλύτερη ήταν η άποψη των παιδιών για την ψυχική τους υγεία τόσο μικρότερη ήταν η συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

Πίνακας 20. Συσχέτιση μεταξύ της άποψης των παιδιών για την ψυχική τους υγεία και της συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

	Συμπτώματα μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου		Τιμή p
	Όχι	Ναι	
Άποψη των παιδιών για τη ψυχική τους υγεία			0,008^a
Κακή	11 (84,6)	2 (15,4)	
Μέτρια	53 (93,0)	4 (7,0)	
Καλή	93 (97,9)	2 (2,1)	
Άριστη	33 (100,0)	0 (0,0)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

^aΈλεγχος χ^2 για τάση

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζεται η συσχέτιση μεταξύ της άποψης των παιδιών για τις εμπειρίες τους στο σχολείο και της συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της άποψης των παιδιών για τις εμπειρίες τους στο σχολείο και της συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου ($p=0,02$). Πιο συγκεκριμένα, όσο καλύτερη ήταν η άποψη των παιδιών για τις εμπειρίες τους στο σχολείο τόσο μικρότερη ήταν η συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

Πίνακας 21. Συσχέτιση μεταξύ της άποψης των παιδιών για τις εμπειρίες τους στο σχολείο και της συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

	Συμπτώματα μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου		Τιμή p
	Όχι	Ναι	
Άποψη των παιδιών για τις εμπειρίες τους στο σχολείο			0,02^a
Κανένα πρόβλημα	72 (98,6)	1 (1,4)	
Ελάχιστα προβλήματα	70 (98,6)	1 (1,4)	

Μερικά προβλήματα	47 (94,0)	3 (6,0)	
Πολλά προβλήματα	13 (86,7)	2 (13,3)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

^aΈλεγχος χ^2 για τάση

Στον Πίνακα 22 παρουσιάζεται η συσχέτιση μεταξύ της άποψης των παιδιών για τις εμπειρίες τους με τους φίλους τους και της συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της άποψης των παιδιών για τις εμπειρίες τους με τους φίλους τους και της συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου ($p=0,008$). Πιο συγκεκριμένα, όσο καλύτερη ήταν η άποψη των παιδιών για τις εμπειρίες τους με τους φίλους τους τόσο μικρότερη ήταν η συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

Πίνακας 22. Συσχέτιση μεταξύ της άποψης των παιδιών για τις εμπειρίες τους με τους φίλους τους και της συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

	Συμπτώματα μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου		Τιμή p
	Όχι	Ναι	
Άποψη των παιδιών για τις εμπειρίες τους με τους φίλους τους			0,008^a
Κανένα πρόβλημα	118 (98,3)	2 (1,7)	
Ελάχιστα προβλήματα	49 (100,0)	0 (0,0)	
Μερικά προβλήματα	25 (92,6)	2 (7,4)	
Πολλά προβλήματα	6 (100,0)	0 (0,0)	
Δεν έχω φίλους	10 (83,3)	2 (16,7)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

^aΈλεγχος χ^2 για τάση

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης οδηγούν σε μια σειρά παρατηρήσεων και συμπερασμάτων.

Από τους 222 εφήβους της μελέτης, οκτώ (3,6 %) πληρούν τον αριθμό, τη συχνότητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, (χωρίς να αναφέρουν χρήση οιοπνευματωδών ποτών/ναρκωτικών ή πρόσφατο θάνατο αγαπημένου προσώπου). Έφηβοι που ικανοποιούσαν τον αριθμό, τη συχνότητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου δεν κρίθηκαν ως «καταθλιπτικοί», εφόσον υπήρξαν ενδείξεις οργανικής ασθένειας, τοξίκωσης ή διαδικασίας πένθους.

Σύμφωνα με το ποσοστό εμφάνισης συμπτωμάτων του συνόλου των αγοριών και κοριτσιών σε όλες τις διαβαθμίσεις της Κλίμακας Διάγνωσης Κατάθλιξης κατά DSM, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ 15 συμπτωμάτων και του φύλου. Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια δήλωσαν τα 15 παρακάτω αναφερόμενα συμπτώματα σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα αγόρια:

1. Δυσφορία
2. Ευερεθιστότητα
3. Απώλεια ενδιαφέροντος
4. Απώλεια ευχαρίστησης
5. Αϋπνία
6. Ψυχοκινητική επιβράδυνση
7. Ανημπορία
8. Ανημπορία
9. Κούραση
10. Σκέψεις ενοχής
11. Σκέψεις αναξιότητας
12. Δυσαρέσκεια με εμφάνιση
13. Κλάμα
14. Δυσκολίες συγκέντρωσης
15. Επιβράδυνση σκέψης

Από τους οκτώ (8) εφήβους που πληρούν τον αριθμό, τη συχνότητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, τα τρία τέταρτα ήταν κορίτσια και το υπόλοιπο ένα τέταρτο αγόρια.

Είναι πιθανόν, η υπεροχή του γυναικείου φύλου στη συχνότητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης, να σχετίζεται εν μέρει με την επίδραση ψυχοκοινωνικών παραγόντων (κυρίως η σχέση με τους άλλους), οι οποίοι προκαλούν «ευαλωτότητα» στην κατάθλιψη (Knopf et al., 2008; Larson et al., 2002; Cicchetti & Rogosch, 2002). Βρέθηκε ότι από το σύνολο των έξι κοριτσιών και τα έξι δήλωσαν πολλά ή μερικά προβλήματα σε σχέση με το σχολείο, ή/και την οικογένεια ή/και τους φίλους.

Εκτός από τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες φαίνεται ότι και οι βιολογικές αλλαγές, τις οποίες προκαλεί η έναρξη της ήβης, στα δύο φύλα, είναι σε κάποιο βαθμό υπεύθυνες για την συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης στα κορίτσια, μετά την είσοδο στην εφηβεία (Κοκκέβη και συν., 2008; Zahn-Waxler et al., 2000).

Η βιολογική ωρίμανση του νευροενδοκρινικού άξονα υποθαλάμου – υπόφυσης – επινεφριδίων κατά την ήβη, έχει ως αποτέλεσμα σημαντικές ενδοκρινολογικές μεταβολές. Η έναρξη παραγωγής των φυλετικών ορμονών (ανδρογόνων από τους όρχεις και οιστρογόνων και προγεστερόνης από τις ωοθήκες) συνεπάγεται σημαντική διαφοροποίηση του ενδοκρινικού υποστρώματος στα δύο φύλα μετά την ήβη, η οποία πιθανώς καθιστά τις γυναίκες περισσότερο ευάλωτες στην κατάθλιψη. Έτσι, οι φυσιολογικές κυκλικές μεταβολές στα επίπεδα οιστρογόνων και προγεστερόνης, κατά τη διάρκεια του έμμηνου κύκλου έχουν ενοχοποιηθεί για την προεμμηνορρυσιακή καταθλιπτική διάθεση καθώς και για την επιδείνωση της συμπτωματολογίας υπάρχουσας κατάθλιψης στις γυναίκες, μερικές μέρες πριν την εμμηνορρυσία (APA, 1994).

Σύμφωνα με τους Λαζαράτου και Αναγνωστόπουλο (2001), η εφηβική κατάθλιψη αναδεικνύεται ως ένα από τα συχνότερα απαντώμενα προβλήματα. Σε μελέτη των Anderson και McGee που πραγματοποιήθηκε το 1994 σε Νεοζηλανδούς εφήβους, καθώς και των Lewinson et al. (1994) και Brent et al (1997), η επίπτωση της εφηβικής κατάθλιψης ανέρχεται από 2,8 έως 8,3 %.

Σχετικά με τη συχνότητα της κατάθλιψης, κατά την εφηβεία το ποσοστό ανέρχεται σε 10%, ενώ 4% των εφήβων παρουσιάζει σοβαρή κατάθλιψη (Angold et al., 1998). Στην όψιμη εφηβεία η συχνότητα κυμαίνεται από 10% έως 20% (Oldehinkel et al., 1999). Οι Kasmani and Sherman, (1988) υποστήριξαν ότι σε γενικό πληθυσμό το 4-8% των εφήβων πάσχουν από κατάθλιψη. Η συχνότητα εμφάνισης σε επίπεδο διαταραχών στους εφήβους έχει βρεθεί επίσης ότι κυμαίνεται από 2% έως 8% για τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Son & Kirchner, 2000; Zahn-Waxler et al., 2000).

Υπολογίζεται ότι 1 στους 3 εφήβους βιώνει συχνά καταθλιπτικό συναίσθημα (Spear, 2000). Αντίστοιχο ποσοστό (30%), βρέθηκε σε έρευνα μεγάλου δείγματος εφηβικού πληθυσμού στη χώρα μας (Κοκκέβη και συν., 2008), ενώ σε προγενέστερη μελέτη 1.326 εφήβων 12 – 17 ετών επίσης στην Ελλάδα, έδειξε ότι το 20,3% παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Madianos et al., 1993), ενώ το ποσοστό στην μελέτη της Lasaratou et al. (2010) σε 713 μεγαλύτερους εφήβους (15-18 ετών) βρέθηκε να είναι 26.2%.

Σε έρευνα του Πανεπιστημίου Αιγαίου που πραγματοποιήθηκε το 2006 σε άτομα εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας αποτυπώθηκαν τα ποσοστά των νέων που νιώθουν συναισθηματικό κενό ή κατάθλιψη. Το ποσοστό των αγοριών που βιώνουν συναισθηματικό κενό και κατάθλιψη συχνά ή διαρκώς είναι 9,9%, ενώ των κοριτσιών προσεγγίζει το 24,7%.

Τέλος, σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη του Υπουργείου Υγείας για τα έτη 2008 – 2012, στο γενικό πληθυσμό, 4% - 8% των εφήβων πάσχουν από κατάθλιψη. Στις ηλικίες 12-17 ετών, περίπου το 4% παρουσιάζει μείζονα κατάθλιψη, ενώ στην ηλικία των 18 ετών πάσχει περίπου το 9%.

Ως προς το φύλο, υπάρχει μια σαφής υπεροχή των κοριτσιών, που παρουσιάζουν κατάθλιψη. Το ποσοστό εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα κορίτσια είναι τουλάχιστον διπλάσιο από των αγοριών στην εφηβεία, μια διαφορά που συνεχίζει να υφίσταται και στην ενήλικη ζωή (Knopf et al., 2008; Bhatia & Bhatia, 2007; Crick & Zahn-Waxler, 2003; Hankin et al., 1998).

Μελέτη που εκπονήθηκε στη Σουηδία (Olsson & Von-Knorring, 1999), σε δείγμα 2.300 μαθητών, ηλικίας 16-17 ετών, αναφέρει επίπτωση μείζονος κατάθλιψης 5,8% και αναλογία

φύλου 4 κορίτσια / 1 αγόρι. Σύμφωνα με τις σχετικές μελέτες, αυτή η διαφορά οφείλεται σε ένα σύνολο παραγόντων. Συγκεκριμένα, το μοντέλο, που έχει υποστηριχθεί από τα ερευνητικά δεδομένα, είναι ότι τα κορίτσια είναι πιο πιθανό να έχουν ορισμένα προδιαθεσιακά χαρακτηριστικά ακόμα και πριν την εφηβεία, τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη. Τέτοια είναι ο έλεγχος του εαυτού και των ενορμήσεων, η ανοχή, η ευαισθησία, η ενσυναίσθηση, η κοινωνική ωριμότητα, η αξία που δίνουν στις διαπροσωπικές σχέσεις, ο αναστοχαστικός τρόπος διαχείρισης των προβλημάτων και άλλα. Όταν αυτά τα χαρακτηριστικά αλληλεπιδράσουν με βιολογικές αλλαγές (πρώιμη ήβη, δυσλειτουργία των ορμονών) και κοινωνικές προκλήσεις (υιοθέτηση των χαρακτηριστικών του ρόλου του φύλου τους, αρνητική εικόνα σώματος, αρνητικά γεγονότα), που προκύπτουν στην εφηβεία και είναι συγκεκριμένες για τα κορίτσια, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες για εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Κοκκέβη και συν., 2008; Cicchetti & Rogosch, 2002; Zahn-Waxler et al., 2000).

Βέβαια υπάρχουν μελέτες όπως της Χατζηδήμου (1997) σε Ελληνικό δείγμα εφήβων ηλικίας 12 έως 18 ετών η οποία δεν βρήκε διαφορές στην συχνότητα της κατάθλιψης μεταξύ των δύο φύλων.

Τέλος, όσον αφορά στην ηλικία, τα ευρήματα των μελετών δείχνουν ότι η πρώιμη έναρξη της κατάθλιψης συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για επίμονη και πιο σοβαρή εκδήλωση στην πορεία (Dunn & Goodyer, 2006; Zahn-Waxler et al., 2000).

Αδυναμίες της παρούσας μελέτης

Το μικρό μέγεθος του δείγματός μας, περιορίζει την υπεργενίκευση των αποτελεσμάτων μας. Ένας επιπλέον αρνητικός παράγοντας είναι ο περιορισμός στη γεωγραφική θέση του δείγματος. Ο βαθμός στον οποίο θα βρίσκονταν ίδια ή διαφορετικά αποτελέσματα από δείγμα από άλλες περιοχές της χώρας, είναι άγνωστος.

Επιπροσθέτως, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η μελέτη μας βασίζεται σε δείγμα εφήβων που φοιτούν στο σχολείο. Έτσι αποκλείονται έφηβοι που εγκατέλειψαν το σχολείο ή έχουν

αποβληθεί, έφηβοι που ζουν σε ιδρύματα ή ορφανοτροφεία, ομάδες που ίσως περιλαμβάνουν εφήβους με καταθλιπτικά συμπτώματα.

Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των αυτοσυμπληρούμενων κλιμάκων μπορεί να αμφισβητηθεί, όταν αυτές αφορούν «ευαίσθητες» ερωτήσεις για παράδειγμα τη χρήση παράνομων ουσιών ή τα βαθύτερα συναισθήματα των εφήβων. Είναι πιθανό ότι οι έφηβοι δεν αναφέρουν συμπεριφορές όπως είναι η χρήση ναρκωτικών, θεωρώντας αυτές κοινωνικά ανεπιθύμητες ή όταν αναφέρουν να είναι λόγω αστεϊσμού.

Αν οι έφηβοι δεν αναφέρουν την αληθή συχνότητα της χρήσης ναρκωτικών και των βαθύτερων συναισθημάτων, τα δεδομένα της μελέτης υποεκτιμούν το βαθμό αυτών των προβλημάτων σε σχολικούς εφηβικούς πληθυσμούς.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Μεταξύ των ψυχικών διαταραχών της εφηβείας η κατάθλιψη είναι από τις πιο συχνές, ενώ μπορεί να είναι μακρόχρονη και επαναλαμβανόμενη. Διάφορες μελέτες, σε κλινικούς και μη πληθυσμούς, έχουν δείξει ότι η μείζων κατάθλιψη στην εφηβική ηλικία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη αυτής, στην ενήλικη ζωή, με μακροχρόνιες αρνητικές επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις και τις ακαδημαϊκές σπουδές (Κολαΐτης, 2012). Μακροχρόνια μελέτη του Maudsley παιδιών και εφήβων με κατάθλιψη που αφορούσε 149 άτομα με ΜΔΚ (μείζων καταθλιπτική διαταραχή), τα οποία επανεξετάστηκαν 20 χρόνια αργότερα, 62,4% βρέθηκαν με υποτροπιάζουσα ΜΔΚ και 75,2% με οποιαδήποτε κατάθλιψη (Fombonne et al., 2001).

Τα παραπάνω καταδεικνύουν ότι είναι προφανής η ανάγκη για έγκαιρη ανίχνευση, διαγνωστική αξιολόγηση και θεραπεία των συναισθηματικών διαταραχών στους νεαρούς ασθενείς καθώς και η ανάγκη για συνέχεια στην ψυχοκοινωνική φροντίδα και θεραπεία τους από τις μικρές ηλικίες στην ενηλικίωση (Suwa & Yasuo, 2010).

Η πλειοψηφία των καταθλιπτικών εφήβων διαφεύγει της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας, δεδομένου ότι η κατάθλιψη μπορεί να καλύπτεται και έτσι να μην γίνει εύκολα αντιληπτή. Εξάλλου, καθένα από τα συμπτώματα αυτής (ευερεθιστότητα, θυμός, ενοχές, θλίψη, ψυχοκινητική επιβράδυνση κλπ) ενδέχεται να εμφανιστεί φυσιολογικά στην εφηβεία, δίχως να υποδηλώνει μια καταθλιπτική διαταραχή (Μακρή-Μπότσαρη, 2008). Τα οφέλη της μελέτης, είναι ο έγκαιρος εντοπισμός πιθανών καταθλιπτικών διαταραχών, που θα δώσει τη δυνατότητα προληπτικής παρέμβασης.

Σημαντικό στοιχείο της προληπτικής στρατηγικής είναι η πληροφόρηση των εφήβων, των γονέων, των εκπαιδευτικών και της κοινότητας που θα τους βοηθήσει στην αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης και στην αντιμετώπισή της στην πρωτοβάθμια φροντίδα και από ειδικούς ψυχικής υγείας, ή ακόμη και από το σχολείο (Jonsson et al., 2010a; Jonsson et al., 2010b).

Οι έφηβοι χρειάζονται στήριξη για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν όσο το δυνατό καλύτερα τις προκλήσεις της εφηβείας. Οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί και άλλοι άνθρωποι του περιβάλλοντός τους, πρέπει να γνωρίζουν βασικές πτυχές των αλλαγών που υφίστανται την περίοδο αυτή. Συχνά, οι γονείς δεν καταλαβαίνουν ή δεν συνειδητοποιούν ότι υπάρχει πρόβλημα. Σε αυτό συμβάλλει η αντικειμενική δυσκολία αναγνώρισης μιας πιθανής διαταραχής κατά την εφηβική ηλικία, αφού συχνά οι αλλαγές στην συμπεριφορά αποδίδονται από τους γονείς στην «κρίση» της εφηβείας.

Την ίδια στιγμή όμως η προκατάληψη που εξακολουθεί να υπάρχει στην Ελλάδα γύρω από τις ψυχικές νόσους και η επιφυλακτικότητα της ελληνικής οικογένειας απέναντι στους ειδικούς και τις ψυχολογικές θεραπείες έχουν σαν αποτέλεσμα πολύ περισσότερα περιστατικά να παραμένουν αδιάγνωστα ή αθεράπευτα. Για τους λόγους αυτούς, κύριο μέλημα των γονέων θα πρέπει να είναι η κατάλληλη εκπαίδευση, ώστε να γνωρίσουν ο,τιδήποτε αφορά στις συναισθηματικές διαταραχές (συμπτωματολογία, τρόποι δημιουργίας θετικής αυτοαντίληψης των παιδιών κλπ). Οι έφηβοι είναι κατά κανόνα πολύ ευαίσθητοι σε συμπεριφορές κριτικής και απόρριψης που εκφράζονται από τους ενήλικες. Χρειάζονται ενδιαφέρον, αποδοχή, διάλογο, θετική ενίσχυση και διαθεσιμότητα από τον ενήλικα, έτσι ώστε να εκφράσουν το αίσθημα δυσφορίας που νιώθουν.

Από τη στιγμή που ο γονιός εντοπίσει τα συμπτώματα κάποιας συναισθηματικής διαταραχής, θα πρέπει να ενημερώσει το σχολείο ώστε να λάβουν γνώση οι εκπαιδευτικοί, οι οποίοι πρέπει να είναι επίσης ικανοί να εντοπίσουν κάποια συμπτώματα συναισθηματικών διαταραχών. Απαραίτητη κρίνεται η συνεργασία με το σχολικό ψυχολόγο (όταν αυτός υπάρχει) ή άλλους ειδικούς ψυχικής υγείας.

Αν και η παρούσα μελέτη διερεύνησε την ανίχνευση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε εφήβους μαθητές, με σκοπό να συμβάλει στην επιστημονική γνώση για την κατάθλιψη της εφηβικής ηλικίας με δεδομένα αξιοποιήσιμα στην προσπάθεια ευαισθητοποίησης τόσο του οικογενειακού, όσο και του σχολικού περιβάλλοντος, και με τελικό στόχο την πρόωπη αναγνώριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των εφήβων και την έγκαιρη αντιμετώπισή τους, η κακή πρόγνωση αυτής αποτελεί σημαντικό κίνητρο για περαιτέρω ερευνητική ενασχόληση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

1. Adam EK, Sutton JM, Doane LD, Mineka S, (2008). Incorporating hypothalamic-pituitary-adrenal axis measures into preventive interventions for adolescent depression: are we there yet?, *Dev Psychopathol* 20 (3): 975-1001.
2. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR, Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc, 2000, σελ. 943.
3. American Psychiatric Association, Developing adolescents: A reference for professionals. Washington, DC, 2002.
4. Andrews G, (2001). Should depression be managed as a chronic disease? *BMJ* 332, 419-421.
5. Angold A, Costello EJ, Worthman CM, (1998): Puberty and depression: The roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol Med* 28:51– 61.
6. Arnett JJ, (2006). Stanley Hall's Adolescence: Brilliance and Nonsense. *History of Psychology*. Vol. 9 (3): 186–197.
7. Asarnow JR, Jaycox LH, Anderson M, (2002). Depression among youth in primary care models for delivering mental health services. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 11 (3): 477-497.
8. Avenevoli S, Stolar M., Li J, Dierker L, Merikangas KR, (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: Models and evidence from a prospective high-risk family study. *Society of Biological Psychiatry*, 49:1071-1081.
9. Barkley RA, Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.). Guilford Press, New York, 2006.
10. Bansal PD and Barman R, (2011). Psychopathology of school going children in the age group of 10-15 years. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*, 1(1), 43-47.
11. Barrett PM, Farrell LJ, Ollendick TH, Dadds M, (2006). Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the friends program. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 35: 403–411.

12. Beautrais AL, (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z Psychiatry*. 34: 420–436.
13. Beesdo K, Knappe S, Pine DS, (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524.
14. Berten H, Cardoen D, Brondeel R, Vettenburg N, (2012). Alcohol and cannabis use among adolescents in Flemish secondary school in Brussels: effects of type of education. *BMC Public Health*. Mar 20, 12:215.
15. Beck AT. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, Ny, USA: International Universities Press, 1976.
16. Bhatia SK, & Bhatia SC, (2007). Childhood and adolescent depression. *American Academy of Family Physicians*, 75(1), 73-80.
17. Biederman J, Mick E, Faraone SV, (2000). Age-dependent decline of symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157, 816-818.
18. Birmaher B, Dahl RE, Williamson DE, Perel JM, Brent DA, Axelson DA, Kaufman J, Dorn LD, Stull S, Rao U, Ryan ND, (2000). Growth Hormone Secretion in Children and Adolescents at High Risk for Major Depressive Disorder, *Archives of General Psychiatry*, 57 (9): 867-872.
19. Birmaher B, Arbelaez C, Brent D, (2002). Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 11: 619–637.
20. Birmaher B, Brent D; AACAP Work Group on Quality Issues, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, Chrisman A, Farchione T, Greenhill L, Hamilton J, Keable H, Kinlan J, Schoettle U, Stock S, Ptakowski KK, Medicus J, (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 46 (11): 1503-1526.
21. Black SW and Pössel P, (2012). The Combined Effects of Self-Referent Information Processing and Ruminative Responses on Adolescent Depression., *Journal of Youth Adolescence*. 2012 Oct 7.
22. Bohman H, Jonsson U, Päären A, von Knorring L, Olsson G, von Knorring AL, (2012). Prognostic significance of functional somatic symptoms in adolescence: a 15-year

- community-based follow-up study of adolescents with depression compared with healthy peers. *BMC Psychiatry*. 27;12:90.
23. Bongers IL, Koot HM, Van der Ende J, Verhulst FC, (2003). The normative development of child and adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(2), 179-192.
 24. Bowles T, (1999). Focusing on time orientation to explain adolescent self-concept and academic achievement: Part II. Testing a model. *Journal of Applied Health Behaviour*, 1: 1–8.
 25. Brand S and Kirov R, (2011). Sleep and its importance in adolescence and in common adolescent somatic and psychiatric conditions. *International Journal of General Medicine*. 4: 425–442.
 26. Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J, (1996). Suicidal Behavior Runs in Families. *Archives of General Psychiatry*, 53: 1145-1152.
 27. Brent D A, Roth CM, Holder DP, Kolko DJ, Birmaher B, Johnson B A, Schweers JA, (1997). Psychosocial interventions for treating adolescent suicidal depression: a comparison of three psychosocial interventions. In: Hibbs E.D., Jensen P.S., (eds.).
 28. Briesch AM, Hagermoser Sanetti LM, Briesch JM, (2010). Reducing the prevalence of anxiety in children and adolescents: an evaluation of the evidence base for the Friends for Life program. *School Mental Health*. 2: 155–165.
 29. Broberg AG, Ekeröth K, Gustafsson PA, Hansson K, Häggölf B, Ivarsson T, Larsson B, (2001). Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: a normative study of the YSR. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10: 186-193.
 30. Carballo JJ, Muñoz-Lorenzo L, Blasco-Fontecilla H, Lopez-Castroman J, García-Nieto R, Dervic K, Oquendo MA, Baca-García E, (2011). Continuity of Depressive Disorders From Childhood and Adolescence to Adulthood: A Naturalistic Study in Community Mental Health Centers. *Prim Care Companion CNS Disord*. 13(5).
 31. Chown P, Kang M, Sanci L, Newnham V, Bennett D, (2008). Adolescent Health: Enhancing the skills of General Practitioners in caring for young people from culturally diverse backgrounds. New South Wales: A collaboration between NSW CAAH and NSW Transcultural Mental Health Centre.
 32. Cicchetti D and Rogosch FA, (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (1): 6-20.

33. Clark MS, Jansen KL, Cloy JA, (2012). Treatment of childhood and adolescent depression. *American Family Physician*. 86 (5): 442-448.
34. Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, (2001). A randomized trial of group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Arch Gen Psychiatry*, 58, 1127-1134.
35. Cobb NJ, *Adolescence: continuity, change and diversity*(7th edition). Sunderland, Mass.: Sinauer Associates, Inc, 2010.
36. Cohen D, (2011). Does experimental research support psychoanalysis? *Journal Physiology Paris.*, 105(4-6):211-9.
37. Connor D, *Aggression and Antisocial Behavior in Children and Adolescents. Research and Treatment*, The Guilford Press, New York, 2002, p. 134-157.
38. Cook MN, Peterson J, Sheldon C, (2009). Adolescent Depression. *Psychiatry (Edgmont)*. 6 (9): 17–31.
39. Costello EJ, Copeland W, Angold A, (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults?, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 52 (10): 1015–1025.
40. Crick NR, & Zahn-Waxler C, (2003). The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. *Development and Psychopathology*, 15: 719-742.
41. Cummings AL, & Leschied AW, (2001). Understanding aggression with adolescent girls: implications for policy and practice. *Canadian Journal of Community and Mental Health*, 20 (2), 43-57.
42. Davis HA, (2003). Conceptualizing the role and influence of student-teacher relationships on children's social and cognitive development. *Educational Psychologist*, 38(4): 207-234.
43. Dhossche D, Ferdinand R, Van der Ende J, Hofstra MB, Verhulst F, (2002). Diagnostic outcome of self-reported hallucinations in adolescents from the general population. *Psychological medicine*, 32(4): 619-627
44. DuBois DL, Bull CA, Sherman MD, Roberts M, (1998). Self-esteem and adjustment in early adolescence: A social-contextual perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, 27(5): 557-583.

45. Dumont IP, Olson AL, (2012). Primary care, depression, and anxiety: exploring somatic and emotional predictors of mental health status in adolescents. *J Am Board Fam Med.* 5(3): 291-299.
46. Dunlop SM, More E, Romer D, (2011). Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation? *J Child Psychol Psychiatry*, 52: 1073-80.
47. Dunn E, Uddin M, Subramanian SV, Smoller JW, Galea S and Koenen KC, (2011). Research Review: Gene–environment interaction research in youth depression – a systematic review with recommendations for future research, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 52 (12): 1223–1238.
48. Dunn V, & Goodyer IM, (2006). Longitudinal investigation into childhood-and adolescence-onset depression: psychiatric outcome in early adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 188: 216-222.
49. Eaton LK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, Harris WA, Lowry R, McManus T, Chyen D, Lim C, Whittle L, Brener ND, Wechsler H, (2010). Youth Risk Behavior Surveillance -United States, 2009, surveillance summaries. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(SS-5): 1-37.
50. Emslie GJ, Ventura D, Korotzer A, Tourkodimitris S, (2009). Escitalopram in the treatment of adolescent depression: a randomized placebo-controlled multisite trial.. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry.* 48 (7): 721-729.
51. Encarnação R, Moura M, Gomes F, da Silva PC, (2011). Characterization of the cases referred and consulted in a child and adolescent psyschiatry clinic. A retrospective study., *Acta Med Port.* 24 (6): 925-34.
52. Ferguson CJ, San Miguel C, Hartley RD, (2009). A multivariate analysis of youth violence and aggression: the influence of family, peers, depression and media violence. *J Pediatr*, 155(6): 904-908.
53. Fergusson DM, Woodward LJ, (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry.* 59: 225–231.
54. Findlay SM, (2008). The tired teen: A review of the assessment and management of the adolescent with sleepiness and fatigue. *Paediatr Child Health.* 13(1): 37–42.

55. Fombonne E, Wostear G, Cooper V, Harrington R, Rutter M, (2001). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. 1. Psychiatric outcomes in adulthood. *Br J Psychiatry*. 179: 210–217.
56. Forbes EE, Williamson DE, Ryan ND, Dahl RE, (2004). Positive and negative affect in depression: influence of sex and puberty. *Annals of the New York Academy of Science*. 1021: 341-347.
57. Forgas JP, Baumeister RF, Tice DM, *Psychology of self-regulation: Cognitive, affective, and motivational processes*. Psychology Press; New York, 2009.
58. Frost J, (2004). Self-esteem and body satisfaction in male and female elementary school, high school and university students. *Sex roles: A journal of Research*.
59. Garber J, (2006). Depression in children and adolescents: Linking risk research and prevention. *American Journal of Preventive Medicine*. 31: 104-125.
60. García Montes JM, & Pérez Álvarez M, (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 3: 107-122.
61. Gayman MD, Lloyd DA, Ueno K, (2011). The History and Timing of Depression Onset as Predictors of Young-Adult Self-Esteem. *J Res Adolesc*. 21(3): 691-702.
62. Giannakopoulos G, Dimitrakaki C, Pedeli X, Kolaitis G, Rotsika V, Ravens-Sieberer U, Tountas Y, (2009). Adolescents' wellbeing and functioning: relationships with parents' subjective general physical and mental health., *Health Qual Life Outcomes*. 7: 100.
63. Giordano PC, (2003). Relationships in Adolescence. *Ann Rev Sociol*. 29: 257-281.
64. Goldney RD, Wilson D, Dal Grande E, Fisher LJ, McFarlane AC, (2000). Suicidal ideation in a random community sample: attributable risk due to depression and psychosocial and traumatic events. *Aust N Z J Psychiatry*. 34: 98-106.
65. Goodyer IM, Dubicka B, Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Byford S, Breen S, Ford C, Barrett B, Leech A, Rothwell J, White L, Harrington R, (2008). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression treated by selective serotonin reuptake inhibitors. The ADAPT trial., *Health Technology Assessment* 12 (14): iii-iv, ix-60.
66. Goodyer IM, Tsancheva S, Byford S, Dubicka B, Hill J, Kelvin R, Reynolds S, Roberts C, Senior R, Suckling J, Wilkinson P, Target M, Fonagy P, (2011). Improving mood with psychoanalytic and cognitive therapies (IMPACT): a pragmatic effectiveness superiority trial to investigate whether specialised psychological treatment reduces the

- risk for relapse in adolescents with moderate to severe unipolar depression: study protocol for a randomised controlled trial., *Trials*. 13 (12): 175.
67. Gordon P, Kay Roy BA, Kerrie Eyers MA, (2003). Cognitive Behavior Therapy for Depression? Choose Horses for Courses, *American Journal Psychiatry*. 160: 825-834.
 68. Greszta E. (2004). Current concepts of depression during adolescence, *Medycyna Wieku Rozwojowego*. 8(4): 911-923.
 69. Gudjonsson GH, Sigurdsson JF, Sigfusdottir ID, Young S, (2012). An epidemiological study of ADHD symptoms among young persons and the relationship with cigarette smoking, alcohol consumption and illicit drug use, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 53 (3): 304–312
 70. Guerry JD, Hastings PD. (2011). In search of HPA axis dysregulation in child and adolescent depression., *Clinical Child and Family Psychology Review*. 14 (2): 135-160.
 71. Gutkovich Z, Morrissey RF, Espaillat KR, Dicker R, (2011). Anhedonia and Pessimism in Hospitalized Depressed Adolescents. *Depression Research and Treatment*, Vol. Article ID 795173, p. 1-9.
 72. Hagquist CE, (2007). Health inequalities among adolescents: the impact of academic orientation and parents' education., *Eur J Public Health*. 17 (1): 21-6.
 73. Hai-Yahia M, (1998). Perceptions of abusive and violent husbands by engaged Arab men in Israel. *The Journal of Sosial Psychology*. 138: 772-786.
 74. Hai-Yahia M, (2001). The incidence of witnessing interparental violence and some of its psychological consequences among Arab adolescents. *Child Abuse and Neglect*. 25: 885-907.
 75. Hall GS, *Adolescence: Its psychology and its relation psysiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1904.
 76. Hamm JV, Faircloth BS, (2005). The Role of Friendship in Adolescents' Sense of School Belonging. *New Direct for Child & Adolesc Devel*. 107: 61-78.
 77. Hammen C, Shih J, Altman T, Brennan PA, (2003). Interpersonal impairment and the prediction of depressive symptoms in adolescent children of depressed and nondepressed mothers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 42 (5): 571-577.

78. Handwerger K, (2009). Differential Patterns of HPA Activity and Reactivity in Adult Posttraumatic Stress Disorder and Major Depressive Disorder. *Harvard Rev Psychiatry*. Vol. 17 (3): 184-205.
79. Hankin BL, (2008). Cognitive vulnerability-stress model of depression during adolescence: investigating depressive symptom specificity in a multi-wave prospective study. *J Abnorm Child Psychol*. 36(7): 999-1014.
80. Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, Silva PA, McGee R, Angell KE, (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *J. Abnorm. Psychology* 107 (1): 128–140.
81. Harrison JR, Vannest KJ, Reynolds CR, (2011). Behaviors that discriminate ADHD in children and adolescents: primary symptoms, symptoms of comorbid conditions or indicators of functional impairment?. *Journal of Attention Disorders*. 15(2): 147-160.
82. Van Der Vorst H, Rutger CME Engels, Meeus W, Deković M, (2006). The impact of alcohol-specific rules, parental norms about early drinking and parental alcohol use on adolescents' drinking behavior, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 47 (12): 1299–1306
83. Haskin BL, (2008). Cognitive vulnerability-stress model of depression during adolescence: investigating depressive symptom specificity in a multiwave prospective study. *J Abnorm Child Psychol*. 36: 999–1014.
84. Helstelä L, (2001). Self-reported competence and emotional and behavioral problems in a sample of Finnish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*. 55(6): 381-385.
85. Hetrick S, Merry S, McKenzie J, Sindahl P, Proctor M, (2007). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depressive disorders in children and adolescents. 18 (3): CD004851.
86. Heyerdahl S, Kvernmo S, Wichstrøm L, (2004). Self-reported behavioral/ emotional problems in Norwegian adolescents from multiethnic areas. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 13(2): 64-72.
87. Hodges EVE, Boivin M, Vitaro F, Bukowksi WM, (1999). The power of friendship: protection against an escalating cycle of peer victimization. *Dev Psychol*. 35(1): 94-101.
88. Hoffmann ML, Powlishta KK, White KJ, (2004). An examination of gender differences in adolescent adjustment: The effect of competence on gender role differences in symptoms of psychopathology. *Sex Roles*. 50: 795-810.

89. Hoftun GB, Romundstad PR, Rygg M, (2012). Factors Associated With Adolescent Chronic Non-Specific Pain, Chronic Multisite Pain, and Chronic Pain With High Disability: The Young-HUNT Study 2008., *J Pain*. 13(9): 874-83.
90. Hoftun GB, Romundstad PR, Zwart JA, Rygg M, (2011). Chronic idiopathic pain in adolescence--high prevalence and disability: the young HUNT Study 2008, *Pain*. 152(10): 2259-2266.
91. Hori H, Ozeki Y, Teraishi T, Matsuo J, Kawamoto Y, Kinoshita Y, Suto S, Terada S, Higuchi T, Kunugi H, (2010). Relationships between psychological distress, coping styles, and HPA axis reactivity in healthy adults, *J Psychiatric Res*. 44 (14): 865-873.
92. Huberty TJ, Depression; Helping children in the classroom, In Canter et al.(Eds.), *Helping children at home and school II: Handouts for parents and educators*. Bethesda. MD National Association of school Psychologists, 2004.
93. Hughes HM, and Luke DA, Heterogeneity in adjustment among children of battered women. In G.W. Holden, R. Geffner, & E. N. Jouriles (Eds), *Children exposed to marital violence* (pp.185-221). Washigton DC: American Psychological Association, 1998.
94. Jeffery P, (2006). Anxiety in children and adolescents. *Medical Forum*. Available at: <http://www.themariancentre.com.au/pdf/publications/Anxiety%20in%20Children%20and%20Adolescents%20Medical%20Forum%20February%202006.pdf>.
95. Jianghong Liu, (2011). Early Health Risk Factors for Violence: Conceptualization, Review of the Evidence, and Implications., *Aggress Violent Behavior*. 16(1): 63-73.
96. Johnson DP, Whisman MA, Corley RP, Hewitt JK, Rhee SH, (2012). Association between Depressive Symptoms and Negative Dependent Life Events from Late Childhood to Adolescence. *J Abnorm Child Psychol*. 17.
97. Jonsson U, Bohman H, Hjern A, von Knorring L, Olsson G, von Knorring AL, (2010). Subsequent higher education after adolescent depression: a 15-year follow-up register study. *Eur Psychiatry*. 25: 396–401
98. Jonsson U, Bohman H, Hjern A, von Knorring L, Paaren A, Olsson G, (2010). Intimate relationships and childbearing after adolescent depression: a population-based 15 year follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010 May 30.

99. John F and Clabby, (2006). Helping Depressed Adolescents: A Menu of Cognitive-Behavioral Procedures for Primary Care, *Primary Care Companion Journal Clinical Psychiatry*. 8 (3): 131–141.
100. Johnson DP, Whisman MA, Corley RP, Hewitt JK, Rhee SH, (2012). Association between Depressive Symptoms and Negative Dependent Life Events from Late Childhood to Adolescence. *J Abnorm Child Psychol*. 40 (8): 1385-1400.
101. Joseph-DiCaprio, (2010). Counseling parents of difficult adolescents., *Minnesota Medicine*. 93 (9): 41-43.
102. Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Marttunen M, Rimpelä A, Rantanen P, (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *BMJ*. 319: 348-351.
103. Kaltiala-Heino R, Rissanen A, Rimpela M, Rantanen P, (2003). Bulimia and impulsive behaviour in middle adolescence. *Psychother Psychosom*. 72: 26–33.
104. Kapi A, Veltsista A, Sovio U, Järvelin MR, Bakoula C, (2007). Comparison of self-reported emotional and behavioral problems in adolescents from Greece and Finland. *Acta Paediatrica*. 96: 1174-1179.
105. Kaplan HI and Sadock BJ, *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*, 1998.
106. Karriker-Jaffe KJ, Foshee VA, Ennett ST, Suchindran C, (2008). The development of aggression during adolescence: Sex differences in trajectories of physical and social aggression among youth in rural areas. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 36: 1227-1236.
107. Merikangas KR, Stolar M, Stevens DE, Goulet J, Preisig MA, Fenton B, Zhang H, O'Malley S, Rounsaville BJ, (1998). Familial Transmission of Substance Use Disorders, *Arch Gen Psychiatry*. 55(11): 973-979.
108. Keenan K, Hipwell A, Duax J, Stouthamer-Loeber M, Loeber R, (2004). Phenomenology of Depression in Young Girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 43(9): 1098-1107
109. Kennard BD, Emslie GJ, Mayes TL, (2008). Cognitive-behavioral therapy to prevent relapse in pediatric responders to pharmacotherapy for major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 47: 1395–1404.

110. Kerr M, Van Zalk M, Stattin H, (2011). Psychopathic traits moderate peer influence on adolescent delinquency , *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 53 (8): 826–835).
111. Kessler RC, Berglund P, Delmer O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE, (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 62: 593-602.
112. Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, Wang P, Wells KB, Zaslavsky AM, (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med*. 352 (24): 2515-2523.
113. Kim J, Rapee RM, Oh KJ, Moon HS, (2008). Retrospective report of social withdrawal during adolescence and current maladjustment in young adulthood: Cross-cultural comparisons between Australian and South Korean students. *Journal of adolescence*. 31:543-563.
114. Klenk MM and Strauman TJ, (2011). Regulatory Focus and Anxiety: A Self-Regulatory Model of GAD-Depression Comorbidity, *Pers Individ Dif*. 50 (7): 935–943.
115. Kling KC, Hyde JS, Showers CJ, Buswell BN, (1999). Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 125(4): 470-500.
116. Klomek AB, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS, (2007). Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 46: 40-49.
117. Kösters PM, Chinapaw MJM, Zwaanswijk M, Marcel F van der Wal, Elisabeth MWJ Utens, Hans M Koot, (2012). Study design of 'FRIENDS for Life': process and effect evaluation of an indicated school-based prevention programme for childhood anxiety and depression. *BMC Public Health*. 12: 86.
118. Knopf D, Park MJ, Mulye PT, *The Mental Health of Adolescents: A National Profile*. San Francisco, CA: National Adolescent Health Information Center, University of California, San Francisco, 2008.
119. Kovacs M, Lopez-Duran N, (2010). Prodromal symptoms and atypical affectivity as predictors of major depression in juveniles: implications for prevention. *Journal Child Psychology Psychiatry*. 51 (4): 472–496.
120. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML, (2012). Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet*. 379 (9820): 1045–1055.

121. Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C, (2012). Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 53 (4): 381–389
122. Laftman SB, Ostberg V, (2006). The pros and cons of social relations: An analysis of adolescents' health complaints. *Social Sci Med*. 63: 611-623.
123. La Greca AM, Harrison HM, (2005). Adolescent Peer Relations, Friendships, and Romantic Relationships: Do They Predict Social Anxiety and Depression? *J Clinic Child & Adolesc Psychol*. 34 (1): 49-61.
124. Laible DJ, Carlo G, Roesch SC, (2004). Pathways to self-esteem in late adolescence: the role of parent and peer attachment, empathy and social behaviors. *Journal of Adolescence*. 27: 703-716.
125. Lam RW, Tam EM, Yatham LN, Shiah IS, Zis AP, (2001). Seasonal depression: the dual vulnerability hypothesis revisited. *Journal Affective Disorders*. 63 (1-3): 123-132.
126. Langberg JM, Epstein JN, Altaye M, Molina BSG, Arnold LE, Vitiello B, (2008). The Transition to Middle School Is Associated with Changes in the Developmental Trajectory of ADHD Symptomatology in Young Adolescents with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 37(3): 651-663.
127. Larson RW, Moneta G, Richards MH, Wilson S, (2002). Continuity, stability and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Development*. 73(4): 1151-1165.
128. Lasky T, Krieger A, Elixhauser A, Vitiello B, (2011). Children's hospitalizations with a mood disorder diagnosis in general hospitals in the united states 2000-2006. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 5: 27.
129. Lau JY, *Developmental Aspects of Mood Disorders*. Current Topics Behavioral Neurosciences, 2012.
130. Laucht M, Blomeyer D, Buchmann AF, Treutlein J, Schmidt MH, Esser G, Jennen-Steinmetz G, Rietschel M, Zimmermann ZU, Banaschewski T, (2012). Catechol-O-methyltransferase Val158Met genotype, parenting practices and adolescent alcohol use: testing the differential susceptibility hypothesis, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 53 (4): 351–359.

131. Lazaratou H, Dikeos DG, Anagnostopoulos DC, Soldatos CR, (2010). Depressive symptomatology in high school students: The role of age, gender and academic pressure. *Community Mental Health Journal*. 46(3): 289-295.
132. Leondari A. and Gialamas V, (2000). Relations between self-esteem, perceived control, possible selves, and academic achievement in adolescents. *Psychology*. 7(3): 267-277.
133. Livaditis M, Zaphiriadis K, Fourkioti A, Tellidou C, Xeniditis KI, (2002). Parental loss and problem behaviour in Greek adolescents: Student and teacher perspectives. *International Review of Psychiatry*. 14(1): 60-65.
134. Lofthouse N, Mackinaw-Koons B, Fristad MA, (2004). Bipolar spectrum disorder: Early onset. In Canter et al. (eds). *Helping children at home and school II: Handouts for parents and educators*. Bethesda, MD: National Association of school Psychologists.
135. Lopez-Duran NL, Kovacs M, George CJ, (2009). Hypothalamic – Pituitary – adrenal axis dysregulation in depressed children and adolescents: A meta – analysis, *Psychoneuroendocrinology*. Vol. 34 (9): 1272-1283).
136. Luby JL, Belden AC, Spitznagel E, (2006). Risk factors for preschool depression: the mediating role of early stressful life events, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 47 (12): 1292–1298
137. Madianos MG, Gefou-Madianou D, Stefanis CN, (1993). Depressive Symptoms and Suicidal Behavior among general population adolescents and young adults across Greece. *European Psychiatry*. 8: 139-146.
138. Magklara K, Skapinakis P, Niakas D, Bellos S, Zissi A, Stylianidis S, Mavreas V, (2010). Socioeconomic inequalities in general and psychological health among adolescents: a cross-sectional study in senior high schools in Greece. *Int J Equity Health*. Jan 23:9-3.
139. Magnusson A, (1998). Light therapy to treat winter depression in adolescents in Iceland., *Journal Psychiatry Neuroscience*. 23(2): 118–122.
140. Maker AH, Kimmelmeier M, Peterson C, (1998). Long-term psychological consequences in women of witnessing parental physical conflict and experiencing abuse in childhood. *Journal of Interpersonal Violence*. 13: 574-589.
141. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke

- A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H, (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 294 (16): 2064-74.
142. Marsh R, Maia TV, Peterson BS, (2009). Functional Disturbances Within Frontostriatal Circuits Across Multiple Childhood Psychopathologies. *American Journal Psychiatry*. 66 (6): 664–674.
143. Maughan B and Coghill D, (2011). Editorial: Focusing on a moving target: key themes for research and practice in adolescent mental health, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 52 (10): 1013–1014.
144. Mayet A, Legleye S, Chau N, Falissard B, (2010). The mediation role of licit drugs in the influence of socializing on cannabis use among adolescents: A quantitative approach. *Addict Behav*. 35(10): 890-895.
145. McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML, (2009). Mechanisms linking stressful life events and mental health problems in a prospective, community-based sample of adolescents. *J Adolesc Health*. 44(2): 153-60.
146. McMullin JA, & Cairney J, (2004). Self-esteem and the intersection of age, class, and gender. *Journal of Aging Studies*. 18: 75-90.
147. Meichenbaum D, (2006). Comparison of aggression in boys and girls: a case for gender-specific interventions. Available at: http://schoolviolenceprevention.com/Meich_06_genderdifferences.PDF
148. Meng XH, Tao FB, Wan YH, Hu Y, Wang RX, (2011). Coping as a mechanism linking stressful life events and mental health problems in adolescents. *Biomed Environ Sci*. 24(6): 649-655.
149. Merrell KW, *Helping students overcome depression and anxiety: a practical guide* (2nded). Guilford Press, New York, 2008.
150. Moreno C, Roche AM, Greenhill LL, (2006). Pharmacotherapy of child and adolescent depression, *Child Adolescens Psychiatry Clinic North America*. 15(4): 977-998
151. Morris J, Belfer M, Daniels A, Flisher A, Villé L, Lora A, Saxena S, (2011). Treated prevalence of and mental health services received by children and adolescents in 42 low-and-middle-income countries, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 52 (12): 1239–1246.

152. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *Lancet*. 37: 851–858.
153. NASP, (2001). Depression in children and adolescents: Information for families and educators. Available at: www.nasponline.org/resources/freepubs.aspx.
154. National Institute of Mental Health, (2000). Depression in children and adolescents: A fact sheet for physicians. NIMH Publication No. 00-4744. Available at: <http://www.mental-health-matters.com/component/content/article/607>.
155. Nemeroff CB, Vale WW, (2005). The neurobiology of depression: Inroads to treatment and new drug discovery. *J Clin Psychiatry*, 66(Suppl 7): 5–13.
156. Niederhofer H & Von Klitzing K, (2011). Bright Light Treatment as Add-On Therapy for Depression in 28 Adolescents: A Randomized Trial, *Prim Care Companion CNS Disord*. 13(6): PCC.11m01194.
157. Nordentoft M, (2007). Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Dan Med Bull*. 54 (4): 306-369.
158. Oh W, Rubin KH, Bowker JC, Booth-LaForce C, Rose-Krasnor L, Laursen B, (2008). Trajectories of social withdrawal from middle childhood to early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 36: 553-566.
159. Olsson GI, Von-Knorrning AI, (1999). Adolescent depression: prevalence in Swedish high school students. *Acta Psychiatr Scand*. 99: 324-331.
160. Ougrin D, Tranah T, Leigh E, Taylor L, Asarnow RJ, (2012). Practitioner Review: Self-harm in adolescents, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 53 (4): 337–350).
161. Park HS, Schepp KG, Jang EH, Koo HY, (2006). Predictors of suicidal ideation among high school students by gender in South Korea. *J Sch Health* 76: 181-188.
162. Parker G, Roy K, Eyers K, (2003). Cognitive Behavior Therapy for Depression? Choose Horses for Courses, *American Journal Psychiatry*. 160: 825-834.
163. Power, TJ, Shapiro ES & DuPaul GJ, (2003). Preparing Psychologists to Link Systems of Care in Managing and Preventing Children's Health Problems, *Journal of Pediatric Psychology*. 28 (2), 147-155.

164. Purandare M, (2010). Adolescent Helplessness: Depression, Explanatory Style and Life Events as Correlates of Helplessness, *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. Vol. 36 (2): 225-229.
165. Rao U, Hammen CL, Poland RE, (2009). Risk markers for depression in adolescents: sleep and HPA measures, *Neuropsychopharmacology*. 34 (8): 1936-1945.
166. Rao U, Poland RE, (2008). Electroencephalographic sleep and hypothalamic-pituitary-adrenal changes from episode to recovery in depressed adolescents, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 18(6): 607-613
167. Renou S, Hergueta T, Flament M, Mouren-Simeoni MC, Lecrubier Y, (2004). Diagnostic structured interviews in child and adolescent's psychiatry, *Encephale*. 30 (2): 122-34.
168. Rescorla L, Achenbach TM, Ivanova MY, Dumenci L, Almqvist F, Bilenberg N, Bird H, Broberg A, Dobrean A, Döpfner M, Erol N, Fornis M, Hannesdottir H, Kanbayashi Y, Lambert MC, Leung P, Minaei A, Mulatu MS, Novik TS, Oh KJ, Roussos A, Sawyer M, Simsek Z, Steinhausen HC, Weintraub S, WinklerMeztke C, Wolanczyk T, Zilber N, Zukauskiene R, Verhulst F, (2007). Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 75(2): 351-358.
169. Rice F, (2010). Genetics of childhood and adolescent depression: insights into etiological heterogeneity and challenges for future genomic research. *Genome Med*. 2 (9): 68.
170. Rickards H, (2005). Depression in neurological disorders: Parkinson's disease, multiple sclerosis, and stroke. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*. 76: i48-i52.
171. Robins RW, Trzensiewski KH, Tracy JL, Gosling SD, Potter J, (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*. 17(3): 423-434.
172. Rohde P, (2005). Cognitive-Behavioral Treatment for Depression in Adolescents, *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*. Vol. 1 (1): 6
173. Ross CE & Broh BA, (2000). The roles of self-esteem and the sense of personal control in the academic achievement process. *Sociology of Education*. 73(4): 270-284.

174. Roussos A, Francis K, Zoubou V, Kiprianos S, Prokopiou A, Richardson C, (2001). The standardization of Achenbach's Youth Self-Report in Greece in a national sample of high school students. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 10: 47-53.
175. Rubin KH, Burgess KB, Coplan RJ, Social withdrawal and shyness. In PK Smith & CH Hart, *Blackwell's handbook of childhood social development* (ss 329-352). London: Blackwell Publishers Ltd, 2002.
176. Rubin KH, & Coplan RJ, (2004). Paying attention to and not neglecting social withdrawal and social isolation. *Merrill-Palmer Quarterly*. 50(4): 506-534
177. Rubin KH, Wojslawowicz-Bowker JC, Gazelle H, Social withdrawal in childhood and adolescence: peer relationships and social competence. In KH Rubin and R Coplan, *The development of shyness and social withdrawal* (ss 131-156). New York: Guilford Press, 2010.
178. Rudan V, Begovac I, Szirovicza L, Filipović O, Skočić M, (2005). The Child Behavior Checklist, Teacher Report Form and Youth Self Report problem scales in a normative sample of Croatian children and adolescents aged 7-18. *Collegium Antropologicum*. 29(1): 17-26.
179. Rutter M & Sroufe A, (2000). Developmental psychopathology: concepts and challenges. *Development and Psychopathology*. 12: 265-296.
180. Sadock BJ, Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (9th έκδοση), Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
181. Sally M, More DE, Romer D, (2011). Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation?, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 52 (10): 1073–1080.
182. Sandoval M, Lemos S, Vallejo G, (2006). Self-reported competences and problems in Spanish adolescents: A normative study of the YSR. *Psichothema*. 18(4): 804-809.
183. Sanford M, Boyle M, McCleary L, Miller J, Steele M, Duku E, Offord D, (2006). A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: feasibility and treatment effect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 45 (4): 386-495.
184. Sarra E, Karantza M, Tsgari C, Salaminiou E, Bakoula C, Chroussos G, (2008). Parameters of mental health in Greek adolescents: a comparative assessment between genders. *Archives of Disease in Childhood*, 93, pw539.

185. Sawyer MG, Pfeiffer S, Spence SH, Bond L, Graetz B, Kay D, Patton G, Sheffield J, (2010). School-based prevention of depression: a randomised controlled study of the beyondblue schools research initiative. *J Child Psychol Psychiatry*. 51 (2): 199-209.
186. Scahill L & Schwab-Stone M, (2000). Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 9(3): 541-555.
187. Scharf M and Mayseless O, (2007). Putting eggs in more than one basket: A new look at developmental processes of attachment in adolescence. *New Directions for Child and Adolescent Development*. 117: 1-22.
188. Schneider BH, *Friends and Enemies: Peer Relations in Childhood*. Arnold: London, 2000.
189. Sellers R, Collishaw S, Rice F, Thapar AK, Potter R, Mars B, Harold GT, Smith DJ, Owen MJ, Craddock N, Thapar A. (2012). Risk of psychopathology in adolescent offspring of mothers with psychopathology and recurrent depression. *British Journal Psychiatry*. 2012 Oct.
190. Shankman AS, Nelson BD, Harrow M, Faull R, (2010). Does physical anhedonia play a role in depression? A 20-year longitudinal study. *J Affect Disord*. 120 (1-3): 170–176.
191. Silberg JL, Rutter M, Eaves L, (2001). Genetic and environmental influences on the temporal association between earlier anxiety and later depression in girls. *Biological Psychiatry*. 49: 1040–1049.
192. Silberg J, Rutter M, Neale M, Eaves L, (2001). Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girls. *The British Journal of Psychiatry*. 179: 116-121
193. Simkin DR, (2002). Adolescent substance use disorders and comorbidity, *Pediatr Clin North Am*. 49 (2): 463-477.
194. Skapinakis P, Bellos S, Gkatsa T, Magklara K, Lewis G, Araya R, Stylianidis S, Mavreas V, (2011). The association between bullying and early stages of suicidal ideation in late adolescents in Greece. *BMC Psychiatry*, 11:22.
195. Skinner R and McFaull S, (2012). Suicide among children and adolescents in Canada: trends and sex differences, 1980–2008, *CMAJ (Canadian Medical Association or its licensors)* DOI:10.1503.

196. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E, (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European Journal of Pediatrics*. 166(2): 117-123.
197. Smith-Khuri E, Iachan R, Scheidt PC, Overpeck MD, Gabhainn SN, Pickett W, Harel Y, (2004). A cross-national study of violence-related behaviors in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 158: 539-44.
198. Son SE and Kirchner JT, (2000). Depression in children and adolescents. *American Academy of Family Physicians*. 62: 2297-2312.
199. Spear LP, (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 24: 417-463.
200. Spence S, Burns J, Boucher S, Glover S, Graetz B, Kay D, Patton G, Sawyer M, (2005). The beyondblue Schools Research Initiative: conceptual framework and intervention., *Australas Psychiatry*. 13(2): 159-64.
201. Spencer TJ, (2002). From childhood to adolescence: diagnosis and comorbidity issues. *Advanced Studies in Medicine*. 2(25): 919-924.
202. Steinberg L and Morris AS, (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*. 52: 83-110.
203. Sullivan B and Payne TW, (2007). Affective disorders and cognitive failures: a comparison of seasonal and nonseasonal depression. *American Journal Psychiatry*. 164 (11): 1663-1667).
204. Suwa and Yasuo, (2010). Care continuity for patients with depression during transition from childhood to adulthood. *Nippon Rinsho*. 68: 93–96
205. Mares SHW, Lichtwarck-Aschoff A, Burk WJ, van der Vorst H, Engels R, (2012). Parental alcohol-specific rules and alcohol use from early adolescence to young adulthood, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 53 (7): 798–805.
206. Terhi Aalto-Setälä, Mauri Marttunen, Annamari Tuulio-Henriksson, Kari Poikolainen, Jouko Lönnqvist, (2002). Depressive Symptoms in Adolescence as Predictors of Early Adulthood Depressive Disorders and Maladjustment, *The American Journal of Psychiatry*. Vol. 159 (7): 1235-1237
207. Theodore LA, Bray MA, Kehle TJ, Dioguardi RJ, (2002). School Psychology in Greece: A System of Change. *School Psychology International*. 23: 148-154.

208. Tompson MC, Boger KD, Asarnow JR, (2012). Enhancing the developmental appropriateness of treatment for depression in youth: integrating the family in treatment., *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 21(2): 345-384.
209. Tracy M, Norris HF, Galea S, (2011). Differences in the determinants of posttraumatic stress disorder and depression after a mass traumatic event. *Depression Anxiety*. 28 (8): 666–675.
210. Unick GJ, Snowden L, Hastings J, (2010). Heterogeneity in Comorbidity between Major Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder and its Clinical Consequences. *J Nerv Ment Dis*. 197 (4): 215–224.
211. Van Lang ND, Ferdinand RF, Verhulst FC, (2007). Predictors of future depression in early and late adolescence. *J Affect Disorders*. 97(1-3):137-44.
212. Van Voorhees BW, Paunesku D, Gollan J, Kuwabara S, Reinecke M, Basu A, (2008). Predicting Future Risk of Depressive Episode in Adolescents: The Chicago Adolescent Depression Risk Assessment (CADRA), *Ann Fam Med*. vol. 6 (6): 503-511
213. Verhulst FC, Achenbach TM, VanderEnde J, Erol N, Lambert MC, Leung PWL, Silva MA, Zilber N, Zubrick SR, (2003). Comparison of problems reported by youths from seven countries. *American Journal of Psychiatry*. 160: 1479-1485.
214. Vitiello B, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Asarnow JR, Keller MB, Birmaher B, Ryan ND, Kennard B, Mayes TL, DeBar L, Lynch F, Dickerson J, Strober M, Suddath R, McCracken JT, Spirito A, Onorato M, Zelazny J, Porta G, Iyengar S, Brent DA, (2011). Long-term outcome of adolescent depression initially resistant to selective serotonin reuptake inhibitor treatment: a follow-up study of the TORDIA sample., *Journal of Clinical Psychiatry*. 72(3): 388-396.
215. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, (2005). Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. *Arch Gen Psychiatry*. 62: 29–36.
216. Whitney J, Joormann J, Gotlib IH, Kelley RG, Acquaye T, Howe M, Chang KD and Singh MK, (2012). Information processing in adolescents with bipolar I disorder, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 53 (9): 937–945).
217. Wilkinson PO & Goodyer IM, (2006). Attention difficulties and mood-related ruminative response style in adolescents with unipolar depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 47 (12): 1284–1291.

218. World Health Organization, Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options. Geneva, 2004.
219. Zahn-Waxler C, Klimes-Dougan B, Slattery MJ, (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*. 12: 443-466.

Ελληνική Βιβλιογραφία

220. Achenbach TM and Rescorla LA, Εγχειρίδιο για τα ερωτηματολόγια και προφίλ σχολικής ηλικίας του ΣΑΕΒΑ (Σύστημα Achenbach για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση). Α. Ρούσσου (επιμ.), Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2003.
221. Αναγνωστόπουλος ΔΚ, (2001). Η συννοσηρότητα των μαθησιακών διαταραχών. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18 (5): 457-465.
222. Γαλανάκη Ε, Δυσκολίες προσαρμογής των παιδιών και των εφήβων: Ορισμός, ιδιαιτερότητες, διάκριση από την ομαλή συμπεριφορά. Στο Α. Καλαντζή-Αζίζι & Μ. Ζαφειροπούλου (Επιμ. Έκδ.), Προσαρμογή στο σχολείο: Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών (σσ. 137-151). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2004.
223. Γαλανάκη, Ε, Η «νεκρή» μητέρα: Αναζητώντας τις αναπτυξιακές ρίζες της ψυχικής διαταραχής (Πρόλογος: Σ. Μπεράτη). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2003, σελ. 111.
224. Γαλανάκη Ε και Βογιατζόγλου Π, (2007). Εκφοβισμός/θυματοποίηση στο σχολικό πλαίσιο και μοναξιά. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, Το περιοδικό της Ελληνικής Παιδαγωγικής Εταιρείας, 44: 7-24.
225. Γαλανάκη Ε και Ναυρίδη Α, (2006). Η μοναξιά των παιδιών με πρώιμο ψυχικό τραύμα: Τι μαθαίνουμε από τις παρατηρήσεις της Anna Freud; *Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*, Ελληνική Εταιρεία Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας Παιδιού και Εφήβου, 8(1): 49-66.
226. Cole M. and Cole S, Η ανάπτυξη των παιδιών. Τόμος Γ', Εφηβεία. Αθήνα, Τυπωθήτω – Γ. Δαρδανός, 2002, σελ. 145-149.
227. Ευθυμίου Κ, Μαυροειδή Αθ, Παυλάτου Ε, Καλαντζή-Αζίζι Α, Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπιση τους. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2006.

228. Θανασιά Γ, Παλληκαρώνα Γ, (2005). Κατάχρηση κατανάλωσης αλκοόλ σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες. *Νέα Υγεία*, 48: 10.
229. Κάκουρος Ε και Μανιαδάκη Κ, *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Αναπτυξιακή προσέγγιση*. Αθήνα, εκδ. Τυπωθήτω - Γ. Δαρδανός, 2004, σελ. 118-224.
230. Κάκουρος Ε και Μανιαδάκη Κ, *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*. Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός, 2003.
231. Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2002). Το σύνδρομο της ΔΕΠ-Υ και η επίδρασή του στη σχολική επίδοση και στη συμπεριφορά των παιδιών. *Νέα Παιδεία*, 101: 152-166.
232. Καμπάκος Χ, *Κατάθλιψη σε παιδιά και εφήβους*. Πρακτικά 2ου Επιμορφωτικού Σεμιναρίου Β' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών: «Η Εφηβεία και τα Προβλήματά της». Αθήνα, 1999, 9-20.
233. Καραγιάννη Σ, *Αυτοκτονία – Παραυτοκτονία σε παιδιά και εφήβους. Επιπολασμός – Αιτιολογία*. Πρακτικά 2ου Επιμορφωτικού Σεμιναρίου Β' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών: «Η Εφηβεία και τα Προβλήματά της». Αθήνα, 1999, 21-34.
234. Καψάλης Α, *Παιδαγωγική Ψυχολογία*. Θεσσαλονίκη, Αδελφοί Κυριακίδη, 2003, σελ. 296-298.
235. Κλεφτάρας Γ. (2000). Γνωστική ιδιαιτερότητα κατάθλιψης και άγχους: Μεθοδολογικά θέματα και ερευνητικά δεδομένα, *Ψυχολογία*, 7 (1): 46-62.
236. Κολαΐτης Γ, (2012). Οι διαταραχές συναισθηματικής διάθεσης στην παιδική και εφηβική ηλικία: συνέχεια και ασυνέχεια στην ενήλικη ζωή. *Παιδοψυχιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»*. Ψυχιατρική, ΠΙ, 23:94–100.
237. Κοκκέβη Α, Κίτσος Γ, Φωτίου Α, *Εφηβεία: Συμπεριφορές και ψυχοκοινωνική υγεία*. Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2008.
238. Κοκκέβη Α, Ξανθάκη Μ, Φωτίου Α, Καναβού Ε, *Φιλικές σχέσεις και επικοινωνία. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία*. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Αθήνα, 2011, σελ. 1-8.
239. Λαζαράτου Ε και Αναγνωστόπουλος ΔΚ, (2001). Εφηβεία και Κατάθλιψη, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18 (5): 466-474.
240. Λεβέντης Δ, Παπαστεφάνου Κ, Παπαδάμου Δ, Χατζητοφή Α, Κωνσταντινίδου Τ, *Μονογραφία: Κοινωνική Αγωγή. Υπηρεσία Συμβουλευτικής και Επαγγελματικής Αγωγής, Δ/ση Μέσης Εκπ/σης, Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού, Λευκωσία, Κύπρος*, 1999, σελ 28-35.

241. Μακρή-Μπότσαρη Ε Σύγχρονα Προβλήματα Εφηβείας. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Κέντρο Έρευνας και Εφαρμογών Σχολικής Ψυχολογίας, 2011.
242. Μακρή-Μπότσαρη Ε, (2008). Σύγχρονα προβλήματα εφηβείας. Από το πρόγραμμα «Παιδαγωγική Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών του ΟΑΕΔ», Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών και Α.Σ.ΠΑΙ.Τ.Ε. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: http://repository.edulll.gr/edulll/bitstream/10795/1090/3/1090_01_oaed_enotita03b_v03.pdf
243. Μακρή-Μπότσαρη Ε, Αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση. Μοντέλα, ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2001, σελ.127-135.
244. Μέντη Α, Κάπνισμα, Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες, Ψυχοπαθολογία και Άλλες Συναφείς Καταστάσεις σε Νέους με Απόπειρα Αυτοκτονίας, Διδακτορική Διατριβή, Πάτρα, 2007.
245. Μουλλά Β, «Καταθλιπτική Διαταραχή και Σχολική Δυσλειτουργία σε παιδιά 10 – 14 ετών», διδακτορική διατριβή, Αθήνα, 2007.
246. Μπαζαρίδης Κ, Κατάθλιψη στην εφηβεία. Πρακτικά σεμιναρίου 2003-2004 «Η ψυχική φροντίδα του εφήβου», Τμήμα Ψυχιατρικής Εφήβων και Νέων Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα, 2004, σελ. 38-46.
247. Μπαμπάλης Θ, Γαλανάκη Ε, Σταύρου Ν, (2007). Η ζωή στη σχολική τάξη: Σύνδεσμοι μεταξύ υποστήριξης, συνεργασίας και σχολικής αυτοεκτίμησης. Επιστήμες Αγωγής, 2: 35-50.
248. Νικολόπουλος Δ, (2007). Παροχή ψυχολογικών υπηρεσιών στο σχολείο: η «υποβαθμισμένη» συμβολή του σχολικού ψυχολόγου στο Ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα, Ψυχολογία, 14 (1): 58-75
249. Παπαγεωργίου ΒΑ, Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων. Εκδ. Univesrity Press Studio. Θεσσαλονίκη, 2005.
250. Παπαγεωργίου Β, Έφηβοι υπό την επιμέλεια της Υπηρεσίας Επιμελητών Ανηλίκων: Παιδοψυχιατρική προσέγγιση του φαινομένου της υποτροπής στην παραπτωματοκτικότητα. Διδακτορική Διατριβή, Θεσσαλονίκη 1998, σελ. 43-45.
251. Paolucci SL, Paolucci SJ, Κατάθλιψη FAQs, Geisinger, Ιατρικές Εκδόσεις Βαγιονάκης, Αθήνα, 2008, σελ. 6.
252. Περιοδικό Υγεία (2008). Δράση και ζωή. Η διάγνωση είναι το μυστικό για την κατάθλιψη. Ειδική έκδοση.

253. Πετρόπουλος Ν και Παπαστυλιανού Α, Μονογραφία: Μορφές επιθετικότητας, βίας και διαμαρτυρίας στο σχολείο. Γενεσιουργοί παράγοντες και επιπτώσεις. Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, ΥΠΕΠΘ, Αθήνα, 2001, σελ. 32- 33, 168-171 και 187-188.
254. Τζαμαλούκα Γ, Ζυγά Ε, Φωτεινά Ε, Παπαδακάκη Μ, Χλιαουτάκης Ι, (2006). Η βίωση ενδογενεϊκής βίας και οι ψυχολογικές της συνέπειες στους εφήβους, *Ψυχολογία*, 13 (3): 109-133.
255. Τσιάντης Ι, Κατάθλιψη και απόπειρες αυτοκτονίας σε παιδιά και εφήβους. Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική. Εκδ. Καστανιώτης, Αθήνα, 2001.
256. Τσιάντης Ι, Οργάνωση υπηρεσιών παιδοψυχιατρικής περίθαλψης και πρόληψης στην Ελλάδα. Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική, εκδ. Καστανιώτης, Αθήνα, 2001.
257. World Mental Health Congress of the World Federation for Mental Health, Παγκόσμιο Συνέδριο Ψυχικής Υγιεινής, 2-6 Σεπτεμβρίου, Αθήνα, 2009.
258. Χατζάκη Α, (2008). Σύγχρονη βιολογική θεώρηση της κατάθλιψης, *Νευροπεπτίδια και νέες θεραπευτικές προοπτικές*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(4): 456-462
259. Χατζηδήμου Σ, «Κατάθλιψη στην εφηβεία: μία επιδημιολογική προσέγγιση», διδακτορική διατριβή, Αθήνα, 1997.
260. Χατζηχρήστου Χ, Κοινωνική και Συναισθηματική Αγωγή στο Σχολείο. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Κέντρο Έρευνας και Εφαρμογών Σχολικής Ψυχολογίας. Τυπωθήτω, Δάρδανος, Αθήνα, 2004.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Κλίμακα Διάγνωσης Κατάθλιψης κατά DSM

Οδηγίες Συμπλήρωσης: Σε αυτήν την κλίμακα υπάρχουν μερικές προτάσεις που περιγράφουν πως αισθάνονται μερικές φορές τα παιδιά της ηλικίας σου. Θα θέλαμε να μας πεις πόσο συχνά εσύ αισθάνθηκες έτσι τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

Διάβασε τις ερωτήσεις προσεκτικά και βάλε ένα (✓) στη στήλη που δείχνει πόσο συχνά εσύ αισθάνθηκες αυτό που λέει η πρόταση. Για παράδειγμα στην ερώτηση «Είχες πονοκέφαλο τις δύο τελευταίες εβδομάδες;» θα έβαζες (✓) στην 1^η στήλη εάν είχες πολύ σπάνια ή ποτέ, στην 2^η στήλη εάν είχες μερικές φορές, στην 3^η στήλη εάν είχες συχνά και στην 4^η στήλη εάν είχες πονοκέφαλο σχεδόν κάθε ημέρα τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

Θυμήσου!

Να μας πεις πόσο συχνά αισθάνθηκες αυτό που λέει η πρόταση τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Σημείωσε στα κουτάκια με (✓) αυτό που αισθάνθηκες.

Ερωτήσεις		1 Πολύ σπάνια ή ποτέ	2 Μερικές φορές	3 Συχνά	4 Σχεδόν κάθε ημέρα
1	Αισθάνθηκες πολύ λυπημένος /η ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Αισθάνθηκες κακόκεφος / η ή οξύθυμος ή σε κακή διάθεση ώστε ακόμα και ασήμαντα πράγματα σε έκαναν έξω φρενών ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Υπήρξαν στιγμές που τίποτα δεν σε ευχαριστούσε, ούτε καν τα πράγματα με τα οποία συνήθιζες να διασκεδάζεις ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Υπήρξαν στιγμές που δεν ένοιωσες κανένα ενδιαφέρον για τίποτα, που ένοιωσες πλήξη και απλώς πέρασες την ώρα σου απρόθυμος / η ή ανίκανος / η να κάνεις οτιδήποτε ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5	Ένοιωσες ότι δεν ήθελες να φας ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ένοιωσες ότι ήθελες να φας περισσότερο από ότι συνήθως ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Είχες περισσότερα προβλήματα στον ύπνο σου από ότι συνήθως ; (δυσκολεύτηκες π.χ. να σε πάρει ο ύπνος ή ξύπνησες κατά την διάρκεια της νύχτας και είχες δυσκολία να κοιμηθείς ξανά ή ξύπνησες πολύ νωρίς και είχες δυσκολία να ξανακοιμηθείς) ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1 Πολύ σπάνια ή ποτέ	2 Μερικές φορές	3 Συχνά	4 Σχεδόν κάθε ημέρα
8	Κοιμήθηκες πολύ περισσότερο από ότι συνήθως ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Μίλησες ή κινήθηκες πολύ λιγότερο από ότι συνήθως;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ένοιωσες τόσο ανήσυχος / η, που απλώς είχες την ανάγκη να πηγαίνεις πέρα δώθε, εδώ κι εκεί συνεχώς ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ένοιωσες τόσο πεσμένος / η που ήταν δύσκολο για σένα να ετοιμάσεις τα μαθήματα του σχολείου ή να κάνεις οποιαδήποτε άλλη εργασία ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Είχες δυσκολία να κάνεις απλά, συνηθισμένα πράγματα όπως π.χ. να πλυθείς ή να συμμαζέψεις τα πράγματά σου ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ένοιωσες περισσότερο κουρασμένος / η από ότι συνήθως, ώστε απλώς να κάθεται και να μην κάνεις τίποτα ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Αισθάνθηκες ότι είχες πολύ λιγότερη ενεργητικότητα από ότι συνήθως, ώστε να χρειάζεσαι πολύ προσπάθεια για να κάνεις οτιδήποτε ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15	Αισθάνθηκες λιγότερο καλά από ότι συνήθως, με τον εαυτό σου και τον κατηγορήσες για πράγματα που συνέβησαν στο παρελθόν ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Τα 'βαλες περισσότερο, από ότι συνήθως με τον εαυτό σου, όταν είχες την εντύπωση ότι δεν μπόρεσες να κάνεις τίποτα σωστά ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ένωσες άσχημα για την εμφάνισή σου ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ένωσες ότι ήσουν έτοιμος / η να κλάψεις ή να βάλεις τα κλάματα ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Είχες περισσότερη δυσκολία, από ότι συνήθως να συγκεντρώσεις την προσοχή σου στα μαθήματα του σχολείου ή σε οποιαδήποτε άλλη εργασία ή να έχεις την προσοχή σου συγκεντρωμένη σε άλλα πράγματα που έκανες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1 Πολύ σπάνια ή ποτέ	2 Μερικές φορές	3 Συχνά	4 Σχεδόν κάθε ημέρα
20	Ένωσες ότι δεν μπορούσες να συγκεντρωθείς ή να σκεφτείς τόσο καθαρά ή τόσο γρήγορα όσο συνήθως ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Αισθάνθηκες ότι τα πράγματα ποτέ δεν φαίνεται να πηγαίνουν καλά για σένα ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Υπήρξαν στιγμές που σου ήταν πιο δύσκολο να καταλήξεις σε μία απόφαση ή να πάρεις αποφάσεις ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Ένωσες ότι δεν υπάρχουν ελπίδα στη ζωή σου και τίποτα καλό δεν πρόκειται να συμβεί σε σένα στο μέλλον ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Σκέφτηκες περισσότερο από ότι συνήθως, τον θάνατο ή την πιθανότητα να πεθάνεις ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Ευχήθηκες να πέθαινες ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26	Σκέφτηκες την αυτοκτονία ή την πιθανότητα να κάνεις κακό στον εαυτό σου ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Για τις ερωτήσεις 27 και 28 βάλε ένα (√) στη στήλη που δείχνει εάν έκανες (Ναι) ή δεν έκανες (Όχι) αυτό που λέει η πρόταση τις δύο τελευταίες εβδομάδες.</p>					
		Ναι	Όχι		
27	Σχεδίασες να αυτοκτονήσεις τις δύο τελευταίες εβδομάδες ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
28	Προσπάθησες να αυτοκτονήσεις τις δύο τελευταίες εβδομάδες ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Δημογραφικά Στοιχεία και άλλες Γενικές Πληροφορίες

Οδηγίες συμπλήρωσης: Παρακαλούμε συμπλήρωσε τα παρακάτω στοιχεία ή σημείωσε με όπου χρειάζεται.

1. Φύλο: Αγόρι Κορίτσι

2. Πόσο χρονών είσαι;
.....

3. Ποιο είναι το επάγγελμα του πατέρα σου;
.....

4. Ποιο είναι το επάγγελμα της μητέρας σου;
.....

5. Ο πατέρας σου έχει τελειώσει:

Το Δημοτικό Το Γυμνάσιο – Λύκειο Τ.Ε.Ι. Πανεπιστήμιο

6. Η μητέρα σου έχει τελειώσει:

Το Δημοτικό Το Γυμνάσιο – Λύκειο Τ.Ε.Ι. Πανεπιστήμιο

7. Σε ποια περιοχή μένεις;

.....

8. Σε ποιο σχολείο πηγαίνεις;

.....

9. Σε ποια τάξη πηγαίνεις;

.....

10. Έχεις χρόνια προβλήματα υγείας (για παράδειγμα νεανικό διαβήτη ή κάποια σωματική αναπηρία); Όχι Ναι

Αν ναι, πες μας λίγα περισσότερα γι αυτό:

.....
.....

11. Έπαιρνες ποτέ ναρκωτικά, ή έπινες οινοπνευματώδη ποτά πολύ, ώστε να βρίσκεσαι σε κατάσταση μέθης; Όχι Ναι

Αν ναι, πότε ακριβώς έπαιρνες ναρκωτικά ή έπινες οινοπνευματώδη ποτά πολύ, ώστε να βρίσκεσαι σε κατάσταση μέθης;

.....

12. Έχει πεθάνει πρόσφατα κάποιο πρόσωπο που ήταν σημαντικό για σένα; Όχι Ναι

Αν ναι, πριν πόσο καιρό πέθανε;

.....

13. Από τότε που άρχισε η σχολική χρονιά έχεις επισκεφθεί κάποιον ειδικό (γιατρό, ψυχολόγο, σύμβουλο, κοινωνικό λειτουργό); Ναι Όχι

14. Θα έλεγες ότι η σωματική σου υγεία είναι:

Άριστη

Καλή

Μέτρια

Κακή

15. Θα έλεγες ότι η ψυχική σου υγεία είναι:

Άριστη

Καλή

Μέτρια

Κακή

16. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες θα έλεγες ότι

Πήρες πολύ βάρος

Πήρες λίγο βάρος

Παρέμεινες στα ίδια κιλά

Έχασες λίγο βάρος

Έχασες πολύ βάρος

17. Σκέψου όλες τις εμπειρίες σου στο σχολείο (όπως για παράδειγμα τις σχολικές εργασίες που θα πρέπει να ετοιμάσεις, άλλες δραστηριότητες σου και πόσο καλά τα πάς με τους συμμαθητές σου και τους καθηγητές σου). Σχετικά με τα θέματα αυτά θα έλεγες ότι έχεις:

Κανένα πρόβλημα

Ελάχιστα προβλήματα

Μερικά προβλήματα

Πολλά προβλήματα

18. Σκέψου όλες τις εμπειρίες σου στο σπίτι (όπως για παράδειγμα τις δουλειές που πρέπει να κάνεις και πόσο καλά τα πας με τους γονείς ή τους κηδεμόνες σου). Σχετικά με τα θέματα αυτά, θα έλεγες ότι έχεις:

Κανένα πρόβλημα

Ελάχιστα προβλήματα

Μερικά προβλήματα

Πολλά προβλήματα

19. Σκέψου όλες τις εμπειρίες σου με τους φίλους σου (όπως για παράδειγμα τα πράγματα που κάνετε μαζί και πόσο καλά τα πας με αυτούς). Σχετικά με τα θέματα αυτά θα έλεγες ότι έχεις:

Κανένα πρόβλημα

Ελάχιστα προβλήματα

Μερικά προβλήματα

Πολλά προβλήματα

Δεν έχω φίλους

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ (ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ)

Πίνακας 16. Κατανομή Συμπτωμάτων Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ερωτήσεις		Συμπτώματα	Απαντήσεις								Σύνολο N
			Πολύ σπάνια ή ποτέ		Μερικές φορές		Συχνά		Σχεδόν κάθε ημέρα		
			n	%	n	%	n	%	n	%	
1	Αισθάνθηκες πολύ λυπημένος /η ;	Δυσφορία	62	27,9	113	50,9	32	14,4	15	6,8	222
2	Αισθάνθηκες κακόκεφος / η ή οξύθυμος ή σε κακή διάθεση ώστε ακόμα και ασήμαντα πράγματα σε έκαναν έξω φρενών ;	Ευερεθιστότητα	50	22,6	100	45,3	52	23,5	19	8,6	221
3	Υπήρξαν στιγμές που τίποτα δεν σε ευχαριστούσε, ούτε καν τα πράγματα με τα οποία συνήθιζες να διασκεδάζεις;	Απώλεια ευχαρίστησης	106	48,2	68	31	37	16,8	9	4	220
4	Υπήρξαν στιγμές που δεν ένοιωσες κανένα ενδιαφέρον για τίποτα, που ένοιωσες πλήξη και απλώς πέρασες την ώρα σου απρόθυμος / η ή ανίκανος / η να κάνεις	Απώλεια ενδιαφέροντος	96	43,6	78	35,4	33	15	13	6	220

	οτιδήποτε ;										
5	Ένοιωσες ότι δεν ήθελες να φας ;	Ανορεξία	115	52,3	69	31,4	30	13,6	6	2,7	220
6	Ένοιωσες ότι ήθελες να φας περισσότερο από ότι συνήθως ;	Βουλιμία	108	49,1	62	28,2	29	13,2	21	9,5	220
7	Είχες περισσότερα προβλήματα στον ύπνο σου από ότι συνήθως ; (δυσκολεύτηκες π.χ. να σε πάρει ο ύπνος ή ξύπνησες κατά την διάρκεια της νύχτας και είχες δυσκολία να κοιμηθείς ξανά ή ξύπνησες πολύ νωρίς και είχες δυσκολία να ξανακοιμηθείς) ;	Αϋπνία	96	43,4	74	33,5	26	11,8	25	11,3	221
8	Κοιμήθηκες πολύ περισσότερο από ότι συνήθως ;	Υπερυπνία	80	36,9	74	34,1	40	18,4	23	10,6	217
9	Μίλησες ή κινήθηκες πολύ λιγότερο από ότι συνήθως;	Ψυχοκινητική επιβράδυνση	108	49,3	79	36,1	23	10,5	9	4,1	219
10	Ένωσες τόσο ανήσυχος / η, που απλώς είχες την ανάγκη να πηγαίνεις πέρα δώθε, εδώ κι εκεί συνεχώς;	Ψυχοκινητική διέγερση	109	49,8	71	32,4	27	12,3	12	5,5	219

11	Ένωσες τόσο πεσμένοι / η που ήταν δύσκολο για σένα να ετοιμάσεις τα μαθήματα του σχολείου ή να κάνεις οποιαδήποτε άλλη εργασία ;	Ανημπορία	83	38,2	69	31,8	50	23,1	15	6,9	217
12	Είχες δυσκολία να κάνεις απλά, συνηθισμένα πράγματα όπως π.χ. να πλυθείς ή να συμμαζέψεις τα πράγματά σου ;	Ανημπορία	132	60	55	25	24	10,9	9	4,1	220
13	Ένωσες περισσότερο κουρασμένος / η από ότι συνήθως, ώστε απλώς να κάθεται και να μην κάνεις τίποτα ;	Κούραση	64	29,3	88	40,4	47	21,6	19	8,7	218
14	Αισθάνθηκες ότι είχες πολύ λιγότερη ενεργητικότητα από ότι συνήθως, ώστε να χρειάζεσαι πολύ προσπάθεια για να κάνεις οτιδήποτε ;	Απώλεια ενεργητικότητας	94	43,1	88	40,4	26	11,9	10	4,6	218
15	Αισθάνθηκες λιγότερο καλά από ότι συνήθως, με τον εαυτό σου και τον κατηγορησες για πράγματα που συνέβησαν στο παρελθόν ;	Σκέψεις ενοχής	71	32,6	80	36,7	47	21,5	20	9,2	218
16	Τα έβαλες περισσότερο, από	Σκέψεις	85	39,2	74	34,1	44	20,3	14	6,4	217

	ότι συνήθως με τον εαυτό σου, όταν είχες την εντύπωση ότι δεν μπόρεσες να κάνεις τίποτα σωστά ;	αναξιότητας									
17	Ένωσες άσχημα για την εμφάνισή σου ;	Δυσαρέσκεια με εμφάνιση	114	52,3	65	29,8	22	10,1	17	7,8	218
18	Ένωσες ότι ήσουν έτοιμος / η να κλάψεις ή να βάλεις τα κλάματα ;	Κλάμα	73	33,5	74	33,9	51	23,4	20	9,2	218
19	Είχες περισσότερη δυσκολία, από ότι συνήθως να συγκεντρώσεις την προσοχή σου στα μαθήματα του σχολείου ή σε οποιαδήποτε άλλη εργασία ή να έχεις την προσοχή σου συγκεντρωμένη σε άλλα πράγματα που έκανες;	Δυσκολία συγκέντρωσης	83	38,2	73	33,6	44	20,3	17	7,9	217
20	Ένωσες ότι δεν μπορούσες να συγκεντρωθείς ή να σκεφτείς τόσο καθαρά ή τόσο γρήγορα όσο συνήθως;	Επιβράδυνση σκέψης	83	38,2	100	46,1	26	12	8	3,7	217
21	Αισθάνθηκες ότι τα πράγματα ποτέ δεν φαίνεται να πηγαίνουν καλά για σένα;	Έλλειψη ελπίδας	69	32,5	84	39,6	40	18,9	19	9	212

22	Υπήρξαν στιγμές που σου ήταν πιο δύσκολο να καταλήξεις σε μία απόφαση ή να πάρεις αποφάσεις ;	Αναποφασιστικότητα	52	24,2	102	47,4	53	24,7	8	3,7	215
23	Ένιωσες ότι δεν υπάρχεις ελπίδα στη ζωή σου και τίποτα καλό δεν πρόκειται να συμβεί σε σένα στο μέλλον ;	Έλλειψη ελπίδας για το μέλλον	114	53,5	69	32,4	19	8,9	11	5,2	213

Στον Πίνακα 23 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

Πίνακας 23. Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου

	Συμπτώματα μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου		Τιμή p
	Όχι	Ναι	
Φύλο			0,17 ^α
Αγόρια ^β	110 (98,2)	2 (1,8)	
Κορίτσια ^β	103 (94,5)	6 (5,5)	
Ηλικία^γ	17,0 (0,95)	16 (0,82)	0,10 ^δ
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα^β			0,36 ^ε
Δημοτικό	45 (95,7)	2 (4,3)	
Γυμνάσιο/λύκειο	129 (95,6)	6 (4,4)	
ΤΕΙ	24 (100,0)	0 (0,0)	
ΑΕΙ	9 (100,0)	0 (0,0)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας^β			0,54 ^ε
Δημοτικό	35 (94,6)	2 (5,4)	
Γυμνάσιο/λύκειο	142 (96,6)	5 (3,4)	
ΤΕΙ	14 (93,3)	1 (6,7)	
ΑΕΙ	14 (100,0)	0 (0,0)	
Χρόνιο πρόβλημα υγείας^β			0,99 ^α
Όχι	194 (96,0)	8 (4,0)	
Ναι	16 (100,0)	0 (0,0)	

^αΈλεγχος χ^2

^β Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

^γ Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

^δ Έλεγχος t

^ε Έλεγχος χ^2 για τάση

Στον Πίνακα 24 παρουσιάζεται η συσχέτιση μεταξύ της άποψης των παιδιών για τις εμπειρίες τους στο σπίτι και της συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της άποψης των παιδιών για τις εμπειρίες τους στο σπίτι και της συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου ($p=0,2$).

Πίνακας 24. Συσχέτιση μεταξύ της άποψης των παιδιών για τις εμπειρίες τους στο σπίτι και της συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

	Συμπτώματα μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου		Τιμή p
	Όχι	Ναι	
Άποψη των παιδιών για τις εμπειρίες τους στο σπίτι			0,2 ^α
Κανένα πρόβλημα	96 (98,0)	2 (2,0)	
Ελάχιστα προβλήματα	53 (94,6)	3 (5,4)	
Μερικά προβλήματα	48 (98,0)	1 (2,0)	
Πολλά προβλήματα	14 (87,5)	2 (12,5)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

^α Έλεγχος χ^2 για τάση

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

From: Sofia Chatzidimou sofiach68@yahoo.gr

Sent: Παρασκευή, 9 Μαρτίου 2012, 11:52 π.μ.

To: vasiliki zacharopoulou <vaszacha@gmail.com>

Αγαπητή κ. Ζαχαροπούλου,

Βεβαίως δέχομαι να χρησιμοποιήσετε το ερωτηματολόγιο, με την προϋπόθεση να αναφερθεί η πηγή και ο ερευνητής που έκανε την Ελληνική προσαρμογή. Σοφία Χατζηδήμου, ψυχολόγος, Δρ. Κλινικής Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Προϊσταμένη του τμήματος Πληροφόρησης της Δ/νσης Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης του Υπουργείου Υγείας.

Απο: vasiliki zacharopoulou <vaszacha@gmail.com>

Προς: Sofia Chatzidimou sofiach68@yahoo.gr

Στάλθηκε: Παρασκευή, 9 Μαρτίου 2012, 10:59 π.μ.

Θεμα: ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Κ. Χατζηδήμου,

Ονομάζομαι Βασιλική Ζαχαροπούλου και είμαι φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων», του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Στο πλαίσιο των συμβατικών ακαδημαϊκών υποχρεώσεών μου, έχω αναλάβει την εκπόνηση εργασίας με θέμα: «Διερεύνηση Καταθλιπτικών Εκδηλώσεων σε Εφήβους Μαθητές των Λυκείων Μεγαλόπολης». Η επίβλεψη της ανωτέρω εργασίας γίνεται από τον κ. Παναγιώτη Πρεζεράκο, Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Διάβασα το διδακτορικό σας με θέμα: «Κατάθλιψη στην εφηβεία: μία επιδημιολογική προσέγγιση», και θα ήθελα να ζητήσω την άδειά σας για την χρησιμοποίηση των εξής ερωτηματολογίων: Ερωτηματολόγιο δομημένης διαγνωστικής συνέντευξης DISC -2,3_C, σύμφωνα με τα κριτήρια του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας κατά DSM – IV, το οποίο συνοδεύεται από Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων και άλλων γενικών πληροφοριών. Ευελπιστώ ότι λόγω του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος του θέματος θα έχω την άδειά σας.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων

Με εκτίμηση, Βασιλική Ζαχαροπούλου

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV: ΑΔΕΙΑ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ,
ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

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

Βαθμός Ασφαλείας:
Να διατηρηθεί μέχρι:
Βαθμ. Προτεραιότητας:

Αθήνα, 18-10-2012
Αρ. Πρωτ. 127801/Γ2

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

ΠΡΟΣ:

• Βασιλική Ζαχαροπούλου
Οδός Μάνης
Βέργα Καλαμάτας
24 100 Μεσσηνία
• Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης
Αρκαδίας

ΘΕΜΑ: Έγκριση διεξαγωγής έρευνας

Απαντώντας σε σχετική αίτηση σας γνωρίζουμε ότι **επιτρέπουμε** τη διεξαγωγή της έρευνας από την κ. **Βασιλική Ζαχαροπούλου** κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους 2012-2013 με τις εξής προϋποθέσεις: α) Πριν από την έναρξη της έρευνας να γίνει ενημέρωση των Διευθυντών και του συλλόγου Διδασκόντων των σχολικών μονάδων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, οι οποίες θα συμμετάσχουν στην έρευνα, σχετικά με τη διαδικασία διεξαγωγής της. β) Η έρευνα να γίνει με τη σύμφωνη γνώμη τους. γ) Η έρευνα να γίνει με την έγγραφη συγκατάθεση των γονέων - κηδεμόνων των μαθητών (για κάθε μαθητή χωριστά). Ο Διευθυντής του σχολείου να αποστείλει στους γονείς προς συμπλήρωση το έντυπο γονικής συναίνεσης που θα του κατατεθεί από την ερευνήτρια και στο οποίο θα περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας και το περιεχόμενο των ερωτηματολογίων. Στη συνέχεια, αφού συγκεντρώσει τα ενυπόγραφα σημειώματα με τη συγκατάθεση των γονέων να προχωρήσει στη διεξαγωγή της έρευνας. δ) Οι μαθητές να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια, ανώνυμα και εφόσον το επιθυμούν. ε) Η διανομή και συγκέντρωση των ερωτηματολογίων να πραγματοποιηθεί από την ερευνήτρια. στ) Η συγκέντρωση

ΒΣ

και μελέτη των στοιχείων να γίνει σύμφωνα με την αρχή προστασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και δεν θα δημοσιοποιηθούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα.

Επισημαίνεται ότι η συμμετοχή στην έρευνα δεν είναι υποχρεωτική.

Η έρευνα έχει θέμα: **«Διερεύνηση Καταθλιπτικών Εκδηλώσεων σε Εφήβους Μαθητές των Λυκείων Μεγαλόπολης»**

και απευθύνεται στους μαθητές του Γ.Ε.Λ. και του 1^{ου} ΕΠΑ.Λ. Μεγαλόπολης. Για την πραγματοποίηση της έρευνας θα πρέπει:

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

2. Ο Διευθυντής της Διεύθυνσης Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Αρκαδίας να ενημερώσει σχετικά τους Διευθυντές των σχολείων ευθύνης του, ώστε να διευκολύνουν την ενδιαφερόμενη στην πραγματοποίηση της έρευνας αυτής σύμφωνα με τα παραπάνω.

Ο ΕΙΔΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΣΩΤΗΡΗΣ ΓΚΛΑΒΑΣ

Εσωτ. Διανομή
Δ/ση Σπουδών Δ.Ε. Τμήμα Α'



Πιστό Αντίγραφο
Από τη Διεύθυνση Διοικητικού
Τμήμα Διεκπ/σης & Πρωτοκόλλου

ΜΥΛΩΝΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V: ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

Ονομάζομαι Ζαχαροπούλου Βασιλική και είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, του τμήματος Νοσηλευτικής.

Οι έφηβοι των λυκείων της Μεγαλόπολης έχουν επιλεγεί για να λάβουν μέρος στην έρευνά μου. Η εφηβεία, η μεταβατική αυτή περίοδος ανάμεσα στην παιδική και ώριμη ηλικία, αποτελεί το κύριο ερευνητικό μου ενδιαφέρον.

Οι εκδηλώσεις συμπεριφοράς, οι αντιδράσεις, οι σκέψεις και τα συναισθήματα των εφήβων σε όλες τις σημαντικές σωματικές και βιολογικές και ψυχολογικές αλλαγές της εφηβικής ηλικίας αποτελούν το σκοπό της έρευνάς μου. Είναι μία μελέτη που πιστεύω ότι θα βοηθήσει στην προαγωγή της έρευνας γενικώς και ειδικώς το συγκεκριμένο τομέα της ψυχολογίας της εφηβείας. Η δική σας συγκατάθεση για τη συμμετοχή του παιδιού σας σε αυτή την έρευνα θεωρείται πολύτιμη. Με αυτό συνεισφέρετε ώστε να γνωρίσουμε τον «άγνωστο» κόσμο των εφήβων και έτσι να βοηθηθούν στην κρίσιμη αυτή περίοδο της ζωής τους.

Υπογράφοντας την παρούσα επιστολή, δίνεται την συγκατάθεσή σας για τη συμμετοχή των παιδιών σας. Σας διαβεβαιώνω ότι θα εξασφαλιστεί πλήρως η αυστηρή εχεμύθεια, το ανώνυμο και το απόρρητο των απαντήσεων των παιδιών σας. Το ονοματεπώνυμο των παιδιών σας δεν θα αναφέρεται στα έντυπα συλλογής των απαραίτητων δεδομένων. Οι απαντήσεις τους επίσης, θα ανακοινωθούν ως απρόσωπα στατιστικά και αριθμητικά σύνολα.

Υπογραφή Ερευνήτριας
Ζαχαροπούλου Βασιλική

Συναίνεση Γονέων και Κηδεμόνων

Διάβασα το έντυπο – επιστολή, κατανοώ τις ερευνητικές διαδικασίες και συναινώ να συμμετάσχει το παιδί μου στην έρευνα αυτή.

Υπογραφή Γονέα ή Κηδεμόνα