

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (Σ.Ε.Υ.)

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΓΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ:

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ ΧΡΥΣΟΥΛΑ

ΜΠΡΑΪΟΤΤΑ ΟΡΝΕΛΛΑ ΜΑΡΤΣΕΛΛΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΙΧΕΛΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ

2023-2024

Περιεχόμενα

Περίληψη 3
Abstract 4
Κεφάλαιο 1ο: Εφηβεία 7
1.1. Ο ορισμός και τα χαρακτηριστικά της εφηβείας 7
1.2. Αναπτυξιακά χαρακτηριστικά την περίοδο της εφηβείας: Σωματική ανάπτυξη και προσαρμογή 8
1.3. Ορμονικές μεταβολές στην εφηβεία 10
1.4. Ήβη και σεξουαλική ωρίμανση 11
1.5. Η διαμόρφωση της προσωπικότητας και της ταυτότητας του εφήβου 12
Κεφάλαιο 2ο: Η κατάθλιψη στην εφηβεία 15
2.1. Η κατάθλιψη ως έννοια 15
2.2. Η κατάθλιψη στην εφηβεία 15
2.2.1. Χαρακτηριστικά κατάθλιψης 17
2.2.2. Εφηβική κατάθλιψη και φύλο 18
2.2.3. Παράγοντες κινδύνου στην εκδήλωση εφηβικής κατάθλιψης 18
2.3. Γονικοί παράγοντες που συντελούν στην εκδήλωση εφηβικής κατάθλιψης 19
2.3.1. Ενδοοικογενειακή βία 20
2.3.2. Η εξάρτηση του γονέα από ουσίες 23
2.3.3. Ψυχοπαθολογία – Ύπαρξη ψυχικής νόσου γονέα 24
2.3.4. Συγκρουσιακό διαζύγιο 26
2.4. Συνέπειες της κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία 28
2.4.1 Η αυτοκτονία στην εφηβεία 28
2.4.2. Μαθησιακές δυσκολίες 29
2.4.3. Δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση του εφήβου 29
2.4.4. Παραβατική συμπεριφορά έφηβου 30

2.5. Διάγνωση της κατάθλιψης 30
Κεφάλαιο 3ο: Πρόληψη και θεραπεία της κατάθλιψης 32
3.1 Η ψυχική ανθεκτικότητα στους νέους και η σημασία της πρόληψης 32
3.2. Θεραπεία κατάθλιψης 33
3.2.1 Οικογενειακή θεραπεία 33
3.2.2. Φαρμακευτική αγωγή / Φαρμακοθεραπεία 35
3.2.3. Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (Cognitive Behavioral Therapy - CBT) 35
3.2.5. Διαπροσωπική θεραπεία (Psychodynamic Interpersonal Therapy - PIT) 36
Κεφάλαιο 4ο: Ερευνητικό μέρος – Μεθοδολογία Ανασκόπησης 37
4.1. Ερευνητική Υπόθεση 38
4.2. Δειγματοληψία 38
4.2.1. Κριτήρια αποκλεισμού και συμπερίληψης: 39
4.2.2. Όροι αναζήτησης/ Λέξεις κλειδιά: 39
4.3. Αποτελέσματα 40
4.3.1. Ψυχοπαθολογία γονέα: Κατάθλιψη μητέρας ή πατέρα: 41
4.3.2. Ελλιπής γονική φροντίδα 42
4.3.3. Ενδοοικογενειακή βία: 42
4.3.4. Κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες 42
4.3.5 Πίνακες Δεδομένων 43
4.5 Συζήτηση 62
Βιβλιογραφία 68
1. Ελληνική βιβλιογραφία/αρθρογραφία: 68
2. Διεθνής βιβλιογραφία/αρθρογραφία 70

Περίληψη

Εισαγωγή: Τα ποσοστά εκδήλωσης κατάθλιψης στην εφηβεία διαρκώς αυξάνονται . Η κατάθλιψη στον έφηβο αποτυπώνεται σε αρκετά επίπεδα, όπως στην συναισθηματική του ισορροπία, τη αυτοεικόνα του, τις κοινωνικές σχέσεις κ.α. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση εφηβικής κατάθλιψης είναι γενετικοί, βιολογικοί, ψυχοκοινωνικοί καθώς και οικογενειακοί.

Μεθοδολογία: Η διεξαγωγή της βιβλιογραφικής ανασκόπησης διενεργήθηκε μέσω τριών ακαδημαϊκών βάσεων: Scopus, Emerald και PubMed . Καθιερώθηκαν κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού σχετικά με το είδος εστίασης των μελετών (γονικοί παράγοντες κινδύνου), το χρονικό διάστημα (2000-2022) , τη γλώσσα (αγγλική) και το είδος μελέτης (ποσοτική). Τέλος, 11 άρθρα χρησιμοποιήθηκαν για την ανασκόπηση. Σκοπός της ανασκόπησης είναι η συλλογή και διερεύνηση των οικογενειακών παραγόντων που συμβάλουν στην εφηβική κατάθλιψη.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης, μέσα από την κατηγοριοποίηση και ανάλυση των βασικότερων οικογενειακών παραγόντων που συμβάλουν στην εμφάνιση της εφηβικής κατάθλιψης είναι η κατάθλιψη του γονέα, η ενδοοικογενειακή βία, η ελλιπής γονική φροντίδα και το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό προφίλ της οικογένειας.

Συμπεράσματα: Έρευνες παρατηρούν υψηλά ποσοστά συσχέτισης της εφηβικής κατάθλιψης με οικογενειακούς παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί χρήζουν περαιτέρω έρευνας προκειμένου να υπάρξει πρόληψη του φαινομένου σε πρωτογενές επίπεδο. Η επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας οφείλει να συμβάλλει σε αυτή την κατεύθυνση, σε συνεργασία με τις υπόλοιπες επιστήμες και τους αρμόδιους φορείς της κοινωνίας.

Λέξεις κλειδιά: Έφηβος ή εφηβεία, κατάθλιψη ή καταθλιπτικό σύμπτωμα, οικογενειακοί παράγοντες κινδύνου ή γονεϊκοί παράγοντες κινδύνου, 2000-2022

Abstract

Introduction: Rates of depression in adolescence are steadily increasing. Depression in adolescents is reflected on several levels, such as their emotional balance, self-perception, social relationships, etc. The factors that influence the onset of adolescent depression are genetic, biological, psychosocial as well as familial.

Methodology: The literature review was conducted through three academic databases; Scopus, Emerald and PubMed. Inclusion and exclusion criteria were established regarding the type of study focus (parental risk factors), period (2000-2022) language (English) and study design (quantitative). Finally, 11 articles were used for the review. The review aims to collect and examine family factors contributing to adolescent depression.

Results: The results of the review, through the categorization and analysis of the main family factors contributing to the onset of adolescent depression are parental depression, domestic violence, poor parental care and low socio-economic profile of the family.

Conclusions: Studies detect high rates of association of adolescent depression with family factors. These factors need further research to prevent the phenomenon at the primary level. The science of Social Work should contribute in this direction, in cooperation with the other sciences and the relevant societal stakeholders.

Key words: adolescent or adolescence, depression or depressive symptoms, family risk factors or parental risk factors, 2000-2022

Εισαγωγή

Ως εφηβεία ορίζεται η μεταβατική χρονική περίοδος κατα την οποία ένα άτομο μεταβαίνει απο την παιδική στην ενήλικη φάση της ζωής του. Για να ολοκληρωθεί ο στόχος της ηλικιακής αυτής φάσης ,το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με πολλές και κομβικές αλλαγές σε σωματικό, γνωστικό, συναισθηματικό αλλά και κοινωνικό επίπεδο. (WHO, 2023) Η ραγδαία αύξηση των ποσοστών εμφάνισης των συμπτωμάτων κατάθλιψης σε αυτήν την ηλικιακή περίοδο,και πιο συγκεκριμένα σε ορισμένα μοτίβα που σχηματίζονται στο εκάστοτε οικογενειακό περιβάλλον (Parker & Roy, 2001) καθιστά όλο και πιο επιτακτική την ανάγκη να ερευνηθούν παραπάνω τα αίτια και οι γονικοί παράγοντες που την προκαλούν. Συνεπώς, η παρακάτω εργασία στοχεύει στην περαιτέρω διερεύνηση των οικογενειακών παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση της εφηβικής κατάθλιψης.

Στο πρώτο μέρος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης αναλύεται το θεωρητικό πλαίσιο του θέματος της έρευνας το οποίο και αποτελείται απο τρία υποκεφάλαια. Στο πρώτο αναλύεται και ορίζεται η εφηβεία, εστιάζει στην έννοια της εφηβείας στα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά της και τις ορμονικές μεταβολές που προκαλεί. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται λόγος για το φαινόμενο της κατάθλιψης, ποια χαρακτηριστικά παρουσιάζει όταν κάνει την εμφάνισή της στην εφηβεία καθώς επίσης επισημαίνονται και οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισής της. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η αναφορά που γίνεται στην αυτοκτονία κατά την εφηβεία. Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στην πρόληψη και στις μεθόδους θεραπείας της κατάθλιψης. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην ανάλυση και στην απαρίθμηση των μεθόδων θεραπείας της κατάθλιψης που είναι ωφέλιμο να αξιοποιηθούν στην θεραπευτική διαδικασία. Τέλος, στο δεύτερο μέρος της εργασίας γίνεται αναφορά στην μεθοδολογία ανασκόπησης για την διεξαγωγή της.

Κεφάλαιο 1ο: Εφηβεία

1.1. Ο ορισμός και τα χαρακτηριστικά της εφηβείας

Εφηβεία αποκαλείται η εξελικτική διεργασία στη ζωή του ανθρώπου, η οποία συνδυάζει βιολογικές μεταβολές της φυσιολογίας της ήβης και ταυτόχρονα μεταβλητότητα στην ανάπτυξη γνωστικών, κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων. Πιο συγκεκριμένα, η ήβη αποτελεί την έναρξη της εφηβείας και διαρκεί σχεδόν 2 χρόνια (9 – 11 για τα κορίτσια και 10 -12 στα αγόρια). Η εφηβεία διαρκεί περίπου από τα 10 ως τα 17-18 στα κορίτσια και από τα 12 έως τα 20 στα αγόρια (Ζουπάνος, 2013). Ο έφηβος αποχωρίζεται οριστικά το στάδιο της παιδικής ηλικίας, αλλά δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί η ενηλικίωση του. Αποτελεί, δηλαδή, το μεταίχμιο της παιδικής ηλικίας και της ενήλικης ζωής Η εφηβική ηλικία αποτελείται από την αναπτυξιακή περίοδο της ζωής του ατόμου, κατα την οποία επικρατούν ορμονικές αλλαγές στο σώμα του παιδιού, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα και ψυχοσωματικές μεταβολές, οι οποίες ολοκληρώνονται με τη γνωστή γενετήσια ωρίμανση, και τον καθορισμό της ταυτότητας του έφηβου ατόμου που μεταβαίνει φυσιολογικά στην ενήλικη φάση (Ρομποτή, 2004). Χαρακτηριστικό της περιόδου αυτής είναι ότι δεν υπάρχει προκαθορισμένος τρόπος εκδήλωσης, αντίθετα χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις εκδηλώσεων που τροποποιούνται με την ιδιοσυγκρασία του κάθε έφηβου καθώς και κοινωνικό, πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο ζει.

Κατά την εφηβεία, παρουσιάζονται χαρακτηριστικά στην συμπεριφορά του νέου ατόμου τα οποία αποτελούν κομμάτι της διαδικασίας της ανάπτυξης και δεν χρήζουν ιδιαίτερης ανησυχίας. Πιο συγκεκριμένα, είναι αισθητή σε πολλές περιπτώσεις η συναισθηματική αστάθεια σε απρόσμενες αλλαγές, οι επονομαζόμενες διακυμάνσεις. Ο νέος βιώνει πιο έντονες διακυμάνσεις μέσα στην καθημερινότητα μετά από κάποιο ερέθισμα ή κάποια σκέψη που θα του δημιουργηθεί (Αναγνωστόπουλος & Γιαννακόπουλος, 2016). Συμπεριφορές όπως αυτή, οφείλονται σε φυσιολογικές μεταβολές καθώς και στην γεννητική ωρίμανση του. Όμως, οφείλονται και στην κοινωνική τους ζωή, στις σχέσεις με τους γονείς του, τους φίλους, το σχολικό περιβάλλον ή κάποιο γεγονός που μπορεί να τον θορυβήσει. Με άλλα λόγια, δεν αφορά μια αποκλειστικά βιολογική διεργασία. Σπουδαίος είναι και ο ρόλος της προσαρμογής του έφηβου στις συγκινήσεις και τις συναισθηματικές αλλαγές που του προκαλούνται λόγω της σεξουαλικής του ωρίμανσης, για αυτό από την αρχή της εφηβείας μέχρι την όψιμη εφηβεία (20-21 ετών), παρατηρείται αλλαγή στη στάση του εφήβου προς το αντίθετο φύλο. Η εφηβεία αποτελείται από τρία αναπτυξιακά

στάδια. Την πρώιμη, που ξεκινά από την ηλικία των 10 ετών έως και τα 14, την μέση που συνεχίζεται από τα 14 ως τα 17, και όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ολοκληρώνεται με την όψιμη εφηβεία, στην ηλικία των 20 με 21 ετών, όπου και αρχίζει η ενηλικίωση (Αναγνωστόπουλος & Γιαννακόπουλος, 2016).

1.2. Αναπτυξιακά χαρακτηριστικά την περίοδο της εφηβείας: Σωματική ανάπτυξη και προσαρμογή

Κατά τον Tanner (1978), σωματικά η εφηβεία ανήκει στην ίδια κατηγορία με την εμβρυϊκή και βρεφική φάση ανάπτυξης, ως χρονικό διάστημα με εξαιρετικά ραγδαίας σωματικής μεταβολές. Τα έφηβα άτομα κατακλύζονται απο συναισθήματα ευχαρίστησης και τρόμου, καθώς το σώμα τους μεταβάλλεται. Μάλιστα, συγκρίνουν τους εαυτούς τους και αναθεωρούν την εικόνα που έχουν χτίσει για τους ίδιους, ενώ παράλληλα την αναπλάθουν. Τα βιολογικά "ορόσημα" της εφηβείας αφορούν την επιτάχυνση του ρυθμού της ανάπτυξης, την αστραπιαία ανάπτυξη των οργάνων αναπαραγωγής και τέλος, την εμφάνιση δευτερευόντων χαρακτηριστικών του αρσενικού και θηλυκού φύλου. Σε αυτές τις αλλαγές εντάσσονται η τριχοφυΐα, η αύξηση ύψους, λίπους και μυών καθώς η μεγέθυνση και ωρίμανση των γεννητικών οργάνων. Κάποιες από τις μεταβολές που συντελούνται είναι ίδιες και στα δύο κύρια φύλα, όπως βελτίωση της δύναμης και της αντοχής, η ανάπτυξη, του ύψους τους και του όγκου τους. Αξίζει να σημειωθεί όμως πως οι περισσότερες αλλαγές διαφέρουν για το καθένα από τα δύο επίσημα φύλα και το κάθε άτομο αναπτύσσεται με το δικό του ρυθμό (Tanner, 1978).

Τα έφηβα άτομα παρατηρούν με ανησυχία τις αλλαγές που δέχεται το σώμα τους, με βάση την κρίση τους η οποία συχνά προέρχεται από την γνώση και την εσφαλμένη τους πληροφόρηση. Συγκρίνουν τον εαυτό τους με τα κυρίαρχα πρότυπα που προβάλλονται σε ό,τι αφορά το φύλο τους. Στην πραγματικότητα, η προσπάθεια συμφιλίωσης των διαφορών μεταξύ του πραγματικού και του ιδανικού αποτελεί ζήτημα βαρύνουσας σημασίας για τα έφηβα άτομα. Πέρα όμως από την εσωτερικευμένη σύγκρισή τους με τα προβαλλόμενα πρότυπα, είναι πολύ σύνηθες οι νέοι να επηρεάζονται και από τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται ότι αντιδρά το οικογενειακό περιβάλλον τους για τις αλλαγές αυτές (Γαλανάκη, 2003).

Ο τρόπος με τον οποίο αντιδρούν οι γονείς στις πολύπλευρες μεταβολές του παιδιού τους, ενδέχεται να επηρεάσει την προσαρμογή του στην πορεία προς την εφηβική ζωή αλλά και στην

σταδιακή ενηλικίωση, στις συναναστροφές με συνομήλικα άτομα, στις επιλογές του κ.α. Είναι αρκετά συχνό φαινόμενο οι έφηβοι να συγκρίνουν τον ιδανικό γονέα με τον πραγματικό που βλέπουν και γνωρίζουν. Κατά την διάρκεια της εφηβείας οι διαπληκτισμοί στο οικογενειακό πλαίσιο όλο και αυξάνονται (Γαλανάκη, 2003). Εντούτοις, αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι συγκρούσεις αυτές που σχετίζονται με τις ενδυματολογικές του επιλογές ή τις σχολικές του επιδόσεις, τις παρέες του κ.α. είναι η ευκαιρία του νέου να πειραματιστεί με την αυτονομία του στα πλαίσια της ασφάλειας και της προστασίας που μπορεί να του παρέχει η οικογένεια του. Τα τελευταία χρόνια φαίνεται ότι, ο όρος «διαπραγμάτευση» έχει γίνει ιδιαίτερα δημοφιλής στην ψυχολογία της εφηβείας. Σήμερα δεν γίνεται λόγος για «επανάσταση» και αποστασιοποίηση του έφηβου από την οικογένεια. Αντιθέτως, η εφηβεία συχνά ορίζεται ως μια χρονική περίοδος κατά την οποία γονείς και παιδιά θέτουν τις σχέσεις τους σε νέες βάσεις. Οι έφηβοι διεκδικούν μεγαλύτερη αυτονομία, και οι γονείς οφείλουν να αντιμετωπίζουν τον έφηβο ως ισότιμο μέλος της οικογένειας το οποίο δικαιούται να έχει απόψεις και σκέψεις οι οποίες διαφέρουν από τις δικές τους (Γαλανάκη, 2003).

Κατά την διάρκεια της μετάβασης από την παιδική στην εφηβική ηλικία, υπάρχει έντονα το στοιχείο του «εγωκεντρισμού». Ο όρος αυτός δεν αφορά τον εγωισμό αλλά ένα φυσιολογικό φαινόμενο στα πλαίσια της ανάπτυξής των εφήβων (Γαλανάκη, 2003). Έτσι, μέσα από τον λεγόμενο εγωκεντρισμό, ο έφηβος θεωρεί ότι ο περίγυρος του εστιάζει πάνω του είτε έχοντας πρόθεση να τον κρίνει είτε να τον επιδοκιμάσει. Αυτό διαφέρει ανάλογα με την αυτοεκτίμηση του κάθε ατόμου. Ο νέος νιώθει διαρκώς τον εαυτό του ως ένα πρόσωπο που μαγνητίζει την προσοχή όλων και ότι τα συναισθήματά του τα διακατέχει μια μοναδικότητα, με αποτέλεσμα πολύ συχνά να νιώθει ότι οι άνθρωποι που τον πλαισιώνουν αδυνατούν ή επιλέγουν να μην τον καταλαβαίνουν. Ο εγωκεντρισμός στο στάδιο της εφηβείας υποχωρεί σταδιακά καθώς το άτομο οδεύει προς την ενηλικίωση, με την ταυτόχρονη κοινωνική προσαρμογή και νοητική ωρίμανση (Γαλανάκη, 2003).

Σε αυτήν την περίοδο της ζωής ο νέος βιώνει το «πένθος» των εικόνων που προέρχονται από τους γονείς, και το ενδιαφέρον του επικεντρώνεται στην επιλογή ετερόφυλου αντικειμένου. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται φανερή προσπάθεια του έφηβου ατόμου να αποσυνδεθεί από τους γονείς του και να εστιάσει στην συχνότερη αλληλεπίδραση του με τα τρίτα άτομα. Η οριστική απομάκρυνση του «πρωτογενούς αντικειμένου αγάπης» δηλαδή των γονέων, έρχεται να συντελέσει στον επαναπροσδιορισμό του ενδιαφέροντος του έφηβου προς τη δημιουργία

σύναψης νέων σχέσεων (Ρομποτή, 2004). Έτσι, το «πένθος» του εφήβου εμφανίζεται ως καταλυτικός παράγοντας ο οποίος προωθεί την πρόοδο της φυσιολογικής ανάπτυξης. Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο για τη δόμηση του ψυχισμού του εφήβου είναι και η εξιδανίκευση.Με τον όρο αυτό νοείται το σύνολο των δραστηριοτήτων που περιλαμβάνουν την τέχνη, την πνευματική έρευνα και ενασχόληση. Μία ενόρμηση λέγεται εξιδανικευμένη, όταν εστιάζει σε αντικείμενα κοινώς αποδεκτά. Αρκετοί είναι οι έφηβοι οι οποίοι κατά την περίοδο αυτή, αναπτύσσουν νέες κλίσεις, δημιουργικότητα, ικανότητες και εκφραστικά μέσα που δεν είχαν ανακαλύψει νωρίτερα (Ρομποτή, 2004).

Η εμφάνιση της ώριμης ενηλικότητας και η προσαρμογή του εφήβου σε μια νέα αντίληψη της πραγματικότητας έχουν ως συνέπεια τη σταδιακή απώλεια των σπάνιων αυτών χαρισματικών γνωρισμάτων της εφηβείας. Ταυτόχρονα, ο ναρκισσισμός κατακλύζει σε φυσιολογικά επίπεδα ένα μεγάλο αριθμό εφήβων κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης τους, ο οποίος εκδηλώνεται μέσω της υπερεκτίμησης του εαυτού, την ευθιξία αλλά και την "μεγέθυνση" των καταστάσεων, γεγονός που συχνά στέκεται εμπόδιο στο να ελέγξει την πραγματικότητα την οποία βιώνει το έφηβο άτομο (Γαλανάκη, 2003). Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο στάδιο της επιλογής του ετερόφυλου αντικειμένου, που αναφέρθηκε παραπάνω, είναι η λεγόμενη ναρκισσιστική αναδίπλωση. Αυτές οι τάσεις έρχονται να διαδραματίσουν έναν λειτουργικό ρόλο κατά την εφηβεία. Το νέο άτομο, μέσω αυτών, επεξεργάζεται τις νέες συναισθηματικές διακυμάνσεις που προκύπτουν από την εξελικτική αναπτυξιακή διαδικασία προς την ενηλικίωση του. Την ίδια στιγμή ο ναρκισσισμός είναι ένα στοιχείο που κάνει έντονα την εμφάνισή του σε αρκετούς νέους κατά την διάρκεια της ανάπτυξής τους. Συνήθως εκδηλώνεται μέσα από την υπερεκτίμηση του εαυτού τους, την ευθιξία και την «υπερμεγένθυση» πολλών καταστάσεων, γεγονός το οποίο συχνά τους εμποδίζει να ελέγξουν την πραγματικότητα την οποία βιώνουν (Γαλανάκη, 2003).

1.3. Ορμονικές μεταβολές στην εφηβεία

Οι σωματικές αλλαγές οι οποίες παρουσιάζονται κατά την εκκίνηση της εφηβείας ελέγχονται από ορμόνες, βιοχημικές δηλαδή ουσίες οι οποίες εκκρίνονται στο κυκλοφορικό σύστημα από εσωτερικά όργανα, τους ενδοκρινείς αδένες. Οι ορμόνες που ξεκινούν να αποτελούν κινητήριο δύναμη για την ανάπτυξη και την αλλαγή στην εφηβεία είναι παρούσες σε επίπεδα που μπορούν να ανιχνευθούν ήδη από την εμβρυική φάση ανάπτυξης, ιδιαίτερα από την δεύτερη εμβρυική

περίοδο, αλλά η παραγωγή τους αυξάνεται σε μεγάλο βαθμό, κυρίως κατά την ηλικία των 10,5 ετών περίπου για τα κορίτσια, και των 12-13 ετών για τα αγόρια (Tanner, 1978).

Στην συνέχεια ακολουθεί η έκρηξη της ανάπτυξης στην εφηβεία. Οι πιο έντονες μεταβολές που σχετίζονται με την ήβη, δηλαδή την σεξουαλική αφύπνιση και έπονται της "έκρηξης" της ανάπτυξης για περίπου ένα χρόνο. Η έκρηξη αυτή συνήθως προκαλεί και αδεξιότητα ή αμηχανία, καθώς οι έφηβοι γνωρίζουν και κατ' επέκταση ξεκινούν να ελέγχουν το "νέο" τους σώμα. Και στα δύο φύλα παρουσιάζονται αρκετά μεγάλες διαφορές ως προς το χρόνο εμφάνισης των ορμονικών μεταβολών που συνοδεύουν την είσοδο στην εφηβεία. Οι "αρσενικές" και οι "θηλυκές" ορμόνες υπάρχουν στα μέλη και των δύο φύλων, αλλά οι άνδρες ξεκινούν να παράγουν περισσότερες ορμόνες του ανδρικού γεννητικού συστήματος. Η πιο βασική από αυτές τις ορμόνες είναι η τεστοστερόνη όσον αφορά τους άνδρες, ενώ για τις νεαρές γυναίκες οι πιο βασικές ορμόνες αφορούν τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη. Οι σεξουαλικές ορμόνες διεγείρουν τα γεννητικά όργανα και τα προετοιμάζουν για την διαδικασία της αναπαραγωγής, ενώ ταυτόχρονα καθορίζουν και διατηρούν τα χαρακτηριστικά των κυρίαρχων φύλων όπως τα γνωρίζουμε (αρσενικό-θηλυκό) (Tanner, 1978).

1.4. Ήβη και σεξουαλική ωρίμανση

Η εφηβεία είναι μια χρονική περίοδος σπουδαίων αλλαγών για το νέο άτομο καθώς αλλάζει τόσο το σώμα όσο και ο τρόπος σκέψης του. Την ίδια στιγμή η εφηβεία είναι μία θεμελιώδης περίοδος της ανάπτυξης της σεξουαλικότητας, καθώς εκείνο το διάστημα γίνεται η αφύπνιση του σεξουαλικού ενστίκτου και η επιθυμίας για σεξ από το άτομο γίνεται όλο και πιο έντονη. Το σώμα προετοιμάζεται για την αναπαραγωγή. Για τα κορίτσια, η πρώτη έμμηνος ρύση σηματοδοτεί την έναρξη της εφηβείας (Tanner, 1978). Η ήβη μπορεί να αρχίσει για τα κορίτσια από τα 10 έως 12 χρόνια της ζωής τους ενώ για τα αγόρια από τα 12 έως 14 χρόνια. Δηλαδή στα κορίτσια σε γενικές γραμμές η σεξουαλική ωρίμανση προκύπτει νωρίτερα από τα αγόρια. Οι ηλικίες αυτές ωστόσο είναι ενδεικτικές. Από τα 8 έως τα 14 χρόνια για τα κορίτσια και από τα 9 έως τα 15 χρόνια για τα αγόρια είναι οι συνηθισμένες ηλικίες που ξεκινά η ήβη. Αν η ήβη κάνει την εμφάνιση της νωρίτερα τότε ονομάζεται πρώιμη, ενώ εάν εμφανιστεί αργότερα, ονομάζεται όψιμη (Tanner, 1978).

Η σεξουαλικότητα είναι μία εξαιρετικά σημαντική πτυχή της ζωής κάθε ανθρώπου, καθώς ο άνθρωπος αποτελεί ένα ον τόσο κοινωνικό όσο και σεξουαλικό. Η εφηβική σεξουαλικότητα είναι

ένα βίωμα έντονο αλλά και πολύ προσωπικό για τον νέο. Η ένταση του βιώματος αυτού οφείλεται στην πρώτη επαφή του εφήβου με αυτή την πλευρά του σώματός του. Ο νέος βαδίζει πλέον προς την σεξουαλική του ωρίμανση. Ο λόγος για τον οποίο ονομάζεται προσωπικό βίωμα είναι επειδή το κάθε άτομο επεξεργάζεται αυτή την εμπειρία με έναν διαφορετικό και υποκειμενικό τρόπο. Μέσα απο την εμπειρία αυτή, ο νέος μαθαίνει το σώμα του αλλά και το σώμα του άλλου (Cugota Mateu, 2008).

1.5. Η διαμόρφωση της προσωπικότητας και της ταυτότητας του εφήβου

Οι γονείς μέσα από την φροντίδα, την στήριξη, την σωστή καθοδήγηση και προστασία αποτελούν έναν από τους πιο σημαντικότερους παράγοντες εξέλιξης της κοινωνικότητας του ατόμου στην εφηβεία (Καπάτου, 2007).

Εξίσου σπουδαίο ρόλο διαδραματίζουν και οι εκπαιδευτικοί, οι οποίοι μπορούν να αναπληρώσουν το κενό που είναι πιθανό να προκύψει στις σχέσεις των εφήβων με τους γονείς τους. Ο εκπαιδευτικός έχει το χρέος να αποδεχτεί τον έφηβο μαθητή και να τον ενθαρρύνει να ανακαλύψει μόνος του τις δυνατότητες του. Σπουδαίο ρόλο στην κοινωνικοποίηση παίζει και η υποστήριξη από συνομηλίκους. Οι υποστηρικτικές σχέσεις ανάμεσα σε εφήβους είναι ικανές να ενισχύσουν την αυτοεκτίμηση του νέου καθώς και νααναθεωρήσει τις αντιλήψεις του. Σε γενικές γραμμές η κοινωνική στήριξη εστιάζει στην αποδοχή, την φροντίδα ή την βοήθεια που το άτομο νιώθει ότι δέχεται από τους γύρω του. Η στήριξη αυτή ενδέχεται να είναι υλική, συναισθηματική και σε μορφή πληροφοριών. Όσο πιο ισχυρή είναι η συσχέτιση της αυτοεκτίμησης που παρέχεται στο άτομο από ορισμένα πρόσωπα του κοινωνικού του περίγυρου, τόσο πιο σπουδαίας σημασίας γίνονται τα πρόσωπα αυτά για το άτομο. Η ομάδα των συνομηλίκων είναι ιδιαίτερα σημαντική για τον έφηβο καθώς εκείνος προσπαθεί να κερδίσει την αυτονομία του στο οικογενειακό του περιβάλλον. Η παρέα του εφήβου τον βοηθάει να πειραματιστεί με ενήλικους κοινωνικούς ρόλους και καινούριες συμπεριφορές, σε ένα πλαίσιο το οποίο θα διευκολύνει την ανάπτυξη της προσωπικότητας του. Μια βασική δυνατότητα που επίσης προσφέρει η ομάδα των συνομηλίκων στον νέο είναι η αλληλεπίδραση ανάμεσα στα δύο φύλα. Κατά την πρώτη περίοδο της εφηβικής ηλικίας παρατηρείται διακριτή διαφοροποίηση ανάμεσα στα δύο φύλα ενώ κατά τη διάρκεια της μέσης εφηβείας ξεκινάει η διαπροσωπική σύνδεση που θα οδηγήσει το έφηβο άτομο στην σταδιακή οικοδόμηση ετερόφυλων σχέσεων (Καπάτου, 2007). Σύμφωνα με μελέτη που

ασχολήθηκε με την σπουδαιότητα των φιλικών σχέσεων κατά την εφηβεία, υποστηρίζει ότι, σε πολλές περιπτώσεις, οι φίλοι έχουν την δυνατότητα να αναπληρώσουν το κενό που μπορεί να έχει δημιουργηθεί μέσα στην οικογένεια, και το οποίο κενό σχετίζεται με την συναισθηματική ισορροπία του νέου ατόμου (Καπάτου, 2007). Τα άτομα δηλαδή, με πιο δύσκολη εφηβεία συχνά τείνουν να καταφεύγουν στον φιλικό τους περίγυρο, πιστεύοντας ότι εκείνος είναι πιο ικανός να καλύψει τις βασικές ψυχολογικές και κοινωνικές τους ανάγκες, καθώς επίσης και τις επιθυμίες, όταν υπάρχει δυσκολία από την μεριά του γονέα (Καπάτου, 2007).

Η ομάδα συνομηλίκων ενισχύει σημαντικά την αυτοεκτίμηση του εφήβου σε όλο το ηλικιακό φάσμα Καπάτου, 2007). Για τον ίδιο τον νέο, η σπουδαιότητα του γονέα μειώνεται με το πέρασμα του χρόνου, και η επαφή με τα συνομήλικα άτομα είναι εκείνη που παίζει τον σπουδαιότερο ρόλο στην πορεία της εξέλιξης της κοινωνικοποίησής του. Κάθε άτομο έχει ανάγκη για θετική ενίσχυση και αποδοχή από πρόσωπα, τα οποία το ίδιο εκτιμά. Οι φίλοι γίνονται το βοηθητικό «εγώ» του εφήβου. Μέσω της παρέας, οι νέοι μπορούν να ρυθμίσουν το άγχος τους και να βελτιώσουν την αυτο-εικόνα τους. Επίσης, η παρέα καθοδηγεί τους εφήβους και θέτει νέα κριτήρια και πρότυπα συμπεριφοράς. Για τον νέο, το να ανήκει σε μία παρέα έχει μεγάλη σημασία. Του δίνεται η ευκαιρία να αποκτήσει μία προσωρινή ταυτότητα, να αναγνωριστεί από τους γύρω του και να γίνειι αποδεκτός. Όσο ο έφηβος εξελίσσεται, μαζί εξελίσσεται και αυτή η προσωρινή ταυτότητα σε μία διαρκή και στερεή αίσθηση του εαυτού του. Η διαδικασία της αναζήτησης και της διαμόρφωσης της ταυτότητας είναι προσωπική και συνδέεται άμεσα με τις εμπειρίες και τις γνώσεις που αποκτά ο έφηβος. Αυτή η διαδικασία επηρεάζει σημαντικά την συναισθηματική κατάσταση του νέου ατόμου και τον τρόπο με τον οποίο θα προσαρμοστεί στην ενήλικη ζωή (Καπάτου, 2007).

Η κοινωνικοποίηση του ατόμου αποτελεί μια διαδικασία πολύπλοκη, που ολοκληρώνεται μέσα από την λειτουργία ορισμένων ψυχοκοινωνικών μηχανισμών (Kail & Cavanaugh, 2010). Για παράδειγμα η μάθηση, η ταύτιση και η εσωτερίκευση αποτελούν ορισμένους από τους βασικούς μηχανισμούς που αναπτύσσει το άτομο στη συγκεκριμένη αναπτυξιακή περίοδο. Πιο αναλυτικά με τον όρο “μάθηση” νοείται η απόκτηση συνηθειών και τρόπων συμπεριφοράς από το άτομο μέσα από την πρόσληψη κοινωνικών παραστάσεων αλλά και την ενόρμηση της συμπεριφοράς του ανάλογα με αυτές. Μέσα από την ταύτιση, δηλαδή την υιοθέτηση ρόλων και συμπεριφορών που συντελούν στο να αναγνωρίσει το παιδί τον εαυτό του στους γονείς ή τους δασκάλους, το κοινωνικοποιούμενο παιδί αναπτύσσει το αίσθημα του “ανήκειν” ως κομμάτι του ευρύτερου

κοινωνικού συνόλου (Kail & Cavanaugh, 2010). Η αποδοχή από τα άλλα άτομα και η διαμόρφωση αμοιβαίων φιλικών σχέσεων γίνεται όλο και πιο σπουδαία για την κοινωνική ενίσχυσή των παιδιών που μεταβαίνουν στην εφηβεία. (Ladd, 2005). Έρευνες δείχνουν ότι, η φιλία είναι ένας από τους παράγοντες που επηρεάζουν το άτομο σε όλη την πορεία της ζωής του και το βοηθάει να καλύψει βασικές συναισθηματικές και κοινωνικές του ανάγκες. Υποστηρίζεται επίσης ότι οι άνθρωποι που συνάπτουν φιλικές σχέσεις, ενισχύονται σε μεγάλο βαθμό θετικά. Υπάρχουν όμως και πολλοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τόσο την ποιότητα, όσο και τη συμπεριφορά μιας φιλίας. Τέτοιοι παράγοντες ενδέχεται να είναι οι προτιμήσεις του ατόμου, το πολιτισμικό και κοινωνικό του προφίλ, τα στερεότυπα που τον διακατέχουν και αναπαράγονται ανάμεσα στα δύο φύλα, αλλά και ο κίνδυνος θυματοποίησης που μπορεί να υποστεί το έφηβο άτομο από τους συνομήλικους που τον περιβάλλουν (Way, 2013). Οι γονείς , είναι σημαντικό να έχουν ενεργό ρόλο και να βοηθούν τον έφηβο να συνάψει υγιείς σχέσεις με τους συνομηλίκους. Καθώς η αυτοεκτίμηση αποτελεί βασικό συστατικό για τη δόμηση της ταυτότητας του εφήβου, η αίσθηση ότι οι γονείς τον εμπιστεύονται και τον αντιμετωπίζουν ως υπεύθυνο και ώριμο ενήλικα, συμβάλλει θετικά στην ενίσχυση αυτής (Pfeifer & Berkman, 2017). Επομένως, η κατανόηση και η αποδοχή είναι σημαντικό να παρέχονται τόσο από τους γονείς όσο και από τους συνομηλίκους. Μέσα σε ένα τέτοιο πλαίσιο οι γονείς μαθαίνουν καλύτερα τα παιδιά και τα ενδιαφέροντά τους και έτσι μπορούν να αντιμετωπίζουν με πιο υγιή τρόπο τις συγκρούσεις που συχνά κάνουν την εμφάνισή τους κατά τα πρώτα χρόνια της εφηβείας (Liorca et al., 2017).

Κεφάλαιο 2ο: Η κατάθλιψη στην εφηβεία

2.1. Η κατάθλιψη ως έννοια

Σύμφωνα με εγχειρίδιο DSM-5, Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (η γνωστή και ως κατάθλιψη) είναι μια κοινή ψυχική διαταραχή διάθεσης κατά την οποία το άτομο εκφράζει την απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης απέναντι σε δραστηριότητες/πράγματα τα οποία μέχρι πρότινος το ευχαριστούσαν, μειωμένη ενέργεια, αισθήματα ενοχής ή χαμηλής αυτοεκτίμησης, ενώ σύμπτωμα αποτελεί επίσης οποιαδήποτε διαταραχή στον ύπνο, η έλλειψη συγκέντρωσης και όρεξης. Η κατάθλιψη συνδέεται επίσης και με την έκφραση άγχους. Τα συμπτώματα αυτά μπορούν να είναι χρόνια ή υποτροπιάζοντα, και να προκαλέσουν μια σειρά από σοβαρές βλάβες, που μπορεί και να προκαλέσουν στην συνέχεια στο άτομο δυσλειτουργία και δυσκολία στο να αυτοεξυπηρετηθεί (Kessing et al., 2010).

Έρευνες που εστιάζουν στην διερεύνηση των αιτιών, υποστηρίζουν ότι τόσο οι βιολογικές λειτουργίες των ατόμων, όσο και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, μπορεί να οδηγήσουν στην επιδείνωση αλλά και εμφάνιση της κατάθλιψης. Έχουν μάλιστα οδηγηθεί στο συμπέρασμα ότι η κατάθλιψη, παρά την πολύπλοκη φύση της μπορεί και αποτελεί ένα συνδυασμό τόσο εσωτερικών όσο και εξωγενών - κοινωνικών παραγόντων (Shavers, 2014; Malhi & Mann, 2018).

Στους βιολογικούς παράγοντες σημαντικός είναι ο ρόλος της κληρονομικότητας. Έρευνες έχουν επισημάνει ότι τα άτομα με κατάθλιψη έχουν συχνά άμεση σχέση με μέλη οικογενειών όπου ένα ή περισσότερα από τα μέλη έχει παρουσιάσει κατάθλιψη. Η κατάθλιψη, στις περιπτώσεις αυτές προκύπτει από κάποια γονιδιακή δυσλειτουργία που εμφανίζουν τα μέλη των οικογενειών. Έτσι, ένα οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες κινδύνου. Έχοντας υπόψη, ωστόσο, ότι η κατάθλιψη είναι μια πολύπλευρη κατάσταση έχει αποδειχθεί ότι υπάρχουν ενδεχομένως αρκετά διαφορετικά γονίδια που το καθένα ασκεί μικρές επιρροές, παρά ένα μεμονωμένο γονίδιο που συμβάλλει στον κίνδυνο εμφάνισής της. Η λεγόμενη γενετική της κατάθλιψης, όπως και οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές, δεν είναι όσο απλή ή ξεκάθαρη είναι οι υπόλοιπες γενετικές ασθένειες (Calear et al., 2016).

2.2. Η κατάθλιψη στην εφηβεία

Η κατάθλιψη στην εφηβεία είναι μια σοβαρή διαταραχή, η οποία χρειάζεται να αντιμετωπίζεται

με σοβαρότητα από τον περίγυρο και το οικογενειακό περιβάλλον των εφήβων. Παλαιότερα, κυριαρχούσε η αντίληψη ότι οι ανήλικοι δεν γινόταν να πάσχουν από κατάθλιψη. Όταν οι έφηβοι εμφάνιζαν σημάδια κατάθλιψης, συχνά μπερδεύονταν με εναλλαγές της διάθεσης λόγω της εφηβείας. Έρευνες δείχνουν ότι οι έφηβοι είναι πιθανόν να έρχονται αντιμέτωποι ακόμη και με την κλινική κατάθλιψη (Auerbach et al., 2014). Πρόσφατα δεδομένα επισημαίνουν ότι σχεδόν το 11% των εφήβων των ΗΠΑ βιώνουν κατάθλιψη και ότι σχεδόν όλα αυτά τα επεισόδια ακολουθούνται από αρνητικές συνέπειες στην ύστερη εφηβεία αλλά ακόμη και την ενήλικη ζωή. Πιο συγκεκριμένα, η κλινική κατάθλιψη στην εφηβεία φαίνεται να συνδέεται αρκετά συχνά με την εμφάνιση μη αυτοκτονικού αυτοτραυματισμού, ενώ στην ενήλικη ζωή συνδέεται με πιο χαμηλά επίπεδα κοινωνικό-οικονομικού προφίλ, και πιο υψηλά ποσοστά διαζυγίων και περιπτώσεις αυτοκτονιών (Auerbach et al., 2010; Auerbach, et al., 2014).

Η πιο συνηθισμένη εικόνα ενός καταθλιπτικού εφήβου είναι να έχει ξεσπάσματα, να αντιμετωπίζει δυσκολίες στο σχολείο ως προς τις επιδόσεις στα μαθήματα καθώς και στην σύναψη σχέσεων με συνομηλίκους, να εκφράζει αρνητικότητα και να αισθάνεται παρεξηγημένος από τους άλλους κλπ. Αυτά είναι στοιχεία που μπορούν να αποδοθούν από τον περίγυρο του ατόμου ως σημάδια της εφηβείας αλλά και των αλλαγών που καλούνται να αντιμετωπίσουν και στους υπόλοιπους τομείς της ζωής τους. Μια έρευνα του Huberty (2012), υπέδειξε ότι μέχρι και έξι μαθητές σε μια τάξη είναι πιθανόν να έρχονται αντιμέτωποι με την κατάθλιψη ανά πάσα στιγμή και η συνθήκη αυτή να μη γίνει αντιληπτή έγκαιρα. Μάλιστα, διαφοροποίηση παρατηρείται και στα αίτια που οδηγούν στην κατάθλιψη κατά την εφηβική ηλικία. Οι έφηβοι καλούνται να διαχειριστούν το σχολείο, τους βαθμούς, την οικογένεια, τους φίλους και την ταυτότητά τους. Ο εκφοβισμός, επίσης, είναι ένα από τα σοβαρά προβλήματα, που συντελούν στην εμφάνιση κατάθλιψης στους εφήβους, ενώ ο εκφοβισμός μπορεί να εμφανιστεί με αρκετές μορφές και να εμφανιστεί και σε διαφορετικά πλαίσια στην καθημερινότητα των εφήβων (Centers for Disease Control and Prevention, 2015).

Σε πολλούς έφηβους με κατάθλιψη η διάγνωση πραγματοποιείται με εσφαλμένο τρόπο. Αρκετός κόσμος, λόγω στρεβλής ή μειωμένης ενημέρωσης, προβαίνει σε λαθεμένη κριτική και χαρακτηρίζει τους καταθλιπτικούς εφήβους ιδιότροπους ή κατηγορούν τον νέο για όλα αυτά τα ζοφερά και επίπονα συναισθήματα. Ακόμη, οι έφηβοι με κατάθλιψη μπορεί να έχουν την εικόνα ατόμων ψυχικά ισορροπημένων, καμουφλάροντας πετυχημένα την συμπτωματολογία της

κατάθλιψης, όμως τα σημάδια της κατάθλιψης γίνονται αναπόφευκτα εμφανή (Maughan et al., 2013).

2.2.1. Χαρακτηριστικά κατάθλιψης

Οι καταθλιπτικοί έφηβοι παρουσιάζουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά (DSM-IV):

- Καταθλιπτικό συναίσθημα (ευερεθιστότητα)
- Αίσθημα κούρασης ή απώλεια της ενεργητικότητας
- Απώλεια αυτοπεποίθησης ή αυτοσεβασμού
- Μειωμένη δυνατότητα συγκέντρωσης
- Έντονη αυτομομφή ή έντονες/ακατάλληλες ενοχές .
- Επανειλημμένες σκέψεις θανάτου, αυτοκτονικό ιδεασμό ή απόπειρα αυτοκτονίας
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση ή ανησυχία
- Αϋπνία ή υπερυπνία
- Σημαντική απώλεια ή αποκτηση βάρους
- Άγχος
- Ενοχές
- Διαταραχές μνήμης
- Παραμέληση εαυτού .

Η κλινική εικόνα ενός καταθλιπτικού ατόμου φαίνεται να είναι η παρόμοια σε έφηβους αλλά και σε ενήλικες. Οι μελέτες συμπεραίνουν ότι η κατάθλιψη ενδέχεται να αξιολογηθεί αξιόπιστα ακόμη και σε μικρά παιδιά χρησιμοποιώντας κριτήρια που είναι σύμφωνα με το DSM-IV. Επομένως παρά τις όποιες ηλικιακές διαφορές στα συμπτώματα, τα υπάρχοντα κριτήρια για την κατάθλιψη φαίνεται να είναι κατάλληλα για χρήση σε ενήλικες και μη (DSM-IV). Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή στην εφηβεία είναι ευρέως γνωστό ότι συχνά υπο-διαγνώσκεται, δηλαδή δεν προχωρούν όλοι στην διάγνωση της, αλλά μόνο ένα τμήμα των έφηβων ατόμων (Thapar, 2012). Οι σωματικές, οι συναισθηματικές και οι κοινωνικές αλλαγές, συμπεριλαμβανομένης της έκθεσης στη φτώχεια, την κακοποίηση ή τη βία, μπορούν να κάνουν τους εφήβους ευάλωτους σε προβλήματα ψυχικής υγείας (WHO, 2023).

2.2.2. Εφηβική κατάθλιψη και φύλο

Η εμφάνιση παιδικής κατάθλιψης είναι λιγότερο συχνή συγκριτικά με την εφηβική, όπου το φαινόμενο φαίνεται να είναι σημαντικά αυξημένο (Miller et al., 2021). Πολλές είναι και οι παράμετροι που πιθανόν να εξηγήσουν την μετά-εφηβική εξάπλωση της κατάθλιψης, αφού το εξελικτικό στάδιο της εφηβείας, διακατέχεται από ισχυρές βιολογικές αλλά και κοινωνικές αλλαγές, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν το άτομο. Τα επικρατέστερα αποτελέσματα συμφωνούν ότι η κατάθλιψη στην εφηβεία δείχνει να επηρεάζει σε μεγαλύτερο βαθμό τα κορίτσια (Miller et al., 2021). Ο Karg και οι συνεργάτες του (2011), ερευνώντας το φαινόμενο παρατηρούν μεγαλύτερη εκδήλωση από πλευράς κοριτσιών στις ορμονικές μεταβολές που προκύπτουν στο θηλυκό σώμα (Karg et al., 2011). Άλλοι ερευνητές εντοπίζουν ποσοστιαία απόκλιση ως προς την κατάθλιψη με τη ζυγαριά να γέρνει προς τα κορίτσια. Με βάση τις εκτιμήσεις αυτές, από την ηλικία των 13 και άνω, καθίσταται ορατή η διαφοροποίηση ανάμεσα στα κορίτσια και τα αγόρια. Συγκεκριμένα τα ποσοστά στις έφηβες αυξάνονται διαρκώς ενώ αντίθετα στους εφήβους μένουν σταθερά με εκείνα που παρατηρήθηκαν στην παιδική ηλικία. Επίσης, ακόμη και και κατά την ενδιάμεση περίοδο της εφηβείας, οι έφηβες έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να διαγνωστούν με μείζων καταθλιπτική διαταραχή, και έχουν διπλάσια συμπτωματολογία κατάθλιψης (Cyranowski et. al., 2000; Hankin et al., 2001; Rudolph et al., 2007; Hyde, 2008; Nolen-Hoeksema et. al., 2009).

2.2.3. Παράγοντες κινδύνου στην εκδήλωση εφηβικής κατάθλιψης

Οι παράγοντες που είναι πιθανόν να επηρεάσουν την εμφάνιση της εφηβικής κατάθλιψης είναι πολλοί και διαφορετικοί καθώς επίσης κι ο ένας σχετίζεται με τον άλλον, αυξάνεται έτσι με άμεσο ή έμμεσο τρόπο η εμφάνιση της κατάθλιψης ή η μη λειτουργική διαχείριση των καταστάσεων κρίσης στην εφηβική ηλικία.Οι ψυχοκοινωνικές θεωρίες της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας θεωρούν ότι το οικογενειακό περιβάλλον είναι μια από τις σημαντικότερες επιρροές διαμόρφωσης τόσο της ομαλής λειτουργίας όσο και της δυσλειτουργίας των παιδιών και εφήβων. Παράγοντες του οικογενειακού περιβάλλοντος, όπως είναι η κατάθλιψη ενός από τους δύο γονείς, η ψυχρότητα, η απόρριψη, το μη υποστηρικτικό περιβάλλον, οι απότομες αλλαγές στην δομή της οικογένειας, η βίαιη συμπεριφορά ή η παραμέληση επηρεάζουν αρκετά την πιθανότητα εμφάνισης εφηβικής κατάθλιψης. Επομένως, μία αιτιώδης σχέση μεταξύ της υγιούς ανατροφής

και της εφηβικής κατάθλιψης, είναι πιθανώς η αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικών , γνωστικών, συναισθηματικών, διαπροσωπικών και οικογενειακών περιβαλλοντικών παραγόντων (Greszta, 2006).

2.3. Γονικοί παράγοντες που συντελούν στην εκδήλωση εφηβικής κατάθλιψης

Υποστηρίζεται ότι η προσωπικότητά των γονέων, η δομή της οικογένειας, η ειδική κάθε φορά θέση που έχει το έφηβο άτομο στο μυαλό των γονέων του, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στην εξέλιξη του νέου κατά την εφηβεία (Ζερβής et al., 2016). Όταν ξεκινούν οι πρώτες κρίσεις της εφηβείας, συνήθως σημειώνεται συσχέτιση της διαχείρισης. Η διαχείριση αυτή ενδέχεται να έχει δύο παραμέτρους:

a) Τις δυσκολίες τις οποίες καλούνται να διαχειριστούν οι γονείς. Οι δυσκολίες αυτές συχνά συσχετίζονται με κρίση της μέσης ηλικίας που συνήθως οι γονείς βιώνουν κατά τη διάρκεια της εφηβείας των παιδιών τους. Μπορούμε να επισημάνουμε ότι η σημαντικότητα της μέσης ηλικίας , 45-55 ετών, προκύπτει συχνά από τον στοχασμό για το τι έκανε κάποιος μέχρι εκείνο το διάστημα στη ζωή του, συνειδητοποίηση ότι ο χρόνος ζωής του δεν είναι άπειρος, πιο λίγες ικανοποιήσεις στον συναισθηματικό και σεξουαλικό τομέα, προβλήματα ταυτότητας, καταθλιπτικές αντιδράσεις. Επομένως μπορεί να προκύψει αναβίωση της οιδιπόδειας προβληματικής – με επιπτώσεις στον έφηβο – ζήλια απέναντι στον έφηβο (Ζερβής et al., 2016).

b) Τις αντιδράσεις των γονέων που προκύπτουν από μια πιθανή παθολογία των ίδιων εξαιτίας δικών τους καθηλώσεων, δικών τους δηλαδή δυσκολιών κατά την διάρκεια της ζωής τους. Όταν πρόκειται για εφήβους, οι γονείς που προβάλλουν τα δικά τους προβλήματα όπως φόβους, φιλοδοξίες ή άλλα προσωπικά χαρακτηριστικά μπορεί να έχουν σημαντικό αντίκτυπο. Ως αποτέλεσμα, η αξιολόγηση της οικογενειακής δομής γίνεται ουσιαστικό συστατικό της κλινικής ψυχολογικής αξιολόγησης για τους εφήβους όταν απαιτείται. Σε περιπτώσεις όπου προκύπτουν δυσκολίες που σχετίζονται με τους γονείς, μπορεί να είναι απαραίτητο να προτείνεται συμβουλευτική ή ατομική θεραπεία για έναν από τους γονείς. Αν η οικογένεια δεν δώσει την δυνατότητα στον έφηβο να είναι αυτόνομος με ήρεμο τρόπο, ο τελευταίος θα προσπαθήσει να είναι ανεξάρτητος με «θεαματικό» και προκλητικό

τρόπο. Αυτό συμβαίνει όταν η οικογένεια είναι ιδιαίτερα αυστηρή ή όταν οι αγωνίες του εφήβου, οι περιορισμοί, η καταστολή των δικαιωμάτων του και η επιδίωξη της ευχαρίστησης δεν ανακουφίζονται επαρκώς στο τέλος της οιδιπόδειας περιόδου, όταν δηλαδή εισέρχεται στη λανθάνουσα περίοδο. Στην περίπτωση αυτή ο έφηβος αντιδρά στις απόψεις και τις προτιμήσεις που επικρατούν στην οικογένεια αμφισβητώντας κάθε επιλογή (Ζερβής et al., 2016).

Συμπεράινουμε λοιπόν ότι, ο έφηβος φοβάται να αναγνωρίσει τις νέες του ανάγκες και να τις εκπληρώσει. Αυτοί οι έφηβοι συχνά αρνούνται να αποδεχθούν την ωρίμανση τους, προτιμώντας να διατηρήσουν την παιδικότητα τους. Συνέπεια αυτού είναι η καθυστέρηση της πνευματικής τους ανάπτυξης, αλλά και η πιθανή εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, με καταστροφικές συνέπειες για τους εφήβους αργότερα κατά την διάρκεια της ζωής τους (Ζερβής et al., 2016). Οι συγκρούσεις στο οικογενειακό περιβάλλον, η μειωμένη εξωτερίκευση συναισθημάτων και η χαμηλή υποστήριξη από το οικογενειακό περίγυρο συντελούν στην εκδήλωση της κατάθλιψης στην εφηβεία. Ταυτόχρονα, είναι αρκετές οι μελέτες που υποστηρίζουν ότι η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση αλλά και παραμέληση παιδιών και εφήβων συσχετίζεται με τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης τόσο στην παιδική και εφηβική ηλικία όσο και στην μετέπειτα ενηλικίωση (Heneghan et al, 1993; Petersen et al.,1993).

2.3.1. Ενδοοικογενειακή βία

Σύμφωνα με τον Πανούση (2008), η βία μέσα στην οικογένεια ορίζεται ως «αόρατη βία». Αυτός ο όρος χρησιμοποιείται γιατί δυστυχώς κρύβεται μέσα στον «σκοτεινό αριθμό του εγκλήματος», συχνά μεταμφιεσμένο ως μέσο διατήρησης της οικογενειακής ενότητας (Πανούσης, 2008). Η δικαιολογία για τη σιωπή των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας προκύπτει από την αντίληψη ότι οποιαδήποτε μορφή βίας στο οικογενειακό περιβάλλον είναι ένα «εσωτερικό ζήτημα» το οποίο οφείλει να λυθεί από τα ίδια τα μέλη της οικογένειας (Παπαθεοδώρου, 2007). Ακόμη, υπάρχει συχνά φόβος από την πλευρά των θυμάτων να αναφέρουν και να εξωτερικεύσουν ανοιχτά το τραύμα τους. Επιπλέον, η απροθυμία των αρχών και των κοινωνικών ιδρυμάτων να αναγνωρίσουν και να επικυρώσουν τους ισχυρισμούς των θυμάτων επιδεινώνει το ζήτημα, υπογραμμίζοντας τη σημαντική ευθύνη της κοινωνίας για την αποτυχία διαχείρισης τέτοιων συνθηκών κρίσης (Καραμόσχογλου, 2010). Κύριες πηγές άντλησης πληροφοριών, αναφορικά με την σπουδαιότητα του φαινομένου αποτελούσαν οι επίσημες εκθέσεις, τα διαθέσιμα στοιχεία των κοινωνικών

υπηρεσιών, καθώς και τα δεδομένα των κλινικών ερευνών και των προγραμμάτων αρωγής των θυμάτων αυτών των βιαιοπραγιών.

Η δυσκολία της πρόσβασης των θυμάτων στις υπηρεσίες σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας αποτελεί συχνό φαινόμενο, πέρα από τη σοβαρή δυσκολία και τον φόβο που βίωναν τα μέλη της οικογένειας για να καταφέρουν να καταγγείλουν την κακοποίηση τους. Ακόμη, η δυσκολία υπήρχε και από τους θεσμικούς περιορισμούς που επιβάλλονται στο έργο των των υπηρεσιών, την συνταγματική οχύρωση του οικιακού ασύλου, τους επιγενόμενους συμβιβασμούς και τις ανακλήσεις των αναφερομένων στις αρχές σχετικά με την διάπραξη ενδοοικογενειακής κακοποίησης. Πάντως, η συνηθισμένη μέτρηση του φαινομένου αυτού πραγματοποιείται από τις ιατρικές βεβαιώσεις των τραυματισμών, συνεπεία άσκησης της ενδοοικογενειακής βίας και μέσα από τις ομολογίες των θυμάτων (Σκλάβου, 2008).

Η συζυγική κακοποίηση, ενώ αποτελεί ένα κρίσιμο και επίκαιρο κοινωνικό φαινόμενο, με τα ποσοστά της συνεχώς να αυξάνονται, συνήθως εσφαλμένα ορίζεται ως ζήτημα προσωπικό, με αποτέλεσμα να περιορίζεται στους κόλπους της οικογένειας, καθιστώντας αδύνατη την δημοσιοποίησή του προς τα έξω (Cindy & Committee on Child Abuse and Neglect, 2015). Από αυτό προκύπτει το θύμα με συντριπτική πλειοψηφία τις γυναίκες, να μην καταγγέλλει το βίωμα του. Συχνά, ο ορισμός και η αναγνώριση της σωματικής κακοποίησης είναι πολύπλοκη, καθώς επηρεάζεται από τις διαφορές που ισχύουν στους νόμους κάθε πολιτείας βάσει των δικών τους ποινικών και αστικών καταστατικών. Σε αρκετές περιπτώσεις, η σωματική κακοποίηση των παιδιών μπορεί να καταλήξει σε μόνιμη αναπηρία και αναπηρία που μπορεί να επηρεάσει σημαντικά έως και την ποιότητα ζωής τους. Ακόμη, τα άτομα που κακοποιήθηκαν σωματικά ως παιδιά κινδυνεύουν να παρουσιάσουν διαταραχές συμπεριφοράς όπως είναι η επιθετικότητα, η κατάθλιψη και μειωμένη γνωστική λειτουργία (Cindy & Committee on Child Abuse and Neglect, 2015).

Ως παιδική κακοποίηση ορίζεται η οποιαδήποτε μορφή σωματικής ή συναισθηματικής κακοποίησης, σεξουαλικής κακοποίησης, παραμέλησης ή εκμετάλλευσης για εμπορικούς σκοπούς που προκαλεί πραγματική ή δυνητική βλάβη στην υγεία, τη ζωή, την ανάπτυξη και την αξιοπρέπεια ενός παιδιού (W.H.O., 1999). Ως σωματική κακοποίηση του παιδιού ορίζεται η ύπαρξη χειροδικίας, με αποτέλεσμα την σωματική του βλάβη, που μπορεί να οδηγήσει και στον θάνατο του. Έτσι προκύπτει πως ως σωματική κακοποίηση θεωρείται ένας σωματικός τραυματισμός που προκύπτει εσκεμμένα και που προκαλείται από τον γονέα, τον φροντιστή ή

όποιο άλλο άτομο φέρει την ευθύνη του ανήλικου. Η σωματική κακοποίηση είναι πιθανόν να αποτελείται από κλωτσιές, δαγκώματα, χτυπήματα, χτυπήματα με χέρια ή διάφορα αντικείμενα, σπρωξίματα, γροθιές και κάψιμο. Οι τραυματισμοί μπορεί να κυμαίνονται από μικρές εκδορές έως και πολύ σοβαρά σπασμένα οστά, τα οποία μπορεί να είναι ακόμη και θανατηφόρα (Zitelli et al., 2021). Η σεξουαλική κακοποίηση χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες πράξεις του γονέα ή φροντιστή του παιδιού, όπως είναι το άγγιγμα των γεννητικών οργάνων, ο βιασμός, η άσεμνη έκθεση καθώς και η εκμετάλλευση μέσω της πορνείας ή της παραγωγής πορνογραφικού υλικού. Επιπλέον, οι πράξεις εξαναγκασμού, προτροπής, δελεασμού και χρησιμοποίησης ενός παιδιού για την συμμετοχή του σε οποιαδήποτε συμπεριφορά σεξουαλικού περιεχομένου ή προσομοίωση αυτής με στόχο την δημιουργία οπτικής απεικόνισης, η παρενόχληση και η αιμομιξία εντάσσονται στις μορφές της σεξουαλικής κακοποίησης (Murray et al., 2014).

Η κακοποίηση σε συναισθηματικό επίπεδο αποτελείται από συμπεριφορές που είναι σε θέση να επηρεάσουν με αρνητικό τρόπο την ανάπτυξη ενός παιδιού συναισθηματικά, καθώς και να στιγματίσουν αυτοπεποίθηση του. Η συμπεριφορά αυτή περιλαμβάνει απειλές, συνεχή και αρνητική κριτική, απόρριψη καθώς και μειωμένη εκδήλωση τρυφερότητας, αποδοχής, καθοδήγησης. Πρόκειται για μία μορφή κακοποίησης δύσκολη ως προς τον εντοπισμό της με αποτέλεσμα συχνά οι υπηρεσίες που είναι υπεύθυνες για την παιδική προστασία να δυσκολεύονται να επέμβουν χωρίς την “φανερή” ένδειξη σωματικής ή ψυχικής βλάβης στο ανήλικο. Από την άλλη πλευρά, η παραμέληση είναι η δυσκολία του γονέα ή του φροντιστή να καλύψει βασικές ανάγκες ενός παιδιού. Κατατάσσεται στη φυσική παραμέληση, με την απουσία παροχής σίτισης, στέγης και έλλειψη απαραίτητης παρακολούθησης, την ιατρική αμέλεια, την απουσία ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών, την απουσία ή έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης και κάλυψης ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών και την συναισθηματική παραμέληση, με την αδιαφορία για τις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού, την μειωμένη ψυχολογική ενίσχυση και την ανοχή ή και απάθεια ως προς τη χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών (Child Welfare Information Gateway, 2019).

Ο φόβος της απειλής μπορεί να κάνει την εμφάνισή του με την μορφή επιθετικότητας και με μια πιθανή μετάδοση τραύματος και βίας από γενιά σε γενιά. Παιδιά και νέοι στην εφηβεία που έχουν κακοποιηθεί από ενήλικες ή μέλη της οικογένειας τους, κινδυνεύουν να παρουσιάσουν δυσλειτουργίες. Οι δυσλειτουργίες αυτές έχουν άμεση σύνδεση με την εμφάνιση κατάθλιψης, αγχώδους διαταραχής αλλά και χρήσης ουσιών, διατροφικών διαταραχών καθώς και

αυτοκτονικών τάσεων. Ακόμη, παιδιά τα οποία υπήρξαν θύματα γονικής βίας διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να πέσουν θύματα εκφοβισμού αργότερα, με λιγότερες πιθανότητες να ζητήσουν βοήθεια από τους αρμόδιους επαγγελματίες. Συνολικά, η έκθεση στην ενδοοικογενειακή βία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα το παιδί να προβεί σε βιαιοπραγίες σε μελλοντικές του σχέσεις καθώς και να αναπτύξει ψυχικές και συμπεριφορικές δυσλειτουργίες στην ζωή του αργότερα (Mazza & Sani, 2020).

2.3.2. Η εξάρτηση του γονέα από ουσίες

Η ουσιοεξάρτηση είναι ένα διαχρονικό και παγκόσμιας εμβέλειας φαινόμενο, που έχει απασχολήσει και απασχολεί τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τους εκπαιδευτικούς, ερευνητές κ.ο.κ. Έχει παραδεχτεί επίσημα ως μια από τις σημαντικότερες πηγές εκδήλωσης σωματικών και ψυχικών δυσκολιών στον άνθρωπο. Πορίσματα ερευνών έχουν αποδείξει ότι περίπου 200 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο είναι χρήστες έστω και μίας ψυχοδιεγερτικής ουσίας (National Survey on Drug Use and Health Report, 2009). Πιό συγκεκριμένα, στις Η.Π.Α. περισσότερα από 1 στα 10 παιδιά κάτω των 18 χρονών, ζούν κάτω από την ίδια στέγη με γονέα που κάνει χρήση ουσιών (National Survey on Drug Use and Health Report, 2009). Πολλές έρευνες, που καταπιάνονται με την επίδραση που μπορεί να έχει η ουσιοεξάρτηση γονέα στο παιδί, συμφωνούν πως ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην άκρως δυσμενή επιρροή της στην ομαλή λειτουργία της οικογένειας (Byng-Hall, 2002; Katz et al., 2009). Αυτό ευθύνεται, μεταξύ άλλων, στο ότι παρατηρείται αντιστροφή ρόλων, με τα παιδιά να είναι υπεύθυνα για την φροντίδα των γονέων, εκτιθέμενα σε βία, παραμέληση και φόβο (Byng-Hall, 2002; Katz et al., 2009).

Πορίσματα αρκετών ερευνών δείχνουν ότι η εμφάνιση ψυχικών νοσημάτων στο παιδί του γονέα που είναι εξαρτημένος, είναι ανησυχητικά συχνή. Το παιδί του εξαρτημένου γονέα, τόσο στην παιδική όσο και στην εφηβική ηλικία, κινδυνεύει να παρουσιάσει μια σειρά από εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς, όπως είναι η διαταραχή αγωγής και επιθετικότητα, καθώς και εσωτερικευμένα, όπως άγχος και κατάθλιψη (Stanger et al.,2002; Wilens et al., 2002; Barnard & McKeganey, 2004; Wilson et al., 2004; Hanson et al.,2006;).

2.3.3. Ψυχοπαθολογία – Ύπαρξη ψυχικής νόσου γονέα

Οι εμπειρίες γονέων με ψυχικές διαταραχές είναι αρκετά κοινές με εκείνες που βιώνουν όλοι οι γονείς. Οι γονείς εκπληρώνουν τον γονεϊκό τους ρόλο και τον βιώνουν ως έναν ρόλο ιδιαίτερα σημαντικό και απαιτητικό για εκείνους. Έτσι, πολλοί γονείς θέλοντας να δώσουν προτεραιότητα στις ανάγκες των παιδιών τους, καταλήγουν να προσπερνάνε τις δικές τους. Μπορεί επίσης, να καλούνται να διαχειριστούν πολύ υψηλά επίπεδα άγχους και στρες, προσπαθώντας να ανταπεξέλθουν σε όλους τους ρόλους τους μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον. Προσπαθούν να διατηρούν την οικογενειακή συνοχή, να ισορροπήσουν τις επαγγελματικές απαιτήσεις, να διαχειριστούν την συμπεριφορά και τις δυσκολίες των παιδιών και του συντρόφου τους (εφόσον υπάρχει) και την ίδια στιγμή καλούνται να διαχειριστούν και τον πληγωμένο ψυχισμό τους. Ο γάμος και η οικογενειακή τους ζωή, κάτω από αυτές τις συνθήκες, είναι πιθανόν να κινδυνεύει, γεγονός βέβαια που επιβεβαιώνεται και σε αρκετούς κηδεμόνες οι οποίοι δεν έχουν διάγνωση κάποιας ψυχικής διαταραχής. Όμως, οι γονείς που νοσούν πολλές φορές ερμηνεύουν τις δυσκολίες αυτές ως δικές τους προσωπικές ελλείψεις λόγω της διαταραχής, δεν τις αποδίδουν στο στρες της καθημερινότητας και των υποχρεώσεων, και προκαλούν στον εαυτό τους ενοχές και περισσότερο στρες (Nicholson et al., 2004). Οι γονείς που παρουσιάζουν ψυχοπαθολογία εκφράζουν ορισμένα συμπτώματα στην καθημερινή τους γονεϊκή ικανότητα τα οποία σε γενικές γραμμές είναι τα εξής:

- Δυσκολία στο να ικανοποιήσουν τις συναισθηματικές αλλά όχι τις σωματικές ανάγκες των παιδιών τους π.χ. ενδέχεται να είναι σε θέση να κρατούν το σπίτι καθαρό αλλά να μην μπορούν να εκδηλώσουν αισθήματα φροντίδας και εγγύτητας προς το παιδί τους.
- Δυσκολία στο να μπορέσουν να λάβουν υπόψιν τις ιδιαίτερες και εξατομικευμένες ανάγκες του παιδιού.
- Δυσκολία στο να συγκεντρωθούν, να οργανώσουν την ζωή τους, να κάνουν τις δουλειές του σπιτιού ή να πάνε για ψώνια.
- Δυσκολία στο να διασφαλίσουν ένα στοιχειώδες πλαίσιο φροντίδας και ασφάλειας.

Αρχικά, μελετήθηκαν οι παράγοντες του παιδιού, δηλαδή η ηλικία και το φύλο του. Λίγα είναι τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από εκεί, όπως είναι το ότι η πρωϊμότερη ανάπτυξη της ψυχικής

ασθένειας του γονέα, επιβαρύνει τα παιδιά. Σχετικά με τους προστατευτικούς παράγοντες, φάνηκε ότι η παρουσία βοηθητικών ατόμων, που στηρίζουν συστηματικά τους γονείς και τα παιδιά, είναι ένας παράγοντας που σίγουρα επιδρά θετικά. Όσον αφορά την διάγνωση, το φύλο του παιδιού τα αποτελέσματα έδειξαν το αντίθετο. Ειδικά όσον αφορά την διάγνωση, αν και υπάρχουν κάποιες μικρές αλλά ουσιαστικές διαφοροποιήσεις τόσο στην λειτουργικότητα όσο και στην επίπτωση στα παιδιά από ασθένεια σε ασθένεια, το ενδιαφέρον είναι ότι δεν μπορεί η διάγνωση να παρέχει από μόνη της έναν ασφαλή δείκτη δυσλειτουργίας της οικογένειας και των επιπτώσεων που έχει στα παιδιά (Νακού, 2011). Έτσι, σταδιακά, το ενδιαφέρον μεταφέρεται από την διάγνωση στις σχέσεις που έχουν τα μέλη της οικογένειας, όπως για παράδειγμα η ποιότητα που έχουν οι συζυγικές σχέσεις και συγκρούσεις. Αυτό συμβαίνει γιατί η συζυγική διαφωνία, συγκριτικά με την διάγνωση, φαίνεται ότι δίνει ερμηνεία σε πιο ικανοποιητικό βαθμό από τις δυσκολίες και τις διαταραχές της συμπεριφοράς των παιδιών. Ταυτόχρονα μελετήθηκαν και ορισμένα μοντέλα διαταραγμένης επικοινωνίας, η δυσκολία συχνής σύνδεσης του ζευγαριού με τα παιδιά και η απουσία συνοχής στην οικογένεια (Νακού, 2011).

Έτσι, τα παιδιά των ενηλίκων με ψυχικές διαταραχές κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν δυσκολίες στην φυσιολογική τους ανάπτυξή και στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών. Μια μελέτη σχετικά με αυτό το φαινόμενο συγκέντρωσε 151 παιδιά μέτριας έως σοβαρής κατάθλιψης ή μη ψυχιατρικούς ασθενείς για έως και 20 χρόνια. Συγκεκριμένα, η ομάδα των παιδιών των προσβεβλημένων γονέων είχε αρκετά υψηλότερο (τριπλάσιο) κίνδυνο εμφάνισης αγχώδης διαταραχής, κατάθλιψης, εξάρτησης από ουσίες και χαμηλής λειτουργικότητας σε κοινωνικό επίπεδο.

Οι έρευνες δείχνουν πως η περίοδος μεγαλύτερης συχνότητας παρουσίας της κατάθλιψης είναι 10 -15 ετών, κυρίως σε γυναίκες. Παράλληλα οι έρευνες επικεντρώνονται στην ανάγκη για άμεση ανίχνευση της ψυχοπαθολογίας σε παιδιά με γονείς που νοσούν από κατάθλιψη. Μια έρευνα παρακολούθησε για 10 χρόνια 182 παιδιά καταθλιπτικών και μη καταθλιπτικών γονέων. Η μελέτη επεδίωκε να μελετήσει την επιρροή που ασκούν οι οικογενειακές συγκρούσεις και η γονική κατάθλιψη στα παιδιά. Τα πορίσματα έδειξαν ότι η γονική κατάθλιψη είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου εκδήλωσης κατάθλιψης με σταθερό παράγοντα κινδύνου το άγχος του ίδιου του ανήλικου. Μάλιστα, στις οικογένειες που δεν παρατηρήθηκε γονική κατάθλιψη, το παιδί φάνηκε να εκτίθεται σε χαμηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας, άγχους και κατάχρησης ουσιών. Στον αντίποδα όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά ήταν αρκετά υψηλά με την παρουσία

συγκρούσεων στο οικογενειακό περιβάλλον. Οι επιπτώσεις της γονικής κατάθλιψης και των οικογενειακών συγκρούσεων φαίνεται να παραμένουν ακόμη και όταν επέλθει η ενηλικίωση (Νακού, 2011).

Μητέρες που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες φαίνεται ότι φροντίζουν μόνες τους τα παιδιά τους και κερδίζουν και την κηδεμονία των παιδιών σε αντίθεση με τους πατέρες που εμφανίζουν κάποια ψυχική ασθένεια. Ωστόσο, γονείς με ψυχική ασθένεια είναι σύνηθες να ζουν χωρίς κάποια σχέση ή να σημειώνονται πολλές διαφωνίες στο ζευγάρι και μαζί τους και σε όλη την οικογένεια. Μέσα από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, η επικρατέστερη άποψη είναι ότι η κλονισμένη ψυχική υγεία του ενός από τους δύο γονείς, ασκεί σημαντική επιρροή με επιζήμιες επιπτώσεις, στο παιδί με την πάροδο του χρόνου. Πιο συγκεκριμένα, η δυσκολία στην κοινωνικοποίηση και στην προσαρμογή των παιδιών αρκετά συχνά ενισχύονται λόγω έντονων αντιπαραθέσεων ανάμεσα σε γονείς αλλά και μέσα από ένα συγκρουσιακό διαζύγιο (Nicholson – Biebel et al., 2001).

Επομένως, οι οικογένειες που πάσχουν από την ψυχική διαταραχή καλούνται να διαχειριστούν κοινωνικές δυσκολίες όπως είναι η φτώχεια, προβλήματα στέγασης και ενδοσυζυγικές εντάσεις. Επίσης, υπάρχει η πιθανότητα διακοπής των κοινωνικών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων, η μη παρακολούθηση του σχολείου από τα παιδιά και η απομόνωση, ως αποτέλεσμα της ψυχικής ασθένειας. Όλα τα παραπάνω είναι πιθανόν να οδηγήσουν στην καταστροφή της οικογένειας και την ανάγκη να αφαιρεθεί η επίβλεψη του γονέα στο παιδί του. Το γεγονός αυτό φέρνει τους γονείς στην δυσμενή συνθήκη να ζήσουν κάτω από το βάρος του στίγματος της ψυχικής ασθένειας αλλά και να αμφισβητήσουν της ικανότητα τους να ανταποκριθούν στις γονεϊκές τους υποχρεώσεις (Australian infant, child, adolescent and family mental health association ltd, 2004).

2.3.4. Συγκρουσιακό διαζύγιο

Το γονεϊκό διαζύγιο θεωρείται ένα από τα πιο στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή του έφηβου. Οι συγκρούσεις μεταξύ των γονέων και οι αλλαγές στη δομή της οικογένειας μπορούν να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό την προσαρμογή των αναπτυσσόμενων μελών της (Amato, 2010). Κατά την εφηβική ηλικία, οι νέοι προσπαθούν να προσαρμοστούν σε σημαντικές αναπτυξιακές αλλαγές, όπως η αυτονομία και η ανεξαρτησία. Η διαδικασία του διαζυγίου ιδιαίτερα ενός συγκρουσιακού, με ό,τι αυτό συνεπάγεται (άγχος, φόβος, πόνος κ.λπ.), μπορεί να παρεμποδίσει αυτήν την προσαρμογή λόγω της έλλειψης μιας σταθερής οικογενειακής βάσης στην οποία οι

έφηβοι μπορούν να στηριχτούν (Hetherington & Stanley-Hagan, 1999; Σταύρου & Χριστογιώργος, 2001).

Αρκετές είναι επίσης οι μελέτες που συμφωνούν στο ότι τα αγόρια αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες προσαρμογής μετά το διαζύγιο. Οι δυσκολίες αυτές συνδέονται με τις σχολικές επιδόσεις, την συμπεριφορά τους (όπως είναι η παρορμητικότητα, η μειωμένη αναστολή των ενστίκτων κ.α.), τα συναισθηματικά ελλείμματα και τη μειωμένη ψυχική ανθεκτικότητα (Amato, 1994; Hetherington et al., 1982; Howell et al., 1997). Εντούτοις, άλλα ευρήματα δείχνουν ότι οι συνέπειες του διαζυγίου στην ψυχική ευεξία των κοριτσιών είναι πιο έντονες (Allison & Furstenberg, 1989). Παρόλο που κάποιες μελέτες αναδεικνύουν διαφορές μεταξύ των φύλων, τα μοτίβα προσαρμογής ή δυσλειτουργίας δεν εμφανίζονται σταθερά στη σχετική ερευνητική βιβλιογραφία (Clarke-Stewart et al., 2000; Lansford, 2009). Ωστόσο, οι μελέτες συμφωνούν ότι οι διαφορές στην ευαλωτότητα των δύο φύλων ως προς το διαζύγιο είναι πιο εμφανείς αμέσως μετά τον χωρισμό των γονέων και τείνουν να υποχωρούν όσο τα άτομα πλησιάζουν στην ενηλικίωση (Hess & Camara, 1979; Hetherington, 1993).

Η μελέτη των Cherlin et al. (1991) έδειξε ότι οι έφηβοι που είχαν βιώσει ένα διαζύγιο στην προεφηβική τους ηλικία είχαν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν επιθετική συμπεριφορά και κατάθλιψη (Cherlin et al.,1991). Επιπλέον, η ψυχική ισορροπία των εφήβων διαταράσσεται κατά τη διάρκεια της επίπονης διαδικασίας του διαζυγίου. Η προσαρμογή των παιδιών σε αυτήν την ηλικία επηρεάζεται περισσότερο σε σχέση με τις προηγούμενες ηλικιακές φάσεις. Πιο συγκεκριμένα, το διαζύγιο μπορεί να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα για την ανάπτυξη των εφήβων (Amato, 2001; Kelly & Emery, 2003; Greeff & Van der Merwe, 2004), καθώς κάποιοι αναπτυξιακοί στόχοι μπορεί να παραμεληθούν προκειμένου να κατανοηθεί η διαδικασία του διαζυγίου και να αποδεχτούν τη νέα κατάσταση (Burke et al., 2007).

Έπειτα, αρκετές μελέτες υποστηρίζουν πως η ευημερία των εφήβων επιτυγχάνεται στην περίπτωση που δεν υπάρχουν διαμάχες μεταξύ των γονέων και το διαζύγιο τους δεν εμφανίζει συγκρουσιακά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, η έρευνα των Buchanan et al. (1991) τονίζει οτι αν δεν υπάρχει συνεργασία μεταξύ των γονέων και σωστή συμπεριφορά, η προσαρμογή των έφηβων καθίσταται αρκετά δύσκολη. Ταυτόχρονα, οι έρευνες των Amato & Rezac (1994) καταλήγουν ότι η επαφή των αγοριών εφήβων με τον πατέρα τους είναι ωφέλιμη στην περίπτωση που οι γονεϊκές σχέσεις είναι καλές, αλλά και το αντίθετο, όταν υπάρχουν προστριβές και συγκρούσεις μεταξύ

των γονέων. Πολύ συχνά διαφαίνεται μια διαφοροποίηση στη συμπεριφορά των μόνων γονέων ως προς τα παιδιά τους μετά το διαζύγιο. Η συμπεριφορά τους μπορεί να ληφθεί υπόψιν από τα παιδιά είτε ως επιθετική είτε ως απόμακρη, ενώ μερικές φορές μπορεί να βιώνεται με διπολικό τρόπο (Μπαμπάλης, 2003).

2.4. Συνέπειες της κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία

2.4.1 Η αυτοκτονία στην εφηβεία

Για τους εφήβους, η κατάθλιψη, η κατάχρηση ουσιών και η αυτοκτονία είναι προβλήματα εξαιρετικής σημασίας. Μεταξύ των εφήβων ηλικίας 12-17 ετών το 2018-2019, το 15,1% είχε καταθλιπτικά επεισόδια, το 36,7% είχε επίμονη θλίψη ή απελπισία, 4,1% είχε διαταραχή χρήσης αλκοόλ, 3,2% είχε διαταραχή χρήσης παράνομων ναρκωτικών, 18,8% έκανε πολύ σοβαρές σκέψεις για αυτοκτονία. Έπειτα, το 8,9% είχε αποπειραθεί να αυτοκτονήσει και το 2,5% αποπειράθηκε αλλά χρειάστηκε να προχωρήσει σε νοσηλεία (Rattay & Robinson, 2024). Οι σκέψεις αυτοκτονίας, που κάποτε θεωρούνταν σπάνιες στην παιδική ηλικία, είναι τώρα ανησυχητικά συχνές. Μια μελέτη σε μαθητές γυμνασίου στις ΗΠΑ διαπίστωσε ότι το 63% είχαν βιώσει σκέψεις αυτοκτονίας, ενώ το 54% των μαθητών γυμνασίου θεώρησαν την αυτοκτονία πράξη κάποια στιγμή στη ζωή τους. Η αυτοκτονία είναι η τρίτη σημαντικότερη αιτία θανάτου στους έφηβους μεταξύ 15 με 19 ετών στις Η.Π.Α (Rattay & Robinson, 2024). Κατά τους Beautrais ,Joyce al.,(1996) η ψυχοπαθολογία είναι παρούσα σε μερικές αυτοκτονίες εφήβων, η πλειοψηφία των οποίων παρουσιάζει παθολογία ικανή να διαγνωστεί εύκολα. Για παράδειγμα, το 83% των νέων με αυτοκτονικό ιδεασμό εμφανίζει έντονα σημάδια κατάθλιψης (Beautrais et al., 1996). Σε αρκετές μελέτες φαίνεται ο αυτοκτονικός ιδεασμός και οι απόπειρες αυτοκτονίας να οφείλονται στα χαμηλά επίπεδα γονεϊκής φροντίδας, επικοινωνίας, υποστήριξης, συναισθηματικής ανταπόκρισης, στην ενδοοικογενειακή βία και στις συγκρούσεις (Wenar & Kerig, 2000). Η απουσία της υποστήριξης από τους γονείς έχει θεωρηθεί σημαντικό προμήνυμα του εφηβικού αυτοκτονικού ιδεασμού. Ταυτόχρονα έχει αποδειχθεί μέσα από μελέτες πως, η ύπαρξη αυτοκτονικής συμπεριφοράς ατόμου από το οικογενειακό περιβάλλον του εφήβου συμβάλλει καταλυτικά στην μετέπειτα απόκτηση αυτοκτονικών ιδεασμών από το ίδιο (Wenar & Kerig, 2000).

Η αυτοκτονία και οι απόπειρες αυτοκτονίας αποτελούν ένα σύνηθες φαινόμενο στην εφηβεία

(Murray et al., 2017). Ταυτόχρονα, κατά την εφηβεία, καταστάσεις που παραπέμπουν σε αυτοκτονία, δηλαδή πράξεις οι οποίες είναι επικίνδυνες για την σωματική ακεραιότητα (αυτοτραυματισμός) συμβαίνουν αρκετά συχνά και αυξάνονται σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Η πιο συνήθης μέθοδος απόπειρας αυτοκτονίας είναι η χρήση ναρκωτικών και η αιμορραγία, αλλά δεν είναι πάντα άμεση η συσχέτιση ανάμεσα στον επιλεγμένο τρόπο και στην σοβαρότητα της επιθυμίας θανάτου. Οποιαδήποτε προσπάθεια αυτοκτονίας στην εφηβεία πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη. Αυτή είναι η τελευταία, απελπισμένη χειρονομία που διαπράττει ο έφηβος για να διατηρήσει ή να χτίσει σχέσεις με τον περίγυρό του. Ακόμη, έχει θεωρηθεί ότι η πράξη αποτελείται απο τις φαντασιώσεις κυριαρχίας και αθανασίας των εφήβων που δεν κατακτούν αρκετά ισχυρή αίσθηση ταυτότητας για να μεταβούν με ομαλό τρόπο στο στάδιο της ενηλικίωσης (Murray et al., 2017).

2.4.2. Μαθησιακές δυσκολίες

Οι έφηβοι που πάσχουν από κατάθλιψη αντιμετωπίζουν δυσκολία να εντοπίσουν το κίνητρο στο να διατηρήσουν υψηλές επιδόσεις στο σχολείο. Αυτό συνεπάγεται αδυναμία συγκέντρωσης, χαμηλές σχολικές επιδόσεις, αδυναμία συγκέντρωσης καθώς και σταδιακή απόσυρση από τις κοινωνικές συναναστροφές στο σχολείο (Glied & Pine, 2002). Αρκετοί ερευνητές έχουν εντοπίσει συσχέτιση ανάμεσα στην μείζων καταθλιπτική διαταραχή στο έφηβο άτομο και τις μαθησιακές δυσκολίες. Κατά την Γιαννοπούλου (2008) η επιθετική και επικριτική στάση του γονέα και η μητρική κατάθλιψη έχουν επανειλημμένα αναδειχθεί ως παράγοντες που συσχετίζονται με άμεσο τρόπο με την ύπαρξη ΔΕΠ-Υ (Γιαννοπούλου, 2008). Έπειτα, οι McLaughlin και οι συνεργάτες του (McLaughlin et al., 2015) διερευνώντας το φαινόμενο αυτό, έχουν διαπιστώσει ότι τα άτομα με ιστορικό ενδοοικογενειακής βίας και συναισθηματικής παραμέλησης στην παιδική ηλικία, είναι πιο επιρρεπείς στο να αναπτύξουν μαθησιακές δυσκολίες (Γιαννοπούλου, 2008).

2.4.3. Δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση του εφήβου

Είναι κοινώς αποδεκτό ότι, έφηβα άτομα με διαταραχές διάθεσης, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κοινωνικοποίησή τους και στην σύναψη σχέσεων με τους συνομηλίκους τους. Παρατηρείται ότι έφηβοι με κατάθλιψη συνήθως καταλήγουν να δημιουργούν ομάδες που περιλαμβάνονται από συνομηλίκους τους που αντιμετωπίζουν επίσης δυσκολίες όπως είναι η κακοποίηση, η παραμέληση, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η αυτοπεποίθηση καθώς επίσης και η έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες συνηθισμένες για τα υπόλοιπα έφηβα άτομα. Έτσι νιώθουν

προστατευμένοι και πιο αποδεκτοί σε παρέες που δημιουργούν με άτομα που έχουν παρόμοια χαρακτηριστικά με το ίδιο. Παράλληλα, είναι γεγονός ότι τα έφηβα άτομα με κατάθλιψη παρουσιάζουν εικόνα απόσυρσης. Δυσκολεύονται δηλαδή να βρουν κίνητρο για ενασχόληση με δραστηριότητες, ακόμη και εκείνες που παλαιότερα τους δημιουργούσαν ικανοποίηση, ενώ αποφεύγουν να αλληλεπιδράσουν με τον περίγυρο τους (Glied & Pine, 2002).

2.4.4. Παραβατική συμπεριφορά έφηβου

Ως παραβατική συμπεριφορά ορίζεται εκείνη η οποία δεν τηρεί απο τους κοινωνικούς κανόνες και που ενδέχεται να βλάψει το κοινωνικό σύνολο. Οι έφηβοι με κατάθλιψη είναι σύνηθες να παρουσιάζουν παραβατική συμπεριφορά. Πιο συγκεκριμένα παρατηρούνται καταχρήσεις όπως αλκοόλ, κάπνισμα καθώς επίσης ουσίες και μικροκλοπές. Οι συμπεριφορές αυτές έχουν ως αποτέλεσμα να παρεμβαίνει η δικαιοσύνη και να εκκρεμούν δικαστήρια εις βάρος εφήβων (Glied & Pine, 2002).

Η κατάθλιψη εμφανίζεται αρκετά συχνά ως ένας από τους βασικούς λόγους που το νέο άτομο παρουσιάζει παραβατική συμπεριφορά καθώς επικρατεί το συναίσθημα της αδιαφορίας απέναντι στους κοινωνικούς φραγμούς αλλά και της έλλειψης ενδιαφέροντος για το οτιδήποτε, κάτι που τον κάνει να πιστεύει εσφαλμένα ότι θα βρει το ενδιαφέρον του σε συμπεριφορές όπως είναι αυτές (Glied & Pine, 2002). Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν και οι οποίες προσπαθούν να εξηγήσουν την παραβατική συμπεριφορά των νέων καταλήγουν στο ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση των ψυχικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη, με την παραβατικότητα (Δουζένης et al., 2005).

Στην διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία, αποτυπώνεται έντονο ενδιαφέρον της αλληλοσύνδεσης χρήσης ουσιών/αλκοόλ από τους έφηβους ως απόρροια της κατάθλιψης και άλλων ψυχικών διαταραχών. Μεταξύ άλλων, Ο Le Moal (2007), στα πλαίσια της διερεύνησης των παραγόντων που εξηγούν την χρήση ουσιών συμπεραίνει ότι, οι έφηβοι χρήστες ναρκωτικών πολύ συχνά βιώνουν κατάθλιψη που ενδέχεται να μην έχει διαγνωστεί. Έτσι, καταλήγουν να βρίσκουν “καταφύγιο” στην χρήση ουσιών.

2.5. Διάγνωση της κατάθλιψης

Σύμφωνα με τη Μενιδιάτου (2012), η διάγνωση της κατάθλιψης είναι μια κλινική και όχι εργαστηριακή διαδικασία, αλλά αυτό δεν αναιρεί την ύπαρξη εργαστηριακών ευρημάτων. Ως εκ

τούτου, στο πρώτο στάδιο, είναι απαραίτητο τα άτομα με συμπτώματα κατάθλιψης να επισκεφθούν έναν παθολόγο για να ελέγξουν εάν τα καταθλιπτικά συμπτώματα οφείλονται σε άλλα ιατρικά αίτια ή σε χρήση ορισμένων φαρμάκων. Εάν διαπιστωθεί ότι τα συμπτώματα δεν σχετίζονται με καμία άλλη διαταραχή, το επόμενο βήμα είναι να επισκεφθούν έναν ψυχίατρο ή κλινικό ψυχολόγο που θα αξιολογήσει το πλήρες ιστορικό των συμπτωμάτων. Στη συνέχεια σειρά έχουν οι απαραίτητες ενέργειες ώστε να ολοκληρωθεί η διαδικασία της διάγνωσης της κατάθλιψης. Όσο πιο άμεσα γίνει η διάγνωση τόσο πιο έγκαιρα θα ακολουθήσει και η θεραπεία της (Μενιδιάτου, 2012). Στόχος της εξέτασης είναι να αποκλειστεί η πιθανότητα η κατάθλιψη να προέρχεται από φυσικά αίτια καθώς πολλές είναι οι παθήσεις που έχουν παρεμφερή συμπτώματα, όπως είναι για παράδειγμα οι ορμονικές διαταραχές, η νόσος του Cushing (επινεφρίδια), ορισμένοι τύποι καρκίνων, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η νόσος του Parkinson, το Alzheimer κ.α. Οι ειδικοί καλούνται να ερευνήσουν οποιοδήποτε διαταραχή του νευρικού και ορμονικού συστήματος ώστε να αποκλειστεί η πιθανότητα τα καταθλιπτικά συμπτώματα να αποτελούν αίτια από κάποια άλλη ασθένεια ή από την χορήγηση φαρμάκων. Στη συνέχεια ο ειδικός μπορεί να παραπέμψει τον οφελούμενο σε εργαστηριακές εξετάσεις ώστε να αποκλείσει άλλες διαγνώσεις. Με εξετάσεις αίματος μπορούν να εξετασθούν οι δείκτες αναιμίας, τα επίπεδα ασβεστίου, οι ορμόνες του θυρεοειδούς, η ηπατική λειτουργία και η λειτουργία των νεφρών. Με εξετάσεις ούρων ελέγχονται τα επίπεδα των πρωτεϊνών και του σακχάρου.

Άλλες εξετάσεις που επίσης μπορούν να οδηγήσουν στη διάγνωση άλλων ασθενειών, αποκλείοντας έτσι την κατάθλιψη, είναι το ηλεκτροκαρδιογράφημα για προβλήματα σχετιζόμενα με την καρδιά, η αξονική τομογραφία ή η μαγνητική τομογραφία του εγκεφάλου για εγκεφαλικές παθήσεις, όπως όγκος, και το εγκεφαλογράφημα για την καταγραφή δραστηριότητας του εγκεφάλου (Μενιδιάτου, 2012). Εφόσον δεν παρατηρηθούν παθολογικά αίτια που ευθύνονται για την εκδήλωση της κατάθλιψης, ο ιατρός παραπέμπει τον έφηβο ασθενή σε έναν ειδικό ψυχικής υγείας. Ο ιατρός θα συνεχίσει με την λήψη ενός πλήρους ιστορικού των συμπτωμάτων αναφορικά με το πότε ξεκίνησαν, με ποια διάρκεια εκδηλώνονταν, πόσο έντονα είναι κ.α. Ταυτόχρονα, οφείλει να ρωτήσει τον ασθενή αν διακατέχεται από σκέψεις που αφορούν το θάνατο ή την αυτοκτονία καθώς επίσης και για την πιθανότητα ύπαρξης ιστορικού καταθλιπτικής ασθένειας στον οικογενειακό του περίγυρο. Κρίνεται απαραίτητο να αποκλειστεί ένας πιθανός συσχετισμός της κατάθλιψης με οποιαδήποτε άλλη ψυχική νόσο, όπως είναι για παράδειγμα η αγχώδης διαταραχή ή η διπολική διαταραχή. Αυτό είναι σημαντικό καθώς κάθε ψυχική διαταραχή

εκδηλώνεται με διαφορετική συμπτωματολογία συνεπώς η διάγνωση και θεραπεία που θα επιλέξει ο ειδικός να ακολουθήσει από κοινού με τον οφελούμενο, θα είναι και εκείνες διαφορετικές. Συνοψίζοντας, η ψυχική κατάσταση - συνέντευξη είναι ένα σύνολο παρατηρήσεων και ερωτήσεων που έχουν ως στόχο τον προσδιορισμό της κατάστασης που επικρατεί στον ψυχισμό του πάσχοντα (Μενιδιάτου, 2012).

Κεφάλαιο 3ο: Πρόληψη και θεραπεία της κατάθλιψης

3.1 Η ψυχική ανθεκτικότητα στους νέους και η σημασία της πρόληψης

Η ψυχική ανθεκτικότητα έχει αποτελέσει τις τελευταίες δεκαετίες το επίκεντρο πολλών ερευνητών. Ηδη από τη δεκαετία του 70, οι αναπτυξιακοί ψυχολόγοι άρχισαν να παρατηρούν το γεγονός ότι υπήρχαν παιδιά τα οποία, ενώ βρίσκονταν σε ομάδα «υψηλού κινδύνου» για εκδήλωση προβλημάτων, ωστόσο φαινόταν να επιτυγχάνουν στη ζωή τους. Οι ειδικοί υποστήριξαν ότι η μελέτη και η κατανόηση αυτού του φαινομένου θα προήγαγε την ανάπτυξη προγραμμάτων και παρεμβάσεων με στόχο την πρόληψη και την αντιμετώπιση σημαντικών δυσκολιών των παιδιών (Masten & Reed, 2002). Η τοποθέτηση αυτή έδωσε ώθηση στην ευρεία μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας και αποτέλεσε τη βάση για την ανάπτυξη μιας σειράς από παρεμβάσεις. Η ψυχική ανθεκτικότητα αναφέρεται σε μια κατηγορία καταστάσεων που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενους τύπους θετικής προσαρμογής στο πλαίσιο σημαντικών αντιξοοτήτων. Πιο συγκεκριμένα, η ψυχική ανθεκτικότητα αναφέρεται στη δυναμική διαδικασία της θετικής προσαρμογής, παρά την ύπαρξη δύσκολων συνθηκών και παρά την έκθεση σε παράγοντες κινδύνου (Luthar et al., 2000).

Η βιβλιογραφία για την ανθεκτικότητα σε παιδιά και εφήβους εστιάζει κυρίως στον ορισμό της έννοιας που σχετίζεται με την θετική προσαρμογή. Τα πιο κοινά κριτήρια για την αξιολόγηση της θετικής προσαρμογής περιλάμβαναν τα ακόλουθα: κοινωνική συμπεριφορά, σχολική επίδοση, αποδοχή και σχέσεις με συνομηλίκους, μείωση των προβλημάτων συμπεριφοράς εσωτερίκευσης ή εξωτερίκευσης και συμμετοχή σε δραστηριότητες κατάλληλες για την ηλικία. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η θετική εξέλιξη και η θετική προσαρμογή με βάση τα παραπάνω κριτήρια δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για να θεωρηθεί ένα άτομο ανθεκτικό. Τα ανθεκτικά παιδιά πρέπει να έχουν αντιμετωπίσει καταστάσεις που θεωρήθηκαν απειλητικές κατα την διάρκεια της ανάπτυξής και της θετικής προσαρμογής τους (Masten & Reed, 2002).

Η πρόληψη παίζει σημαντικό ρόλο στην καταπολέμηση της κατάθλιψης, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής είναι αυτοκτονικός. Λαμβάνοντας υπόψιν ότι η αυτοκτονία αποτελεί έναν σοβαρό κίνδυνο που ελλοχεύει στα καταθλιπτικά άτομα, η έγκαιρη παρέμβαση είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης του κινδύνου. Άλλες ενδεχόμενες επιπλοκές που προκύπτουν από την παραμέληση της αυτο-φροντίδας και της κοινωνικής απόσυρσης μπορούν να προληφθούν με τη διατήρηση της καλής φυσικής κατάστασης, την αποφυγή της κατάχρησης ουσιών και τη δημιουργία ενός δικτύου υποστήριξης που θα συμβάλλει στην καλύτερη ποιότητα ζωής για τα άτομα με κατάθλιψη (Βεντουράτου, 2009). Τέλος, όταν το άτομο θεραπεύεται από την κατάθλιψη είναι σημαντικό να παρακολουθείται από τον θεράποντα ιατρό για τουλάχιστον έναν χρόνο για να μπορέσει να υπάρξει πρόληψη πιθανής υποτροπίασης της νόσου (Βεντουράτου, 2009).

3.2. Θεραπεία κατάθλιψης

Όπως συμβαίνει με όλες τις ασθένειες η θεραπεία της κατάθλιψης ενδέχεται να είναι αποτελεσματικότερη εάν ξεκινήσει έγκαιρα. Εντούτοις, αυτό είναι που κάνει την κατάθλιψη να διαφέρει από άλλες ασθένειες, καθώς το πρώτο βήμα για την έναρξη της θεραπείας πρέπει να γίνεται από τον ίδιο τον ασθενή. Πιο συγκεκριμένα θα κληθεί να αντιληφθεί τη σοβαρότητα της κατάστασής του και την ανάγκη για θεραπεία. Επιπλέον, λόγω του ότι πρόκειται για ένα φαινόμενο που πλάθεται μέσα από πολλούς πράγοντες, η θεραπεία της είναι επίσης επιτυχής όταν συνδυάζεται με διάφορες θεραπείες που συνιστώνται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας (American Psychiatric Association, 2013).Η οποιαδήποτε θεραπεία είναι σε θέση να παρέχει βοήθεια στον έφηβο έτσι ώστε να κατανοήσει τους λόγους για τους οποίους αισθάνεται θλίψη, ενώ ταυτόχρονα είναι ικανός μέσα από αυτή να διαχειρίζεται στρεσογόνες καταστάσεις που ανακύπτουν μέσα στην καθημερινότητα. Το είδος της θεραπείας εξαρτάται και από την εκάστοτε περίπτωση. Ενδέχεται να πρόκειται για ατομική, ομαδική, οικογενειακή ακόμη και συμβουλευτική. Η φαρμακευτική αγωγή που μπορεί να συστήσει ο ψυχίατρος μπορεί να φανεί χρήσιμη ώστε ο νέος να αισθανθεί ανακούφιση (Αγγελίδης et al., 2004).

3.2.1 Οικογενειακή θεραπεία

Η οικογενειακή θεραπεία είναι μια ειδική ψυχοθεραπεία που αφορά κάποιες φορές όλα τα μέλη της και άλλες ένα μέλος της οικογενείας. Κάθε οικογένεια είναι διαφορετική και η καθεμία έχει τα δικά της προσωπικά προβλήματα που την απασχολούν. Το πρόβλημα που μπορεί να αντιμετωπίζει κάποιο μέλος της οικογένειας είναι πολλές φορές κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Επίσης η

οικογενειακή ψυχοθεραπεία γίνεται για να βγουν στην επιφάνεια τα προβλήματα που τους απασχολούν και να βελτιώσουν τις σχέσεις μεταξύ τους αν υπάρχουν συγκρούσεις (Pentecost & McNab, 2007). Σε αυτή τη μορφή ψυχοθεραπείας ο ψυχοθεραπευτής είναι ένας εκπαιδευόμενος επαγγελματίας υγείας, ο όποιος ειδικεύεται στην οικογένεια. Συνήθως οι συνεδρίες είναι αρκετές και κρατάνε για μεγάλο χρονικό διάστημα, περίπου στους 3-5 μήνες και γίνεται μια φορά την εβδομάδα. Σε μερικές περιπτώσεις η οικογενειακή θεραπεία γίνεται περισσότερες φορές την εβδομάδα και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ανάλογα με το πρόβλημα που την απασχολεί. Επίσης δεν είναι απαραίτητο να συμμετέχουν όλα τα μέλη σε κάθε επίσκεψη. Πάραυτα γίνεται σύσταση να είναι συγκεντρωμένη όλη η οικογένεια, καθώς έτσι θα έχουν τη δυνατότητα να ανακαλύψουν τον εαυτό τους αλλά και το πώς λειτουργεί η οικογένεια ομαδικά.

Σκοπός της οικογενειακής ψυχοθεραπείας είναι η μεγαλύτερη δυνατή μείωση των εντάσεων μεταξύ τους, ή/και να μειωθούν τα συμπτώματα εφόσον το πρόβλημα είναι κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Η ασθένεια μπορεί να παρουσιάσει επιδείνωση όταν η οικογένεια έχει δυσλειτουργικά χαρακτηριστικά ή βρίσκεται σε κρίση. Η κληρονομικότητα είναι ικανή να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο, ενώ το μεγάλωμα των παιδιών και η συμπεριφορά των γονιών απέναντι τους παίζει επίσης σημαντικό ρόλο. Ωστόσο, η οικογένεια είναι αυτή στην οποία θα στηρίξει ο ένας τον άλλον. Το κλίμα στο σπίτι και η συμπεριφορά απέναντι σε αυτόν που αντιμετωπίζει κάποια ψυχιατρική διαταραχή είναι τόσο σημαντική όσο και η φαρμακευτική αγωγή. Η οικογένεια μπορεί να νιώθει στενοχώρια γιατί φοβάται την κριτική ή και τον οίκτο των συγγενών καθ φίλων, και έτσι τα μέλη προβαίνουν σε κοινωνική απόσυρση (Franklin et al., 2011). Με αυτού του είδους την ψυχοθεραπεία, λοιπόν, έχουν τη δυνατότητα να εκφράσουν τα συναισθήματα τους, τις σκέψεις, να λυθούν οι αντιπαλότητες μεταξύ τους, να εμπιστευτεί κάποιο μέλος σε ένα άλλο πράγματα για την προσωπική του ζωή. Ο ψυχοθεραπευτής μπορεί να πραγματοποιεί συνεδρίες μεμονωμένα με τα μέλη της οικογένειας και να δώσει χώρο ώστε να εκφραστούν με ειλικρίνεια για κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας που ίσως αν αυτό ήταν παρόν να μην είχε το θάρρος να το κάνει (Whisman, 2006). Ο ειδικός από την άλλη, έχει ευθύνη να τονίσει ότι τα αρνητικά συναισθήματα και η δυσφορία που τους κατακλύζουν είναι απολύτως κατανοητά. Στην περίπτωση μάλιστα που κάποιο μέλος έχει διαγνωστεί με ψυχιατρική διαταραχή ο θεραπευτής οφείλει να εστιάσει περισσότερο στην οικογένεια ως σύνολο και λιγότερο στο μέλος αυτό. Βοηθά την οικογένεια να επικοινωνήσει και να αντιμετωπίσει τις συγκρούσεις μεταξύ τους. Να αναπτυχθούν τρόποι διατήρησης τους και

να ενισχύει τα μέλη ώστε να μπορέσουν να συνεργαστούν και να αλληλοστηριχθούν (Whisman, 2006).

3.2.2. Φαρμακευτική αγωγή / Φαρμακοθεραπεία

Η φαρμακευτική αγωγή συμβάλλει σημαντικά στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους ενήλικες (Ceskova, 2016), ωστόσο στους εφήβους αποτελεί ένα πιο περίπλοκο ζήτημα. Η χρήση τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών δεν συνιστάται στον εφηβικό πληθυσμό εξαιτίας των σημαντικών παρενεργειών τους (Κάκουρος & Μανιαδακη, 2005). Μελέτες δείχνουν ότι τα νεότερης γενιάς αντικαταθλιπτικά φάρμακα, όότι οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs), αποτελούν μια 16 διαδεδομένη φαρμακευτική επιλογή για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους εφήβους (Mullen, 2018; Taurines et al., 2011), απαραίτητη όσο αυξάνει η βαρύτητα της διαταραχής. Η χορήγηση SSRIs έχει βρεθεί ότι βελτιώνει σημαντικά τα καταθλιπτικά συμπτώματα στους εφήβους (σε ποσοστό από 20 έως 25%) συγκρινόμενη με εικονικό φάρμακο (placebo) (Walkup, 2017). Οι παρενέργειες της φαρμακοθεραπείας, κυρίως η σύνδεσή της με τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Cipriani et al., 2016) υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων και καθιστά κεντρικής σημασίας τη διερεύνηση των παραγόντων που λειτουργούν προστατευτικά για την αντιμετώπιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους εφήβους (Weisz et al., 2017).

3.2.3. Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (Cognitive Behavioral Therapy - CBT)

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία αποσκοπεί στη βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης του εφήβου, επικεντρώνοντας την προσοχή στις σκέψεις και τις συμπεριφορές του. Οι θεραπευτικοί στόχοι περιλαμβάνουν την προαγωγή ευχάριστων δραστηριοτήτων (συμπεριφορική ενεργοποίηση), τη μείωση των αρνητικών σκέψεων (γνωσιακή αναδόμηση) και την ενδυνάμωση των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, με στόχο τη μείωση των αισθημάτων απελπισίας του εφήβου. Εκτός από τις ατομικές συνεδρίες με τον έφηβο, διεξάγονται και συνεδρίες με τους γονείς του, προκειμένου να γίνει ανασκόπηση της προόδου της θεραπείας και να ενθαρρυνθεί η ενεργή συμμετοχή του εφήβου στις εργασίες που του ανατίθενται για το σπίτι στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαδικασίας (Cheung A. et al., 2007).

3.2.4. Συστημική Ψυχοθεραπεία

Η συστημική θεραπεία αποτελεί μια σημαντική ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, η οποία διαφοροποιείται από άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις μέσω της εστίασης της στο κοινωνικό πλαίσιο της ανθρώπινης συμπεριφοράς και αντίληψης (von Sydow et al., 2013). Βασίζεται στις θεωρίες της συστημικής, της κυβερνητικής, της αφηγηματικής και της κονστρουκτιβιστικής προσέγγισης (Cottrell & Boston, 2002). Ένα βασικό χαρακτηριστικό της συστημικής θεραπείας είναι η ένταξη άλλων σημαντικών ατόμων στη θεραπευτική διαδικασία, με σκοπό την τροποποίηση της διαπροσωπικής επικοινωνίας και των αλληλεπιδράσεων για να μειωθεί η προσωπική οδύνη (von Sydow et al., 2007).

Η συστημική θεραπεία έχει αναπτύξει διάφορες τεχνικές, όπως η εργασία αναφορικά με τα οικογενειακά όρια, τη χρήση κυκλικών ερωτήσεων, την κατασκευή γενεογραμμάτων κ.α. Αυτές οι τεχνικές σέβονται το οικογενειακό σύστημα και μπορούν να εφαρμοστούν τόσο σε ατομική θεραπεία όσο και σε θεραπεία ζευγαριών, ομάδων ή οικογενειών (von Sydow et al., 2007).

Η συστημική θεραπεία χρησιμοποιείται ευρέως για τη θεραπεία ψυχολογικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους. Παρά την εκτεταμένη χρήση της, η έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητά της παραμένει μάλλον περιορισμένη. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι μόνο λίγες ερευνητικές ομάδες παγκοσμίως ασχολούνται με τη μελέτη της συστημικής θεραπείας και πολλές υπάρχουσες μελέτες πάσχουν από μεθοδολογικά προβλήματα. (Cottrell & Boston, 2002). Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση στον αριθμό καλά σχεδιασμένων ερευνών. Ιδιαίτερα, μελέτες που δημοσιεύθηκαν πρόσφατα έχουν δείξει βελτιώσεις στην ποιότητα και το σχεδιασμό από τη δεκαετία του 1990 (Retzlaff, et al., 2009; Seiffge-Krenke et al., 2007). Αυτές οι εξελίξεις δείχνουν μια θετική τάση προς μια πιο αξιόπιστη και διεξοδική έρευνα στον τομέα της συστημικής θεραπείας.

3.2.5. Διαπροσωπική θεραπεία (Psychodynamic Interpersonal Therapy - PIT)

Η βασικότερη αρχή της διαπροσωπικής θεραπείας είναι ότι η κατάθλιψη και τα προβλήματα σχέσεων συνδέονται μεταξύ τους (Lipsitz & Markovitz, 2013). Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, οι αιφνίδιες αλλαγές στη ζωή, η κοινωνική απομόνωση, οι επαγγελματικές δυσκολίες, οι συγκρούσεις με το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον επηρεάζουν το βάρος τους. Αυτή η θεραπεία θέτει σαν στόχο την βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και της σχέσης του ασθενούς με το κοινωνικό περιβάλλον. Η διάρκειά του συνήθως παρατείνεται κατά 3-4 μήνες. Στη

Διαπροσωπική Θεραπεία τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις θεωρείται ότι διατηρούν το καταθλιπτικό συναίσθημα του εφήβου που συνήθως σχετίζεται με τη διαχείριση μιας απώλειας/πένθους με την μετάβαση σε έναν νέο ρόλο, με τις διαπροσωπικές συγκρούσεις ή με ελλείμματα στις διαπροσωπικές δεξιότητες. Η ψυχοεκπαίδευση, η συναισθηματική έκφραση και η εκπαίδευση σε δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων θεωρούνται μείζονος σημασίας στη διαπροσωπική θεραπεία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης (Lipsitz & Markovitz, 2013).

Οι θεραπευτικοί σκοποί περιλαμβάνουν την αναγνώριση των περιοχών των διαπροσωπικών προβλημάτων, τη βελτίωση των δεξιοτήτων επίλυσης διαπροσωπικών προβλημάτων και την τροποποίηση των μοτίβων επικοινωνίας του εφήβου (Cheung et al., 2007).

Κεφάλαιο 4ο: Ερευνητικό μέρος – Μεθοδολογία Ανασκόπησης

Οι βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις αποτελούν δευτερογενή δημοσιεύματα και στόχος τους είναι η παρουσίαση δεδομένων που έχουν ήδη δημοσιευθεί , συγκεντρωτικά έτσι ώστε να μελετηθεί ένα αντικείμενο από διαφορετικές οπτικές γωνίες, να συγκριθούν και να ομαδοποιηθούν τα

αποτελέσματα διαφορετικών μελετών και να επισημανθούν συγκεκριμένα θέματα από διάφορες πλευρές στη διεθνή βιβλιογραφία (Day & Gastel, 2012).

Σκοπός : Ο σκοπός της ανασκόπησης είναι η συλλογή και διερεύνηση των οικογενειακών παραγόντων που συμβάλουν στην εφηβική κατάθλιψη .

4.1. Ερευνητική Υπόθεση

Οι αρνητικοί οικογενειακοί παράγοντες επιβαρύνουν την εμφάνιση και ανάπτυξη της εφηβικής κατάθλιψης σε ηλικίες 12-18 ετών.

Ερευνητικά Ερωτήματα:

1. Η ενδοοικογενειακή βία συνδέεται περισσότερο με την εκδήλωση κατάθλιψης στην εφηβεία;
2. Η κατάθλιψη γονέων συμβάλλει στην εκδήλωση κατάθλιψης στους εφήβους;
3. Το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό προφίλ της οικογένειας συμβάλλει στην εκδήλωση κατάθλιψης στους εφήβους;
4. Η ελλιπής γονική φροντίδα συμβάλλει στην εκδήλωση κατάθλιψης στους εφήβους;

4.2. Δειγματοληψία

Η διαδικασία δειγματοληψίας για την ανασκόπηση ολοκληρώθηκε μέσω μιας αρχικής αξιολόγησης τίτλων και περιλήψεων, συλλέγοντας δημοσιεύσεις που πληρούσαν τα κριτήρια αναζήτησης για ανάλυση. Εάν οι τίτλοι και οι περιλήψεις δεν διευκολύνουν τη δειγματοληψία, συλλέγονται πλήρη κείμενα για ανάλυση τα οποία και βασίζονται στα πρότυπα του δείγματος που ζητήθηκε. Η βιβλιογραφία των επιλεγμένων άρθρων αναζητήθηκε επίσης και αναλύθηκε για τον εντοπισμό περισσότερων σχετικών άρθρων. Η δειγματοληψία έλαβε χώρα από 3 ακαδημαϊκές διαδικτυακες βάσεις δεδομένων παγκόσμιας εμβέλειας. Παρατίθενται συνοπτικά παρακάτω:

1. Pubmed: Πρόκειται για μια δωρεάν μηχανή αναζήτησης. Η πρόσβαση της επικεντρώνεται κυρίως στη βάση δεδομένων MEDLINE με αναφορές και περιλήψεις σχετικά με τις βιοεπιστήμες και τα βιοϊατρικά θέματα.
2. SCOPUS: Είναι μια διεθνής βιβλιογραφική βάση δεδομένων, η οποία περιλαμβάνει περιλήψεις και παραπομπές για ακαδημαϊκά άρθρα από έγκριτα επιστημονικά περιοδικά.
3. Emerald: Πρόκειται για έναν επιστημονικό εκδότη ακαδημαϊκών περιοδικών και βιβλίων. Εστιάζει στους τομείς των κοινωνικών επιστημών. Επίσης τα δημοσιεύματα προσανατολίζονται στις επιστήμες Υγείας, της Μηχανικής και της Τεχνολογίας.

Η διαδικασία της δειγματοληψίας για την ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε σε δύο στάδια. Το πρώτο αφορά την εκτίμηση του τίτλου και της περίληψης των άρθρων. Εκείνα τα τεκμήρια που πληρούσαν τα κριτήρια της μελέτης συλλέχθηκαν για ανάλυση. Σε δεύτερο στάδιο παρουσιάζεται η αναλυτική περιγραφή των σημαντικών στοιχείων για εκτενέστερη ανάλυση.

4.2.1. Κριτήρια αποκλεισμού και συμπερίληψης:

Ως πρώτο κριτήριο συμπερίληψης ορίζεται η ανάλυση άρθρων που τα αποτελέσματα αυτών εστιάζουν στην διερεύνηση των γονικών παραγόντων που συντελούν στην κατάθλιψη κατά την εφηβική ηλικία. Το δείγμα μας δηλαδή αποτελούν τα έφηβα άτομα (ηλικία 12-18 ετών). Έπειτα, κριτήριο είναι το έτος δημοσίευσης των άρθρων. Η χρονική περίοδος δημοσίευσης των άρθρων αυτών αφορά τις χρονολογίες 2000 έως 2022. Η γλώσσα των άρθρων είναι η αγγλική. Τέλος, το είδος της μελέτης ήταν κριτήριο συμπερίληψης και για τη συγκεκριμένη ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν ποσοτικές μελέτες ενώ αποκλείστηκαν οι ποιοτικές.

4.2.2. Όροι αναζήτησης/ Λέξεις κλειδιά:

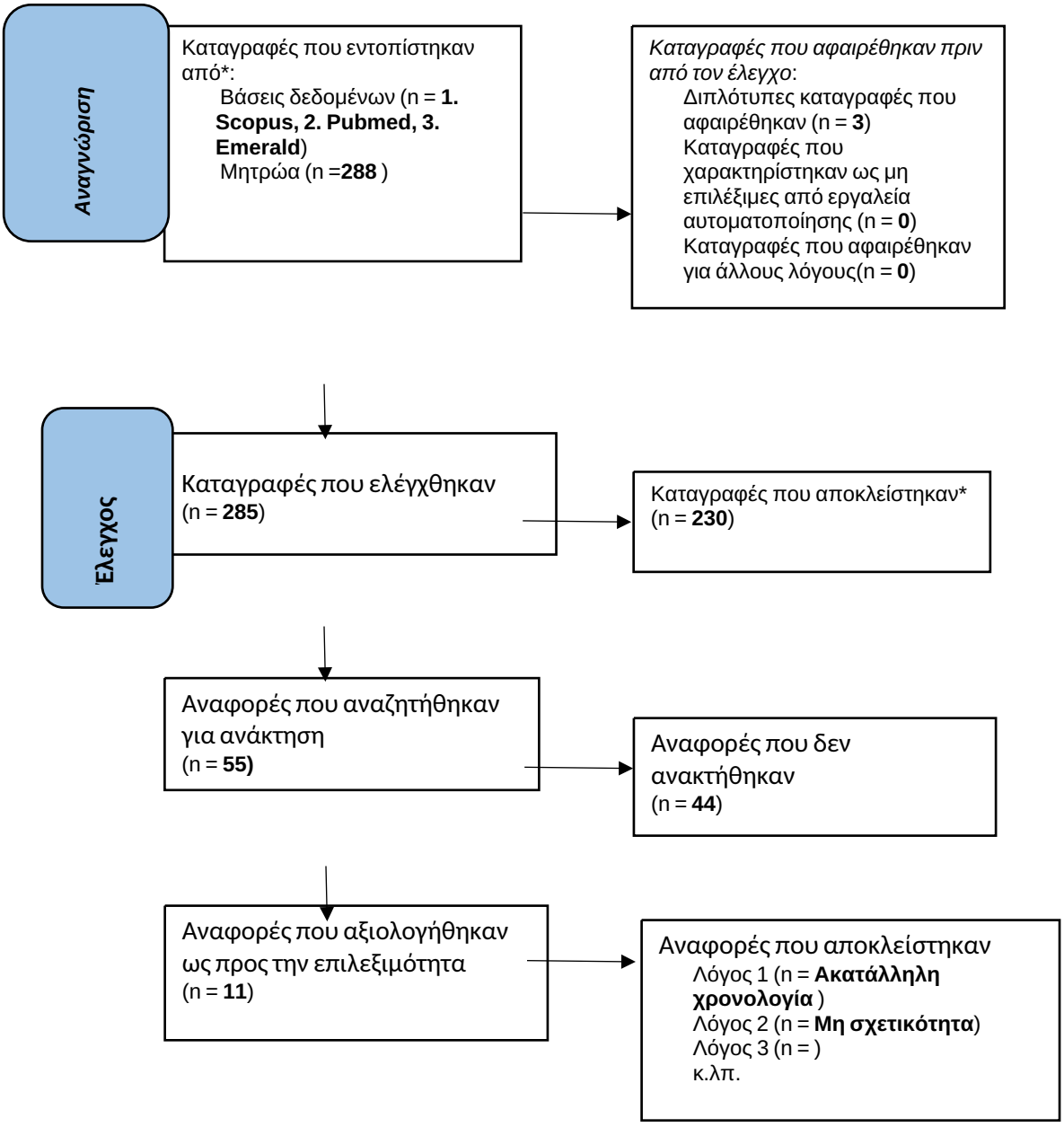
αρ.	Όροι κλειδιά, αλγόριθμος αναζήτησης
1.	Adolescent Depression
2.	AND Family Risk Factors
3.	AND Maternal Risk factors

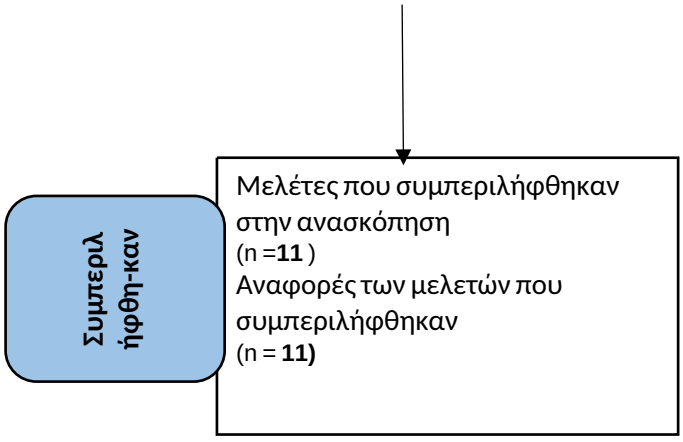
4.	AND Paternal Risk Factors

4.3. Αποτελέσματα

Από την ηλεκτρονική αναζήτηση της βιβλιογραφίας συγκεντρώθηκαν 288 άρθρα συσχετιζόμενα με τους όρους κλειδιά. (SCOPUS = 66 , PUBMED = 178 , EMERALD = 45) Από αυτά, επιλέχθηκαν 55 άρθρα σχετικά με το θέμα με βάση τα κριτήρια της αναζήτησης. Υστέρα από ανάλυση επιλέχτηκαν 11 άρθρα τα οποία και πληρούσαν όλα τα κριτήρια.

Σχήμα 1. Αποτέλεσμα αναζήτησης:





Με βάση την ανάλυση των πλήρων κείμενων εντοπιστήκαν οι βασικοί γονικοί παράγοντες κινδύνου που συντελούν στην εμφάνιση της εφηβικής κατάθλιψης, οι οποίοι περιγράφονται και παρακάτω.

4.3.1. Ψυχοπαθολογία γονέα: Κατάθλιψη μητέρας ή πατέρα:

Η κατάθλιψη των γονέων φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση εφηβικής κατάθλιψης και εντοπίζεται σε 9 από τα 11 άρθρα που συλλέχθηκαν. Αρκετές από τις παραπάνω έρευνες συγκλίνουν στην άποψη ότι η κατάθλιψη τουλάχιστον του ενός από τους δύο γονείς, λειτουργεί σαν επιβαρυντικός παράγοντας πάνω στον έφηβο και την ψυχική του ευρυθμία. Σύμφωνα με τους Reeb και Conger (2009) τα πατρικά καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονταν σημαντικά με τα επακόλουθα καταθλιπτικά συμπτώματα σε εφήβους. (Reeb, & Conger, 2009). Πορίσματα της έρευνας των Tully et al. (2008) αποκαλύπτουν μεγαλύτερη συσχέτιση της μητρικής κατάθλιψης με την εφηβική παρά της πατρικής αντίστοιχα. (Tully et al., 2008). Ωστόσο, έρευνα των Lewis et al. (2017) αταλήγει σε συσχέτιση της πατρικής κατάθλιψης με την εφηβική (Lewis et al, 2017). Υποστηρίζεται επίσης ότι, η ύπαρξη ιστορικού κατάθλιψης στην οικογένεια αποτελεί κρίσιμο παράγοντα εκδήλωση κατάθλιψης στου εφήβους. Η κληρονομικότητα αυτή παρατηρήθηκε εντονότερα στις μητέρες και λιγότερο στους πατέρες των εφήβων. (Cadman et al., 2021). Έπειτα, έρευνα εστιασμένη στην γονική κατάθλιψη ως παράγοντα κινδύνου για τους έφηβους, εντοπίζει μεγαλύτερες πιθανότητες επιπολασμού στα κορίτσια παρά στα αγόρια της οικογένειας. Σε σύγκριση με τα παιδιά των καταθλιπτικών πατέρων, τα παιδιά των καταθλιπτικών

μητέρων διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο κατάθλιψης. (Fang et al., 2019). Η έρευνα εν ολίγοις αναγνωρίζει μια σαφή συσχέτιση φύλου και κατάθλιψης. Σύμφωνα επίσης με την έρευνα των Agerup et al. (2015). Η γονική κατάθλιψη είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την εφηβική κατάθλιψη και ακόμη περισσότερο όταν και οι δύο γονείς έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη ή φέρουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Επιπλέον, παιδιά γονέων με συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές είχαν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτώματα απ 'ότι από παιδιά καταθλιπτικών γονέων χωρίς κάποια άλλη διάγνωση (Agerup et al., 2015).

4.3.2. Ελλιπής γονική φροντίδα

Ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας κινδύνου αφορά την ελλιπή/ μειωμένη γονική φροντίδα και εντοπίζεται σε 3 από τα 11 άρθρα που συλλέχθηκαν. Η μειωμένη φροντίδα των γονέων προς το παιδί έδειξε να επηρεάζει σημαντικά την ψυχική ισορροπία του έφηβου στη συνέχεια (Patton et al., 2001). Συγκεκριμένα, η ανατροφή των παιδιών σχετίζεται με την καταθλιπτική διαταραχή στους εφήβους. Η ελλιπής γονεϊκή φροντίδα συνδέθηκε το καθένα με δύο έως τρεις φορές υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης στους έφηβους. Αυτά τα ευρήματα συνάδουν με επίδραση της μειωμένης γονικής φροντίδας στην αρχή παρά στην πορεία της κατάθλιψης (Patton et al., 2001). Ταυτόχρονα, έχει εντοπιστεί σημαντική συσχέτιση του αυστηρού γονεϊκού προφίλ από την πλευρά της μητέρας ως παράγοντας κινδύνου εκδήλωσης της κατάθλιψης (Eun et al., 2017), σε αντίθεση με το αυστηρό πατρικό προφίλ που δεν ανέδειξε την ίδια συσχέτιση.

4.3.3. Ενδοοικογενειακή βία:

Ένας ακόμα παράγοντας που ανέδειξαν οι έρευνες αφορά την ενδοοικογενειακή βία και εντοπίστηκε σε 2 από τα 11 άρθρα που συλλέχθηκαν. Τα αποτελέσματα των ερευνών έδειξαν ότι οι έφηβοι που έχουν βιώσει την κακοποίηση μέσα στο σπίτι ή τη βίωσαν στο παρελθόν, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εκδηλώσουν σημάδια κατάθλιψης (Moretti et al., 2013). Φαίνεται να ενισχύεται στον νέο το αίσθημα του φόβου, ενώ η αυτποεποίθηση του κλονίζεται σημαντικά (Brown et al., 2007).

4.3.4. Κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες

Επιπλέον, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες είναι πιθανό να επηρεάσουν σημαντικά την εκδήλωση εφηβικής κατάθλιψης, οι οποίοι μάλιστα εντοπίστηκαν σε 3 από τα 11 άρθρα που

συλλέχθηκαν. Παράγοντες όπως η φτώχεια και το χαμηλό οικονομικό και εκπαιδευτικό επίπεδο δείχνουν να επηρεάζουν καταλυτικά την ψυχολογία του έφηβου. Κάτι τέτοιο δείχνει να οφείλεται στις δυσμενείς συνθήκες κάτω από τις οποίες καλείται να μεγαλώσει το άτομο, οι οποίες πιθανόν να προκαλέσουν έντονες προστριβές στην οικογενειακή συμβίωση(Falcaro, Pickles, 2010). Παρατηρείται όμως στατιστικά σημαντικότερη συσχέτιση με την κατάθλιψη και τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες της μητέρας με την εμφάνιση εφηβικής κατάθλιψης και λιγότερο με εκείνους του πατέρα (Lovejoy et al., 2000).

4.3.5 Πίνακες Δεδομένων

Πίνακας 1. Δεδομένα

Γενική Περιγραφή	
Αριθμός	1
Τίτλος	Parenting style and mental disorders in a nationally representative sample of US adolescents. Social psychiatry and psychiatric epidemiology
Έτος	2018
Συγγραφείς	Eun, J. D. , Paksarian , D., He , J. P. , & Merikangas , K. R.
Στόχος μελέτης	Συσχέτιση της διατροφής των εφήβων με κατάθλιψη των γονέων .
Δείγμα	643 (13 εως 18 ετών)
Γονικοί παράγοντες κινδύνου	Κατάθλιψη, αυστηρό γονεϊκό προφίλ
Αποτελέσματα	Η υψηλή μητρική φροντίδα φαίνεται να συσχετίζεται με λιγότερες πιθανότητες καταθλιπτικών, διατροφικών διαταραχών και διαταραχών συμπεριφοράς καθώς και το αυστηρό γονεϊκό προφίλ από την πλευρά της μητέρας συσχετίστηκε με μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης, άγχους, διατροφικών διαταραχών αλλά και διαταραχών συμπεριφοράς. Η υψηλή πατρική φροντίδα φαίνεται να συνδέεται με λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης κοινωνικού άγχους και καταχρήσεων .Το αυστηρό γονεϊκό προφίλ από την πλευρά του πατέρα συσχετίστηκε με μεγαλύτερες πιθανότητες αγοραφοβίας και κατάχρησης αλκοολ αλλά με πιο λίγες

	πιθανότητες διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) . Οι συσχετίσεις μητρικού και πατρικού ελέγχου με αγχώδεις διαταραχές και κατάχρηση/εξάρτηση από ουσίες διέφεραν ανάλογα με το φύλο. Η υψηλή πατρική φροντίδα συσχετίστηκε με χαμηλότερες πιθανότητες αγχωδών διαταραχών μόνο στους Ισπανόφωνους και τους μη Ισπανόφωνους μαύρους .
Γενική Περιγραφή	
Αριθμός	2
Τίτλος	Maternal and paternal psychosocial risk factors for clinical depression in a Norwegian community sample of adolescents.
Έτος	2015
Συγγραφείς	Agerup, T. ,Lydersen, S., Wallander, J. &Sund, A. M.
Στόχος μελέτης	Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες των γονέων που επηρεάζουν την εμφάνιση εφηβικής κατάθλιψης .
Δείγμα	345 έφηβοι
Γονικοί παράγοντες κινδύνου	Χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό προφίλ οικογένειας, κατάθλιψη
Αποτέλεσμα	Το χαμηλό εισόδημα και οι οικονομικές

	δυσκολίες που αντιμετωπίζει μια μητέρα, η σωματική ασθένεια/αναπηρία, και η δυσκολία εξωτερίκευσης των συναισθημάτων φάνηκε να συσχετίζονται με την τρέχουσα κατάθλιψη των εφήβων (P ≤ 0,02). Προσαρμόζοντας όλους τους υπόλοιπους παράγοντες, μόνο η δυσκολία έκφρασης των συναισθημάτων των μητέρων (P <0,001) συνέχισε να είναι σημαντικά συνδεδεμένη με την εφηβική κατάθλιψη.
Αριθμός	3
Τίτλος	The association between paternal and adolescent depressive symptoms: evidence from two population-based cohorts.
Έτος	2017
Συγγραφείς	Lewis, G. ,Neary , M. ,Polek, E., Flouri ,E.,& Lewis , G.
Στόχος μελέτης	Η αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ πατρικών και εφηβικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε δύο μεγάλες μελέτες βασισμένες στον πληθυσμό.
Δείγμα	Οικογένειες από Ιρλανδία και Μ. Βρετανία
Γονεϊκοί παράγοντες κινδύνου	Κατάθλιψη

Αποτέλεσμα	Τα αποτελέσματά της έρευνας επιβεβαιώνουν την συσχέτιση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους πατέρες και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα έφηβα παιδιά αυτών. Αυτά τα ευρήματα παροτρύνουν για την πιό ενεργή συμμετοχή των πατέρων καθώς και των μητέρων σε πρώιμες παρεμβάσεις για τη μείωση του επιπολασμού της εφηβικής κατάθλιψης και υπογραμμίζουν τη σημασία της θεραπείας της κατάθλιψης και στους δύο γονείς.
Γενική Περιγραφή	
Αριθμός	4
Τίτλος	Maternal versus paternal physical and emotional abuse, affect regulation and risk for depression from adolescence to early adulthood
Έτος	2013
Συγγραφείς	Moretti, M. M., & Craig, S. G.
Στόχος μελέτης	Η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης της παιδικής κακοποίησης με την κατάθλιψη κατά

	την (μετέπειτα) εφηβική ηλικία.
Δείγμα	179 έφηβοι (46% γυναίκες)
Γονεϊκοί παράγοντες κινδύνου	Ενδοοικογενειακή βία
Αποτέλεσμα	Η σχέση μεταξύ της μητρικής κακοποίησης και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα έφηβα παιδιά τους υπήρξε εν μέρει μέσω της απορρύθμισης του συναισθήματος στο Χρόνο 1 και μεσολάβησε πλήρως τον Χρόνο 2. Επιπλέον, οι αναφορές των εφήβων για κακοποίηση της μητέρας στο Χρόνο 1 προέβλεπαν τα καταθλιπτικά συμπτώματά τους στην πρώιμη ενήλικη ζωή, ακόμη και αφού ληφθεί υπόψη η μερική μεσολάβηση ο ρόλος της απορρύθμισης επηρεασμού σε καθένα από τα τρία χρονικά σημεία της μελέτης. Διαπιστώθηκε επίσης ότι η πατρική κακοποίηση σχετιζόταν με συμπτώματα κατάθλιψης μέσω μιας έμμεσης σχέσης με τη δυσκολία ρύθμισης του συναισθήματος για τους άνδρες, αλλά όχι για τις γυναίκες.
Γενική Περιγραφή	
Αριθμός	5
Τίτλος	The unique effect of paternal depressive symptoms on adolescent functioning:

	Associations with gender and father–adolescent relationship closeness
Έτος	2009
Συγγραφείς	Reeb, Ben T.; Conger, Katherine J.
Στόχος μελέτης	Διερεύνηση συσχέτισης της κατάθλιψης του πατέρα με τα καταθλιπτικά συμπτώματα των εφήβων
Δείγμα	451 οικογένειες
Γονεϊκοί παράγοντες κινδύνου	Κατάθλιψη πατέρα
Αποτέλεσμα	Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα του πατέρα σχετίζονταν σημαντικά με τα επακόλουθα καταθλιπτικά συμπτώματα σε εφήβους. Αυτή η συσχέτιση παρέμεινε σημαντική ακόμη και μετά τον επανέλεγχο των προηγούμενων καταθλιπτικών συμπτωμάτων των εφήβων, των μητρικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων, του φύλου και των δημογραφικών μεταβλητών της οικογένειας. Το φύλο (του εφήβου) και η αντίληψη της εγγύτητας της σχέσης πατέρα-έφηβου μετριάζουν αυτή τη συσχέτιση, με αποτέλεσμα τα πατρικά καταθλιπτικά συμπτώματα να συσχετιστούν θετικά με τα συμπτώματα της εφηβικής κατάθλιψης για κορίτσια . Αυτά τα ευρήματα

	εμπλουτίζουν την βιβλιογραφία για τους διαπροσωπικούς μηχανισμούς με τους οποίους λειτουργεί η κατάθλιψη στις οικογένειες και υπογραμμίζουν την ανάγκη για μελλοντική διερεύνηση της πατρικής ψυχικής υγείας, του εφηβικού φύλου και της ποιότητας των ενδοοικογενειακών σχέσεων, καθώς σχετίζονται άμεσα με την ανάπτυξη των εφήβων.
Γενική Περιγραφή	
Αριθμός	6
Τίτλος	An Adoption Study of Parental Depression as an Environmental Liability for Adolescent Depression and Childhood Disruptive Disorders
Έτος	2008
Συγγραφείς	Tully, Erin C.; Iacono, William G.; McGue, Matt
Στόχοι μελέτης	Διερεύνηση της επίδρασης της γονικής κατάθλιψης στην εμφάνιση εφηβικής κατάθλιψης .
Δείγμα	568 τεκνοθετημένοι έφηβοι και 416 που δεν έχουν τεκνοθετηθεί.

Γονικοί παράγοντες κινδύνου	Κατάθλιψη
Αποτελέσματα	Η μελέτη βρήκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ καταθλιπτικών μητέρων και καταθλιπτικών εφήβων, τόσο υιοθετημένων όσο και μη. Η πατρική κατάθλιψη δεν βρέθηκε να έχει σημαντική επίδραση , παρά μόνο για την εμφάνιση ΔΕΠΥ σε υιοθετημένους εφήβους. Ωστόσο, δεν προέβλεψε την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών σε καμία από τις κατηγορίες εφήβων (υιοθετημένους και μη)

Γενική Περιγραφή

Αριθμός	7
Τίτλος	Joint associations of parental personality traits and socio-economic position with trajectories of offspring depression: Findings from up to 6925 families in a UK birth cohort.
Έτος	2021
Συγγραφείς	Tim Cadman; Alex S. F. Kwong; Paul Moran; Heather O'Mahen; Iryna Culpin; Deborah A. Lawlor; Rebecca M. Pearson

Στόχοι μελέτης	Η περιγραφή των συμπτωμάτων της εφηβικής κατάθλιψης σε απογόνους γονέων με ή χωρίς δυσπροσαρμοστικά χαρακτηριστικά.
Δείγμα	6925 οικογένειες στην Μ. Βρετανία
Γονικοί παράγοντες κινδύνου	Χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό προφίλ (SEP), κατάθλιψη.
Αποτελέσματα	Οι έφηβοι των οποίων οι μητέρες εμφάνισαν υψηλά επίπεδα δυσπροσαρμοστικών χαρακτηριστικών εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε πολλαπλά στάδια της εφηβείας, με τη μεγαλύτερη βαρύτητα να παρατηρείται στην ηλικία των 22 ετών. (προβλεπόμενη διαφορά SMFQ ηλικία 10 = 0,66, 95% διαστήματα εμπιστοσύνης [CIs]: 0,25 έως 1,28, ηλικία 22 = 1,00, CI: 0,51 έως 1,50). Τα στοιχεία για συσχέτιση μεταξύ της πατρικής δυσπροσαρμοστικής προσωπικότητας και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους απογόνους είναι αδύναμα και ασυνεπή. (διαφορά SMFQ ηλικία 10 = 0,21, CI: -0,58 έως 0,99, ηλικία 22 = 0,02, CI: -0,94 έως 0,90). Το χαμηλότερο SEP συσχετίστηκε επίσης με υψηλότερα καταθλιπτικά συμπτώματα στους απογόνους (διαφορά SMFQ υλική δυσκολία έναντι μηδενικής δυσκολίας ηλικία 10 = 0,79, 95% CI: 0,46 έως

	1,13, ηλικία 22 = 0,96, CI: 0,56 έως 1,36).
Γενική Περιγραφή	
Αριθμός	8
Τίτλος	Parental ‘affectionless control’ in adolescent depressive disorder.
Έτος	2001
Συγγραφείς	G. C. Patton; C. Coffey; M. Posterino; J. B. Carlin; R. Wolfe
Στόχοι έρευνας	Διερεύνηση συσχέτισης της στάσης γονέα απέναντι στο παιδί στην μετέπειτα εκδήλωση εφηβικής κατάθλιψης.
Δείγμα	2032 έφηβοι
Γονικοί παράγοντες κινδύνου	Κατάθλιψη, ελλιπής φροντίδα
Αποτελέσματα	Συνολικά 1947 από τα 2032 άτομα στο πλαίσιο δειγματοληψίας (95,8%) συμμετείχαν στη μελέτη (φάση 1) τουλάχιστον μία φορά. Μόνο τα 406 (94%) από τα 435 επιλεγμένα άτομα ολοκλήρωσαν την αξιολόγηση της δεύτερης φάσης. Εκατό δεκαεννέα άτομα πληρούσαν τα κριτήρια για καταθλιπτικό

	επεισόδιο στο CIS-R σε ένα ή περισσότερα κύματα. Κατά τη διάρκεια της περιόδου μελέτης 30 μηνών, 69 άτομα (10 άνδρες, 59 γυναίκες) πληρούσαν τους ορισμούς της κατάθλιψης και των CIS-R και CIDI στο ίδιο κύμα και ταξινομήθηκαν ως «σίγουρη καταθλιπτική διαταραχή». Η χαμηλή μητρική και πατρική φροντίδα συσχετίστηκαν ανεξάρτητα και με τους δύο ορισμούς της κατάθλιψης, με τις ισχυρότερες επιπτώσεις μεταξύ εκείνων που ανέφεραν φροντίδα στο χαμηλότερο τεταρτημόριο. Μετά την προσαρμογή για χαμηλή γονική φροντίδα, η συσχέτιση μεταξύ υψηλού γονικού ελέγχου και κατάθλιψης ήταν μικρή.
Γενική Περιγραφή	
Αριθμός	9
Τίτλος	Sex Differences in Intergenerational Transfer Risk of Major Depressive Disorder.
Έτος	2019
Συγγραφείς	Fang, G., Yu, H., Zhi, S., Xi, M., Peng, Z., Cai, M., Wu, W., & Wang, Y.
Στόχοι έρευνας	Η διεύρυνση της πιθανής συσχέτισης του

	φύλου και της κατάθλιψης των γονέων με την εμφάνιση κατάθλιψης στα έφηβα παιδιά τους .
Δείγμα	4.856 πάσχοντες από κατάθλιψη
Γονικοί παράγοντες κινδύνου	Κατάθλιψη
Αποτελέσματα	Σε αυτήν την έρευνα συμμετείχαν 528 έφηβοι πάσχοντες από κατάθλιψη από τους συνολικά 4.856 με γονεϊκό ιστορικό κατάθλιψης και κατηγοριοποιήθηκαν σε 4 ομάδες . 1. Έφηβες με μητέρες με καταθλιπτικό ιστορικό (220 , 41,7%) 2. Έφηβες με πατέρες με καταθλιπτικό ιστορικό (116 , 22%) 3. Έφηβους με μητέρες με καταθλιπτικό ιστορικό (96, 18,2%) 4. Έφηβοι με πατέρες με καταθλιπτικό ιστορικό (96 , 18,2%) . Σε αυτήν την έρευνα μόνο το 12,2% των καταθλιπτικών εφήβων που νοσηλεύονταν είχαν γονέα με καταθλιπτικό ιστορικό .Η αναλογία ανδρών -γυναικών με γονεικό καταθλιπτικό ιστορικό ήταν 2/3 . Η αναλογία ανδρών: γυναικών ασθενών με μητρικό καταθλιπτικό ιστορικό ήταν σχεδόν 1/2. Οι αναλύσεις έδειξαν ότι ο κίνδυνος κατάθλιψης στις κόρες ήταν υψηλότερος από ό, τι στους γιους. Σε σύγκριση με τα παιδιά των καταθλιπτικών πατέρων, τα παιδιά των καταθλιπτικών μητέρων διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης. Οι κόρες και οι γιοι μοιράζονται τον ίδιο κίνδυνο κατάθλιψης από την πλευρά του πατρικού

	καταθλιπτικού ιστορικού .
Γενική Περιγραφή	
Αριθμός	10
Τίτλος	Sex differences in patterns of relations between family interactions and depressive symptoms in adolescents.
Έτος	2011
Συγγραφείς	Smojver-Azić, S., & Bezinović, P.
Στόχοι έρευνας	Η διερεύνηση πιθανής συσχέτισης υπερ προστατευτικών μεθόδων ανατροφής παιδιών και επικίνδυνων οικογενειακών αλληλεπιδράσεων με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε έφηβα αγόρια και κορίτσια.
Δείγμα	1191 μαθητές/τριες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης 14 έως 19 ετών.
Γονικοί παράγοντες κινδύνου	Απουσία στοργικότητας
Αποτελέσματα	Συμπτώματα κατάθλιψης παρατηρήθηκαν από το 19,1% των κοριτσιών και το 15,8% των

αγοριών. Η αξιολόγηση των οικογενειακών σχέσεων των κοριτσιών ήταν σημαντικά πιο θετική από τα αγόρια, συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης των οικογενειακών δραστηριοτήτων, της επίλυσης οικογενειακών συγκρούσεων ή της ζεστασιάς και της στοργής του πατέρα και της μητέρας. Ύστερα απο ανάλυση πολλαπλής συσχέτισης προκύπτει ότι οι εξεταζόμενες οικογενειακές μεταβλητές αντιπροσώπευαν το 16,3% της διακύμανσης των συμπτωμάτων κατάθλιψης στα αγόρια και το 17,2% στα κορίτσια. Η ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξε διαφορά στη σχέση των οικογενειακών μεταβλητών και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Τα συμπτώματα κατάθλιψης στα κορίτσια συνδέθηκαν περισσότερο με την έλλειψη προστατευτικών οικογενειακών παραγόντων (9,9% της εξηγούμενης διακύμανσης στα κορίτσια έναντι 5,5% στα αγόρια), ενώ τα συμπτώματα κατάθλιψης στα αγόρια συνδέθηκαν περισσότερο με την ύπαρξη επιβλαβών οικογενειακών παραγόντων (10,8% των η εξηγούμενη διακύμανση στα αγόρια έναντι 7,3% στα κορίτσια).

Γενική Περιγραφή

Αριθμός	11
Τίτλος	Profiles of family-focused adverse experiences through childhood and early adolescence: the ROOTS project a community investigation of adolescent mental health.
Έτος	2011
Συγγραφείς	Dunn, V. J., Abbott, R. A., Croudace, T. J., Wilkinson, P., Jones, P. B., Herbert, J., & Goodyer, I. M.
Στόχοι έρευνας	Η σύνδεση των δυσμενών οικογενειακών συνθηκών στην πρώιμη ζωή με την εμφάνιση εφηβικής κατάθλιψης αργότερα .
Δείγμα	1143 έφηβοι, 14 ετών στο Ηνωμένο Βασίλειο
Γονικοί παράγοντες κινδύνου	Κατάθλιψη, χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό προφίλ, ελλιπής φροντίδα, κακοποίηση παιδιού
Αποτελέσματα	Οι οικογενειακές αντιξοότητες στα πρώτα χρόνια συμβαίνουν μαζικά και όχι ως μεμονωμένες εμπειρίες. Αν και μερικά παιδιά καταφέρνουν να ξεφύγουν από τις αντιξοότητες, για πολλά αυτό το αρνητικό οικογενειακό περιβάλλον εξακολουθεί να υφίσταται έως και τα πρώτα 15 χρόνια της

ζωής τους. Διαφορετικά προφίλ οικογενειακού κινδύνου μπορεί να σχετίζονται με συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές στους νέους. Οι διαφορές φύλου στις ψυχοπαθολογίες μπορεί να είναι πιο έντονες σε εκείνους που εκτίθενται σε χαμηλά επίπεδα οικογενειακών αντιξοοτήτων. Συμπερασματικά οι 1143 έφηβοι διαχωρίστηκαν σε 3 κατηγορίες ανάλογα με το ποσό των αντιξοοτήτων που βίωσαν στην πρώιμη παιδική ηλικία τους και το κατα πόσο επηρέασε την μετέπειτα ζωή τους .Στην πρώιμη παιδική ηλικία το 69% κατατάχθηκε σε μια κατηγορία με λίγες αντιξοότητες (κοινωνικές , οικονομικές , ελλιπής φροντίδα , κακοποίηση) . Μια κατηγορία με μετρίου βαθμού αντιξοότητες (19%) έδειξε υψηλότερα ποσοστά οικογενειακής απώλειας, ήπιας ή μέτριας οικογενειακής διαφωνίας, οικονομικών δυσκολιών, μητρικής ψυχιατρικής ασθένειας και υψηλότερου κινδύνου για χαμηλή πατρική φροντίδα. Μία κατηγορία με σοβαρές αντιξοότητες (6%) παρουσίασε υψηλότερα ποσοστά σε όλους τους δείκτες και σχεδόν αποκλειστικά αντιπροσώπευε περιστατικά παιδικής κακοποίησης. Ως προς τη διαφοροποίηση λόγω φύλου, μόνο στην κατηγορία με τις λιγότερο αντιξοότητες παρατηρείται σημαντική διαφορά, όπου οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα

εμφάνισης κατάθλιψης από τους άντρες .

Πίνακας 2. Δεδομένα

Συγγραφέας	Έτος	Τίτλος άρθρου	Αποτέλεσμα
Eun, J. D. Paskarian D., He J.P., Merikangas K.R.	2018	Parenting style and mental disorders in a nationally representative sample of US adolescents. Social psychiatry and psychiatric epidemiology	Ψυχοπαθολογία γονέα
Agerup T., Lydersen S.,Wallander J., Sund A.M.	2015	Maternal and paternal psychosocial risk factors for clinical depression in a Norwegian community sample of adolescents.	Χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό προφίλ οικογένειας και ψυχοπαθολογία γονέα
Lewis, G. ,Neary , M. ,Polek, E.,Flouri E.,& Lewis G.	2017	The association between paternal and adolescent depressive symptoms: evidence from two population-based cohorts.	Ψυχοπαθολογία γονέα
Morretti M.M., Craig S.G.	2013	Maternal versus paternal physical and emotional abuse, affect regulation and risk for depression from adolescence to early adulthood.	Ενδοοικογενειακή βία

Reeb, Ben T.; Conger, Katherine J.	2009	The unique effect of paternal depressive symptoms on adolescent functioning: Associations with gender and father–adolescent relationship closeness.	Ψυχοπαθολογία γονέα
Tully, Erin C.; Iacono, William G.; McGue, Matt	2008	An Adoption Study of Parental Depression as an Environmental Liability for Adolescent Depression and Childhood Disruptive Disorders	Ψυχοπαθολογία γονέα
Tim Cadman; Alex S. F. Kwong; Paul Moran; Heather O'Mahen; Iryna Culpin; Deborah A. Lawlor; Rebecca M. Pearson	2021	Joint associations of parental personality traits and socio-economic position with trajectories of offspring depression: Findings from up to 6925 families in a UK birth cohort.	Χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό προφίλ οικογένειας και ψυχοπαθολογία γονέα

G.C. Patton; C. Coffey; M. Posterino; J. B. Carlin; R. Wolfe	2001	Parental 'affectionless control' in adolescent depressive disorder.	Ψυχοπαθολογία γονέα και ελλιπής φροντίδα
Fang, G., Yu, H., Zhi, S., Xi, M., Peng, Z., Cai, M., Wu, W., & Wang, Y	2019	Sex Differences in Intergenerational Transfer Risk of Major Depressive Disorder.	Ψυχοπαθολογία γονέα
Smojver-Azić, S., & Bezinović, P.	2011	Sex differences in patterns of relations between family interactions and depressive symptoms in adolescents.	Ελλιπής φροντίδα
Dunn, V. J., Abbott, R. A., Croudace, T. J., Wilkinson, P., Jones, P. B., Herbert, J., &	2011	Profiles of family-focused adverse experiences through childhood and early adolescence: the ROOTS project a community investigation of adolescent mental health.	Ψυχοπαθολογία γονέα και χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό προφίλ οικογένειας και ελλιπής φροντίδα και ενδοοικογενειακή βία

Goodyer, I. M.			

4.5 Συζήτηση

Η παρούσα συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει ως σκοπό την αντικειμενική συλλογή και διερεύνηση επιβαρυντικών οικογενειακών παραγόντων που συμβάλουν στην εφηβική κατάθλιψη. Η ανασκόπηση διενεργήθηκε σε 3 διεθνείς ηλεκτρονικές βάσεις και από το σύνολο των 55 ευρημάτων τελικά οι 11 πληρούσαν το σύνολο των κριτηρίων της μελέτης. 4 κύριοι επιβαρυντικοί παράγοντες κινδύνου αποτελούν τα ευρήματα των ερευνών και αυτοί είναι οι εξής: η κατάθλιψη του γονέα, η ενδοοικογενειακή βία, η ελλιπής γονική φροντίδα και τέλος, το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό προφίλ της οικογένειας. Σχετικά με την ερευνητική μας υπόθεση, οι αρνητικοί οικογενειακοί παράγοντες επιβαρύνουν την εμφάνιση και ανάπτυξη της εφηβικής κατάθλιψης σε ηλικίες 12-18 ετών.

Αρχικός στόχος είναι η διερεύνηση πιθανής συσχέτισης της κατάθλιψης των γονέων με την εφηβική κατάθλιψη. Μέσα από τις έρευνες επιβεβαιώνεται η σύνδεση της εφηβικής κατάθλιψης με την κατάθλιψη του γονέα. Μέσα από την έρευνα των Lewis et al. (2007) αναδεικνύεται συσχέτιση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους πατέρες και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα έφηβα παιδιά Lewis et al. (2007). Οι Reeb et al. (2009) στην έρευνα που πραγματοποίησαν, εξάγεται το συμπέρασμα ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα του πατέρα σχετίζονταν σημαντικά με τα επακόλουθα καταθλιπτικά συμπτώματα στους εφήβους της οικογένειας. (Reeb et al., 2009). Μέσα από αρκετές έρευνες αποκρυσταλλώνεται μια σαφής διαφορά στην επίδραση της μητρικής με την πατρική κατάθλιψη πάνω στον έφηβο. Ωστόσο η γονική κατάθλιψη είναι ικανή να επιδράσει σημαντικά την ψυχική υγεία του εφήβου, ανεξάρτητα από το φύλο και από το αν εντοπίζονται μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης στη μητέρα. (Lewis et al., 2017).

Μέσα από τις έρευνες, παρατίθενται μια σειρά από μηχανισμούς που οδηγούν στην εφηβική κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, τα παιδιά ενηλίκων με ψυχικές διαταραχές διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για προβλήματα με τη φυσιολογική ανάπτυξή τους και για ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών. Μια

μελέτη αυτού του φαινομένου παρακολούθησε 151 παιδιά μέτριας έως σοβαρής κατάθλιψης ή μη ψυχιατρικούς ασθενείς για έως και 20 χρόνια. Συγκεκριμένα, η ομάδα των παιδιών των προσβεβλημένων γονέων είχε αυξημένο (τριπλάσιο) κίνδυνο αγχωδών διαταραχών, κατάθλιψης, εξάρτησης από ουσίες και μειωμένης κοινωνικής λειτουργικότητας (Νακού, 2011) . Οι μηχανισμοί που ενεργοποιούνται από την πλευρά του καταθλιπτικού γονέα και είναι ικανοί να επηρεάσουν στην εκδήλωση της εφηβικής κατάθλιψης, ποικίλουν. Οι μηχανισμοί αυτοί αφορούν αυτοί την λειτουργικότητα του γονέα. Η παραμέληση επίσης της στοιχειώδους φροντίδας και υγιεινής του παιδιού αποτελεί αρνητική τομή στην ψυχική υγεία του δεύτερου. Σημειώνεται δυσκολία του να ληφθούν σοβαρά υπόψιν οι εξατομικευμένες ανάγκες του παιδιού και να δημιουργηθεί ένα ασφαλές και σταθερό πλαίσιο φροντίδας για τα ίδια, που να περιλαμβάνει ζεστασιά και εγγύτητα (Nicholson et al. 2004).

Άλλος ένας παράγοντας κινδύνου αφορά την κακοποίηση που υφίσταται ο έφηβος στο σπίτι. Τεκμηριώνεται πράγματι άμεση σύνδεση του κακοποιητικού περιβάλλοντος με την εκδήλωση κατάθλιψης (Moretti & Craig,2013). Επαληθεύεται ότι τα παιδιά που βιώνουν την κακοποίηση στο σπίτι έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εκδηλώσουν κατάθλιψη κατά την εφηβική ηλικία και στα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης (Moretti & Craig, 2013). Ότι ειπώθηκε και παραπάνω, ως σωματική κακοποίηση του παιδιού νοείται η ύπαρξη χειροδικίας, με αποτέλεσμα την σωματική του βλάβη, που μπορεί να οδηγήσει και στον θάνατο του. (Murray, Nguyen et al., 2014). Σημαντικά φαινόμενα αποτελούν η ψυχολογική κακοποίηση που μπορεί να δεχτεί το παιδί καθώς και η παραμέληση του (Child Welfare Information Gateway, 2019). Παιδιά και νέοι στην εφηβεία που έχουν υποστεί κακοποίηση από του γονείς ή μέλη της οικογένειας τους, υπάρχει ο κίνδυνος να παρουσιάσουν δυσλειτουργίες , σωματικά ή ψυχικά , που έχουν άμεση σύνδεση με την εμφάνιση κατάθλιψης (Mazza & Sani, 2020). Η έκθεση στην ενδοοικογενειακή βία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα το παιδί να προβεί στη βία σε μελλοντική του σχέση καθώς και να αναπτύξει ψυχικές και προβλήματα συμπεριφοράς στην μετέπειτα ζωή του (Mazza & Sani, 2020). Μέσα από έρευνα που πραγματοποιήθηκε γύρω από την ψυχική υγεία του εφήβου και την συσχέτιση της με την γονική κακοποίηση(Dunn et al., 2011), συμπεραίνεται ότι η σωματική κακοποίηση (συμπεριλαμβανομένης και της σεξουαλικής) καθώς και η συναισθηματική κακοποίηση θέτουν στο επίκεντρο ως δράστη τον πατέρα/πατριό της οικογένειας (May-Chahal & Cawson, 2005).

Στην συνέχεια, ο τρίτος στόχος αναφέρεται στη διερεύνηση της συσχέτισης του χαμηλού κοινωνικό-οικονομικού προφίλ της οικογένειας με την εφηβική κατάθλιψη. Πράγματι,

επαληθεύεται μέσα από τα πορίσματα των ερευνών σύνδεση των οικονομικών δυσκολιών της οικογένειας με την εκδήλωση κατάθλιψης στην εφηβεία (Cadman et al., 2021). Μάλιστα, οι οικονομικές δυσκολίες που βιώνει η οικογένεια συνδυαστικά με το χαμηλό μορφωτικό-εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας, συσχετίστηκε με την εφηβική κατάθλιψη. (Costello et al., 2008).

Ταυτόχρονα, έρευνες εντοπίζουν συσχέτιση στην ελλιπή γονική φροντίδα με την εκδήλωση της κατάθλιψης. Η χαμηλή μητρική και πατρική φροντίδα συνδέονται καθεμία με ένα διπλάσιο έως τριπλάσιο υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η ανεπαρκής γονική φροντίδα επηρεάζει την έναρξη, παρά την πορεία της διαταραχής (Patton et. al., 2001). Αυτό υποστηρίζεται και από τους Dunn et al., (2011) οι οποίοι εντοπίζουν άμεση επίδραση της ελλιπούς μητρικής στοργικότητας στην ψυχολογία του παιδιού, με πιθανή συνέπεια την κατάθλιψη κατά τα εφηβικά χρόνια (Dunn et al., 2011).

Τα αποτελέσματα της έρευνας των Smojver-Azić, S. και Bezinović, P. (2011) ανέδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων στα συμπτώματα της κατάθλιψης και στην αντίληψη ορισμένων οικογενειακών αλληλεπιδράσεων. Τα κορίτσια εξέφρασαν σημαντικά περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από τα αγόρια, με το 19,1% από αυτά να τα εμφανίζει συχνά και πολύ συχνά, σε αντίθεση με το 15,8% των αγοριών. Η αξιολόγηση των οικογενειακών σχέσεων από τα κορίτσια, όταν εξετάστηκε συνολικά, ήταν σημαντικά πιο θετική από τα αγόρια, συμπεριλαμβανομένων των οικογενειακών δραστηριοτήτων, της εποικοδομητικής επίλυσης οικογενειακών συγκρούσεων ή της του πατέρα και της μητέρας (Smojver-Azić, Bezinović,. 2011). Τα πορίσματα της έρευνας δείχνουν επίσης ότι διαφορετικές οικογενειακές μεταβλητές προβλέπουν συμπτώματα κατάθλιψης σε αγόρια και κορίτσια. (Smojver-Azić, S., Bezinović, P. 2011). Ενώ η γονεϊκή σύγκρουση και η επιθετικότητα της μητέρας ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για τα συμπτώματα κατάθλιψης τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια, οι οικογενειακές δραστηριότητες και η στοργικότητα του πατέρα έπαιξαν σημαντικό ρόλο μόνο για τα κορίτσια. Παρά το εύρημα ότι κατά τη διάρκεια της εφηβείας οι προσκολλήσεις του ίδιου φύλου με τους γονείς είναι πιο σημαντικές από τις σχέσεις προσκόλλησης διαφορετικού φύλου (Buist et al., 2002) ότι μια ζεστή σχέση με τη μητέρα ήταν σημαντική τόσο για τα αγόρια όσο και για τα κορίτσια, ενώ μια θερμή σχέση με τον πατέρα ήταν πιο σημαντικό για τα κορίτσια. Τα αποτελέσματά υποδηλώνουν ότι η παρουσία μιας εμπλεκόμενης και στοργικής πατρικής φιγούρας ενισχύει την προστασία έναντι της επικίνδυνης συμπεριφοράς για την υγεία των κοριτσιών, κάτι

που είναι σύμφωνο με άλλες μελέτες (Ge et al., 1994) (Phares et al.,2009,Reeb &Conger, 2009). Μια ζεστή σχέση με τους γονείς μπορεί να διαδραματίσει προστατευτικό ρόλο, επειδή γνωστοποιεί στα παιδιά ότι η οικογένεια θα συνεχίσει να είναι πηγή σταθερότητας και υποστήριξης για αυτά, παρά την αίσθηση διαταραγμένων οικογενειακών σχέσεων (Formoso et al., 2000). Παράλληλα με την μειωμένη στοργικότητα, έχει εντοπιστεί συσχέτιση του αυστηρού γονεϊκού προφίλ με την κατάθλιψη στους εφήβους (Eun et al, 2017). Τα ευρήματα της έρευνας τους αποκαλύπτουν ότι, ιδιαίτερα η αυστηρότητα και ο ασφυκτικός έλεγχος της μητέρας έχει συμβάλλει στην εμφάνιση κατάθλιψης. Κάτι τέτοιο, εντούτοις, δεν αποδίδεται εξίσου στην αυστηρότητα του πατέρα μέσα στο οικογενειακό πλαίσιο. (Heideret al., 2006, Heider et al., 2008). Υπογραμμίζεται ότι, οι παράγοντες κινδύνου που αναλύθηκαν συνδέονται και είναι ικανοί να συνυπάρχουν, ενισχύοντας αρνητικά το φαινόμενο της εφηβικής κατάθλιψης. Τα πολλαπλά "μονοπάτια" προς την εφηβική κατάθλιψη προκαλούνται από τη σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικών, βιολογικών, γνωστικών, διαπροσωπικών, οικογενειακών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Rudolph et al., 2006) (Costello et al.,2002). Οι ερευνητές έχουν εντοπίσει μεγάλο αριθμό παραγόντων κινδύνου και, σε μικρότερο βαθμό, προστατευτικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση της κατάθλιψης, με τους γονικούς και οικογενειακούς παράγοντες να παίζουν μεγάλο ρόλο στους πρώτους (Costello et al., 2002). Οι πιο συχνά αναγνωρισμένοι και αναλυόμενοι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την οικογένεια για την κατάθλιψη περιλαμβάνουν την απόρριψη των γονέων, τη σκληρή γονική πειθαρχία και την έλλειψη γονικής ζεστασιάς και διαθεσιμότητας (Garber & Flynn, 2001) (Rapee, 1997) όότι και τις συζυγικές/οικογενειακές συγκρούσεις, το άγχος και την κατάθλιψη (Bond et al., 2005).

Οι προστατευτικοί παράγοντες που αναλύονται συχνότερα είναι η υποστηρικτική γονική αλληλεπίδραση, που καλλιεργείται μέσω της γονικής ζεστασιάς, της οικογενειακής συνοχής και του ποιοτικού χρόνου μεταξύ γονέα-παιδιού (Ge et al., 1994) (Kiser et al., 2005). Συμπεραίνεται επίσης ότι, η σχέση μεταξύ των παραγόντων κινδύνου και της επακόλουθης κατάθλιψης στην εφηβεία ποικίλλει ανάλογα με το φύλο (Branje et al., 2010), (Mesman et al., 2001). Ενώ κατά την προεφηβική ηλικία τα ποσοστά κατάθλιψης για αγόρια και κορίτσια είναι περίπου τα ίδια, κατά την εφηβεία τα κορίτσια είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν πιο συχνά και πιο σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα από τα έφηβα αγόρια (Nolen-Hoeksema, Girgus, 1994).

Συμπεράσματα

Ολοκληρώνοντας την ανασκόπηση αλλά και την συζήτηση, καταλήγουμε στην σύνταξη προτάσεων για την μελλοντική έρευνα καθώς και την επιτυχή παρέμβαση του φαινόμενου. Οι έρευνες αυτές είναι γόνιμο να εστιάσουν στην παραπέρα εμβάθυνση των παραγόντων κινδύνου που συντελούν στην εκδήλωση της εφηβικής κατάθλιψης καθώς και στις επιπτώσεις πάνω στο έφηβο άτομο. Κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί μέσω της ενεργοποίησης πολλών ειδικοτήτων, εφόσον σύμφωνα με την βιβλιογραφία το συμπέρασμα που εξάγεται αναφορικά με την κατάθλιψη είναι ότι, παρά την πολύπλοκη φύση της, μπορεί και αποτελεί ένα συνδυασμό τόσο εσωτερικών όσο και εξωγενών - κοινωνικών παραγόντων (Shavers, 2014, Malhi & Mann, 2018).

Προτάσεις

Σύμφωνα με έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σχετικά με την ευαισθητοποίηση και την ενημέρωση γύρω από την κατάθλιψη, κρίνονται αναγκαίες δεσμεύσεις που οφείλουν να γίνουν για την καλύτερη δυνατή πρόληψη του φαινομένου. Αναλυτικότερα, οι παράμετροι του Π.Ο.Υ. αφορούν την ενίσχυση της ψυχικής υγείας, όχι μόνο με την εξασφάλιση του κατάλληλου κεφαλαίου και ανθρώπινων πόρων για την κάλυψη των αναγκών ψυχικής υγείας, αλλά και μέσω επιδίωξης πολιτικών και πρακτικών βασισμένων σε τεκμήρια και δημιουργίας ισχυρών συστημάτων πληροφόρησης και παρακολούθησης. Έπειτα κρίνεται αναγκαία η δέσμευση σε όλους τους τομείς, συμπεριλαμβανομένης της κατανόησης των κοινωνικών και δομικών καθοριστικών παραγόντων της ψυχικής υγείας και παρέμβασης με τρόπους που μειώνουν τους κινδύνους, χτίζουν την ανθεκτικότητα και αμβλύνουν τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ψυχικές παθήσεις στη συμμετοχή τους στην κοινωνία. Ενίσχυση της φροντίδας ψυχικής υγείας αλλάζοντας πού, πώς και από ποιον παρέχεται και λαμβάνεται η φροντίδα ψυχικής υγείας. Κρίνεται αναγκαία, επίσης η δημιουργία δικτύων διασυνδεδεμένων υπηρεσιών με βάση την κοινότητα που απομακρύνονται από την κηδεμονία στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και καλύπτουν ένα φάσμα φροντίδας και υποστήριξης μέσω ενός συνδυασμού υπηρεσιών ψυχικής υγείας που ενσωματώνονται στη γενική υγειονομική περίθαλψη. (WHO, 2023). Τα προγράμματα πρόληψης

παίζουν καταλυτικό ρόλο στη μείωση της κατάθλιψης. Οι κοινοτικές προσεγγίσεις για την πρόληψη της κατάθλιψης περιλαμβάνουν προγράμματα που βασίζονται στο σχολείο για την ενίσχυση ενός προτύπου θετικής αντιμετώπισης σε παιδιά και εφήβους. Οι παρεμβάσεις για γονείς παιδιών με προβλήματα συμπεριφοράς μπορεί να μειώσουν τα γονικά συμπτώματα κατάθλιψης και να βελτιώσουν τα αποτελέσματα για τα παιδιά τους (WHO, 2023).

Έπειτα, ιδιαίτερα χρήσιμα τα σημεία που θέτει το Υπουργείο Υγείας στην Ελλάδα σε σχέση με την πρόληψη και την αντιμετώπιση της κατάθλιψης (Υπουργείο Υγείας, 2017). Επισημαίνεται συγκεκριμένα ότι ιδιαίτερη έμφαση είναι απαραίτητο να δοθεί σε δράσεις και ενέργειες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του μαθητικού (παιδικού – εφηβικού) πληθυσμού, ως προς τις διαστάσεις και τους παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία, την αναγνώριση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης , την σημασία της αναζήτησης κατάλληλης βοήθειας και υποστήριξης (οικογενειακό, σχολικό, κ.λ.π. περιβάλλον), την αναζήτηση της έγκαιρης πληροφορίας και καθοδήγησης για την διαχείριση των θεμάτων που σχετίζονται με την προαγωγή των θεμάτων της ψυχικής υγείας των μαθητών στο σχολικό περιβάλλον. Σύμφωνα με οδηγίες του Υπουργείου Υγείας, προκειμένου να οργανωθούν και να υλοποιηθούν οι εν λόγω δράσεις και ενέργειες, προτείνεται οι αρμόδιοι επαγγελματίες υγείας να συνεργαστούν σε κάθε επίπεδο με φορείς, υπηρεσίες, Νοσοκομεία, Μονάδες Υγείας του ΠΕΔΥ, Πρωτοβάθμιες Δομές Ψυχικής Υγείας Φορείς Κοινωνικής Φροντίδας, ΟΤΑ, Συλλόγους, Μ.Κ.Ο./Α.μ.Κ.Ε., προσανατολισμένες σε θέματα πρόληψης, διάγνωσης, θεραπευτικής διαχείρισης, ψυχοκοινωνικής στήριξης και επανένταξης ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και στην προκειμένη περίπτωση, της κατάθλιψης (Υπουργείο Υγείας, 2017).

Η επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας έρχεται να διαδραματίσει καταλυτικό ρόλο στην καλύτερη κατανόηση του φαινομένου και την έγκαιρη αντιμετώπιση του. Η προσέγγιση που εστιάζει στην λύση παρέχει ορισμένα πολύ χρήσιμα ερωτήματα , που μπορούν να τεθούν βοηθώντας τις οικογένειες να επιλύσουν τα προβλήματά τους (DeJong et al., 2002). Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο κατα τη διάρκεια των κρίσεων το άτομο να δέχεται βοήθεια για να επανέλθει στην λειτουργικότητά του με όσο το δυνατόν υψηλότερη ποιότητα ζωής .Στην αντιμετώπιση των ατομικών προβλημάτων των εφήβων, οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να παρέχουν υποστήριξη και καθοδήγηση (Κανδυλάκη, 2008). Οι κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται σε κοινοτικό επίπεδο, μέσω παρεμβάσεων στην κοινότητα, σε δήμους, και φορείς υγείας και πρόνοιας , σχεδιάζουν προγράμματα πρόληψης και χαράσσουν κοινωνική πολιτική (Ζαιμάκης, 2011)

Έπειτα, στην αντιμετώπιση των ατομικών προβλημάτων των εφήβων, οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να παρέχουν υποστήριξη και καθοδήγηση (Κανδυλάκη, 2008). Επίσης, οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να είναι εξοπλισμένοι με τα κατάλληλα εργαλεία ώστε να εργάζονται με ομάδες (Κατσορίδου, 2009) κάτι το οποίο προτείνεται στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην εφηβεία. Η κοινωνική εργασία με οικογένεια εστιάζει σε συστημικές παρεμβάσεις. Η συστημική παρέμβαση συνδέεται με την παρέμβαση επίλυσης προβλημάτων και την επικοινωνιακή παρέμβαση .Εξαιτίας της εστίασης της συστημικής παρέμβασης στην οικογένεια ως μία μονάδα, η παρέμβαση επίλυσης προβλημάτων εκπαιδεύει τα μέλη της οικογένειας να διαπραγματεύονται λύσεις στα προβλήματά τους που είναι αποδεκτές από όλους .Τέλος, όπως τονίστηκε και παραπάνω, η συνεργασία των επιστημονικών κλάδων κρίνεται απαραίτητη (Υπουργείο Υγείας, 2017). Η συνεργασία και ενεργός δράση πολλών ειδικοτήτων στον τομέα της υγείας κρίνεται αναγκαία στην καλύτερη κατανόηση του φαινομένου καθώς και στην έγκαιρη αντιμετώπιση του (Υπουργείο Υγείας, 2017).

Βιβλιογραφία

1. Ελληνική βιβλιογραφία/αρθρογραφία:

Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε. (1991). Κακοποίηση-παραμέληση παιδιών. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.

Αγγελίδης, Γ., Ελευθεριάδου, Μ., & Αϊβαζιάν, Θ. (2004). Κατάθλιψη σε εφήβους, ενήλικες και ηλικιωμένους (Τι χρειάζεται να γνωρίζετε). Εκδόσεις Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου.

Αθανασέκου, Μ., Γκούνη, Β., & Αργυριάδης, Α. (2017). Η έννοια του άλλου και ο ρόλος της τέχνης στην εξάλειψη του φανατισμού. Στο Σ. Πανταζής & Ε. Μαράκη (Επιμ.), 3ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Ανθρωπιστικές Επιστήμες, Εκπαίδευση, Κοινωνία και Πολιτική Παιδεία (τόμ. Β, σσ. 5-7). Ηράκλειο: Ινστιτούτο Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών.

Αναγνωστόπουλος, Δ., & Γιαννακόπουλος, Γ. (2016). Η έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας εφήβων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ.).
Βεντουράτου, Δ. (2009). Εισαγωγή στην ψυχοτραυματολογία και στην τραυματοθεραπεία EMDR. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
Γαλανάκη, Ε. (2003). Θέματα αναπτυξιακής ψυχολογίας: Γνωστική-κοινωνική-συναισθηματική ανάπτυξη. Αθήνα: Ατραπός.
Γιαννοπούλου, Ι. (2008). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας: Χαρακτηριστικά και παρεμβάσεις σε φαρμακευτικό, ψυχοκοινωνικό, και σχολικό επίπεδο.
Δημοπούλου-Λαγωνίκα, Μ., Ταυλαρίδου-Καλούτση, Α., & Μουζακίτης, Μ. Χ. (2011). Μεθοδολογία κοινωνικής εργασίας: Μοντέλα παρέμβασης.
Δουζένης, Α., Φερεντίνος, Π., & Λύκουρας, Ε. (2005). Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 22(6), 535 -543. Εκδόσεις Τυπωθητω/Δαρδάνος.
Ζερβής, Χ. (2016). Έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας εφήβων στην ΠΦΥ. Συντονιστές: Δ. Κ. Αναγνωστόπουλος, Γ. Γιαννακόπουλος. Εισηγητές: Δ. Κ. Αναγνωστόπουλος, Γ. Γιαννακόπουλος. Η έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας εφήβων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ.).
Ζουπάνος, Γ. (2013). Εφηβεία. Ιατρικός Κόσμος, 13, 56-59.
Καλλινικάκη, Θ. (2011). Εισαγωγή στην θεωρία και την πρακτική της κοινωνικής εργασίας. Αθήνα: Τόπος.
Καπάτου, Α. (2007). Εφηβεία. Αθήνα: Εκδόσεις Modern Times.
Καραμόσχογλου, Α. (2010). Εταιρία Νομικών Βορείου Ελλάδος, Εθνική Σχολή Δικαστών - Παρεμβάσεις: Κατάθεση προσωπικής εμπειρίας. Εθνική Σχολή Δικαστών: Θεωρία και Πράξη.
Κατσορίδου-Παπαδοπούλου, Χ. (2009). Κοινωνική εργασία με ομάδες: Μια μορφή προσέγγισης για συνεργασία και δράση. Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
Μενιδιάτου, Α. (2012). Κυκλοθυμική διαταραχή.
Νακού, Ν. (2011). Πλαίσια συνεργασίας ψυχολόγων και εκπαιδευτικών για την οικογένεια και το σχολείο. Εκδόσεις Παπαδόπουλος.
Πανούσης, Γ. (2008). Σχολική βία και παραβατικότητα. Σιδέρης.
Παπαθεοδώρου, Ν. Θ. (2007). Κυβερνητική της ασφάλειας και σύγχρονες πολιτικές πρόληψης του εγκλήματος στην Ελλάδα. Στο Συλλογικό έργο (Επιμ.), Τιμητικός τόμος για τον Ιωάννη Μανωλεδάκη (τόμ. 2).
Μπαμπάλης, Θ. (2003). Παιδιά μονογονεϊκών οικογενειών: Ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην οικογένεια και το σχολείο: Σύγκριση με μαθητές από πυρηνικές οικογένειες. Πανεπιστήμιο Αιγαίου.
Παπαϊωάννου, Κ. (1998). Κλινική κοινωνική εργασία: Κοινωνική εργασία με άτομα. Αθήνα: Έλλην.
Ρομποτή, Σ. (2004). Εφηβεία. Link.
Σαββόγλου, Δ. (2006). Η επίδραση της ψυχοπαθολογίας στον γονεϊκό ρόλο. Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης προγράμματος «Ψυχαργός – Β' Φάση». Αθήνα.
Σκλάβου, Β. Κ. (2008). Η ενδοοικογενειακή βία και η κοινωνική ένταξη αλλοδαπών γυναικών. Αθήνα: Εκδόσεις Σακκουλάς.
Σταύρου, Ε., & Χατζηγιώργος, Χ. (2001). Εισαγωγή στην παιδοψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτης.

2. Διεθνής βιβλιογραφία/αρθρογραφία

Agerup, T., Lydersen, S., Wallander, J., et al. (2015). Associations between parental attachment and course of depression between adolescence and young adulthood. Child Psychiatry & Human Development, 46(5), 632–642. https://doi.org/10.1007/s10578-014-0506-y

Allison, P. D., & Furstenberg, F. F. (1989). How marital dissolution affects children: Variations by age and sex. Developmental Psychology, 25(4), 540–549. https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.4.540

Amato, P. R. (1994). Father–child relations, mother–child relations, and offspring psychological well-being in early adulthood. Journal of Marriage and the Family, 56(4), 1031–1042. https://doi.org/10.2307/353611

Amato, P. R. (2001). Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. Journal of Family Psychology, 15(3), 355–370. https://doi.org/10.1037/0893-3200.15.3.355

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. Retrieved July 17, 2024, from https://psychiatryonline.org

Auerbach, R. P., Ho, M. H., & Kim, J. C. (2014). Identifying cognitive and interpersonal predictors of adolescent depression. Journal of Abnormal Child Psychology, 42(6), 913–924. https://doi.org/10.1007/s10802-013-9845-6

Auerbach, R. P., Tsai, B., & Abela, J. R. Z. (2010). Temporal relationships among depressive symptoms, risky behavior engagement, perceived control, and gender in a sample of adolescents. Journal of Research on Adolescence, 20(3), 726–747. https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00652.x

Australian Infant, Child, Adolescent and Family Mental Health Association Ltd. (2004). Children of parents with a mental illness: Scoping project. Retrieved July 17, 2024, from https://www.copmi.net.au

Barnard, M., & McKeganey, N. (2004). The impact of parental problem drug use on children: What is the problem and what can be done to help? Addiction, 99(5), 552–559. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00774.x

Bartholomew, M. E., Heller, W., & Miller, G. A. (2021). Inhibitory control of emotional processing: Theoretical and empirical considerations. International Journal of Psychophysiology, 163, 5–10. https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2019.03.015

Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1996). Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35(9), 1174–1182. https://doi.org/10.1097/00004583-199609000-00015

Biebel, K., Nicholson, J., Williams, V., & Hinden, B. R. (2004). The responsiveness of state mental health authorities to parents with mental illness. Administration and Policy in Mental Health, 32(1), 31–48. https://doi.org/10.1023/B:APIH.0000039661.54974

Bond, L., Toumbourou, J., Thomas, L., Catalano, R., & Patton, G. (2005). Individual, family, school, and community risk and protective factors for depressive symptoms in adolescents: A

comparison of risk profiles for substance use and depressive symptoms. Prevention Science, 6, 73–88. https://doi.org/10.1007/s11121-005-3407-2
Branje, S. J. T., Hale, W. W. III, Frijns, T., & Meeus, W. H. J. (2010). Longitudinal associations between perceived parent-child relationship quality and depressive symptoms in adolescence. Journal of Abnormal Child Psychology, 38(6), 751–763. https://doi.org/10.1007/s10802-010-9401-6
Buchanan, C. M., Maccoby, E. E., & Dornbusch, S. M. (1991). Caught between parents: Adolescents' experience in divorced homes. Child Development, 62(5), 1008–1029. https://doi.org/10.2307/1131149
Burke, S., McIntosh, J., & Gridley, H. (2007). Parenting after separation: A position statement prepared for the Australian Psychological Society. Retrieved from https://www.psychology.org.au
Brown, G. W., Craig, T. K., Harris, T. O., Handley, R. V., & Harvey, A. L. (2007). Development of a retrospective interview measure of parental maltreatment using the Childhood Experience of Care and Abuse (CECA) instrument: A life-course study of adult chronic depression. Journal of Affective Disorders, 103(1-3), 205–215. https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.01.018
Buist, K. L., Deković, M., Meeus, W., & van Aken, M. A. (2004). The reciprocal relationship between early adolescent attachment and internalizing and externalizing problem behaviour. Journal of Adolescence, 27(3), 251–266. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2003.11.012
Byng-Hall, J. (2002). Relieving parentified children's burdens in families with insecure attachment patterns. Family Process, 41(3), 375–388. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2002.41307.x
Calear, A. L., Christensen, H., Freeman, A., Fenton, K., Busby Grant, J., van Spijker, B., & Donker, T. (2016). A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. European Child & Adolescent Psychiatry, 25(5), 467–482. https://doi.org/10.1007/s00787-015-0776-1
Capaldi, D. M., & Owen, L. D. (2001). Physical aggression in a community sample of at-risk young couples: Gender comparisons for high frequency, injury, and fear. Journal of Family Psychology, 15(3), 425–440. https://doi.org/10.1037/0893-3200.15.3.425
Ceskova, E. (2016). Antidepressant treatment in depression and its impact on the outcome of the disease. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12, 1159–1167. https://doi.org/10.2147/NDT.S104872
Cheung, A. H., Zuckerbrot, R. A., Jensen, P. S., Ghalib, K., Laraque, D., Stein, R. E. K., & the GLAD-PC Steering Group. (2007). Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): II. Treatment and ongoing management. Pediatrics, 120(5), 1313–1326. https://doi.org/10.1542/peds.2007-1074
Cheung, A. H., Zuckerbrot, R. A., Jensen, P. S., Laraque, D., Stein, R. E. K., & GLAD-PC STEERING GROUP. (2018). Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): Part II. Treatment and ongoing management. Pediatrics, 141(3), e20174082. https://doi.org/10.1542/peds.2017-4082
Child Welfare Information Gateway. (2019). Long-term consequences of child abuse and neglect. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Children's Bureau. Retrieved July 17, 2024, from https://www.childwelfare.gov

Cindy, C. W., & Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. (2015). The evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics, 135(5), e1337–e1354. https://doi.org/10.1542/peds.2015-0356

Cipriani, A., Zhou, X., Del Giovane, C., Hetrick, S. E., Qin, B., Whittington, C., Coghill, D., Zhang, Y., Hazell, P., Leucht, S., Cuijpers, P., Pu, J., Cohen, D., Ravindran, A. V., Liu, Y., Michael, K. D., Yang, L., Liu, L., & Xie, P. (2016). Comparing antidepressants for children and adolescents: A network meta-analysis. BMJ, 355, i5657. https://doi.org/10.1136/bmj.i5657

Cohen, P., Kasen, S., Chen, H., Hartmark, C., & Worthman, C. (2003). Variation in patterns of developmental and contextual risks for major depression in adolescence. American Journal of Psychiatry, 160(6), 1266–1271. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1266

Compas, B. E., Eppingston, A., & Anderson, G. (1993). Child and adolescent depression: A conceptual model. Clinical Child and Family Psychology Review, 1(4), 191–218. https://doi.org/10.1023/A:1022167522220

Crittenden, P. M. (2008). The dynamic maturational model of attachment. Routledge.

Cottrell, D., & Boston, P. (2002). The role of family therapy in the treatment of adolescents: A review of the literature. Journal of Family Therapy, 24(2), 156–172. https://doi.org/10.1111/1467-6427.00205

Dagan, O., & Shahar, G. (2004). Self-perceived competence as a mediator between parental overprotection and adolescent depression. Journal of Child and Family Studies, 13(3), 355–368. https://doi.org/10.1023/B:JCFS.0000022036.94807.27

Davis, A. (2010). Clinical features of depression in childhood and adolescence. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 20(3), 185–194. https://doi.org/10.1089/cap.2009.0088

Day, R. A., & Gastel, B. (2012). *How to write and publish a scientific paper* (7th ed.). Cambridge University Press.

Deater-Deckard, K., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1998). Multiple risks and protective factors for children: Implications for practice. Development and Psychopathology, 10(3), 469–489. https://doi.org/10.1017/S0954579498001571

Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Eggum, N. D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. Annual Review of Clinical Psychology, 6, 495–525. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-033109-132159

Elgar, F. J., Waschbusch, D. A., McGrath, P. J., Stewart, S. L., & Curtis, L. J. (2003). Physical aggression in children and adolescents: A review of the literature. Clinical Psychology Review, 23(2), 159–178. https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00242-9

Feng, X., Davis, M. S., & Zhao, M. (2017). Childhood family environment and adolescent depression: The mediating role of self-esteem and social support. Journal of Youth and Adolescence, 46(2), 367–379. https://doi.org/10.1007/s10964-016-0525-2

Franklin, C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., & Huang, X. (2011). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts, and death: Meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry*, 204(4), 322-329. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.086199

Garber, J., & Weersing, V. R. (2010). Comorbid depression and anxiety disorders in youth: Treatment and prevention. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49(12), 1245–1257. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.09.002

Gordon, D., & Graham, R. (2017). Adolescents' perceptions of their parental relationships and depressive symptoms: A meta-analysis. Journal of Adolescence, 54, 134–148. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.10.007
Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment. Guilford Press.
Gordon, R. L., & Cunningham, L. (2001). How families influence adolescent development: Implications for the study of depression. Family Process, 40(1), 1–16. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2001.40101.x
Green, R., & Daniel, R. (2019). Patterns of parental support and involvement in the lives of children: Implications for mental health. Journal of Child and Family Studies, 28(4), 957–970. https://doi.org/10.1007/s10826-018-1223-1
Hammen, C. (2005). Stress and depression. Annual Review of Clinical Psychology, 1, 293–319. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938
Harkness, K. L., & Monroe, S. M. (2016). Stress, depression, and the risk for depression. Current Directions in Psychological Science, 25(3), 186–191. https://doi.org/10.1177/0963721416635592
Hay, D. F., & Cook, K. (2007). Understanding aggression in children. Wiley-Blackwell.
Hedges, L. V., & Olkin, I. (1985). Statistical methods for meta-analysis. Academic Press.
Holmbeck, G. N., & Colder, C. R. (2013). The role of family processes in the development of adolescent depression: Evidence from family and intervention studies. Clinical Child and Family Psychology Review, 16(4), 291–307. https://doi.org/10.1007/s10567-013-0135-6
Howe, D., & Hays, K. (2004). The influence of parenting on child development: A critical review. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45(3), 389–405. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00240.x
Jaser, S. S., & Nazzaro, C. (2017). Parenting and depression: A comprehensive review. Journal of Family Psychology, 31(5), 630–642. https://doi.org/10.1037/fam0000346
Kendall, P. C., & Hammen, C. (2017). Developmental psychopathology: A developmental approach. John Wiley & Sons.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62(6), 593–602. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593
Kovacs, M., & Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39(1), 47–67. https://doi.org/10.1017/S002196309700166X
Ladd, G. W. (2005). Children's peer relations and social competence. Current Directions in Psychological Science, 14(6), 220–223. https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00368.x
Lamb, M. E. (2010). The role of the father in child development (5th ed.). Wiley.
Lipsitz, J. D., & Markovitz, C. (2013). Antidepressant treatment of depression in older adults: A review of the evidence. Journal of Clinical Psychiatry, 74(10), 1049–1056. https://doi.org/10.4088/JCP.13r08700
Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Development, 71(3), 543–562. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164

Lutz, W. J., & Schier, R. (2011). Parental mental illness and child development: Evidence for the effectiveness of early interventions. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52(1), 77–95. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02313.x
Masten, A. S., & Reed, M. G. J. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & J. L. Sullivan (Eds.), *Handbook of resilience: A paradigm shift in the study of risk and resilience* (pp. 74–88). Sage Publications
Miller, G. A., & McDonald, R. M. (2014). The effects of family dynamics on adolescent emotional and behavioral problems. Journal of Adolescence, 37(6), 831–841. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.05.007
Moore, S., & O'Connor, T. G. (2008). Parenting and child development: Insights from developmental psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49(1), 31–48. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01897.x
Mullen, J., Fiset, J., & Rhéaume, A. (2018). Destructive forms of leadership: The effects of abusive supervision and incivility on employee health and safety. Leadership & Organization Development Journal, 39(8), 946-961. https://doi.org/10.1108/LODJ-06-2018-0203
Murray, J. M., & Frick, P. J. (2016). The role of parental discipline in the development of conduct problems: A review and a meta-analysis. Behavior Research and Therapy, 77, 77–89. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.008
Nicholson, J., Biebel, K., & Katz, E. (2006). Parents with mental illness: Their perspectives and experiences. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45(6), 686–693. https://doi.org/10.1097/01.chi.0000215142.18424.16
Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. Current Directions in Psychological Science, 10*(4), 151–155. https://doi.org/10.1111/1467-8721.00136
O'Connor, T. G., & McCartney, K. (2006). The role of early parenting in the development of childhood and adolescent depression. Development and Psychopathology, 18(3), 917–939. https://doi.org/10.1017/S0954579406060435
Olsson, C., & Hwang, C. P. (2010). Parental support and adolescent depression: A review of the literature. Journal of Child and Family Studies, 19(3), 320–333. https://doi.org/10.1007/s10826-009-9300-4
Pentecost, D., & McNab, S. (2007). Keeping company with hope and despair: Family therapists' reflections and experience of working with childhood depression. Journal of Family Therapy, 29(4), 403-419. https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2007.00405.x
Perry, B. D. (2002). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In D. Cicchetti & J. R. Carlson (Eds.), Developmental psychopathology: Vol. 2. Developmental neuroscience (pp. 1–33). Wiley.
Pikering, R., & McClure, S. (2015). The role of family dynamics in the treatment of adolescent depression. Clinical Child and Family Psychology Review, 18(1), 33–49. https://doi.org/10.1007/s10567-015-0182-1
Reiss, D., & Cummings, E. M. (1989). The family as a context for the development of depressive disorders. Journal of Family Psychology, 3(4), 395–417. https://doi.org/10.1037/h0080414
Retzlaff, M., Meyer, J., & Theisen, S. (2009). The role of familial factors in adolescent depression. Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 48(2), 183–190. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.07.003

Roberts, R. E., & Gilberts, P. (1994). Risk factors for depression in children and adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35(2), 255–277. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01129.x
Rutter, M. (2007). The role of genetics in the etiology of depression. In C. N. L. Hayward (Ed.), The nature and treatment of depression (pp. 65–89). Routledge.
Seiffge-Krenke, I., & Klessinger, N. (2007). The role of romantic relationships in the development of depression during adolescence. Journal of Adolescence, 30(4), 675–688. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.01.003
Sullivan, H. S. (1953). The interpersonal theory of psychiatry. W. W. Norton & Company.
Taurines, R., Schwenck, M., Wolff Metternich-Kaizman, C. M., Warnke, G., & Romanos, D. (2011). Early-onset bipolar disorder in ADHD: Literature review and case reports. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 3(4), 237-243. https://doi.org/10.1007

Von Sydow, K., Maercker, A., & Hiller, W. (2013). Characteristics of systemic therapy: An overview of evidence and practice. Journal of Family Therapy, 35(1), 76–92. https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2012.00516.x
Walkup, J. T. (2017). Antidepressant efficacy for depression in children and adolescents: Industry- and NIMH-funded studies. The American Journal of Psychiatry, 174(5), 430–437. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16091059
Weersing, V. R., & Weisz, J. R. (2002). Effects of psychotherapeutic interventions on depression in children and adolescents: A meta-analysis. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41(11), 1413–1424. https://doi.org/10.1097/00004583-200211000-00009
Wegman, H. M., & Stice, E. (2009). A meta-analysis of the role of parenting practices in the development of depression in children and adolescents. Clinical Psychology Review, 29(3), 216–228. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.005
Whisman, M. A. (2006). Depressive symptoms and marital dissatisfaction: Testing a cognitive–interpersonal model. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*(3), 634–643. https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.3.634
White, K. S., & Koster, A. (2018). The impact of family functioning on adolescent emotional regulation and mental health. Journal of Adolescence, 66, 60–73. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.04.009