ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: «ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ»

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΙΔΑΣΚΟΥΣΑ: ΘΕΑΝΩ ΚΟΚΚΙΝΑΚΗ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΜΑΡΙΑ ΠΑΠΑΔΑΚΗ
Α.Μ.: 1702

ΡΕΘΥΜΝΟ 2008

ΕΙΣΑΓΩΓΗ 3

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ 4

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ-ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ 7

ΒΡΕΦΗ ΚΑΙ ΜΙΚΡΑ ΠΑΙΔΙΑ 10

ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ 10

ΠΑΙΔΙΑ ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑΣ ΗΛΙΚΙΑΣ 11

ΕΦΗΒΟΙ 12

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ (ΚΑΤΑ DSM-IV) 14

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ-ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ 17

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΑΙΔΙΚΩΝ-ΕΦΗΒΙΚΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ 22

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ 25

ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ-ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ 27

ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ-ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ-ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ 29

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ 30

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ 30

ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ 34

ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ 35

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ 36

ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ 37

ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ 39

ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ 41

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ BECK 45

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ SELIGMAN 45

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΥ 46

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΤΗΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ 47

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ 48

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ 48

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ 50

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ 51

ΘΕΩΡΙΕΣ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ 53

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ 56

ΕΠΙΛΟΓΟΣ 61

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 62

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η προσέγγιση και η περιγραφή της καταθλιπτικής διαταραχής στον παιδικό, και εφηβικό πληθυσμό. Η κατάθλιψη, κατατάσσεται στις Διαταραχές της Διάθεσης, σύμφωνα με το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών (DSM-IV). Το άτομο στα πλαίσια της κατάθλιψης, διακατέχεται από λυπημένη διάθεση, έλλειψη ευχαρίστησης από δραστηριότητες που παλαιότερα ήταν ευχάριστες (ανηδονία), απελπισία, ανημπόρια, και κόπωση. Στις μέρες μας, δύο στα εκατό παιδιά, και πέντε στους εκατό ενήλικες υποφέρουν από κατάθλιψη. Στοιχεία που προαναγγέλλουν την έναρξη του αιώνα της μελαγχολίας, αμέσως μετά τον αιώνα του άγχους (Μάνος, 1997).

Η εργασία ξεκινάει με την ιστορική αναδρομή της εν λόγω διαταραχής, καθώς ιστορικά, η κατάθλιψη φαίνεται να είχε παρατηρηθεί από τους αρχαίους αιώνες. Σε αυτό το κεφάλαιο παρατίθενται οι θεωρητικοί από τους αρχαίους χρόνους μέχρι τον $20^{ο}$ αιώνα, οι οποίοι αναφέρθηκαν στην κατάθλιψη των παιδιών και των εφήβων.

Στην συνέχεια, παρουσιάζεται η κλινική εικόνα των καταθλιπτικών παιδιών και των εφήβων, με βάση το αναπτυξιακό τους επίπεδο. Παράλληλα, αναφέρουμε και τα κριτήρια της διάγνωσης της κατάθλιψης, με βάση το DSM-IV, και τα μέσα αξιολόγησης της παιδικής και της εφηβικής κατάθλιψης.

Επιπλέον, παρατίθενται οι προσπάθειες κάποιων θεωρητικών προκειμένου να ταξινομήσουν την κατάθλιψη στους νεανικούς πληθυσμούς.

Εν συνεχεία, γίνεται μνεία σε κάποια επιδημιολογικά στοιχεία, που αφορούν την εκδήλωση της εν λόγω διαταραχής, καθώς και στη συννοσηρότητα,.

Στο προτελευταίο κεφάλαιο, διατυπώνονται οι σχετικές θεωρίες για την αιτιολόγηση της κατάθλιψης στα παιδιά, και στους εφήβους. Παρουσιάζονται οι κυριότερες θεωρίες, όπως η βιολογική, η γενετική, η ενδοκρινική, η ψυχοδυναμική, η γνωστική, η συμπεριφοριστική, η περιβαλλοντική και τέλος η διαπροσωπική θεωρία. Ωστόσο, η κάθε θεωρία προσεγγίζει με διαφορετικό τρόπο την εμφάνιση της διαταραχής. Παράλληλα, αναφέρονται και οι ανάλογες θεραπείες τους.

Το τελευταίο κεφάλαιο αναφέρεται σε κάποιες άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις, που έχουν εφαρμοστεί σε παιδιά και εφήβους.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί μια ψυχική διαταραχή γνωστή από τους αρχαίους χρόνους. Ιστορικές πηγές, ιατρικά κείμενα (Ιπποκράτης, Αρεταίος), τα Ομηρικά έπη, η Βίβλος (π.χ ο Βασιλιάς Σαούλ), το αρχαίο ελληνικό δραματολόγιο (π.χ «Αίας» του Σοφοκλή), μαρτυρούν ότι η κατάθλιψη συμβάδισε με την ανθρωπότητα από τα πρώιμα στάδια της (Χριστοδούλου, 1998). Ήδη, ο Ιπποκράτης τον τέταρτο αιώνα π.Χ. περιέγραψε με λεπτομέρεια τόσο την κατάθλιψη (μελαγχολία), όσο και την μανία (Κλεφτάρας, 1998).Ο Ιπποκράτης αναφέρθηκε ελάχιστα στην παιδική κατάθλιψη. Ο Ρούφος, Έλληνας γιατρός από την Έφεσο ,ωστόσο, υποστήριξε «ότι η μελαγχολία δεν συναντάται μόνο στους έφηβους, αλλά περιστασιακά εκδηλώνεται σε βρέφη και σε νεαρά αγόρια»(Jackson, 1986). Ο Burton στο έργο του το 1621, δεν ασχολήθηκε με τις καταθλιπτικές διαταραχές με την σύγχρονη έννοια του όρου, αλλά έκανε παρατηρήσεις σχετικές με τον παιδικό πληθυσμό. Ο Burton προσπάθησε να προσδιορίσει τα αίτια της μελαγχολίας στα παιδιά. Για παράδειγμα, θεώρησε ότι η εκπαίδευση αποτελεί αιτία μελαγχολίας, ιδιαίτερα όταν αυτή προσδιορίζεται από τους γονείς. Επιπλέον, υπογράμμισε ότι οι μελαγχολικοί γονείς αποκτούν βρέφη, τα οποία κληρονομούν τα χαρακτηριστικά τους. Πιο συγκεκριμένα, η καταθλιπτική μητέρα θα μπορούσε να μεταβιβάσει τα χαρακτηριστικά της, ακόμα και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ομοίως, η καταθλιπτική ντανά θα μπορούσε να μεταβιβάσει τις αντίστοιχες τάσεις της, στο βρέφος που φροντίζει. Τέλος, ο Burton τόνισε ότι οι έντονοι "φόβοι" και "τρόμοι" θα μπορούσαν να προκαλέσουν μελαγχολία στους νεανικούς πληθυσμούς.

Στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, αν και οι περιπτώσεις των ψυχικά διαταραγμένων παιδιών ήταν αρκετές, σπάνια γινόταν λόγος για μελαγχολία. Πριν τα μέσα του αιώνα, η συστηματική προσοχή στην νεανική ψυχοπαθολογία ήταν ελάχιστη, καθώς και η ύπαρξη της ψύχωσης στα πρώτα χρόνια της ζωής, δεν ήταν αποδεχτή. Ο Crichton- Browne (1860) έκανε μια σημαντική παρατήρηση όσον αφορά στην μελαγχολία. Ισχυρίστηκε λοιπόν, ότι η μελαγχολία είναι ασυμβίβαστη με τα πρώτα χρόνια της ζωής, αλλά μπορεί να εμφανιστεί στα παιδιά, μεταβάλλοντας την χαρά και

την πληρότητα τους σε αμφιβολία και απόγνωση. Ακόμα, αναγνώρισε ένα φάσμα διαταραχών, κυρίως «*την αγνή, σύντομη απροσδιόριστη κατάθλιψη*» όπως και την «*θρησκευτική μελαγχολία*». Ο Maudsley (1867) κατέταξε την μελαγχολία στα επτά είδη της παιδικής ψύχωσης. Τα βρέφη, θεώρησε ότι μπορούν να εκδηλώσουν την καταθλιπτική τους διάθεση με κραυγές, γρυλίσματα, και χειρονομίες. Ενστερνίστηκε ότι τα μεγαλύτερα παιδιά, ηλικίας 4-5 χρόνων, μπορούν αρχικά να έχουν κάποια μελαγχολία και φοβίες, στην συνέχεια να έχουν τα γνωρίσματα της τυπικής μελαγχολίας και ενδεχομένως αυτή να τα οδηγήσει σε αυτοκτονικούς ιδεασμούς ή στην καθαυτή αυτοκτονία. Ταυτόχρονα, ο Griesinger (1867) υποστήριξε ότι όλα τα είδη της ψύχωσης συμβαίνουν πριν την εφηβεία, σπάνια κατά τη γνώμη του, ενώ συμπεριέλαβε και όλες τις εκφάνσεις της μελαγχολίας. Λίγα χρόνια αργότερα, ο Emminghaus (1887) ανέδειξε την διαφορά της παιδικής από την εφηβική κατάθλιψη. Επιπλέον, προσδιόρισε τέσσερα είδη παιδικής μελαγχολίας, περικλείοντας σε αυτές και την νεανική αυτοκτονία. Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, αφού προσδιορίστηκαν, σκιαγραφήθηκαν και συζητήθηκαν οι διαταραχές διάθεσης στα παιδιά και στους νέους, υπήρξαν και αρκετές αναφορές παιδικής κατάθλιψης. Στην Αγγλία, την ίδια χρονική περίοδο, η μελαγχολία ορίστηκε ως διαταραχή, η οποία χαρακτηρίστηκε από το έντονο συναίσθημα της λύπης που νιώθει το άτομο σε σχέση με τις συνθήκες κάτω από τις οποίες ζει. Άλλο ένα επίτευγμα αυτής της περιόδου, ήταν η ταύτιση του όρου της κατάθλιψης με τη μελαγχολία.

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, σημαντικοί συγγραφείς της παιδιατρικής επικέντρωσαν την προσοχή τους στις ασθένειες του νευρικού συστήματος των παιδιών, στα προβλήματα των νευρωσικών παιδιών και στις πιθανές συνέπειες τους στην εφηβεία. Ο Guthrie (1909) έστρεψε την προσοχή του μεταξύ των άλλων και στις επιπτώσεις του ιδρυματισμού, φαινόμενο που μελετήθηκε από τον Spitz και τον Cameron αργότερα (Parry- Jones, 1995). Ο Freud (1917) όρισε τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Επειδή όμως, αυτά πολύ σπάνια εμφανίζονταν σε παιδιά, επικρατούσε η αντίληψη ότι τα παιδιά δεν πάσχουν από κατάθλιψη. Οι ψυχαναλυτές επικροτούσαν αυτή την αντίληψη, διότι θεωρούσαν ότι τα παιδιά δεν έχουν πλήρως ανεπτυγμένο τον μηχανισμό του "υπερεγώ" με αποτέλεσμα να μην μπορούν να αναπτύξουν τα συναισθήματα της ανημπόριας. Η ίδια αντίληψη ίσχυε και για τους έφηβους (James, 1992). Στην συνέχεια, ο Spitz (1946) εισήγαγε τον όρο "ανακλιτική κατάθλιψη". Τα βρέφη 6-12 μηνών εκδηλώνουν την ανακλιτική κατάθλιψη ως αντίδραση στον αποχωρισμό από τις μητέρες τους και από το "αντικείμενο της αγάπης" τους. Μη

έχοντας δηλαδή μητρικό πρότυπο, εμφανίζουν κατάθλιψη (Δημητρίου, 1998). Ακόμα, παρουσιάζουν στοιχεία λύπης, απόσυρσης, και έχουν πρόσωπα ανέκφραστα. Επιπλέον, έχουν προβλήματα ύπνου κατά την διάρκεια της νύχτας και διαρκώς χάνουν βάρος. Τέλος, η σωματική, νοητική, και η συναισθηματική ανάπτυξη αυτών των βρεφών φαίνεται να είναι καθυστερημένη. Το 1952 στο περιοδικό "The Nervous child" γίνεται μνεία στην μανιοκατάθλιψη στον παιδικό πληθυσμό (Parry- Jones, 1995). Ο Bowlby (1962) κάνοντας έρευνες σε βρέφη, προσδιόρισε τα τρία στάδια που περνά το βρέφος όταν αποχωριστεί την μητέρα του (Άρνηση, Απελπισία, Αποσύνδεση). Ακόμα, εξέτασε την επίδραση αυτών των σταδίων στο παιδί έως την ενηλικίωση του. Τέλος , το συνέδριο στη Σουηδία, το 1972, έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη της κατάθλιψης των παιδιών και των εφήβων. Έκτοτε, δημιουργήθηκαν δύο σχολές. Οι θιασώτες της πρώτης σχολής ισχυρίστηκαν ότι η κατάθλιψη στα παιδιά είναι εμφανής και μερικά από τα συμπτώματα της είναι η δυσφορία, η αρνητική αυτό-αντίληψη, οι διαταραχές στον ύπνο και στην λήψη τροφής, η μειωμένη κοινωνικότητα , καθώς και η απόσυρση. Αντίθετα, οι υποστηρικτές της δεύτερης σχολής ενστερνίστηκαν ότι η κατάθλιψη στα παιδιά και τους εφήβους συχνά καλύπτεται μέσω των συμπεριφορών τους (James, 1992). Επιπλέον, αναφέρθηκαν στα «καταθλιπτικά ισοδύναμα» όπως είναι οι διαταραχές της συμπεριφοράς, οι σωματικές ενοχλήσεις, και τα προβλήματα που λαμβάνουν χώρα εντός του σχολείου (Gotlib, & Hammen, 1992).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ-ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:

Ο Barney, είναι ένα αγόρι 10 χρόνων. Στο σχολείο και στο σπίτι, είναι οξύθυμος, με συχνά ξεσπάσματα. Με την παραμικρή *αφορμή ξεσπά σε κλάματα και πετά αντικείμενα. Κοιμάται ελάχιστα και έχει αυξηθεί το βάρος του καταναλώνοντας snacks. Στο σχολείο, φαίνεται να αντιμετωπίζει πρόβλημα στην συγκέντρωση και γενικά εύκολα αποσπάται από τις εργασίες του. Έχει απομακρυνθεί από τις παρέες του και παίζει μόνος του, όπως και στο σπίτι τις περισσότερες ώρες παρακολουθεί τηλεόραση. Ο Barney, τέλος εκφράζει συναισθήματα απόγνωσης και αναξιότητας και έχει δηλώσει την επιθυμία του να μπορούσε να πεθάνει. Η σχολική ψυχολόγος, που τον παρακολουθεί ισχυρίζεται ότι πάσχει από κατάθλιψη (Hammen, 1997).*

Όπως ο Barney, έτσι και τα περισσότερα παιδιά με κατάθλιψη χαρακτηρίζονται από παρατεταμένη μελαγχολική διάθεση, και απώλεια του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης τους, σχεδόν για όλες τις δραστηριότητες, μια κατάσταση που ονομάζεται “ανηδονία”. Η κλινική κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από την παρατεταμένη διάρκεια και την αυξημένη ένταση της μελαγχολικής ή της ευερέθιστης διάθεσης (Κάκουρος, και Μανιαδάκη, 2005).

Είναι πιθανόν ,ωστόσο, στα πρώτα παιδικά χρόνια, η κατάθλιψη να αγνοηθεί καθώς το παιδί δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει επαρκώς τον λόγο και κατ’ επέκταση δυσκολεύεται να εκφράσει λεκτικά τα συναισθήματα και την διάθεση του (Kendall, 2000). Αντιθέτως, παραπονιούνται για σωματικές ενοχλήσεις, και φαίνονται ευερέθιστα, και απομονωμένα. Για αυτό τον λόγο, πολλές φορές οι ενήλικες δεν αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης και δεν δίνουν την δέουσα σημασία στο παιδί. Μερικές φορές το πρώτο σύμπτωμα για το οποίο πρέπει να ενεργήσουν οι ενήλικες είναι η απόπειρα αυτοκτονίας (Τσιάντης, 2001). Τα παιδιά που μεταφέρονται σε κλινικές για προβλήματα συμπεριφοράς, το πιο πιθανόν είναι να υποφέρουν και από κατάθλιψη. Δυστυχώς, δεν δίνεται καμία προσοχή στα ηπίων

τόνων και απομονωμένα παιδιά, που ενδέχεται να είναι καταθλιπτικά (Kendall, 2000).

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πιθανόν να διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία και το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού ή του εφήβου. Συνεπώς η κλινική εικόνα μπορεί να διαφέρει ανάλογα με την ηλικία. Ωστόσο, η θλίψη και η στεναχώρια, αποτελούν συμπτώματα των καταθλιπτικών παιδιών ανεξαρτήτου ηλικίας (Kolvin, 1995). Τα μικρότερα παιδιά ίσως παραπονιούνται περισσότερο για σωματικές ενοχλήσεις σε σχέση με τους ενήλικες και χαρακτηρίζονται για την ευερεθιστότητα τους. Τα μεγαλύτερα παιδιά, ωστόσο, ίσως αναφέρουν πιο συχνά υποκειμενικά συμπτώματα σε σχέση με τα μικρότερα παιδιά, όπως το αίσθημα της απαισιοδοξίας, και της ανικανότητας. Αρκετά συμπτώματα, σύμφωνα με τους Carlson & Kashani (1988) (παραπομπή από τον Hammen, 1997) εμφανίζονται με την πάροδο των χρόνων, όπως είναι η απώλεια της ευχαρίστησης, η ψυχοκινητική επιβράδυνση, και το πρωινό ξύπνημα ενώ η καταθλιπτική εμφάνιση, οι σωματικές ενοχλήσεις, και η χαμηλή αυτό-εκτίμηση, χαρακτηρίζουν τις μικρές ηλικίες. Ο Mitchell και οι συνεργάτες του (1988) (παραπομπή από τον Hammen, 1997) επιβεβαίωσαν τα ευρήματα των παραπάνω και ακόμα συμπέραναν ότι τα καταθλιπτικά παιδιά αναφέρουν περισσότερα αισθήματα ενοχής, λιγότερα πρωινά ξυπνήματα, και μικρότερη απώλεια βάρους σε σύγκριση με τους καταθλιπτικούς ενήλικες. Πάρα ταύτα, οι περισσότεροι ειδικοί πιστεύουν ότι η κατάθλιψη παρουσιάζεται με την ίδια κλινική εικόνα ανεξάρτητα από την ηλικία του παιδιού (Kendall, 2000).

Σύμφωνα με τους Oster και Montgomery (1995) (παραπομπή από τον Κάκουρο, και Μανιαδάκη, 2005) η κατάθλιψη των παιδιών και των εφήβων επηρεάζει ορισμένους τομείς:

Α. ΔΙΑΘΕΣΗ:

Τα παιδιά με κατάθλιψη συχνά βιώνουν έντονα και παρατεταμένα συναισθήματα θλίψης, ενοχής, ντροπής, και υπερευαισθησίας στην κριτική.

Β. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ:

Τα παιδιά με κατάθλιψη είτε παρουσιάζουν αυξημένη κινητική δραστηριότητα και διέγερση είτε υποτονική διάθεση και υπερβολικό κλάμα. Η υποτονική διάθεση συχνά συνοδεύεται από μείωση των κοινωνικών επαφών. Οι έφηβοι, ίσως εκφράσουν την θλίψη τους με την επιθετικότητα σε λεκτικό επίπεδο, με καταστροφική συμπεριφορά ή με την κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών.

Γ. ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ:

Τα παιδιά με κατάθλιψη πιστεύουν ότι δεν είναι ικανά για τίποτα και ότι είναι καταδικασμένα να αποτύχουν σε όλα με τα οποία μπορεί να ασχοληθούν. Έχουν μειωμένη αυτοεκτίμηση και συναισθήματα προσωπικής αναξιότητας. Η στάση τους απέναντι στο σχολείο μπορεί να είναι ιδιαίτερα αρνητική ενώ οι ανησυχίες και οι φοβίες τους μπορεί να κυριαρχούν στη ζωή τους.

Δ. ΣΚΕΨΗ:

Τα παιδιά και οι έφηβοι με κατάθλιψη επικεντρώνονται κυρίως στις ενδότερες σκέψεις τους και ασκούν έντονη κριτική. Οι σκέψεις τους είναι συνήθως αρνητικές και απαισιόδοξες. Τέλος, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην συγκέντρωση της προσοχής και στη λήψη αποφάσεων ενώ συχνά κατηγορούν τον εαυτό τους για τα πάντα.

Ε. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ:

Οι διαταραχές στον ύπνο και στη διατροφή ενδέχεται να οδηγήσουν σε απώλεια βάρους και στην εμφάνιση αισθημάτων σωματικής κόπωσης. Πολλές φορές τα παιδιά και οι έφηβοι παρουσιάζουν σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, ναυτία, και πόνους στο στομάχι.

Η αναπτυξιακή κλινική εικόνα της κατάθλιψης έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον, καθώς αναφέρεται κυρίως σε συμπεριφορές και συναισθήματα του παιδιού, που εάν εντοπιστούν εγκαίρως, θα συμβάλλουν στην ευοίωνη έκβαση της διαταραχής.

ΒΡΕΦΗ ΚΑΙ ΜΙΚΡΑ ΠΑΙΔΙΑ

Για τα μικρά παιδιά, τα συνήθη συμπτώματα της κατάθλιψης είναι η ευερεθιστότητα, η απάθεια, τα φυσικά συμπτώματα, οι σωματικές ενοχλήσεις, η ψυχοκινητική διαταραχή και το κλάμα (Gotlib, & Hammen, 1992). Ενδείξεις κατάθλιψης μπορούν να αποτελέσουν η καθυστέρηση ή η απώλεια αναπτυξιακών επιτευγμάτων, όπως ο έλεγχος σφιγκτήρων, η αποκατάσταση ενός ρυθμού στον ύπνο και στην διατροφή. Ορισμένες φορές, μπορεί να υπάρχει μια θλιμμένη έκφραση προσώπου στο παιδί, ενώ συχνά εμφανίζονται αυτοκαταστροφικές μορφές συμπεριφοράς όπως το χτύπημα του κεφαλιού και το δάγκωμα, ή μορφές συμπεριφοράς όπως το πιπίλισμα του δακτύλου (Κάκουρος, και Μανιαδάκη, 2005). Ακόμα, χαρακτηριστικό τους είναι η απομόνωση και η κίνηση προς τα πίσω (rocking). Τέλος, συνηθίζεται να υπάρχουν και ενδείξεις ελαφράς νοητικής υστέρησης (Τσιάντης, 2001).

ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Τα χαρακτηριστικά σε αυτό το αναπτυξιακό στάδιο είναι το κλάμα, η άρνηση για την λήψη τροφής, ο διαταραγμένος ύπνος, και η επιβράδυνση της σωματικής τους ανάπτυξης, χωρίς να υπάρχουν οργανικά αίτια (Τσιάντης, 2001). Μια άλλη ένδειξη κατάθλιψης είναι, η έλλειψη ενδιαφέροντος για την ενασχόληση με δραστηριότητες που συνήθως ήταν ευχάριστες στα παιδιά. Ενδέχεται επίσης να παρουσιαστεί παλινδρόμηση, στο γνωστικό και λεκτικό τομέα, άγχος αποχωρισμού από το πρόσωπο που φροντίζει το παιδί και κοινωνική απόσυρση. Συχνά αυτά τα παιδιά κλαίνε και εκφράζουν φόβους εγκατάλειψης (Κάκουρος, και Μανιαδάκη, 2005). Σπάνια θα εκφράσουν λεκτικά την υποκειμενική δυσφορία και την ανικανότητα τους. Εν τω μεταξύ, σύμφωνα με τους Carlson, & Kashani (1988) και τον Ryan και τους συνεργάτες του (1987) (παραπομπή από Hammen, 1997) αυτά τα παιδιά έχουν καταθλιπτική έκφραση και στάση.

ΠΑΙΔΙΑ ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Τα παιδιά, ηλικίας 6-7 χρόνων, παρουσιάζονται ευερέθιστα. Δυσκολεύονται στις κοινωνικές σχέσεις τους, και δεν αντέχουν να ανταπεξέλθουν ακόμα και στις πιο μικρές ματαιώσεις. Τα ψυχοσωματικά συμπτώματα είναι πολύ συχνά. Για παράδειγμα, παραπονιούνται για κοιλιακά άλγη, πονοκεφάλους, και εγκόπριση. Σε αυτήν την ηλικία, τα παιδιά έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα να εκφράσουν τα συναισθήματα τους, αν και δεν ομολογούν την θλίψη τους. Όμως, συχνά αναφέρουν ότι αισθάνονται πλήξη, ότι βαριούνται, και ότι δεν έχουν ενδιαφέρον να κάνουν πράγματα (Τσιάντης, 2001). Συχνά, τα παιδιά παρουσιάζουν και επιθετική συμπεριφορά (Πιάνος, 1998). Η έλλειψη κινήτρου μπορεί να επηρεάσει τον βαθμό αποτελεσματικότητας του παιδιού τόσο στις σχολικές όσο και στις κοινωνικές του δραστηριότητες. Οι διαταραχές στον ύπνο και στην διατροφή ίσως εμφανιστούν παράλληλα (Κάκουρος, και Μανιαδάκη, 2005).

Εκτός όμως από αυτή την εικόνα της έκδηλης κατάθλιψης, κάποιοι συγγραφείς αναφέρουν και *την εικόνα της συγκαλυμμένης κατάθλιψης στα παιδιά*. Τα συμπτώματα της συγκαλυμμένης κατάθλιψης, αξίζει να αναφέρουμε ότι είναι κρυμμένα πίσω από μερικά ακαθόριστα σημάδια (Loo & Loo, μτφ. Κόλλια, 2000).

ΜΙΚΡΑ ΠΑΙΔΙΑ (ΠΕΡΙΠΟΥ 3-8 ΧΡΟΝΩΝ)

Μετατρέπουν τα καταθλιπτικά τους συναισθήματα σε διαταραχές της συμπεριφοράς, όπως για παράδειγμα, την εκδήλωση σχολικής φοβίας, ανυπακοής, και ευπάθειας στα ατυχήματα (James, 1992).

ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΑ ΠΑΙΔΙΑ (9-12 ΧΡΟΝΩΝ)

Εκδηλώνουν την στεναχώρια τους μέσω της συμπεριφοράς τους. Συγκεκριμένα, η σχολική τους απόδοση είναι προβληματική και επιπλέον κάνουν πολλές απουσίες. Φεύγουν από το σπίτι τους, κάνουν παράπονα για ανία, ανησυχία, και κούραση (James, 1992). Άλλα συμπτώματα μπορεί να αποτελούν η ονυχοφαγία, το κλάμα και η ενούρηση (Δημητρίου, 1998). Οι καταστροφικές συμπεριφορές, η εμπλοκή τους σε καυγάδες και μικροκλοπές, και η ανάμειξη τους στην εγκληματικότητα ίσως είναι στοιχεία της συγκαλυμμένης κατάθλιψης. Παρόμοια στοιχεία ίσως αποτελούν και η ντροπαλότητα, η απόσυρση, οι συμπεριφορές προσκόλλησης, ή και η παράδοξα αυξημένη δραστηριότητα και η υπερβολική κοινωνικότητα (Hammen, 1997).

ΕΦΗΒΟΙ

Η έκδηλη κατάθλιψη τους μπορεί να εκδηλώνεται σαν ανία, γενική απογοήτευση από την ζωή και μία αίσθηση ότι τίποτα δεν έχει αξία. Οι καταθλιπτικοί έφηβοι εμφανίζονται απαθείς, αδιάφοροι, χωρίς κίνητρο για τον εαυτό τους και τη ζωή. Συχνά, οι έφηβοι αποξενώνονται, ορισμένοι ξεκινούν την χρήση ναρκωτικών και άλλοι παρουσιάζουν και διάφορες άλλες μορφές παθολογικής συμπεριφοράς (Τσιάντης, 2001). Σύμφωνα με τον Mitchell και τους συνεργάτες του (1988) και τον Ryan και τους συνεργάτες του (1987) (παραπομπές από Hammen, 1997) το 90% των εφήβων με μείζονα κατάθλιψη ανέφερε συχνά την καταθλιπτική τους διάθεση. Οι απότομες και ξαφνικές μεταπτώσεις της διάθεσης, η αρνητική και αντιδραστική συμπεριφορά καθώς και η απομάκρυνση τους από τα σχολικά καθήκοντα, αποτελούν περαιτέρω ενδείξεις κατάθλιψης. Οι έφηβοι κάνουν αρνητική αυτοκριτική, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και πολλές φορές παραπονιούνται για υπερβολική κόπωση και απώλεια της ενέργειας τους (Κάκουρος, και Μανιαδάκη, 2005). Ο αυτοκτονικός

ιδεασμός στους εφήβους είναι πολύ συχνός, και αφορά περίπου τα 2/3 των ατόμων που βρίσκονται στην προεφηβική και στην εφηβική ηλικία (Hammen, 1997).

Ωστόσο και οι έφηβοι παρουσιάζουν συγκαλυμμένη κατάθλιψη, η οποία θυμίζει περισσότερο συμπεριφορές καταθλιπτικών ενηλίκων. Τα κλασσικά συμπτώματα τους είναι τα συναισθήματα λύπης, ενοχής, και αναξιότητας, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η έντονη αυτοκριτική, η ανικανότητα και η απόγνωση. Επιπλέον, συμπτώματα αποτελούν η εχθρότητα, η απομόνωση, οι ψευδαισθήσεις, οι παραισθήσεις, και οι αυτοκτονικές σκέψεις (James, 1992). Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής (ψυχογενής ανορεξία ή βουλιμία) είναι συχνές στην συγκαλυμμένη κατάθλιψη (Δημητρίου, 1998).

Επιπρόσθετα, οι μεγαλύτεροι έφηβοι πιθανόν να καταφεύγουν στην χρήση ναρκωτικών και στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Ακόμα, έχει αναφερθεί ότι επικεντρώνουν την προσοχή τους σε επιπόλαιες σεξουαλικές πράξεις, ή στην υποχονδρίαση, όπου αυτά αποτελούν κάποια από τα «καταθλιπτικά ισοδύναμα» (James, 1992).

Η αυτοκτονία έχει συνδεθεί με τα καταθλιπτικά άτομα. Μάλιστα, έχει εκτιμηθεί ότι το 15% των ατόμων με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, γίνονται αυτόχειρες, ενώ πολλοί περισσότεροι πραγματοποιούν απόπειρες αυτοκτονίας (Κονταξάκης, 1998). Η αυτοκτονία, ωστόσο είναι σχεδόν σπάνια στα παιδιά και στους νεαρούς έφηβους. Όμως, οι αυτοκτονίες αυξάνονται σημαντικά κατά την μέση εφηβεία. Σχετικά με το φύλο, το 1990 το ποσοστό αυτοχειρίας στα αγόρια (15-19 ετών) ήταν 57 τοις χιλίοις, ενώ για τα κορίτσια 14 τοις χιλίοις (Harrington, 2001). Η αυτοκτονία, επιπλέον, αποτελεί για τον καταθλιπτικό έφηβο, σημάδι εσωτερικής κρίσης, που δεν μπορεί να το αντιμετωπίσει. Η αυτοκτονία, δηλαδή μπορεί να έχει πολλαπλή σημασία για τον έφηβο. Ίσως αποτελεί ένα κάλεσμα για αγάπη, και για κατανόηση. Ακόμα, ίσως εκφράζει τη φυγή από μία κατάσταση ανυπόφερτη και άλυτη. Επιπλέον, ίσως δηλώνει ένα τρόπο έκφρασης του πένθους του, για την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, μίας ερωτικής απογοήτευσης, ή και την συνειδητοποίηση της απώλειας της παιδικότητας του. Ενδέχεται, η αυτοκτονία να συμβάλλει στη λύτρωση του έφηβου, καθώς διαπράττοντας την, θεωρεί ότι πληρώνει ένα σφάλμα (Κούρος, 1996). Επιπρόσθετα, σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονία ενός εφήβου αποτελούν οι προηγούμενες απόπειρες, ο αυτοκτονικός ιδεασμός, η αντικοινωνική συμπεριφορά, η κατάχρηση ουσιών και τα ιδιοσυγκρασιακά στοιχεία του (Harrington, 2001). Ακόμα, σύμφωνα με τους Kovacs,

Goldston, & Gatsonis (1993) (παραπομπή από Goodyer, 1995) υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών παρατηρήθηκαν σε εφήβους με μείζονα καταθλιπτική και δυσθυμική διαταραχή σε σχέση με έφηβους που είχαν διαταραχές δεσμού με καταθλιπτική διάθεση, και σε σχέση με εφήβους με μη καταθλιπτικές διαταραχές. Τα κορίτσια συνηθίζουν να κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας σε σχέση με τα αγόρια που πραγματοποιούν αυτοκτονίες και μάλιστα με βίαιους τρόπους (Kienhorst, Wilde, & Diekstra, 1995). Πολύ συχνά, οι γονείς των παιδιών που έχουν κάνει απόπειρα, κατακλύζονται από θυμό ή ενοχές. Από την άλλη, τα παιδιά ίσως νιώθουν ενοχές, γιατί με την πράξη τους επιτέθηκαν στον γονέα, το αντικείμενο της αγάπης τους (Τσιάντης, 2001).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ
(ΚΑΤΑ DSM-IV)

Το 1994 ο Αμερικάνικος Ψυχιατρικός Σύλλογος δημοσίευσε την τέταρτη έκδοση του *Διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου των ψυχικών διαταραχών* (DSM-IV; American Psychiatric Association 1994). Η συμπτωματολογία της κατάθλιψης είχε από το DSM-II παγιωθεί (Lahey, Rathouz, Hulle, Urbano, Krueger, Applegate, Garriock, Chapman, & Waldman, 2008). Ακόμα, στο DSM-IV δεν υπάρχουν διαταραχές της διάθεσης της παιδικής ηλικίας που να αφορούν ειδικά σε ένα αναπτυξιακό στάδιο σε αντίθεση με τις αγχώδεις (Kendall, 2000).

Σύμφωνα με το DSM-IV, τα κριτήρια για την μείζονα κατάθλιψη του ενήλικου και του παιδικού πληθυσμού είναι:

Α. Πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα παρουσιάστηκαν σε διάστημα 2 εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μία αλλαγή της προηγούμενης λειτουργικότητας. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε α)καταθλιπτική διάθεση είτε β) έλλειψη ευχαρίστησης ή ενδιαφέροντος.

1. Καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της μέρας, σχεδόν καθημερινά, υποδεικνύουσα, είτε από υποκειμενική αντίληψη, είτε από

παρατήρηση άλλων. Για τα παιδιά και τους έφηβους μπορεί η διάθεση να είναι ευερέθιστη. Επειδή τα παιδιά έχουν δυσκολία στο να εκφράσουν τα εσωτερικά τους συναισθήματα, παρουσιάζουν ασαφείς σωματικές ενοχλήσεις, λυπημένη έκφραση, ή ελλιπή βλεμματική επαφή.

2. Φανερά μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση σε όλες ή σχεδόν σε όλες τις εκφάνσεις ή δραστηριότητες της ζωής του ατόμου σε καθημερινή βάση. Το μειωμένο ενδιαφέρον στα παιδιά και στους εφήβους μπορεί να γίνει αντιληπτό στο παιχνίδι με τους φίλους ή στις σχολικές δραστηριότητες.
3. Σημαντική απώλεια βάρους, χωρίς δίαιτα, ή αύξηση βάρους ή μείωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν καθημερινά. Για τα παιδιά, είναι πιθανόν να αποτύχουν να φτάσουν στο αναμενόμενο βάρος.
4. Διαταραχή του ύπνου, είτε αϋπνία είτε υπνηλία, σχεδόν καθημερινά. Και στα παιδιά ισχύει το ίδιο.
5. Ψυχοκινητική επιτάχυνση ή επιβράδυνση. Το ίδιο ισχύει και για τα παιδιά με αλλαγές στην διάθεση, καθώς και η υπερκινητική συμπεριφορά μπορεί να παρατηρηθεί.
6. Κούραση ή απώλεια της ενέργειας σχεδόν καθημερινά. Τα συμπτώματα της κούρασης στα παιδιά μπορούν να εκδηλωθούν ως αποχή από το φιλικό παιχνίδι, σχολική άρνηση, ή συχνές απουσίες από το σχολείο.
7. Αισθήματα αναξιότητας, απαξίωσης, και ενοχής (μπορεί να είναι ψευδαισθήσεις) σχεδόν καθημερινά. Τα παιδιά μπορεί να ασκούν αρνητική αυτοκριτική. Η ενοχή ίσως να μην εμφανιστεί.
8. Έλλειψη ικανότητας να σκεφτεί ή να συγκεντρωθεί , σχεδόν καθημερινά. Τα προβλήματα συγκέντρωσης και προσοχής στα παιδιά ίσως εμφανίζονται ως συμπεριφοριστικές δυσκολίες ή ως χαμηλή σχολική επίδοση.
9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου, επαναλαμβανόμενοι αυτοκτονικοί ιδεασμοί χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο. Στα παιδιά και στους εφήβους πρέπει να δίνεται σημασία στα μη λεκτικά σημάδια της ενδεχόμενης αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Β. Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια για ένα σύνθετο διπολικό επεισόδιο (π.χ στοιχεία μανίας). Το ίδιο ισχύει και για τα παιδιά και τους έφηβους.

Γ. Πρέπει να υπάρχουν ενδείξεις σημαντικής έκπτωσης στην κοινωνική, στην επαγγελματική και σε άλλες σημαντικές πτυχές της λειτουργικότητας. Στα παιδιά,

παρατηρείται κλινικά σημαντική έκπτωση της σχολικής ή της κοινωνικής ικανότητας. Για τους έφηβους, μπορεί επιπλέον να εμφανιστεί και επαγγελματική δυσλειτουργία.

Δ. Τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται λόγω των άμεσων επιπτώσεων μίας ουσίας (π.χ. χρήση φαρμάκου) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. υπερθυρειδισμός). Ομοίως ισχύει και στα παιδιά και στους έφηβους.

Ε. Τα συμπτώματα δεν είναι μια φυσιολογική αντίδραση στο πένθος (π.χ. απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου) και τα συμπτώματα διαρκούν περισσότερο από 2 μήνες ή χαρακτηρίζονται από λειτουργική έκπτωση, παθολογική ανησυχία με αναξιότητα, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωτικά συμπτώματα, ή ψυχοκινητική επιβράδυνση. Όσον αφορά στα παιδιά και στους εφήβους, εάν παρουσιαστούν ψυχωσικά συμπτώματα στην μείζονα κατάθλιψη, τότε αυτά πιθανόν να είναι ακουστικές παραισθήσεις (συνήθως κρίνοντας από τον ασθενή) παρά ψευδαισθήσεις (Rapport, & Ismond, 1996).

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ-ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η παιδική κατάθλιψη αποτελεί ένα ξεχωριστό φαινόμενο, και για την αξιολόγηση αυτής, χρησιμοποιούνται έγκυρες και αξιόπιστες μέθοδοι. Μάλιστα, οι αποτελεσματικές μέθοδοι βοηθούν στον εντοπισμό της αιτιολογίας της παιδικής κατάθλιψης. Επιπλέον, η αξιολόγηση είναι απαραίτητη διότι προσδιορίζει την ευπάθεια του παιδιού στην κατάθλιψη, στην μετέπειτα ενήλικη ζωή. Η έγκυρη αξιολόγηση ακόμα, μπορεί να διευκολύνει τον προσδιορισμό των θεραπευτικών εκβάσεων καθώς και την ανάπτυξη εναλλακτικών θεραπειών (Vella, Heath, & Miezitis, 1992).

Τα πιο συχνά μέσα αξιολόγησης, που έχουν αναφερθεί στην βιβλιογραφία, είναι η κλινική ή αναπτυξιακή συνέντευξη, η δομημένη συνέντευξή και οι κλίμακες αυτοαναφοράς.

Η κλινική συνέντευξη έχει την μορφή ανοιχτών ερωτήσεων. Στοχεύει στην αξιολόγηση των συνθηκών, κάτω από τις οποίες εμφανίστηκε η διαταραχή, καθώς και στον προσδιορισμό της έναρξης της. Επιπλέον, συλλέγονται πληροφορίες σχετικά με την εξέλιξη της διαταραχής. Παράλληλα, ελέγχεται το ενδεχόμενο της συνύπαρξης άλλων διαταραχών (Carlson, 2000). Ακόμα, λαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με την κοινωνική, σωματική, γνωστική, γλωσσική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Εξετάζονται δηλαδή, εκτός από την συναισθηματική κατάσταση, τόσο το νοητικό επίπεδο, όσο και η γνωστική ανάπτυξη του παιδιού (Malhotra & Das, 2007).

Η δομημένη συνέντευξη έχει σκοπό την καταγραφή των συμπτωμάτων, που εκδηλώνει το παιδί. Πολύ συχνά χρησιμοποιείται και για ερευνητικούς σκοπούς, καθώς τα συμπτώματα καταγράφονται σε σταθμισμένα εγχειρίδια (Carlson, 2000). Η συνέντευξη ενδέχεται να είναι και ημιδομημένη. Μια πολύ γνωστή ημιδομημένη συνέντευξη είναι το Kiddie- Sads, το οποίο στηρίζεται στο DSM-IV. Κατά την διάρκεια της συνέντευξης, εκτιμώνται οι συνέπειες της κατάθλιψης και ιδιαίτερα η ύπαρξη ιδεών αυτοκτονίας στο παιδί (Τσιάντης, 2001).

Το παιδί στις κλίμακες αυτοαναφοράς οφείλει να διαλέξει μια από τις απαντήσεις, που διαβαθμίζονται σε κλίμακα Likert. Οι απαντήσεις τυπικά

αναφέρονται στα καταθλιπτικά συμπτώματα (Vella, Heath, & Miezitis, 1992). Οι κλίμακες αυτές δεν χρησιμοποιούνται για την κλινική διάγνωση της κατάθλιψης αλλά στοχεύουν στην αξιολόγηση της καταθλιπτικής διάθεσης, όπως αυτή παρουσιάζεται από το ίδιο το άτομο. Οι πιο διαδεδομένες κλίμακες αυτοαναφορών στα παιδιά και στους εφήβους είναι το CDI και το BDI (Κάκουρος, και Μανιαδάκη, 2005).

1. Το Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1985) ήταν η πρώτη και πιθανόν η πιο διαδεδομένη κλίμακα αυτοαναφοράς της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης (Carey, Faulstich, Gresham, Ruggiero, & Enyart, 1987). Το CDI αναπτύχθηκε από το Beck Depression Inventory. Σχεδιάστηκε για παιδιά σχολικής ηλικίας και εφήβους (7-17 χρόνων). Μέσα σε 20 λεπτά το παιδί οφείλει να συμπληρώσει την κλίμακα (Richardson, & Katzenellenbogen, 2005). Η συγκεκριμένη κλίμακα περιέχει 27 στοιχεία που αφορούν την λύπη, τα αισθήματα ενοχής, την αϋπνία, την απώλεια όρεξης, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την σχολική αποτυχία του παιδιού (Miezitis, Butler, Friedman, & Roback, 1992). Για κάθε στοιχείο υπάρχουν τρεις εναλλακτικές λύσεις, οι οποίες βαθμολογούνται από το 0, 1, 2, ανάλογα με την σοβαρότητα του καταθλιπτικού συμπτώματος (Gotlib, & Hammen, 1992). Η τελική βαθμολογία κυμαίνεται από το 0-52. Όσο πιο μεγάλη η βαθμολογία, τόσο πιο σοβαρή είναι η καταθλιπτική συμπτωματολογία του παιδιού (Abela, McGirr, & Skitch, 2007). Τέλος, υπάρχει και μία πιο σύντομη έκδοση του CDI, με 10 στοιχεία, η οποία χρησιμοποιείται όταν είναι αναγκαίος ο γρήγορος έλεγχος.
2. Το Moods and Feelings Questionnaire (MFQ) έχει σχεδιαστεί αποκλειστικά για ηλικίες 8-17 χρόνων. Το MFQ τηρεί τα κριτήρια του DSM για την κατάθλιψη, αυξάνοντας την αξιοπιστία του. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιέχει 32 στοιχεία, δίνοντας τρεις επιλογές απάντησης.(«Σωστό» «Μερικές φορές είναι σωστό» «Δεν είναι σωστό»). Υπάρχει και σε μια συντομότερη έκδοση που αποτελείται από 11 στοιχεία (Richardson & Katzenellenbogen, 2005).
3. Το Kiddie-SADS είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη κλίμακα αξιολόγησης της κατάθλιψης στα παιδιά. Σύμφωνα με τον Spitzer και τους συνεργάτες του (1978), η κλίμακα αυτή είναι ουσιαστικά, η τροποποίηση της κλίμακας Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Χορηγείται σε παιδιά

ηλικίας 6-17 χρόνων, και διαρκεί 1-2 ώρες (Vella, Heath, & Miezitis, 1992). Αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης των συμπτωμάτων της κατάθλιψης (Kolvin, 1995).

4. Η κλίμακα του Weinberg et al. (1973) διαθέτει μία λίστα από πρωτογενή και δευτερογενή συμπτώματα, τα οποία βασίζονται στα κριτήρια της κατάθλιψης του ενήλικου πληθυσμού. Ένα παιδί για να διαγνωσθεί καταθλιπτικό, χρειάζεται να εκδηλώσει τα πρωτογενή συμπτώματα της δυσφορικής διάθεσης και της μειωμένης αυτοαντίληψης και επιπλέον δύο από τα 8 συμπτώματα (Kolvin, 1995).
5. Η Newcastle Depression Inventory είναι μία από τις νεότερες κλίμακες, η οποία έχει αναβαθμιστεί και τροποποιηθεί. Αυτή η κλίμακα έχει δανειστεί στοιχεία από το Kiddie-SADS, αλλά ιεραρχεί τα συμπτώματα της παιδικής κατάθλιψης σε μια κλίμακα που αντανακλά την σοβαρότητα τους (1,2,3,4). Εναλλακτικά, η κλίμακα θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την διάγνωση της κατάθλιψης, με την προϋπόθεση να χρησιμοποιεί το DSM-III (Kolvin, 1995).
6. Η Bellevue Index of Depression (BID) είναι μία κλίμακα που αποτελείται από 40 στοιχεία. Κάθε στοιχείο βαθμολογείται για την σοβαρότητα και την διάρκεια του καταθλιπτικού συμπτώματος. Απευθύνεται σε ηλικίες 6-12 χρόνων. Δίνονται 40 λεπτά για την ολοκλήρωση της δοκιμασίας. Τέλος, η βαθμολογία των 20 πόντων δηλώνει κατάθλιψη (Vella, Heath, & Miezitis, 1992).
7. Το Children's Attributional Style Questionnaire (Seligman και συνεργάτες, 1984) περιέχει 24 στοιχεία, το καθένα από αυτά αποτελεί ένα αρνητικό γεγονός που το παιδί πρέπει να το φανταστεί. Το κάθε γεγονός παρουσιάζεται με δύο πιθανές αιτίες. Το παιδί οφείλει να διαλέξει μία, που θα ταίριαζε καλύτερα κατά την άποψη του, αν τυχόν το αρνητικό γεγονός συμβεί σε αυτό μελλοντικά. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 0-16, όπου οι μεγαλύτερες βαθμολογίες υποδεικνύουν καταθλιπτικά προφίλ απόδοσης αιτιών(Abela, McGirr, & Skitch, 2007).
8. Το Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιέχει μία κλίμακα που αξιολογεί την μείζουσα κατάθλιψη των παιδιών. Περιλαμβάνει 47 στοιχεία, στα οποία τα παιδιά πρέπει να απαντήσουν με «ποτέ» «μερικές φορές» «συχνά» ή

«πάντα», και παίρνουν την αντίστοιχη βαθμολογία 0,1,2,3. Η παραπάνω κλίμακα δηλαδή μετρά την συχνότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά (Chorpita, Moffitt, & Gray, 2005).

Επιπρόσθετα μέσα αξιολόγησης της κατάθλιψης αποτελούν η εκτίμηση των συνομηλίκων, και οι εκτιμήσεις από δασκάλους και γονείς. Η πληροφόρηση από πολλές πηγές είναι ιδιαίτερα σημαντική και θα πρέπει να επιδιώκεται, όταν είναι εφικτή (Τσιάντης, 2001).

Η εκτίμηση των συνομηλίκων, είναι μία μέθοδος αξιολόγησης η οποία χρησιμοποιείται συχνά σε ομάδες. Οι συνομήλικοι εστιάζουν την προσοχή τους, σε διάφορες πτυχές της λειτουργικότητας, του προς συζήτηση παιδιού, όπως την συναισθηματική κατάσταση, το γνωστικό επίπεδο του, τα κίνητρα, και/ ή την ζωτικότητα του, και με αυτό τον τρόπο εκτιμάται η κατάθλιψη του παιδιού. Μάλιστα, ένα εργαλείο, που βοηθά την διαδικασία είναι το Peer Nomination Inventory of Depression (Vella, Heath, & Miezitis, 1992).

Οι εκτιμήσεις του γονέα και του δασκάλου είναι μία πιο πρόσφατα αναπτυγμένη τεχνική αξιολόγησης για τα παιδιά με κατάθλιψη. Αυτή η τεχνική προσπαθεί να συγκεντρώσει πληροφορίες από τον δάσκαλο και τον γονέα (τυπικά την μητέρα), αναφορικά με την υποκειμενική αντίληψη που έχουν για την συναισθηματική και την συμπεριφοριστική λειτουργικότητα του παιδιού. Οι εκτιμήσεις του γονέα και του δασκάλου προκύπτουν από τους μέσους όρους ενός ερωτηματολογίου (Vella, Heath, & Miezitis, 1992). Οι πληροφορίες από τους γονείς είναι πολύ χρήσιμες. Οι γονείς συνήθως δίνουν πληροφορίες σχετικές με τις διαταραχές της συμπεριφοράς, ενώ συχνά αγνοούν τα συναισθήματα, και τις αυτοκτονικές ιδέες των παιδιών τους. Οι πληροφορίες από το σχολείο και τους δασκάλους είναι εξίσου χρήσιμες (Τσιάντης, 2001).

Τα προβολικά τεστ, συχνά χρησιμοποιούνται στην διαδικασία της αξιολόγησης της κατάθλιψης. Αυτά, ωστόσο, αρχικά χρησιμοποιούνταν στην ψυχανάλυση των ενηλίκων. Το CAT (Children's Apperception Test), το TAT (Thematic Apperception Test) και το Τεστ του Rorschach χρησιμοποιούνται ευρέως. Αυτά τα τρία τεστ διαθέτουν διφορούμενα υλικά, τα οποία διευκολύνουν την προβολή των ασυνείδητων διαδικασιών (Vella, Heath, & Miezitis, 1992).Τα παιδιά δηλαδή μέσα από το τεστ μπορούν να «προβάλλουν» τους δικούς τους τρόπους σκέψεις, τα ενδιαφέροντα τους, τους φόβους τους καθώς και τις συγκρουόμενες επιθυμίες τους (Μέλλον, 1998). Ο Hilde Mosse στα πλαίσια των προβολικών

τεχνικών προτείνει το μωσαϊκό τεστ (mosaic test) σαν ένα εργαλείο ιδιαίτερα χρήσιμο για την διάγνωση της συγκαλυμμένης κατάθλιψης. Επιπλέον, το μωσαϊκό τεστ αποκαλύπτει τις τάσεις του παιδιού που σχετίζονται με την κατάθλιψη Ακόμα, προσδιορίζει τον βαθμό επικινδυνότητας της αυτοκτονίας. Έτσι, οι αλλαγές της διάθεσης, τα ξεσπάσματα, και οι βίαιες λύσεις στις εσωτερικές συγκρούσεις αποκαλύπτονται. Επίσης, αποτελεί ένα άριστο μέσο εκτίμησης της προόδου της ψυχοθεραπείας. Άλλα προβολικά τεστ που χορηγούνται στα παιδιά είναι το "Το Τεστ Σχεδιάστε Έναν Άνθρωπο της Machover", το τεστ του δένδρου του Koch, και το τεστ των μύθων του Duess (Mosse, 1975). Ωστόσο, τα προβολικά τεστ στην αξιολόγηση της παιδικής κατάθλιψης έχουν περιορισμένη κλινική ισχύ. Ίσως, η ανεπαρκής κατάρτιση και η ελλιπής εμπειρία των ειδικών να ευθύνονται για την μειωμένη δυνατότητα των προβολικών τεστ.

Τέλος, η άμεση παρατήρηση του παιδιού είναι ζωτικής σημασίας στην αξιολόγηση της παιδικής κατάθλιψης. Η άμεση παρατήρηση, μπορεί να γίνει στα πλαίσια του σχολείου ή ενός δωματίου, και συμπεριλαμβάνει την αξιολόγηση της λεκτικής και της μη λεκτικής εκδήλωσης της συναισθηματικής διαταραχής από ειδικούς (Vella, Heath, & Miezitis, 1992).

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΑΙΔΙΚΩΝ-ΕΦΗΒΙΚΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Πολλοί συγγραφείς προσπάθησαν να ταξινομήσουν τα διάφορα είδη της κατάθλιψης. Προσπάθειες σχεδόν ατελέσφορες σχετικά με την κατηγοριοποίηση της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους. Το Group for the Advancement of Psychiatry (GAP) έφτιαξε ένα γενικό σύστημα ταξινόμησης, το οποίο είχε πέντε κατηγορίες της παιδικής κατάθλιψης (James, 1992).

Οι Cytryn και McKnew (1972) (παραπομπή από Cytryn, 2003) πρότειναν τρία είδη παιδικής κατάθλιψης: την οξεία, την χρόνια, και την συγκαλυμμένη κατάθλιψη. Η οξεία με την χρόνια κατάθλιψη έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Η σοβαρή σχολική και κοινωνική έκπτωση του παιδιού, η διαταραχή του ύπνου και της όρεξης, η επικράτηση των συναισθημάτων της απελπισίας, της ανικανότητας, και της απόγνωσης αποτελούν τα κοινά τους χαρακτηριστικά. Ακόμα, η ψυχοκινητική επιβράδυνση, οι αυτοκτονικοί ιδεασμοί, ή οι αυτοκτονικές προσπάθειες χαρακτηρίζουν τα δύο προαναφερόμενα είδη κατάθλιψης. Η οξεία και η χρόνια κατάθλιψη παρουσιάζουν όμως κάποιες διαφορές σχετικά με την προσαρμοστικότητα του παιδιού πριν την εμφάνιση της κατάθλιψης, τη διάρκεια και τις αιτίες της διαταραχής, καθώς και το οικογενειακό ιστορικό (Cytryn, 2003).

Χρόνια κατάθλιψη: Στα παιδιά με χρόνια κατάθλιψη η άμεση αιτία δεν είναι πάντα εμφανής και η κατάθλιψη ενδέχεται να διαρκέσει μήνες ακόμα και χρόνια. Υπάρχει ιστορικό με καταθλιπτικά επεισόδια, και ένα οικογενειακό ιστορικό μονοπολικής ή διπολικής κατάθλιψης σε κοντινούς συγγενείς, και ιδιαίτερα στην μητέρα (Cytryn, 2003).

Οξεία κατάθλιψη: Τα παιδιά εμφανίζουν οξεία κατάθλιψη αντιδρώντας με αυτό τον τρόπο στα τραυματικά γεγονότα όπως είναι η απώλεια ή ο αποχωρισμός (Cytryn, 2003). Τα παιδιά αυτά είχαν προηγουμένως πολύ καλή προσαρμοστικότητα και συνήθως οι οικογένειες από όπου προέρχονται έχουν ελάχιστες διαταραχές (Aylward, 1985).

Συγκαλυμμένη κατάθλιψη: Η συγκαλυμμένη κατάθλιψη, δεν έχει κάποια ξεκάθαρη και αναγνωρίσιμη μορφή. Έτσι, τα παιδιά με συγκαλυμμένη κατάθλιψη εμφανίζουν συναισθηματικές διαταραχές, υπερκινητικότητα, επιθετική συμπεριφορά, ψυχοσωματικά προβλήματα, υποχονδρίαση, και εγκληματικότητα (Cytryn, 2003). Ακόμα, έχει συσχετιστεί με την σοβαρή οικογενειακή ψυχοπαθολογία (Aylward, 1985).

Ο McCoville και οι συνεργάτες του (1973) (παραπομπή από James, 1992) πρότειναν μία τριπλή ταξινόμηση της κατάθλιψης, η οποία αντανακλά τις αναπτυξιακές αλλαγές.

Επιτηδευμένη κατάθλιψη: Τα συναισθήματα που την χαρακτηρίζουν είναι η λύπη, η ανημπόρια, και η μοναξιά. Τα παιδιά μικρής ηλικίας την εκδηλώνουν συχνότερα.

Κατάθλιψη με χαμηλή αυτοεκτίμηση: Σχετίζεται με συναισθήματα ανεπάρκειας και δυσαρέσκειας.

Ενοχική κατάθλιψη: Σχετίζεται με συναισθήματα μίσους, και κακίας προς τον ίδιο τους τον εαυτό. Ακόμα, οραματίζονται την δική τους αυτοκτονία. Αυτή η μορφή κατάθλιψης συναντάται συχνότερα σε εφηβικές ηλικίες.

Ιστορικά, έχει επικρατήσει η ταξινόμηση της ενδογενούς ή ψυχωτικής κατάθλιψης, και της νευρωτικής ή αντιδραστικής κατάθλιψης.

Η ενδογενής κατάθλιψη: Ο όρος «ενδογενής» υποδεικνύει μία σοβαρή και μακράς διάρκειας καταθλιπτική διαταραχή, η οποία κατά πάσα πιθανότητα δεν συνδέεται με τις περιβαλλοντικές αντιξοότητες. Τα διαγνωστικά κριτήρια της ενδογενούς κατάθλιψης σύμφωνα με τους Ramana & Paykel (1992) (παραπομπή από Kolvin, 1995), είναι η ανορεξία ή απώλεια βάρους, η αϋπνία, το πρωινό ξύπνημα, η αλλαγή διάθεσης, η ενοχή, η απόγνωση, και η ψυχοκινητική επιβράδυνση ή αναταραχή. Στην ενδογενή κατάθλιψη, η διακύμανση των συμπτωμάτων μέσα στην ίδια μέρα είναι ιδιαίτερη. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα το πρωί είναι πολύ έντονα και τείνουν να εξασθενούν στο τέλος της ημέρας (Loo & Loo, μτφ. Κόλλια, 2000).

Η νευρωτική κατάθλιψη: Θεωρείται κλινικά μία πιο ήπια μορφή κατάθλιψης και πιθανόν να συνδέεται με τις περιβαλλοντικές αντιξοότητες. Συνυπάρχει με το άγχος, την αϋπνία, την αυτολύπηση παρά την αυτοκατηγορία, και με τα παράπονα ανορεξίας παρά απώλειας βάρους (Kolvin, 1995). Το άτομο με εξωγενή κατάθλιψη, ενοχοποιεί συχνά τα γεγονότα και τους άλλους γύρω του για την κατάσταση στην

οποία βρίσκεται και καταστρώνει στρατηγικές, που θα μπορούσαν να την καλυτερεύσουν (Loo & Loo, μτφ. Κόλλια, 2000).

Ο Feighner και οι συνάδελφοι του (1972) (παραπομπή από Kolvin, 1995) εν συνεχεία πρότειναν μία σειρά κριτηρίων για την ταξινόμηση της κατάθλιψης. Τα κριτήρια αυτά δεν βασίζονταν στην παρουσία ή στην απουσία των περιβαλλοντικών γεγονότων. Ο Spitzer και οι συνεργάτες του (1978) (παραπομπή από Kolvin, 1995) υιοθέτησαν και εμπλούτισαν τις παραπάνω προτάσεις και έφτιαξαν τα Ερευνητικά Διαγνωστικά Κριτήρια για την διάγνωση της κατάθλιψης. Όλα αυτά αποτέλεσαν την βάση για την δημιουργία του DSM-III-R.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η κατάθλιψη παρουσιάζεται σχετικά σπάνια στα πρώτα παιδικά χρόνια, ενώ είναι πιο συχνή με την πάροδο της ηλικίας. Η εκτίμηση της συχνότητας της κατάθλιψης στα παιδιά και στους εφήβους ποικίλλει ανάλογα με τον τρόπο που ο κάθε ερευνητής χρησιμοποιεί τον όρο της κατάθλιψης. Για αυτό τον λόγο υπάρχει ασυμφωνία στο ποσοστό επικράτησης της κατάθλιψης, στα παιδιά και στους εφήβους. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, το ποσοστό αυτό κυμαίνεται από 0,8-60% (Aylward, 1985) ενώ αν λάβουμε υπόψη μας άλλες πηγές, υπολογίζεται από 2-4% (Τσιάντης, 2001). Σύμφωνα με τους Kashani & Carlson (1987) (παραπομπή από Kendall, 2000) σχεδόν το 1% των παιδιών της προσχολικής ηλικίας, ειδικά άνω των 2-3 χρόνων, έχει διαγνωστεί κλινικά καταθλιπτικό. Για τα παιδιά της μέσης παιδικής ηλικίας (6-12 χρόνων) τα επίπεδα της κατάθλιψης με βάση τον Anderson και τους συνεργάτες του (1987) και τον Costello και τους συνεργάτες του (1998) (παραπομπές από Kendall, 2000) αυξάνονται στα 2%. Στην εφηβεία, τα επίπεδα της κατάθλιψης σύμφωνα με τους Cooper & Goodyear (1993) και τους Roberts, Lewinsohn, & Seeley (1991) (παραπομπές από Kendall, 2000) αυξάνονται βαθμιαία και υπολογίζονται στα 4%- 8%, εάν η μείζονα κατάθλιψη συνυπάρχει με την δυσθυμική διαταραχή. Όσον αφορά την δυσθυμική διαταραχή, η επικράτησης της στα άτομα που βρίσκονται στην προεφηβεία κυμαίνεται από 0,6- 1,7% και 1,6-8% στους εφήβους (Son & Kirchner, 2000). Σύμφωνα με πρόσφατες επιδημιολογικές έρευνες, οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι πιο συχνές στην όψιμη εφηβεία σε σχέση με την προεφηβική ηλικία (Harrington, 2001).

Η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης εξαρτάται και από το φύλο. Στην παιδική ηλικία, το ποσοστό της κατάθλιψης είναι το ίδιο και στα αγόρια και στα κορίτσια. Το ίδιο ισχύει και στην προεφηβική ηλικία (Harrington, 2001). Στην εφηβεία όμως, η επικράτηση της κατάθλιψης για τα κορίτσια είναι διπλάσια σε σύγκριση με τα αγόρια (Kendall, 2000). Τέλος, στην όψιμη εφηβεία η υπεροχή των κοριτσιών στην κατάθλιψη φαίνεται να καθιερώνεται, και να επικρατεί έως την ενηλικίωση. Καθώς είναι γεγονός ότι και οι γυναίκες ενήλικες εμφανίζουν συχνότερα κατάθλιψη σε σχέση με τους άνδρες (Harrington, 2001).Η υπεροχή της κατάθλιψης

στα έφηβα κορίτσια και κατ' επέκταση στις γυναίκες, ενδεχομένως οφείλεται στα κοινωνικά πρότυπα που υιοθετούν (κοινωνιολογικοί παράγοντες) καθώς και στις ορμονικές αλλαγές, που υφίστανται από την εφηβεία και έπειτα (βιολογικοί παράγοντες) (Bhatia, & Bhatia, 2007).

ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ-ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η συννοσηρότητα είναι η παράλληλη εμφάνιση δύο ή και περισσότερων διαταραχών στον ίδιο άτομο (Goodyer, 1995). Η κατάθλιψη στις νεανικές ηλικίες παρουσιάζεται με έντονη συννοσηρότητα. Σύμφωνα με τους Lewinsohn, Rohde, Hops, και Clark (1991) (παραπομπή από Kendall, 2000) το 43% των εφήβων που έχουν διαγνωστεί ως καταθλιπτικοί, έχουν τουλάχιστον άλλη μία επιπλέον διαταραχή. Τα υψηλότερα ποσοστά συννοσηρότητας ωστόσο διαπιστώνονται ανάμεσα στην κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές σε ποσοστό 60- 70% (Κάκουρος, και Μανιαδάκη, 2005). Μία από τις παρακάτω μορφές άγχους μπορεί να συνυπάρχει με την κατάθλιψη των παιδιών και των εφήβων. Το άγχος του αποχωρισμού, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η ειδική φοβία, και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή αποτελούν διαταραχές που συνήθως συνυπάρχουν με την παιδική κατάθλιψη. Ο Kashani και οι συνεργάτες του (1987) βρήκαν ότι το 75% των καταθλιπτικών εφήβων είχε και αγχώδεις διαταραχές, ενώ ο Ryan και οι συνάδελφοι του (1987) (παραπομπές από Gotlib, & Hammen, 1992) ανέφεραν ότι το 58% των καταθλιπτικών παιδιών εκδήλωνε και διαταραχή άγχους του αποχωρισμού από ήπια έως σοβαρή μορφή, ενώ σε ποσοστό 37% αφορούσε εφήβους.

Τα παιδιά και οι έφηβοι που έχουν κατάθλιψη πολύ συχνά εμφανίζουν και διαταραχές συμπεριφοράς όπως εναντιωτική προκλητική διαταραχή και διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) (Son, & Kirchner, 2000). Οι Puig-Antich & Gittelman (1982) (παραπομπή από Kolvin, 1995) ανέφεραν ότι το 1/3 των αγοριών με μείζονα κατάθλιψη διαγνώστηκε και με διαταραχές συμπεριφοράς. Σύμφωνα με την Kovacs και τους συνεργάτες της (1998) (παραπομπή από Carlson, 2000) το ΔΕΠ-Υ, η εναντιωτική προκλητική διαταραχή και οι αγχώδεις διαταραχές, σχεδόν πάντα προϋπάρχουν της εμφάνισης της κατάθλιψης στα παιδιά. Ακόμα, ενδέχεται να παρουσιάσουν και μαθησιακές δυσκολίες (Τσιάντης, 2001). Η έρευνα του Renouf και των συνεργατών του (1997) σε παιδιά 15 ετών υπογράμμισε την συνύπαρξη της παιδικής κατάθλιψης με την χαμηλή αυτοεκτίμηση, και τις μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες (Renouf, Kovacs, & Mukerji, 1997). Οι Carlson & Cantwell (1980a) (παραπομπή από Kolvin, 1995) βρήκαν ότι το 50% των παιδιών

που είχαν διαγνωστεί με διαταραχές συναισθήματος, έπασχαν ταυτόχρονα και από υπερκινητικότητα (25%) και ανορεξία (11%).

Οι διαταραχές που συνυπάρχουν με την κατάθλιψη διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. Έτσι, κατά την προσχολική ηλικία, η κατάθλιψη συχνά συνοδεύεται από την διαταραχή άγχους του αποχωρισμού. Στη σχολική ηλικία, η συνύπαρξη της κατάθλιψης είναι συχνή με την διαταραχή της διαγωγής ενώ στην εφηβική ηλικία συχνά εμφανίζεται μαζί με τις διαταραχές τροφής, την παράνομη χρήσης ουσιών (22%), την κατανάλωση αλκοόλ (16%), τις διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς (8%), και τις αυτοκτονικές συμπεριφορές (Gotlib, & Hammen, 1992).

Εν κατακλείδι, η συνύπαρξη της κατάθλιψης με άλλες διαταραχές αποτελεί αρνητικό προγνωστικό παράγοντα, καθώς η διάρκεια και η σοβαρότητα των καταθλιπτικών επεισοδίων εντείνονται, οι πιθανότητες υποτροπής και επανάληψης της διαταραχής αυξάνονται, όπως και οι αυτοκτονικές τάσεις του παιδιού και του εφήβου (Son, & Kirchner, 2000). Ακόμα, κατά την διάγνωση της κατάθλιψης, είναι αναγκαία η εκτίμηση, και η μετέπειτα θεραπεία των συνοδών διαταραχών, που πιθανόν το παιδί ή ο έφηβος εμφανίζει (Carlson, 2000).

ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ-ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ-ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Έχει διαπιστωθεί ότι η πορεία που οδηγεί στην κατάθλιψη δεν είναι ευθεία και μονόδρομη αλλά ότι η κατάθλιψη αποτελεί μάλλον το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μιας σειράς γεγονότων, τα οποία καθιστούν το παιδί ευάλωτο και του δημιουργούν την προδιάθεση να αναπτύξει τη διαταραχή (Κάκουρος, και Μανιαδάκη, 2005). Η κατάθλιψη στα παιδιά και στους εφήβους φαίνεται λοιπόν να είναι πολυπαραγοντική και να συμπεριλαμβάνει και γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Τσιάντης, 2001). Παρόλα αυτά, μεμονωμένα περιβαλλοντικά γεγονότα ή βιολογικά στοιχεία δεν προκαλούν την εκδήλωση της κατάθλιψης (Kendall, 2000).

Υπάρχουν κάποια στοιχεία που κέντρισαν το ενδιαφέρον των ερευνητών σχετικά με την αιτιολογία της παιδικής και της εφηβικής κατάθλιψης. Πρώτον, έχει διαπιστωθεί ότι οι ενήλικες που εμφάνισαν κατάθλιψη πιο νωρίς, συνδέονταν με την ύπαρξη μεγαλύτερης συχνότητας κατάθλιψης στους συγγενείς τους. Επιπλέον, τα παιδιά καταθλιπτικών γονιών είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν κατάθλιψη. Τέλος, υπάρχει και παρατηρείται αύξηση της συχνότητας των καταθλιπτικών διαταραχών στα παιδιά τα οποία είχαν συγγενείς πρώτου βαθμού με κατάθλιψη (Τσιάντης, 2001). Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και από τον Hammen (1991) (παραπομπή από Kendall, 2000) ο οποίος ισχυρίστηκε ότι η κατάθλιψη υπάρχει και μεταδίδεται από γενιά σε γενιά. Χρειάζεται, βέβαια, να λάβουμε υπόψη μας, ότι είναι πιθανό η αυξημένη συχνότητα της κατάθλιψης στις οικογένειες να μην οφείλεται μόνο σε βιολογικούς αλλά και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η κατάθλιψη στους γονείς, δηλαδή, να αποτελεί αιτία για κατάθλιψη στα παιδιά μέσω του συναισθηματικού κλίματος που δημιουργείται στις σχέσεις παιδιού- γονέων (Τσιάντης, 2001).

Η βιβλιογραφία που αφορά στην θεραπεία της κατάθλιψης στα παιδιά και στους εφήβους είναι περιορισμένη. Οι περισσότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις βασίζονται σε έρευνες καταθλιπτικών ενηλίκων. Η θεραπεία κατά κόρον έγκειται στην φαρμακοθεραπεία, στις διάφορες μορφές της ψυχοθεραπείας ή στον συνδυασμό και των δύο (Son, & Kirchner, 2000).

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Οι ερευνητές παρατηρώντας την δραστηριότητα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, συμπέραναν ότι η κατάθλιψη συσχετίζεται με την περιορισμένη διέγερση των ντοπαμινεργικών και νοραδρενεργικών συνάψεων (Kalat, μτφ. Καστελλάκης, Χρηστίδης, 2003). Ακόμα, η κατάθλιψη σχετίζεται με την μειωμένη νευρωνική δραστηριότητα και τον μεταβολισμό στο πρόσθιο τμήμα του μεταιχμιακού συστήματος και του παρακείμενου προμετωπιαίου φλοιού. Οι ίδιες περιοχές του εγκεφάλου εμφανίζουν διαταραχές, αν και μη σταθερές και στις διπολικές διαταραχές. Οι πραγματικές αιτίες των διαταραχών διάθεσης δεν έχουν εξακριβωθεί. Ωστόσο, έχουν κατηγορήσει ως υπεύθυνους παράγοντες της εκδήλωσης των καταθλιπτικών διαταραχών, τους κύριους βιοαμινογενείς νευροδιαβιβαστές, (νορεπινεφρίνη, ντοπαμίνη, και σεροτονίνη) και την ακυτυλοχολίνη (Vander, Sherman, Luciano, και Τσακόπουλος, μτφ Τσακόπουλος, Γελαδάς, 2001).

Δύο νευρομεταβιβαστές υπάρχουν στον εγκέφαλο και ευθύνονται για την συναισθηματική λειτουργία. Αυτές είναι η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη. Η νοραδρεναλίνη παίζει ρόλο στην κατάσταση του ξυπνήματος, στην προσπάθεια και στην ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Η σεροτονίνη επεμβαίνει στην ρύθμιση του ύπνου, της όρεξης, της επιθετικότητας, και της σεξουαλικότητας. Επειδή στην κατάθλιψη εμπλέκονται αυτές οι ουσίες, είναι αναμενόμενο η ασθένεια αυτή να συνοδεύεται από διαταραχές στην πρωτοβουλία, την κούραση, την αρτηριακή υπόταση, και την διαταραχή του ύπνου, της όρεξης και της σεξουαλικότητας (Loo and Loo, μτφ. Κόλλια, 2000).

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα τρικυκλικά και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ) υπήρξαν τα πρώτα αποτελεσματικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα στη θεραπεία της κατάθλιψης και δέσποσαν στην θεραπευτική σκηνή την δεκαετία του ’50 και για τριάντα και πλέον χρόνια. Πολλά αντικαταθλιπτικά φάρμακα εμφανίστηκαν στο προσκήνιο κατά τα

τελευταία χρόνια και αντιπροσωπεύουν σήμερα σημαντικό μέρος της φαρμακοθεραπείας της μείζονος κατάθλιψης. Ο ψυχίατρος έχει την δυνατότητα να διαλέξει ανάμεσα σε πολλές διαθέσιμες φαρμακευτικές θεραπείες, η κάθε μία από τις οποίες έχει διαφορετικό μηχανισμό δράσης (Αλεβίζος, 1998). Οι κατηγορίες των αντικαταθλιπτικών είναι οι παρακάτω:

1.Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά: Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν το Anafranil, το Nortrilen και το Saroten (Vander, Sherman, Luciano, και Τσακόπουλος, μτφ Τσακόπουλος, Γελαδάς, 2001) και λειτουργούν εμποδίζοντας τον προσυναπτικό νευρώνα να επαναπροσλάβει τις κατεχολαμίνες ή τη σεροτονίνη μετά από την ελευθέρωση τους. Με αυτόν τον τρόπο, οι νευροδιαβιβαστές παραμένουν περισσότερο στο συναπτικό χάσμα και συνεχίζουν να διεγείρουν το μετασυναπτικό κύτταρο (Kalat, μτφ. Καστελλάκης, Χρηστίδης, 2003).

2. Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOIs)(αναστρέψιμοι, εκλεκτικοί): Η μοκλοβεμίδη (Vander, Sherman, Luciano, και Τσακόπουλος, μτφ Τσακόπουλος, Γελαδάς, 2001) και η φαινελζίνη λειτουργούν αναστέλλοντας το ένζυμο μονοαμινοξειδάση (MAO), το οποίο μεταβολίζει τις κατεχολαμίνες και τη σεροτονίνη σε αδρανείς μορφές. Όταν οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης αναστέλλουν τη δράση αυτού του ενζύμου, τα μόρια του νευροδιαβιβαστή που απελευθερώνονται παραμένουν στη σύναψη περισσότερο και συνεπώς, διεγείρουν το μετασυναπτικό κύτταρο περισσότερο (Kalat, μτφ. Καστελλάκης, Χρηστίδης, 2003).

3. **Ειδικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης(SSRIs) ή αντικαταθλιπτικά δεύτερης γενιάς :** Το Ladose, το Seroxat, και το Zoloft (Vander, Sherman, Luciano, και Τσακόπουλος, μτφ Τσακόπουλος, Γελαδάς, 2001) αναστέλλουν επιλεκτικά την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης από τα προσυναπτικά τερματικά. Αποτελούν φάρμακα με πιο ειδικές δράσεις σε έναν μόνο νευροδιαβιβαστή (Kalat, μτφ. Καστελλάκης, Χρηστίδης, 2003).

4.Ειδικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νοραδρεναλίνης(SNRIs): Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν το Mirtazapine, το Nefazodone, και το Venlafaxine (Cheung, Emslie, & Mayes, 2006).

Παιδιά που έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη συχνά αντιδρούν διαφορετικά στην ίδια φαρμακευτική αγωγή. Για αυτό τον λόγο, η στενή παρακολούθηση είναι απαραίτητη ώστε να διαπιστωθούν οι κλινικές ενέργειες και οι πιθανές παρενέργειες. Οι ενέργειες των φαρμάκων εκτιμώνται με βάση τις πληροφορίες των γονέων, των δασκάλων και του ασθενή. Ακόμα, η αξιολόγηση των ενεργειών του φαρμάκου στις γνωστικές λειτουργίες, όπως η προσοχή, η μνήμη και η μάθηση είναι ιδιαιτέρως σημαντική (Τσιάντης, και Μανωλόπουλος, 1989).

Τα αντικαταθλιπτικά χάπια παρέχουν ασφαλή, αποτελεσματική, και σχετικά οικονομική βοήθεια σε μεγάλο αριθμό καταθλιπτικών ασθενών. Περίπου τα 2/3 των ασθενών εμφανίζουν βελτίωση (Kalat, μτφ. Καστελλάκης, Χρηστίδης, 2003). Τα τρικυκλικά, το λίθιο, και η κατηγορία της ΜΑΟ χρησιμοποιούνται επιτυχώς στην θεραπεία της παιδικής κατάθλιψης (Health, Vella, & Miezitis, 1992). Φαρμακολογικές δοκιμές σε καταθλιπτικά παιδιά έδειξαν ότι το 60%- 80% ανταποκρίθηκε στα τρικυκλικά φάρμακα. Αντίστοιχες δοκιμές σε εφήβους με μείζονα κατάθλιψη, χρησιμοποίησαν την Imipramine ή την Nortriptyline και ανέφεραν βελτίωση σε ποσοστό 44%- 75% (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, & Kaufman, 1996). Επιπλέον, πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι το λίθιο, και φάρμακα της κατηγορίας της ΜΑΟ ενδείκνυνται σε παιδιά που δεν θεραπεύτηκαν από τα τρικυκλικά και/ή σε παιδιά που πάσχουν από διπολική κατάθλιψη (Carlson, 1988). Ακόμα, ο συνδυασμός λιθίου και τρικυκλικών φαίνεται να είναι πολύ αποτελεσματικός στα καταθλιπτικά παιδιά. Επιπλέον, τα φάρμακα που ανήκουν στην ΜΑΟ χρησιμοποιούνται επιτυχώς στην θεραπεία της μείζονος παιδικής κατάθλιψης (Remschmidt, & Schulz, 1995). Ακόμα, σύμφωνα με την ανασκόπηση του Ambrosini (1987) (παραπομπή από Τσιάντη, και Μανωλόπουλο, 1989) τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά δεν αποδείχτηκαν αποτελεσματικότερα από τις αδρανείς ουσίες (placebo). Αντίθετα, τα αντικαταθλιπτικά δεύτερης γενιάς είναι πιο ασφαλή και πιο αποτελεσματικά φάρμακα σε σχέση με τα τρικυκλικά (Τσιάντης, και Μανωλόπουλος, 1989). Επιπρόσθετα, τα ποσοστά του αυτοκτονικού ιδεασμού και των αυτοκτονικών προσπαθειών με τα χάπια της δεύτερης γενιάς στα παιδιά και τους εφήβους είναι πολύ μικρά (2- 5%) (Garland, 2004). Σύμφωνα με τον οργανισμό φαρμάκων του Ηνωμένου Βασιλείου, μόνο το Fluoxetine, το οποίο ανήκει στα φάρμακα της δεύτερης γενιάς, αποδείχτηκε ασφαλές για παιδιά με κατάθλιψη από 8-17 ετών (Bhatia, & Bhatia, 2007). Ακόμα, το Fluoxetine είναι το μόνο αντικαταθλιπτικό με επίσημη έγκριση σε παιδιά (Garland, 2004). Έρευνες κατέδειξαν ότι το 70%-90% των εφήβων με μείζονα κατάθλιψη

ανταποκρίθηκε στην θεραπεία με το Fluoxetine. Η ανταπόκριση αυτή ήταν ίδια και στα αγόρια και τα κορίτσια ομοίως και στα παιδιά και τους εφήβους (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, & Kaufman, 1996). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πρόσφατης έρευνας, η μακροπρόθεσμη θεραπεία με Fluoxetine στα παιδιά και στους εφήβους βρέθηκε αποτελεσματική και με πολύ καλή ανοχή. Βέβαια, αποδείχτηκε σημαντική η μακράς διάρκειας θεραπεία καθώς η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή στους νέους συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά υποτροπής, από την συνύπαρξη με άλλες διαταραχές, και από τον κίνδυνο της αυτοκτονίας (Heiligenstein, Hoog, Wagner, Findling, McCracken, Nilsson, & Jacobson, 2004). Ακόμα, ο συνδυασμός της Fluoxetine με την γνωστικο-συμπεριφοριστική θεραπεία είναι πολύ αποτελεσματικός (71%) στα παιδιά και στους εφήβους (Cheung, Emslie, & Mayes, 2006).

Οι παρενέργειες των καταθλιπτικών χαπιών, έχουν ήδη τονιστεί από την βιβλιογραφία. Οι ανεπιθύμητες παρενέργειες των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών είναι η απώλεια βάρους, οι στομαχόπονοι, ο εκνευρισμός, το κλάμα και τα αντιχολινεργικά συμπτώματα (Τσιάντης, και Μανωλόπουλος, 1989). Τα αντιχολινεργικά συμπτώματα δυσχεραίνουν την συγκέντρωση και τη λειτουργία της μνήμης, ενώ η ξηροστομία και η θολή όραση στην αρχή της θεραπείας εμποδίζουν την επίτευξη της επιθυμητής δοσολογίας. Οι υψηλότερες δόσεις μπορούν να προκαλέσουν σπασμούς και καρδιοτοξικότητα. Ακόμα, δόση 10πλάσια από την θεραπευτική μπορεί να αποβεί θανατηφόρα (Αλεβίζος, 1998). Επιπλέον, η διακοπή των τρικυκλικών φαρμάκων συνήθως συνοδεύεται από κοιλιακά άλγη, ναυτία, εμετούς, ανορεξία, φόβο και ταραχή (Τσιάντης, και Μανωλόπουλος, 1989). Οι ανεπιθύμητες παρενέργειες των καταθλιπτικών της δεύτερης γενιάς (SSRIs) περιορίζονται κυρίως στην ναυτία, στο άγχος και στην ανησυχία (Αλεβίζος, 1998). Σύμφωνα με κλινικές παρατηρήσεις, έως το 25% των παιδιών που κάνουν αγωγή με SSRIs εκδηλώνουν κάποια αρνητικά συμπτώματα, όπως επιθετικότητα, ευερεθιστότητα και άλλες συμπεριφορικές διαταραχές (Garland, 2004). Από την κατηγορία της ΜΑΟ, η μοκλοβεμίδη προκαλεί ελαφρές παρενέργειες όπως νευρικότητα και αϋπνία που υποχωρούν κατά την θεραπεία (Αλεβίζος, 1998).

Αρκετές μελέτες έχουν γίνει για την δοσολογία των αντικαταθλιπτικών στα παιδιά και τους εφήβους. Σε γενικές γραμμές, αναφέρεται ότι αρχικά, θα πρέπει να χρησιμοποιείται η χαμηλότερη δυνατή δόση. Μετά, η δόση αυξάνεται σταδιακά, μέχρι να παρατηρηθεί σημαντική βελτίωση ή να διαπιστωθεί ότι οι ανεπιθύμητες

παρενέργειες απειλούν την υγεία του παιδιού. Στα μετέπειτα στάδια της θεραπείας μπορεί να χρησιμοποιηθεί μία αδρανής ουσία (placebo), με σκοπό να διαπιστωθεί αν το παιδί εξακολουθεί να χρειάζεται την φαρμακευτική αγωγή. Είναι πιο εύκολο ο γιατρός να μειώσει την δόση, παρακολουθώντας ταυτοχρόνως μήπως παρουσιαστούν ενδείξεις υποτροπής. Οι συνιστώμενες δόσεις αντικαταθλιπτικών στα παιδιά είναι συνήθως πολύ χαμηλές (Τσιάντης, και Μανωλόπουλος, 1989).

ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πρόκειται για μία αποτελεσματική και εξαιρετικά ασφαλή θεραπεία. Επιπλέον, τα θεραπευτικά αποτελέσματα της εμφανίζονται πολύ γρήγορα. Είναι αποτελεσματική τόσο για την μονοπολική όσο και την διπολική κατάθλιψη. Η ηλεκτροθεραπεία διαρκεί μέχρι να υποχωρήσουν τα συμπτώματα. Συνήθως, αυτό επιτυγχάνεται με 8-10 συνεδρίες, που εφαρμόζονται 3 φορές εβδομαδιαίως (Αλεβίζος, 1998). Η ηλεκτροθεραπεία ωστόσο, πολύ σπάνια εφαρμόζεται σε έφηβους. Ακόμα, οι έφηβοι, που κάνουν ηλεκτροσπασμοθεραπεία, πρέπει να πάσχουν από πολύ σοβαρή κατάθλιψη, η οποία δεν θεραπεύτηκε με άλλες μεθόδους (Harrington, 2001).

ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Έχει καταδειχτεί ότι τόσο η μονοπολική όσο και η διπολική κατάθλιψη σχετίζονται με το θετικό οικογενειακό περιβάλλον. Περίπου το 10% - 20% των γονέων και των αδελφών των καταθλιπτικών ατόμων (με μονοπολική και διπολική κατάθλιψη) υποφέρουν από την ίδια διαταραχή (Kalat, μτφ. Καστελλάκης, Χρηστίδης, 2003). Μελέτες που έχουν εκπονηθεί στην Ευρώπη, και αφορούν γονείς με κατάθλιψη, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά αυτών κινδυνεύουν πολλαπλά (4 έως 6 φορές περισσότερο) να εμφανίσουν συναισθηματικές δυσκολίες (Μπίμπου- Νάκου, 2004). Επιπρόσθετα, η έρευνα του Beardslee και των συνεργατών του (1993) (παραπομπή από Κάκουρο, και Μανιαδάκη, 2005) έδειξε ότι τα παιδιά των γονέων με κάποια διαταραχή διάθεσης έχουν δύο έως τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη, σε σχέση με τα παιδιά γονέων χωρίς ψυχική διαταραχή. Η ύπαρξη συγγενών πρώτου βαθμού με κατάθλιψη, προκαλεί αύξηση της συχνότητας των καταθλιπτικών διαταραχών στα παιδιά (Τσιάντης, και Μανωλόπουλος, 1989).

Εννέα μελέτες έχουν αναδείξει την στενή σχέση της γονικής με την παιδική συναισθηματική διαταραχή. Μάλιστα, η πιθανότητα εμφάνισης της μείζονος κατάθλιψης σε αυτά τα παιδιά κυμαίνεται από 9%- 47%. Ακόμα, τα βρέφη των καταθλιπτικών μητέρων παρουσιάζουν εξαπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης, ενώ αυξάνονται οι πιθανότητες αν και οι δύο γονείς παρουσιάζουν την συγκεκριμένη διαταραχή. Σύμφωνα με την έρευνα του Weissman και των συνεργατών του (1987) (παραπομπή από Brooks-Gunn, Petersen, & Compas, 1995), τα παιδιά που εμφάνισαν κατάθλιψη πριν την ηλικία των 20 ετών είναι πιο πιθανό να έχουν οικογενειακά μέλη με κατάθλιψη, σε σχέση με τα παιδιά εκείνα στα οποία το πρώτο τους καταθλιπτικό επεισόδιο συνέβη μετά τα 20 τους έτη. Επίσης, η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή παρουσιάζεται με τριπλάσιες έως και τετραπλάσιες πιθανότητες σε παιδιά με γονείς με μονοπολική διαταραχή, σε σχέση με τα παιδιά εκείνα που έχουν γονείς με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (Brooks-Gunn, Petersen, & Compas, 1995). Ακόμα, πρόσφατα δεδομένα υποστηρίζουν ότι η γενετική

προδιάθεση ευθύνεται για την συνύπαρξη της κατάθλιψης με την αντικοινωνική συμπεριφορά (Kendall, 2000).

Η γενετική συμβολή στις διπολικές διαταραχές είναι αδιαμφισβήτητη. Αυτό διαβεβαιώνεται από μελέτες υιοθετημένων παιδιών. Συγκεκριμένα, οι βιολογικοί γονείς των υιοθετημένων παιδιών με διπολική διαταραχή είχαν περισσότερες διαταραχές διάθεσης σε σχέση με τους θετούς γονείς. Σε αντίθεση με τις διπολικές διαταραχές, η γενετική συμμετοχή στις μονοπολικές διαταραχές φαίνεται να είναι μικρότερη (Loo & Loo, μτφ. Κόλλια, 2000).

Επιπρόσθετα, μελέτες σε υιοθετημένα παιδιά που εμφανίζουν κατάθλιψη φανερώνουν ότι τα παιδιά αυτά έχουν, κατά μέσο όρο, περισσότερους βιολογικούς συγγενείς με κατάθλιψη από ότι θετούς (Kalat, μτφ. Καστελλάκης, Χρηστίδης, 2003).

Από μελέτες διδύμων έχει φανεί ότι οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι έχουν τετραπλάσιες έως και πενταπλάσιες πιθανότητες να εκδηλώσουν μείζονα κατάθλιψη, εάν ο ένας έχει εκδηλώσει την διαταραχή, σε σύγκριση με τους διζυγωτικούς διδύμους (Brooks-Gunn, Petersen, & Compas, 1995).

Έχει αναφερθεί ότι υπάρχουν διάφορα γονίδια, τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης με διάφορους τρόπους. Πολλά άτομα έχουν αυτά τα γονίδια, χωρίς να εκδηλώνουν κατάθλιψη ενώ άλλα άτομα χωρίς γενετική προδιάθεση εμφανίζουν την διαταραχή (Kalat, μτφ. Καστελλάκης, Χρηστίδης, 2003). Πιο συγκεκριμένα, το χρωμόσωμα Χ και το χρωμόσωμα 11 έχουν κατηγορηθεί για την μετάδοση της διπολικής διαταραχής, (Loo & Loo, μτφ. Κόλλια, 2000).

Σύμφωνα με τον Kendler (1995) (παραπομπή από Κάκουρο, και Μανιαδάκη, 2005) αυτό που κληρονομείται γενετικά είναι μία προδιάθεση στο άγχος και την κατάθλιψη. Τέλος, για να εκδηλωθεί η κατάθλιψη πρέπει να προϋπάρχουν και περιβαλλοντικές αγχογόνες καταστάσεις (Κάκουρος, και Μανιαδάκη, 2005).

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Η υπερδραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος- υπόφυση-επινεφρίδια στα παιδιά με κατάθλιψη φαίνεται να προκαλεί την αύξηση της κορτιζόλης στο πλάσμα ή στα ούρα. Ελάχιστες μελέτες έχουν γίνει σχετικά με την συγκέντρωση της κορτιζόλης

στους έφηβους με κατάθλιψη. Ωστόσο, ο Dahl και οι συνεργάτες του (1993) βρήκαν ότι μερικοί καταθλιπτικοί έφηβοι παρουσιάζουν σημαντική αύξηση της κορτιζόλης, μόνο όμως κατά την έλευση του ύπνου τους (Kutcher, & Sokolov, 1995). Το τεστ καταστολής της δεξαμεθαζόνης χρησιμοποιείται για την ανίχνευση της κορτιζόλης. Ωστόσο, δεν είναι αρκετά εξειδικευμένο διότι επηρεάζεται από εξωγενείς παράγοντες όπως είναι η απώλεια βάρους (Τσιάντης, και Μανωλόπουλος, 1989).

ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Σύμφωνα με τις ψυχοδυναμικές θεωρίες, η φανταστική ή η πραγματική απώλεια ενός σημαντικού, αγαπημένου «αντικειμένου» βρίσκεται στο επίκεντρο της καταθλιπτικής διαταραχής. Ο όρος «αντικείμενο» αναφέρεται στα άτομα που ήταν σημαντικά στα πρώτα στάδια της ζωής του παιδιού, συνήθως οι γονείς και πιο ειδικά η μητέρα. Η φανταστική απώλεια μπορεί να αναφέρεται στην απώλεια ενός αφηρημένου ιδεώδους ή ενός ιδανικού. Αντίθετα, η πραγματική απώλεια αναφέρεται συνήθως σε θάνατο, χωρισμό, ή και απόρριψη. Η απώλεια (φανταστική ή πραγματική) στην παιδική ηλικία θεωρείται ότι λειτουργεί ως «προδιάθεση» ή ως παράγοντας ευαλωτότητας, που μπορεί να οδηγήσει το μελλοντικό ενήλικα στην κατάθλιψη, εάν εκείνος αντιμετωπίσει, στην πορεία, μία σημαντική απώλεια ή απογοήτευση (Κλεφτάρας, 1998).

Εκπρόσωποι της ψυχοδυναμικής θεωρίας:

Abraham: Ήταν το πρώτο μέλος της ψυχαναλυτικής σχολής, το οποίο εστίασε την προσοχή του στον όρο «κατάθλιψη». Ακόμα, προσδιόρισε δύο μορφές κατάθλιψης, την νευρωτική κατάθλιψη και την μανιακή-καταθλιπτική ψύχωση (James, 1992). Ο Abraham υποστήριξε ότι τα άτομα που είναι ευάλωτα στην κατάθλιψη ή την μελαγχολία βιώνουν μία έντονη αμφιθυμία προς στους σημαντικούς «Άλλους». Η αμφιθυμία, σύμφωνα με τον εν λόγω ψυχαναλυτή έγκειται στις προβληματικές σχέσεις αντικειμένου κατά την παιδική ηλικία (Κλεφτάρας, 1998).

Τα άτομα αυτά ακόμα, αντιμετωπίζουν τον κόσμο με «μνησίκακη διάθεση». Αυτή η «μνησίκακη διάθεση», ή σαδιστικές τάσεις αποτελούν την πηγή των καταθλιπτικών τους συναισθημάτων. Έχοντας αυτές τις τάσεις, το παιδί δεν μπορεί να αγαπήσει τους άλλους, τους μισεί, και όλα αυτά του προκαλούν ένα αίσθημα ενοχής. Επιπλέον, οι σαδιστικές τάσεις στρέφονται ενάντια στο άτομο με αποτέλεσμα να διακατέχεται από συναισθήματα αυτό-υποτίμησης και αυτό-κατηγορίας (Loo & Loo, μτφ. Κόλλια, 2000).

M. Klein: Η κατάθλιψη σύμφωνα με την M. Klein, είναι ένα είδος αναβίωσης αμφιθυμικών συναισθημάτων στην «καταθλιπτική θέση». Η «καταθλιπτική θέση» αντιστοιχεί στην ηλικία των 5-6 μηνών, κατά την οποία το βρέφος αναγνωρίζει το αντικείμενο ως όλο και δημιουργεί μαζί του σχέσεις. Σε αυτή την θέση, το βρέφος έχει ανάγκη το «αντικείμενο» και δεν μπορεί να αντέξει την απώλεια του (Χατήρα, 2004). Πριν την «καταθλιπτική θέση», το βρέφος δεν αντιλαμβανόταν το χέρι και το μαστό ως μέρη της ίδιας οντότητας, της μητέρας. Αργότερα όμως, κατά την καταθλιπτική θέση, το βρέφος αντιλαμβάνεται ότι το χέρι και ο μαστός είναι μέρη του ίδιου προσώπου, και αναπτύσσει αμφιθυμικά συναισθήματα. Αγαπά δηλαδή, τον μαστό που τον ταΐζει, ενώ μισεί το χέρι που τον απομακρύνει. Με αυτό τον τρόπο, το βρέφος εμφανίζει κατάθλιψη (Loo & Loo, μτφ. Κόλλια, 2000).

Η M. Klein υποστήριξε ότι η προδιάθεση για κατάθλιψη δεν οφείλεται στα πρώιμα τραυματικά γεγονότα, αλλά κυρίως στην ποιότητα της σχέσης μητέρας-βρέφους κατά τον πρώτο χρόνο ζωής. Αν η σχέση μητέρας- βρέφους καλλιεργεί αρνητικά συναισθήματα στο παιδί, τότε το τελευταίο θα είναι πάντα επιρρεπές σε καταθλιπτικά επεισόδια (Κλεφτάρας, 1998).

Spitz: Οι πρώιμες συναισθηματικές ελλείψεις αποτελούν βασικό παράγοντα στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Ο Spitz ακόμα, εισήγαγε τον όρο της «ανακλιτικής κατάθλιψης». Τα βρέφη των μόλις 6 μηνών δηλαδή, παρουσιάζουν συμπεριφορικές αλλαγές μετά τον αποχωρισμό από την μητέρα τους. Έτσι, τα βρέφη αυτά διαμαρτύρονται, κλαίγοντας και φωνάζοντας. Στην συνέχεια, περνούν στην φάση της αδιαφορίας και της γενικότερης απόσυρσης. Εάν η σχέση μητέρας- βρέφους δεν αποκατασταθεί, είναι πολύ πιθανό το βρέφος να αντιμετωπίσει καταθλιπτικές φάσεις και στην ενήλικη ζωή του (Loo & Loo, μτφ. Κόλλια, 2000).

Bowlby: Υπογράμμισε την σπουδαιότητα των πρώτων εμπειριών προσκόλλησης του παιδιού. Επιπλέον, αυτές τις εμπειρίες της συνέδεσε με την ανάπτυξη της καταθλιπτικής προδιάθεσης στην ενήλικη ζωή του παιδιού. Τα βρέφη σύμφωνα με τον παραπάνω θεωρητικό, έχουν μία έμφυτη τάση να προσκολλώνται σε σημαντικά αντικείμενα, με σκοπό την προστασία και την φροντίδα. Συμπεριφορές όπως το κλάμα, το χαμόγελο, το πιπίλισμα, και το τονικό αντανακλαστικό σύλληψης (grasping reflex) εκδηλώνονται από το βρέφος για να εξασφαλίσουν την προσκόλληση με τους ενήλικες και ιδίως με την μητέρα. Εάν η φιγούρα προσκόλλησης απομακρυνθεί από το βρέφος είτε εξαιτίας χωρισμού, είτε ελλείψει συναισθηματικής ανταπόκρισης, τότε τα παιδιά αυτά θεωρούνται ευάλωτα στην εμφάνιση κατάθλιψης. Ακόμα, η ανάπτυξη μη υγιών και ανίσχυρων δεσμών προσκόλλησης κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής, θεωρείται εφαλτήριο ψυχικών διαταραχών (Κλεφτάρας, 1998). Πιο συγκεκριμένα, ο Bowlby (παραπομπή από Κλεφτάρα, 1998) υποστήριζε ότι η κατάθλιψη στους ενήλικες συνδέεται με την αποτυχία δημιουργίας ισχυρών και ασφαλών δεσμών προσκόλλησης με τους γονείς κατά την πρώτη παιδική ηλικία.

ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Παλαιότερα, οι ψυχοδυναμικοί υποστηρικτές ενστερνίζονταν ότι τα παιδιά δεν μπορούν να εμφανίσουν καταθλιπτικά συναισθήματα, και κατ' επέκταση κατάθλιψη, καθώς οι δομές του «ΕΓΩ» και του «ΥΠΕΡΕΓΩ» δεν είναι τελειοποιημένες σε αυτό το ηλικιακό στάδιο. Παρόλα αυτά, οι πιο σύγχρονοι ψυχοδυναμικοί θεραπευτές αποδέχονται την ύπαρξη της κατάθλιψης και σε αυτές τις ηλικίες. Μάλιστα, έχουν τροποποιήσει τις θεραπευτικές τεχνικές τους ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες αυτής της ηλικίας. Η παιγνιοθεραπεία, το ψυχόδραμα και η θεραπεία μέσω της τέχνης αποτελούν ψυχοδυναμικές μεθόδους που απευθύνονται σε παιδιά (Health, Vella, & Miezitis, 1992). Πιο συγκεκριμένα, το παιδί κατά την παιγνιοθεραπεία, χρησιμοποιεί παιχνίδια, κούκλες και σχέδια με σκοπό την αναγνώριση, τον προσδιορισμό και την λεκτική έκφραση των συναισθημάτων του. Συνδυάζοντας την ομιλία και το παιχνίδι, το παιδί έχει την δυνατότητα να εκφράσει τις εσωτερικές του συγκρούσεις, τα συναισθήματα, και την

συμπεριφορά του. Σε όλη αυτή την διαδικασία, ο θεραπευτής παρατηρεί τον τρόπο με τον οποίο το παιδί χρησιμοποιεί τα προσφερόμενα υλικά, ενώ παράλληλα ορίζει θεματικές ενότητες, ώστε να εντοπίσει το ουσιαστικό πρόβλημα του παιδιού (Digdon, & Gotlib, 1985). Εν τω μεταξύ, σύμφωνα με τον Blumberg (1981) (παραπομπή από Digdon, & Gotlib, 1985) η παραδοσιακή ψυχανάλυση δεν συνιστάται σε παιδιά μικρότερα από 6 χρόνων.

Η υποστηρικτική θεραπεία, επιπρόσθετα, στηρίζεται σε ψυχοδυναμικές ή σε διαπροσωπικές θεραπείες, οι οποίες εφαρμόζονται και σε νεανικούς πληθυσμούς με κατάθλιψη. Στόχος αυτής της θεραπείας είναι να εκπαιδεύσει τα παιδιά με κατάθλιψη ώστε να χρησιμοποιούν τις δεξιότητες και τις τεχνικές αντιμετώπισης προβλήματος με πιο αποτελεσματικό τρόπο (Kovacs, & Bastiaens, 1995).

Ο βασικός στόχος της ψυχαναλυτικής θεραπείας έγκειται στην ανάσυρση των ασυνείδητων σκέψεων του παιδιού, και στην επίλυση των εσωτερικών συγκρούσεων του. Ακόμα, η αντίληψη από την πλευρά του παιδιού των ασυνείδητων κινήτρων και συναισθημάτων του είναι ένα καθοριστικό βήμα για την διαδικασία της εν λόγω θεραπείας (James, 1992). Σύμφωνα με τον Malmquist (1977) (παραπομπή από Digdon, & Gotlib, 1985) στη ψυχοδυναμική θεραπεία θα πρέπει να εντάσσονται και οι γονείς των παιδιών. Καθώς η κατάθλιψη των παιδιών ενδέχεται να αντανακλά τις γονικές διαθέσεις, και συμπεριφορές. Τέλος, ο θεραπευτής έχει την δυνατότητα να τροποποιεί την θεραπεία λαμβάνοντας υπόψη του την ηλικία του θεραπευόμενου. Έτσι, εάν ο θεραπευόμενος είναι παιδί, η θεραπεία θα πρέπει να έχει ως επίκεντρο το περιβάλλον, στο οποίο το παιδί βιώνει την κατάθλιψη. Εάν όμως, ο θεραπευόμενος είναι ένα μεγαλύτερο παιδί ή ένας έφηβος, θα δοθεί έμφαση τόσο στο άτομο όσο και στο περιβάλλον του (Digdon, & Gotlib, 1985).

ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Οι γνωστικές θεωρίες επικεντρώνονται στις αρνητικές και τις δυσλειτουργικές αντιλήψεις και στον τρόπο με τον οποίο αυτές προκαλούν την εμφάνιση της κατάθλιψης (Κάκουρος, και Μανιαδάκη, 2005). Σύμφωνα με τις γνωστικές θεωρίες, τα άτομα πιθανόν εμφανίζουν κατάθλιψη εξαιτίας του λανθασμένου τρόπου ερμηνείας, και αξιολόγησης των γεγονότων που τους συμβαίνουν. Ακόμα, και ο Επίκουρος, πολλά χρόνια πριν, είχε εκφράσει την εξής θέση: «Δεν είναι τα πράγματα που ταράττουν τους ανθρώπους, αλλά οι ιδέες των ανθρώπων για τα πράγματα» (Παπακώστας, 1998).

Ο Beck (1963) και ο Seligman (1975) (παραπομπή από Hammen, 1997) έβαλαν τις βάσεις των γνωστικών θεωριών της κατάθλιψης. Η θεωρία του Beck περιλαμβάνει τρεις βασικές έννοιες, την «γνωστική τριάδα», τα αρνητικά γνωστικά σχήματα, και την λανθασμένη πρόσληψη- επεξεργασία πληροφοριών. Αρχικά, η «γνωστική τριάδα», αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο το καταθλιπτικό άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον. Ο καταθλιπτικός θεωρεί τον εαυτό του ανεπαρκή, ανάξιο, και ελλειμματικό. Ακόμα, έχει την τάση να αποδίδει τις δυσάρεστες εμπειρίες, που βιώνει, στις αδυναμίες και στα μειονεκτήματα του. Όσον αφορά τον κόσμο, ένας καταθλιπτικός αντιλαμβάνεται τον κόσμο μίζερο, με ανυπέρβλητα εμπόδια για την πραγματοποίηση των φιλοδοξιών του. Επιπλέον, ο κόσμος μοιάζει άδικος, με υπερβολικές απαιτήσεις προς αυτόν. Το τρίτο μέρος της γνωστικής τριάδας, το μέλλον, φαντάζει δυσοίωνο, χωρίς ελπίδα. Ο καταθλιπτικός βλέπει το μέλλον του γεμάτο δυσκολίες, στερήσεις και ματαιώσεις. Οι παραπάνω αρνητικές αντιλήψεις του καταθλιπτικού ατόμου ονομάζονται, σύμφωνα με τον Beck «αυτόματες σκέψεις» καθώς προκύπτουν αυθόρμητα, και ακούσια (Κλεφτάρας, 1998, Hammen, 1997).

Τα γνωστικά σχήματα, εν συνεχεία, αποτελούν ίσως την πιο σημαντική έννοια της θεωρίας του Beck. Τα γνωστικά σχήματα αποτελούν μία σταθερή δομή, η οποία χρησιμοποιείται με σκοπό την επιλογή, την κωδικοποίηση και την αξιολόγηση των ερεθισμάτων. Στα πλαίσια όμως της κατάθλιψης, τα γνωστικά σχήματα επηρεάζουν με αρνητικό και απαισιόδοξο τρόπο τις παραπάνω διαδικασίες, με αποτέλεσμα το

άτομο να βιώνει καταθλιπτικά συναισθήματα. Τα αρνητικά σχήματα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προδιάθεση της κατάθλιψης, καθώς επηρεάζουν την οργάνωση και την αντίληψη των εμπειριών του ατόμου. Επιπλέον, ο Beck, ισχυρίστηκε ότι οι καταθλιπτικές συμπεριφορές είναι η απόρροια των λανθασμένων και ακατάλληλων γνωστικών σχημάτων (Κλεφτάρας, 1998).

Επιπρόσθετα, η σκέψη των καταθλιπτικών ατόμων χαρακτηρίζεται από γνωστικές διαστρεβλώσεις, λόγω της λανθασμένης πρόσληψης και επεξεργασίας των πληροφοριών. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι τα καταθλιπτικά άτομα ερμηνεύουν συστηματικά τις καταστάσεις με αρνητικό τρόπο, ακόμα και όταν οι πιο εύλογες ερμηνείες είναι προσιτές. Ο Beck και οι συνεργάτες του έχουν διατυπώσει κάποιες σημαντικές γνωστικές διαστρεβλώσεις, που χαρακτηρίζουν τους καταθλιπτικούς. Τα «αυθαίρετα συμπεράσματα» για παράδειγμα, αναφέρονται στην εξαγωγή αρνητικών, και αυθαίρετων συμπερασμάτων, με ανεπαρκή ή ανύπαρκτα στοιχεία. Η «επιλεκτική αφαίρεση» αποτελεί μία επιπλέον γνωστική διαστρέβλωση. Το καταθλιπτικό άτομο, συγκεκριμένα, προσέχει τις αρνητικές λεπτομέρειες, αγνοώντας άλλα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά της κατάστασης. Συνακόλουθα, μπορεί να θεωρήσει ένα γεγονός ολοκληρωτικά αρνητικό, επειδή εστίασε την προσοχή του μόνο στην αρνητική πλευρά αυτού. Κατά την «προσωποποίηση» το άτομο έχει την τάση να αποδίδει τα εξωτερικά αρνητικά γεγονότα στον εαυτό του, ακόμα και όταν τα στοιχεία αποδεικνύουν το αντίθετο. Η «γνωστική τριάδα», τα αρνητικά γνωστικά σχήματα , και η λανθασμένη πρόσληψη- επεξεργασία πληροφοριών αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και συμβάλλουν στην εξαγωγή συμπερασμάτων, που διαιωνίζουν την κατάθλιψη (Loo & Loo, μτφ. Κόλλια, 2000, James, 1992).

Οι έρευνες που έχουν εκπονηθεί σχετικά με τα γνωστικά ελλείμματα και την παιδική κατάθλιψη είναι ελάχιστες. Ωστόσο, ο Leitenberg και οι συνεργάτες του (1986) (παραπομπή από Κάκουρο, και Μανιαδάκη, 2005) διαπίστωσαν ότι τα καταθλιπτικά παιδιά κάνουν περισσότερα γνωστικά λάθη, όπως υπεργενίκευση, επιλεκτική προσοχή, και προσωποποίηση, σε σχέση με τους συνομιλήκους τους. Ομοίως, και γνωστικές διαστρεβλώσεις έχουν επισημανθεί στα παιδιά. Μάλιστα, όσο πιο σοβαρή είναι η μορφή της κατάθλιψης, τόσο περισσότερες γνωστικές διαστρεβλώσεις παρατηρούνται σε αυτά (James, 1992). Ακόμα, έχει επιβεβαιωθεί η αρνητική αυτοεικόνα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και οι αρνητικές αυτόματες σκέψεις στα παιδιά με την εν λόγω διαταραχή (Κάκουρος, και Μανιαδάκη, 2005). Μία πρόσφατη έρευνα αποκάλυψε ότι τα παιδιά παρουσιάζουν καταθλιπτικά γνωστικά

προφίλ όμοια με αυτά των καταθλιπτικών ενηλίκων (James, 1992). Ακόμα, η έρευνα του Jaenicke και των συναδέλφων του (1987) αποκάλυψε ότι τα παιδιά τα οποία βρίσκονταν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης, επειδή είχαν μητέρες με κατάθλιψη φάνηκαν να έχουν περισσότερη αρνητική αυτοαντίληψη, λιγότερο θετικά γνωστικά σχήματα, και περισσότερες αρνητικές συμπεριφορές σε σχέση με παιδιά τα οποία είχαν ψυχολογικά υγιείς μητέρες (Jaenicke, Hammen, Zupan, Hiroto, Gordon, Adrian, & Burge, 1987). Μία άλλη έρευνα έδειξε ότι τα καταθλιπτικά παιδιά κάνουν πιο αυστηρή αυτοκριτική σε σύγκριση με τα μη καταθλιπτικά παιδιά της ηλικίας τους. Η Garber και οι συνάδελφοι της (1991) (παραπομπή από Kendall, 2000) μελέτησαν την λανθασμένη επεξεργασία των πληροφοριών στα καταθλιπτικά παιδιά. Τα μη καταθλιπτικά παιδιά φάνηκαν να μπορούν να βρουν τρόπους αντιμετώπισης μίας αρνητικής συναισθηματικής εμπειρίας που βιώνουν, σε αντίθεση με τα καταθλιπτικά παιδιά που προτιμούσαν παθητικές στρατηγικές, όπως την αποφυγή (Kendall, 2000).

Η θεωρία του Seligman (1975) είναι γνωστή ως « Θεωρία της Μαθημένης Ανικανότητας», η οποία υπέστη κάποιες αλλαγές στο πέρασμα των χρόνων. Έτσι, αυτή αναδιατυπώθηκε από τους Abramson, Seligman, Teasdale (1978) και ορίστηκε ως «Απόδοση Αιτιών και Μαθημένη Ανικανότητα». Για ακόμα μία φορά, οι Abramson, Metalsky και Alloy (1989) αναδιατύπωσαν, και συμπλήρωσαν την θεωρία, η οποία ονομάστηκε «Θεωρία Έλλειψης Ελπίδας ή Απελπισίας». Η αρχική θεωρία του Seligman (1975) βασίστηκε στον συλλογισμό ότι η παθητικότητα του ατόμου και η αίσθηση ότι δεν είναι ικανό να ελέγξει τις δυσάρεστες καταστάσεις, του προκαλούν καταθλιπτικά συναισθήματα. Ισχυρίστηκε, δηλαδή ότι η παθητικότητα και η αίσθηση της έλλειψης του ελέγχου είναι υπεύθυνες για την εμφάνιση της κατάθλιψης, και μάλιστα αυτές δημιουργούνται μετά από δυσάρεστες και τραυματικές εμπειρίες (Κλεφτάρας, 1998). Οι τραυματικές εμπειρίες όπως για παράδειγμα ο θάνατος ενός γονέα, η απόρριψη από τους συνομηλίκους, και η κακοποίηση, μπορούν να κάνουν το παιδί να πιστέψει ότι δεν έχει τον έλεγχο της κατάστασης και έτσι να υιοθετήσει την «μαθημένη ανικανότητα» (James, 1992). Η κατάθλιψη, σύμφωνα με τα παραπάνω, είναι το αποτέλεσμα της μαθημένης ανικανότητας, η οποία προέρχεται από την έκθεση του ατόμου σε υπερβολικά στρεσογόνες και αναπόφευκτες καταστάσεις. Έτσι, λοιπόν τα καταθλιπτικά άτομα, στα πλαίσια της μαθημένης ανικανότητας, παραμένουν παθητικά, όταν αντιμετωπίζουν στρεσογόνες καταστάσεις. Οι στρεσογόνες καταστάσεις σύμφωνα με

τον Seligman μαθαίνουν στο άτομο ότι δεν ασκεί τον έλεγχο σε αυτές, το αποθαρρύνουν να εφαρμόσει τις κατάλληλες αντιδράσεις, και με αυτό τον τρόπο οδηγείται στην κατάθλιψη (Teti, & Gelfand, 1997). Στην αναθεώρηση της θεωρίας από τους Abramson, Seligman, Teasdale (1978) η έμφαση δόθηκε στην απόδοση αιτιών. Τα άτομα με καταθλιπτικό προφίλ απόδοσης αιτιών, τείνουν να αποδίδουν την επιτυχία σε εξωτερικούς, ασταθείς, και συγκεκριμένους παράγοντες ενώ την αποτυχία σε εσωτερικούς, σταθερούς και σφαιρικούς παράγοντες (Heath, Vella, & Miezitis, 1992). Όταν δηλαδή συμβαίνει κάτι κακό, το άτομο με το καταθλιπτικό προφίλ θεωρεί ότι είναι υπεύθυνο (εσωτερικά αίτια), ότι η αιτία που προκάλεσε το κακό θα είναι πάντα παρούσα (σταθερά αίτια) και ότι η αιτία αυτή θα επηρεάσει και άλλες καταστάσεις στο μέλλον (σφαιρικά αίτια). Ακόμα σύμφωνα με τον Abramson και τους συνεργάτες του (1989) (παραπομπή από Κάκουρο, και Μανιαδάκη, 2005) η αλληλεπίδραση του καταθλιπτικού προφίλ με διάφορα αρνητικά γεγονότα ενδέχεται να οδηγήσει το άτομο σε μία κατάσταση, με κυρίαρχο συναίσθημα την έλλειψη ελπίδας, η οποία οδηγεί σε περαιτέρω κατάθλιψη.

Τα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την ορθότητα αυτού του μοντέλου στα παιδιά και στους εφήβους είναι αντιφατικά. Συγκεκριμένα σε έρευνες του Abramson και των συνεργατών του (1987) και του˙ Gotlib και των συνεργατών του (1993) έχει διαπιστωθεί συνάφεια στο καταθλιπτικό προφίλ, την έλλειψη ελπίδας, και την παιδική κατάθλιψη ενώ σύμφωνα με τις έρευνες του Hammen και των συνεργατών του (1988) και των˙ Robins & Hinkley (1989) η συνάφεια αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική (παραπομπές από Κάκουρο, και Μανιαδάκη, 2005). Ωστόσο, ο Hughes (1988) (παραπομπή από Heath, Vella, & Miezitis, 1992) παρατήρησε ότι τα καταθλιπτικά παιδιά παρουσιάζουν καταθλιπτικό προφίλ απόδοσης αιτιών, αποδίδοντας δηλαδή, την αποτυχία σε εσωτερικούς, σταθερούς και σφαιρικούς παράγοντες, όπως ακριβώς κάνουν και οι ενήλικες.

Τέλος, ένα άλλο γνωστικό μοντέλο της κατάθλιψης είναι η «θεωρία του αυτοελέγχου» του Rehm (1977). Σύμφωνα με αυτή την θεωρία, τα καταθλιπτικά άτομα παρουσιάζουν ελλείμματα στην αυτορύθμιση, δηλαδή, στην αυτοπαρατήρηση, την αυτοαξιολόγηση, και την αυτοενίσχυση. Έτσι, τα καταθλιπτικά άτομα παρατηρούν επιλεκτικά τα αρνητικά γεγονότα, παραβλέποντας τα θετικά, και θέτουν ανέφικτους στόχους, χωρίς να μπορούν να τους ικανοποιήσουν. Ακόμα, αξιολογούν τον εαυτό τους αρνητικά, είτε απαξιώνοντας τις επιτυχίες τους είτε αποδίδοντας τες στην τύχη. Τέλος, όταν επιτύχουν κάποιο στόχο, δεν επιβραβεύουν τον εαυτό τους

ενώ όταν αποτύχουν, παρουσιάζονται υπερβολικά αυστηροί με τον εαυτό τους (Hammen, 1997).

Οι Kaslow, Rehm, και Siegel (1984) βρήκαν ότι τα παιδιά με ήπια κατάθλιψη έκαναν περισσότερες αρνητικές αυτοαξιολογήσεις. Ακόμα, είχαν χαμηλότερες προσδοκίες επίδοσης, και έθεταν πιο αυστηρά κριτήρια. Αργότερα, οι Kaslow, Rehm, Pollack, και Siegel (1988) (παραπομπές από Gotlib, & Hammen, 1992) παρατήρησαν ότι τα παιδιά με κλινική κατάθλιψη είχαν σημαντικά περισσότερες αρνητικές αντιλήψεις αυτοελέγχου σε σχέση με τα φυσιολογικά παιδιά. Ωστόσο, αξίζει να αναφέρουμε και το αντιφατικό εύρημα των Cole και Rehm (1986), οι οποίοι βρήκαν ότι τα καταθλιπτικά παιδιά δεν επιβραβεύουν λιγότερο ή τιμωρούν περισσότερο τους εαυτούς τους σε σχέση με τα μη καταθλιπτικά παιδιά (Gotlib, & Hammen, 1992).

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ BECK

Ο Beck ισχυρίστηκε ότι η θεραπευτική προσέγγιση του είναι ενεργητική, άμεση, χρονικά περιορισμένη, και δομημένη (Miezitis, 1992). Το πρώτο στάδιο στην παραπάνω θεραπεία, είναι η αξιολόγηση των αρνητικών αντιλήψεων. Πρόκειται για μία διαδικασία που περιλαμβάνει εξωτερίκευση των σκέψεων από την πλευρά του θεραπευόμενου. Στο δεύτερο στάδιο, ο θεραπευτής ενθαρρύνει τον θεραπευόμενο να απεικονίσει τις αρνητικές του σκέψεις, και έπειτα να τις αντικαταστήσει με πιο θετικές. Το τελευταίο στάδιο, έχει στόχο την απόκτηση του αυτοελέγχου των σκέψεων του. Το μεγαλύτερο πρόβλημα στην εφαρμογή αυτής της προσέγγισης στα παιδιά, είναι ότι αυτά δεν είναι αποτελεσματικοί ομιλητές όταν αναφέρονται στα συναισθήματα, και στις σκέψεις τους (Digdon, & Gotlib, 1985). Σύμφωνα με τον Hobbs και τους συνεργάτες του (1980) (παραπομπή από Digdon, & Gotlib, 1985) η γνωστική θεραπεία στα παιδιά ίσως αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα.

Η ΘΕΡΑΠΈΙΑ ΤΟΥ SELIGMAN

Η θεραπευτική παρέμβαση του Seligman για τα παιδιά που βιώνουν κατάθλιψη, βασίζεται στην επανεκπαίδευση τους όσον αφορά την απόδοση αιτιών.

Τα καταθλιπτικά παιδιά, δηλαδή συνηθίζουν να αποδίδουν την αποτυχία σε εσωτερικές αιτίες (στις μειωμένες ικανότητες τους) ενώ την επιτυχία σε εξωτερικές αιτίες (τύχη, μοίρα). Έτσι, με αυτή την θεραπεία, τα παιδιά μαθαίνουν να αποδίδουν τις αποτυχίες τους στην έλλειψη προσπάθειας, και όχι στην έλλειψη ικανοτήτων. Η τεχνική αυτή φαίνεται να είναι πολύ αποτελεσματική στα παιδιά, καθώς η συμπεριφοράς τους αλλάζει και βελτιώνεται (Heath, Vella, & Miezitis, 1992).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΥ

Η θεραπεία του αυτοελέγχου αποτελεί μία προσέγγιση δομημένη, χρονικά περιορισμένη, και απευθυνόμενη σε ομάδες. Οι συνεδρίες χωρίζονται σε τρία μέρη, όπου κάθε μέρος επικεντρώνεται σε ένα έλλειμμα του καταθλιπτικού ατόμου (αυτοπαρατήρηση, αυτοαξιολόγηση, αυτοενίσχυση). Όσον αφορά την αυτοπαρατήρηση, ζητείται από τον θεραπευόμενο να καταγράφει καθημερινά τις θετικές εμπειρίες και τις επακόλουθες διαθέσεις του. Ακόμα, του ζητείται να δώσει επανατροφοδότηση στην εμπειρία-διάθεση. Στην αυτοαξιολόγηση, το άτομο μαθαίνει να βάζει συγκεκριμένους, και εφικτούς στόχους. Οι μεγαλύτεροι στόχοι κατηγοριοποιούνται σε υποομάδες, καθώς οι τελευταίοι είναι πιο υλοποιήσιμοι. Τέλος, αναφορικά με την αυτοενίσχυση, ο θεραπευόμενος μαθαίνει πως να αυτοενισχύεται, όταν ολοκληρώνει έναν στόχο. Οι θεραπευόμενοι ενθαρρύνονται να συνεχίζουν τις δεξιότητες αυτοελέγχου, και μετά το πέρας της θεραπείας (Gotlib, & Hammen, 1992).

Εν κατακλείδι, οι γνωστικές θεραπείες στοχεύουν στην αλλαγή των λανθασμένων, και των διαστρεβλωμένων αντιλήψεων του ατόμου. Επιπλέον, επικεντρώνονται στον προσδιορισμό και στην διόρθωση των αρνητικών γνωστικών σχημάτων του. Ακόμα, ο θεραπευόμενος καταφέρνει να υιοθετήσει μία πιο ρεαλιστική εκτίμηση όσο αφορά τις εμπειρίες , το μέλλον, και τον εαυτό του και μαθαίνει να χρησιμοποιεί ένα πιο ευέλικτο ρεπερτόριο για την επίλυση των προβλημάτων του (Kovacs,& Bastiaens, 1995).

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΤΗΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1. *Αίσθηση του χιούμορ*: Το χιούμορ μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακόμα και στους καταθλιπτικούς θεραπευόμενους, για να τους βοηθήσει να καταλάβουν το παράλογο της σκέψης τους. Από την μία, επιτρέπει στον θεραπευτή να εκφράσει τις απόψεις του, και από την άλλη, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να υποστηρίξει τον θεραπευόμενο του. Ταυτόχρονα, μπορεί να εξασφαλίσει μία προοπτική στην ροή της συνεδρίας. Τέλος, αυτή η τεχνική θα πρέπει να χρησιμοποιείται επιδέξια, για να μην νιώσει ο θεραπευόμενος ότι έχει πέσει "θύμα" χλευασμού από τον ίδιο του τον θεραπευτή.

2. *Παράδοξα:* Ο πελάτης ενθαρρύνεται από τον θεραπευτή να συμπεριφερθεί με παράδοξο τρόπο, λαμβάνοντας υπόψη του, τους προς επίτευξη στόχους της θεραπείας. Για παράδειγμα, ο καταθλιπτικός, παροτρύνεται να συμπεριφερθεί όσο πιο αισιόδοξα μπορεί. Μία παραλλαγή της παραπάνω προσέγγισης, είναι να δοθεί η δυνατότητα στον θεραπευόμενο να εκδηλώσει τα καταθλιπτικά συναισθήματα του, αλλά μόνο για μικρές χρονικές περιόδους.

3. *Οι ερωτήσεις "Γιατί":* Στις περισσότερες σχολές ψυχοθεραπείας, αποθαρρύνονται αυτές οι ερωτήσεις. Ωστόσο, μπορεί να αποβούν ιδιαίτερα αποτελεσματικές σε θεραπευόμενους με χαμηλή αυτοπεποίθηση, και κατάθλιψη.

4. *Διάσπαση της σκέψης:* Ο θεραπευόμενος, "απαλλάσσεται" από τις προβληματικές σκέψεις του, οι οποίες του δημιουργούν τις συναισθηματικές δυσκολίες. Ο στόχος του θεραπευόμενου, σε αυτή την τεχνική, είναι να επικεντρωθεί σε άλλες σκέψεις, πιο χαρούμενες, που μπορεί να τις ανασύρει από την μνήμη του, με σκοπό την ανατροπή της υπάρχουσας καταθλιπτικής διάθεσης (Wilde, 1996).

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Οι υποστηρικτές της συμπεριφοριστικής θεωρίας, ισχυρίζονται ότι η κατάθλιψη είναι η απόρροια της αλλαγής του προγράμματος ενίσχυσης, που το παιδί είχε μάθει να δέχεται. Η αλλαγή του προγράμματος ενίσχυσης ίσως συνεπάγεται με την ξαφνική μείωση της θετικής ενίσχυσης, ή /και με την αύξηση της τιμωρίας. Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω αλλαγές, το παιδί υιοθετεί ένα καινούργιο, και λιγότερο ευχάριστο μοντέλο συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα να οδηγείται στην κατάθλιψη (Heath, Vella, & Miezitis, 1992). Ο Costello (1981) (παραπομπή από Heath, Vella, & Miezitis, 1992) ωστόσο, θεώρησε ότι η καταθλιπτική διάθεση του παιδιού δεν προκύπτει από την έλλειψη της ενίσχυσης αλλά από την μειωμένη αποτελεσματικότητα αυτής.

Ο Lewinsohn (1974), (παραπομπή από Heath, Vella, & Miezitis, 1992) επιπρόσθετα, ισχυρίστηκε ότι η κατάθλιψη οφείλεται στην ανικανότητα του ατόμου να συμπεριφέρεται με συγκεκριμένους τρόπους, ώστε να δέχεται θετική ενίσχυση. Έτσι, οι παλιές συμπεριφορές που επιβραβεύονταν, πια δεν ενισχύονται. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, την εξάλειψη της υγιούς συμπεριφοράς του, και την αντικατάσταση αυτής με άλλη, η οποία διακρίνεται από καταθλιπτικά στοιχεία, όπως διαταραχή ύπνου/ πρόσληψης τροφής, δυσφορική διάθεση, και παθητικότητα (Heath, Vella, & Miezitis, 1992).

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Οι Lewinsohn, Biglan, και Zeiss (1976) (παραπομπή από Kovacs, Bastiaens, 1995) ανέπτυξαν μία θεραπευτική προσέγγιση βασισμένη στην εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων. Σύμφωνα, με τους παραπάνω, το άτομο εκδηλώνει κατάθλιψη λόγω της μειωμένης ενίσχυσης που δέχεται. Η μειωμένη ενίσχυση επιπρόσθετα, υποδηλώνει ένα συνδυασμό φτωχών κοινωνικών δεξιοτήτων από την πλευρά του ατόμου, και ελάχιστων ενισχυτών από την πλευρά του περιβάλλοντος του. Έτσι, η θεραπεία του Lewinsohn αποτελείται από την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, καθώς και την

χρήση στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων. Ακόμα, θεωρείται ωφέλιμη η συμμετοχή του παιδιού σε ευχάριστες δραστηριότητες (Kovacs, Bastiaens, 1995).

Οι Lewinsohn, Clarke, Hops, και ο Andrews (1990) (παραπομπή από Cottrell, 2003) εφάρμοσαν και αξιολόγησαν την θεραπεία τους σε έφηβους, οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια της καταθλιπτικής διαταραχής. Η θεραπεία ολοκληρώθηκε στις 14 συνεδρίες, των δύο ωρών. Καταρχήν, η θεραπεία συμπεριλάμβανε δεξιότητες με σκοπό την αύξηση των ευχάριστων δραστηριοτήτων, τον έλεγχο των καταθλιπτικών σκέψεων, την βελτίωση των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, και την επίλυση προβλήματος (Cottrell, 2003). Η θεραπεία αποδείχτηκε, με βάση τις αυτοαξιολογήσεις και τα διαγνωστικά κριτήρια, αποτελεσματική, καθώς τα καταθλιπτικά συμπτώματα μειώθηκαν στους έφηβους (Kendall, 2000). Επιπλέον, αυτή η θεραπεία φάνηκε να μπορεί χρησιμοποιηθεί και ως προληπτικό πρόγραμμα για έφηβους που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο εκδήλωσης καταθλιπτικών επεισοδίων (Gotlib, & Hammen, 1992).

Ο Jacobson (1929) (παραπομπή από Kovacs, Bastiaens, 1995) ανέπτυξε την τεχνική της προοδευτικής χαλάρωσης των μυών. Η εκμάθηση χαλάρωσης, αποτελεί μία άλλη συμπεριφοριστική θεραπεία, που εφαρμόζεται και σε νέους με κατάθλιψη. Αυτή η τεχνική βασίζεται στην σύνδεση της κατάθλιψης με το άγχος (Kovacs, Bastiaens, 1995).

Ελάχιστες έρευνες έχουν εκπονηθεί, αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της συμπεριφοριστικής θεραπείας στα καταθλιπτικά παιδιά. Με βάση την μετανάλυση του Weisz και των συνεργατών του (1995) (παραπομπή από Spielmans, Pasek, & McFall, 2007) οι συμπεριφοριστικές θεραπείες αποδείχτηκαν πιο αποτελεσματικές σε σχέση με τις μη συμπεριφορικές στα παιδιά. Ωστόσο, έχει αναφερθεί ότι η συμπεριφορική θεραπεία διευθετεί τα καταθλιπτικά συμπτώματα, χωρίς όμως να θεραπεύει την καθαυτή κατάθλιψη. Τέλος, υπάρχει δυσκολία στην εφαρμογή της στα παιδιά, καθώς, οι καταθλιπτικές συμπεριφορές των παιδιών, ανάλογα την ηλικία, διαφοροποιούνται, με αποτέλεσμα να μην είναι ξεκάθαρο, ποια συμπεριφορά είναι προβληματική και χρήζει θεραπείας (Heath, Vella, & Miezitis, 1992).

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1. *Ενίσχυση:* Η πιο αποτελεσματική τεχνική της συμπεριφορικής θεραπείας είναι η ενίσχυση (αμοιβές). Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, ενδείκνυνται οι γονείς να παρέχουν ενίσχυση στα παιδιά τους. Με αυτό τον τρόπο, εξασφαλίζεται η εμπλοκή των γονιών, καθώς και η ενημερότητα τους όσο αφορά τα επιτεύγματα και την πρόοδο της θεραπείας των παιδιών τους.

2. *Λαστιχένια ζώνη*: Οι θεραπευόμενοι φορούν μία λαστιχένια ζώνη στους καρπούς τους. Κάθε φορά που αντιλαμβάνονται ότι κάνουν απαισιόδοξες σκέψεις, σφίγγουν την λαστιχένια ζώνη. Το σφίξιμο της ζώνης, λειτουργεί ως υπενθύμιση για την άμεση αντικατάσταση των παράλογων σκέψεων τους με λογικές. Το αρνητικό αυτής της τεχνικής είναι, ότι ο θεραπευόμενος, μπορεί να την θεωρήσει λανθασμένα ως τιμωρία.

3. *Διάλυση του φαύλου κύκλου*: Οι καταθλιπτικοί θεραπευόμενοι έχουν την τάση να ενδίδουν στην θλίψη. Ξεκινούν, αρχικά, να νιώθουν θλίψη και έπειτα, χάνονται στα συναισθήματα της απόγνωσης. Έτσι, η κατάθλιψη παίρνει την μορφή φαύλου κύκλου. Ο θεραπευτής λοιπόν, βοηθάει το θεραπευόμενο να φτιάξει ένα πλάνο, που θα σταματά την επανεμφάνιση της κατάθλιψης. Για παράδειγμα, σε έναν αθλητικό τύπο, προτείνεται η βόλτα ή το τρέξιμο, καθώς με την φυσική άσκηση απελευθερώνονται ενδορφίνες, ορμόνες που ευθύνονται για την ψυχική ανάταση (Wilde, 1996).

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Σύμφωνα με αυτές τις θεωρίες, η κατάθλιψη συσχετίζεται με τα αρνητικά γεγονότα ζωής. Η Kovacs (1997) (παραπομπή από Κάκουρο, και Μανιαδάκη, 2005) ισχυρίστηκε ότι το διαζύγιο, ο θάνατος κάποιου γονέα, οι κακές συνθήκες ζωής, κάποιο σοβαρό ατύχημα, ή ακόμα η αλλαγή γειτονιάς και του σχολείου αποτελούν ενδεχομένως, εφαλτήρια για την εμφάνιση της καταθλιπτικής διαταραχής στα παιδιά. Ακόμα, ο Rutter (1987) (παραπομπή από Spence, Najman, Bor, O'Callaghan, & Williams, 2002) επεσήμανε ότι όσο πιο πολλά αρνητικά γεγονότα βιώνει το άτομο, τόσο μεγαλύτερος είναι ο αντίκτυπος αυτών.

Σε δείγμα κλινικά καταθλιπτικών παιδιών, η Kovacs και οι συνάδελφοι της (1984α) (παραπομπή από Gotlib, & Hammen, 1992) παρατήρησαν, ότι αυτά τα παιδιά είχαν βιώσει κάποιες τραυματικές εμπειρίες, όπως την «διάλυση» του σπιτιού, τα κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα, και την απρόσιτη συμπεριφορά των γονιών τους.

Σύμφωνα με μία πρόσφατη έρευνα, άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες από τους προαναφερόμενους, συνδέθηκαν με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε παιδιά πέντε ετών. Οι αλλαγές των συντρόφων της μητέρας, τα προβλήματα υγείας της μητέρας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης της, η υγεία του παιδιού μετά τους 6 πρώτους μήνες, το άγχος της μητέρας, η ικανοποίηση της από την ανάπτυξη του παιδιού της, καθώς και η συμπεριφορά της προς το παιδί, φάνηκαν να αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση της κατάθλιψης στα παιδιά. Ωστόσο, η έρευνα αυτή, έδειξε ότι το κοινωνικό υπόβαθρο, οι δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις, καθώς και η ελλιπής επικοινωνία έχουν περιορισμένη επίδραση στην εμφάνιση της παιδικής κατάθλιψης (Najman, Hallam, Bor, O'Callaghan, Williams, & Shuttlewood, 2005).

Άλλος ένας περιβαλλοντικός παράγοντας, που έχει αναφερθεί σε έρευνες είναι τα οικονομικά προβλήματα της οικογένειας. Το χαμηλό εισόδημα της οικογένειας φαίνεται να επιδρά στην εμφάνιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά, με άμεσο και έμμεσο τρόπο. Ο άμεσος τρόπος περιλαμβάνει, την αποτυχία κάλυψης βασικών αναγκών (ρούχα, φαγητό) ενώ ο έμμεσος αναφέρεται, στην έκθεση τους σε

στρεσογόνες καταστάσεις (ανεργία, βία) καθώς και σε οικογενειακά χαρακτηριστικά (αυξημένα επίπεδα άγχους). Ο οικονομικός κίνδυνος , ωστόσο, συνδέθηκε με την παιδική κατάθλιψη, μόνο όταν τα παιδιά έχουν αναπτύξει ανασφαλή δεσμό με την μητέρα τους. Δηλαδή, η ανάπτυξη ενός ασφαλούς δεσμού, λειτουργεί σαν «ασπίδα προστασίας» στην ανάπτυξη της κατάθλιψης, παρά τις οικονομικές δυσχέρειες της οικογένειας (Graham, & Easterbrooks, 2000).

Εν συνεχεία, σύμφωνα με τον Bowlby (1980) (παραπομπή από Goodyer, 1995) η πρώιμη απώλεια του γονέα κάνει το παιδί πιο ευάλωτο στην κατάθλιψη, για την μετέπειτα ενήλικη ζωή του, καθώς όταν έρθει αντιμέτωπο με επόμενα αρνητικά γεγονότα, συμπεριφέρεται με χαμηλή αυτό-εικόνα και αυτό-αποτελεσματικότητα.

Πολλές έρευνες έχουν αποδείξει ότι και η κακοποίηση στην παιδική ηλικία (σωματική και σεξουαλική) συνδέεται με την μελλοντική εμφάνιση της κατάθλιψης (Malhotra, & Das, 2007). Η κακοποίηση και η παραμέληση, αυξάνουν την ευαισθησία του παιδιού στα αρνητικά γεγονότα, με αποτέλεσμα να πληθαίνουν οι πιθανότητες για την εκδήλωση κατάθλιψης (Harkness, Lumley, & Truss, 2008). Μάλιστα τα κακοποιημένα παιδιά με κατάθλιψη, τείνουν να αναφέρουν υψηλά ποσοστά χρόνιου πόνου (Sachs-Ericsson, Kendall-Tackett, & Hernandez, 2007). Επιπλέον, οι Andrews, Valentine, και Valentine (1994) (παραπομπή από Hammen, 1997) συμπέραναν ότι η κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία έχει συνδεθεί με την εμφάνιση χρόνιας και επαναλαμβανόμενης κατάθλιψης.

Οι Kashani, Holcomb, & Orvaschel (1986) (παραπομπή από Gotlib, & Hammen, 1992) έδειξαν ότι τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας με καταθλιπτικά συμπτώματα, είχαν περισσότερα πρόσφατα αρνητικά γεγονότα βιώσει από τα μη καταθλιπτικά. Ο Garrison και οι συνεργάτες του (1990) και ο Siegel & Brown (1988) (παραπομπή από Gotlib, & Hammen, 1992) βρήκαν τα ίδια αποτελέσματα με την παραπάνω έρευνα να ισχύουν για τους εφήβους.

Τέλος, σύμφωνα με την έρευνα των Spence και των συνεργατών του (2002) φάνηκε ότι ο χωρισμός, το διαζύγιο, η φτώχεια, το άγχος και η κατάθλιψη της μητέρας παίζουν ένα μικρό αλλά σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης στους έφηβους (Spence, Najman, Bor, O'Callaghan, & Williams, 2002).

Σύμφωνα με τις νεότερες περιβαλλοντικές θεωρίες, όπως τις θεωρίες «diathesis- stress», η κατάθλιψη θεωρείται το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο άγχος, που επιβάλλουν οι εξωτερικές συνθήκες και στον βαθμό

ευαισθησίας και αντοχής του ατόμου. Συνακόλουθα λοιπόν, όταν το άτομο εκτεθεί σε αγχογόνες καταστάσεις που ξεπερνούν το επίπεδο αντοχής του στο άγχος, γίνεται επιρρεπές στην εμφάνιση της κατάθλιψης (Κάκουρος, και Μανιαδάκη, 2005). Ακόμα, οι θεωρίες «diathesis- stress» υποστηρίζουν, ότι η έναρξη της κατάθλιψης στην παιδική ηλικία, φανερώνει την ύπαρξη γενετικής μεταβίβασης. Βέβαια, θεωρείται ότι και το άγχος εμπλέκεται στην εκδήλωση της παιδικής κατάθλιψης. Επιπλέον, αυτές οι θεωρίες ισχυρίζονται ότι η γενετική, και η βιολογική προδιάθεση αλληλεπιδρά τόσο με την «ευπάθεια» της οικογένειας, όσο και με τις προσωπικές γνωστικές διαστρεβλώσεις του ατόμου (Kendall, 2000).

Σύμφωνα με τους Gotlib & Meltzer (1987) και τους Gotlib & Robinson (1982) (παραπομπή από Hooley, & Gotlib, 2000) τα καταθλιπτικά άτομα όχι μόνο βιώνουν αρνητικά γεγονότα αλλά συμπεριφέρονται με τρόπο που τα προκαλούν, επηρεάζοντας και τα κοντινά τους άτομα (π.χ τους/ τις συζύγους). Είναι πολύ δύσκολο, για τα καταθλιπτικά άτομα να ξεφύγουν από τα αρνητικές πτυχές μιας κατάστασης, για αυτό τον λόγο έχουν περισσότερες αρνητικές αναμνήσεις από ότι θετικές (Hooley, & Gotlib, 2000).

Τα ελάχιστα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την ορθότητα των θεωριών «diathesis- stress», στα παιδιά και στους εφήβους είναι θετικά (Κάκουρος, και Μανιαδάκη, 2005). Στα πλαίσια του άγχους, έχει αποδειχτεί ότι τα έφηβα κορίτσια εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα επεισοδιακού διαπροσωπικού άγχους σε σχέση με τα αγόρια που εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα χρόνιου άγχους. Σύμφωνα με τους Brown & Harris (1978) (παραπομπή από Shih, Eberhart, Hammen, & Brennan, 2006) το επεισοδιακό άγχος φαίνεται να εμπλέκεται στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Ίσως, για αυτό τον λόγο, τα κορίτσια εμφανίζουν συχνότερα κατάθλιψη σε σχέση με τα αγόρια της ίδιας ηλικίας (Shih, Eberhart, Hammen, & Brennan, 2006).

ΘΕΩΡΙΕΣ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

Η κατάθλιψη, σύμφωνα με τις διαπροσωπικές θεωρίες, αποτελεί μία αντίδραση στις δυσκολίες που βιώνει το άτομο στην αλληλεπίδραση του με το κοινωνικό περιβάλλον, ιδιαίτερα στα πλαίσια της οικογένειας, ενώ, ταυτόχρονα, η

καταθλιπτική συμπεριφορά συμβάλλει στη παγίωση και στην επιδείνωση των δυσκολιών αυτών (Κάκουρος, και Μανιαδάκη, 2005).

Οι διαπροσωπικές θεωρίες δίνουν μεγάλη σημασία στον δεσμό, και ιδιαίτερα στον ανασφαλή δεσμό, που αναπτύσσει το παιδί. Ο ανασφαλής δεσμός αναπτύσσεται όταν τα βρέφη αλληλεπιδρούν με μητέρες που χαρακτηρίζονται κυρίως από συναισθηματική ψυχρότητα, και έλλειψη σταθερότητας. Έτσι, λοιπόν, η συστηματική αποτυχία της μητέρας να ικανοποιήσει τις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού της, οδηγεί στην ανάπτυξη ανασφαλούς δεσμού. Εν συνεχεία, ο ανασφαλής δεσμός αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση παιδικής κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, η μητρική κατάθλιψη, σε συνδυασμό με τον ανασφαλή δεσμό, συμβάλλουν στην ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων στο παιδί. Μάλιστα, οι Cicchetti & Toth (1998) (παραπομπή από Graham, & Easterbrooks, 2000) παρατήρησαν ότι τα παιδιά των καταθλιπτικών μητέρων είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν ανασφαλή δεσμό.

Μελέτες σε καταθλιπτικούς ενήλικες, και σε παιδιά καταθλιπτικών γονιών, καθώς και σε καταθλιπτικά παιδιά έχουν αποδείξει, ότι αλληλεπιδράσεις στην οικογένεια τους, χαρακτηρίζονταν από υψηλά επίπεδα διενέξεων, προβλημάτων επικοινωνίας, κακοποίησης, απόρριψης, και ελλιπούς υποστήριξης (Malhotra, & Das, 2007). Και οι έρευνες του Hammen (1991) (παραπομπή από Kendall, 2000) σε καταθλιπτικά παιδιά πιστοποίησαν, ότι αυτά βίωναν εχθρότητα, τσακωμούς, συζυγικές διενέξεις, και αρνητικές αλληλεπιδράσεις παιδιού-γονέα. Επιπλέον, οι γονείς που θεωρούνται επικριτικοί, παρεμβατικοί, υπερπροστατευτικοί, ή απορριπτικοί, αποτελούν αρνητικό παράγοντα για την εμφάνιση και την δυσμενή εξέλιξη της κατάθλιψης των παιδιών τους (Hammen, 1997).

Όσον αφορά τις καταθλιπτικές μητέρες, φαίνεται να δείχνουν λιγότερη κατανόηση στα λάθη των παιδιών τους, σε σχέση με τις μη καταθλιπτικές μητέρες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να είναι πιο καχύποπτες και υποψιασμένες προς τις συμπεριφορές των παιδιών τους, εν συγκρίσει με τις μη καταθλιπτικές. Ακόμα, οι καταθλιπτικές μητέρες έχουν παράλογες προσδοκίες από τα παιδιά τους, όσον αφορά τις κοινωνικές δεξιότητες, και την υπευθυνότητα τους. Έχοντας αυτές τις αρνητικές πεποιθήσεις, αντιδρούν με θυμό, και τιμωρίες και απαιτούν πειθαρχεία από αυτά (Teti, & Gelfand, 1997). Επιπλέον, είναι λιγότερο αυθόρμητες, και περισσότερο απόμακρες σε σχέση με άλλες μητέρες. Ακόμα, ανταποκρίνονται λιγότερο στις

ανάγκες των παιδιών τους, είναι πιο απρόβλεπτες, και λιγότερο τρυφερές σε σχέση με τις μη καταθλιπτικές μητέρες (Kershner, & Vella, 1992).

Τα παιδιά που έχουν καταθλιπτικές μητέρες βρίσκονται στην ομάδα αυξημένου κινδύνου για εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων και ψυχιατρικών διαταραχών. Ακόμα, η μητρική κατάθλιψη φαίνεται να έχει συνδεθεί σημαντικά με την ανάπτυξη της ίδιας διαταραχής στους εφήβους (Malhotra, & Das, 2007).

Επιπλέον, έχει αναφερθεί, ότι αυτά τα παιδιά χαρακτηρίζονται από συναισθηματική ψυχρότητα, αυξημένη εχθρότητα, λύπη, θυμό και δυσαρέσκεια. Η διάσπαση της προσοχής τους, οι μειωμένες γλωσσικές δεξιότητες τους, και η μειωμένη κοινωνικότητα τους, έχουν συνδεθεί με την κατάθλιψη των μητέρων τους (Kershner, & Vella, 1992). Ακόμα, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και θεωρούν τον εαυτό τους ανίκανο. Επιπροσθέτως, νιώθουν αναποτελεσματικά, έχουν χαμηλότερες προσδοκίες, και περισσότερες ενοχές σε σχέση με τα παιδιά των μη καταθλιπτικών μητέρων (Jennings, & Abrew, 2004). Τα παιδιά αυτά, επιπλέον, έχουν ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες τους, καθώς οι μητέρες τους δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν επιτυχώς στα ερεθίσματα τους (Tronic, & Weinberg, 1997). Τα ευρήματα της Field (1988) (παραπομπή από Tronic, & Weinberg, 1997) έδειξαν ότι τα παιδιά των καταθλιπτικών μητέρων είχαν πιο αρνητικές αλληλεπιδράσεις με έναν φιλικά διακείμενο ξένο συγκριτικά με τα παιδιά των μη καταθλιπτικών μητέρων.

Έτσι, λοιπόν, οι δυσλειτουργικές αλληλεπιδράσεις της καταθλιπτικής μητέρας με το παιδί της επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του τελευταίου, (Μπίμπου-Νάκου, 2004) κάνοντας το πιο ευάλωτο στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Μάλιστα, οι προβληματικές σχέσεις των καταθλιπτικών παιδιών δεν περιορίζονται στο οικογενειακό περιβάλλον τους αλλά αφορούν και το φιλικό τους περίγυρο. Τα καταθλιπτικά παιδιά είναι λιγότερο δημοφιλή, περισσότερο απομονωμένα, και έχουν ελάχιστους φίλους. Έτσι, περνούν τον περισσότερο χρόνο μόνα τους. Ακόμα, έχει παρατηρηθεί ότι οι αλληλεπιδράσεις τους με τους συμμαθητές τους είναι πιο αρνητικές εν συγκρίσει με τα μη καταθλιπτικά παιδιά (Kovacs, & Bastiaens, 1995).

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

• Έχει διαπιστωθεί, ότι τα παιδιά των μητέρων με κατάθλιψη, παρουσιάζουν ένα προβληματικό συμπεριφορικό, ψυχολογικό, και βιοχημικό προφίλ. Αυτό το προφίλ των παιδιών, τα κάνει πιο ευάλωτα στην εμφάνιση κατάθλιψης. Έτσι , η Tiffany Field (1995) θεώρησε ότι αυτά τα παιδιά λόγω του αυξημένου κινδύνου εμφάνισης παιδικής κατάθλιψης, είναι αναγκαίο να συμμετάσχουν σε κάποιο πρόγραμμα για την πρόληψη της κατάθλιψης. Η ίδια, λοιπόν, πρότεινε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που συμμετείχαν και οι μητέρες με μεταγεννητική κατάθλιψη και τα παιδιά τους. Αυτό το πρόγραμμα, παρείχε στα παιδιά μασάζ, καθώς και εκπαίδευση σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις τους με τις μητέρες. Αντίθετα, οι μητέρες συμμετείχαν σε θεραπείες χαλάρωσης, μουσικής και μασάζ. Ωστόσο, και αυτές εκπαιδεύτηκαν στις αλληλεπιδράσεις τους με τα παιδιά. Τα αποτελέσματα ήταν θετικά τόσο στις μητέρες όσο και στα παιδιά τους. Συγκεκριμένα, τα παιδιά που συμμετείχαν σε αυτό το πρόγραμμα φάνηκαν να έχουν πιο θετικές αλληλεπιδράσεις, καλύτερη ανάπτυξη, καθώς και μειωμένα επίπεδα άγχους. Το πρόγραμμα της Field, στοχεύει στην θεραπεία της καταθλιπτικής μητέρας αλλά και στην πρόληψη των παιδιών τους. Ωστόσο, η ίδια θεωρεί ότι χρειάζεται να εκπονηθούν επιπλέον έρευνες για το παραπάνω πρόγραμμα, για να δείξουν εάν η αποτελεσματικότητα, είναι βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη, τόσο στις μητέρες όσο και στα παιδιά τους (Field, 1997).

• Η Λογικο-Θυμική θεραπεία του Ellis υποστηρίζει, ότι η κατάθλιψη προκύπτει από τους παράλογους συλλογισμούς του ατόμου, σχετικά με τον εαυτό του και το περιβάλλον του (Heath, Vella, & Miezitis, 1992). Σύμφωνα με τον Kazdin (1989) (παραπομπή από Dujovne, Barnard, & Rapoff, 1995) και η παιδική κατάθλιψη συσχετίζεται με αυτές τις γνωστικές διαστρεβλώσεις. Η θεραπεία του Ellis, αποτελεί μία διδακτική προσέγγιση, η οποία εκπαιδεύει το παιδί στον λογικό τρόπο σκέψης. Ακόμα, στοχεύει την αλλαγή των παράλογων σκέψεων του, και την αντικατάσταση αυτών, με άλλες πιο λογικές. Έτσι, επιτυγχάνεται η γνωστική αναδόμηση του παιδιού (Dujovne, Barnard, & Rapoff, 1995). Μέσα από την λογική, την διδασκαλία, την συζήτηση, και την πειθώ, το παιδί-θεραπευόμενος,

αντιλαμβάνεται τους τρόπους με τους οποίους, οι παράλογες ιδέες τού δημιουργούν την κατάθλιψη (Μαλικιώση-Λοΐζου, 1999). Εν τω μεταξύ, ελάχιστες μελέτες έχουν γίνει σε καταθλιπτικά παιδιά, όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα της λογικο-θυμικής θεραπείας. Για αυτό τον λόγο, απαιτείται περισσότερη έρευνα ώστε να τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητα αυτής της προσέγγισης στα παιδιά και στους εφήβους με κατάθλιψη (Heath, Vella, & Miezitis, 1992). Ωστόσο, η μελέτη του Butler και των συνεργατών του (1980) (παραπομπή από Dujovne, Barnard, & Rapoff, 1995) σε παιδιά σχολικής ηλικίας που συμμετείχαν σε προγράμματα γνωστικής αναδόμησης, βρήκε ότι έμαθαν να αναγνωρίζουν τις παράλογες σκέψεις τους, υιοθέτησαν πιο λογικές εναλλακτικές σκέψεις, καθώς και αναγνώρισαν την σχέση της σκέψης με τα συναισθήματα.

• Η θεραπεία επίλυσης προβλήματος, διατυπώθηκε από τον Nezu και τους συνεργάτες του (1987). Ο Nezu ισχυρίστηκε ότι τα αρνητικά γεγονότα, και τα πρόσφατα προβλήματα, καθώς και ο τρόπος επίλυσης προβλήματος του ατόμου, αλληλεπιδρούν και συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Έτσι, σύμφωνα με τους Nezu, Nezu, και Perri (1989) (παραπομπή από Gotlib, & Hammen, 1992) η θεραπεία επίλυσης προβλήματος, βοηθάει το καταθλιπτικό άτομο να προσδιορίσει τις προηγούμενες και τις τωρινές συνθήκες ζωής, που ίσως προϋπάρχουν του καταθλιπτικού επεισοδίου. Έπειτα, οι θεραπευόμενοι προσπαθούν να περιορίσουν την αρνητική επίδραση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων τους στις προσπάθειες αντιμετώπισης ενός προβλήματος. Επιπλέον, μαθαίνουν πιο αποτελεσματικούς τρόπους επίλυσης προβλήματος. Τέλος, διδάσκονται γενικότερες δεξιότητες, καθιστώντας τον εαυτό τους πιο ικανό να αντιμετωπίσει τα μελλοντικά του προβλήματα. Έτσι, οι παραπάνω στόχοι συμβάλλουν και στην πρόληψη της μελλοντικής καταθλιπτικής αντίδρασης του θεραπευόμενου. Αυτή η θεραπευτική προσέγγιση φαίνεται να είναι αποτελεσματική για την θεραπεία της κατάθλιψης, σε ενήλικες και παιδιά (Gotlib & Hammen, 1992). Μάλιστα, οι Stark, Reynold, και ο Kaslow (1987) (παραπομπή από Kendall, 2000) συγκρίνανε τα αποτελέσματα ενός προγράμματος αυτοελέγχου, και της θεραπεία επίλυσης προβλήματος με την ομάδα ελέγχου. Τα παιδιά που είχαν λάβει μέρος στις δύο πρώτες θεραπείες, εμφάνισαν μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, έκαναν καλύτερη αυτοαξιολόγηση, και θεωρούσαν τα προβλήματα τους επιλύσιμα (Kendall, 2000).

• Η θεραπεία της ρύθμισης του συναισθήματος αποτελεί μία νέα θεραπευτική προσέγγισης της παιδικής, εφηβικής κατάθλιψης. Αυτή η θεραπεία ωστόσο, βρίσκεται ακόμα σε πιλοτική φάση. Η θεραπεία εφαρμόστηκε σε 20 παιδιά ηλικίας 7-12 χρόνων, με δυσθυμική διαταραχή. Είχε διάρκεια 10 μήνες και πραγματοποιήθηκαν 30 συνεδρίες. Σύμφωνα με την Kovacs και τους συνεργάτες της (2006), η θεραπεία αυτή επικεντρώνεται στην ρύθμιση της δυσφορίας που νιώθει το παιδί. Ο στόχος αυτής της θεραπείας έγκειται, στην απαλλαγή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων του παιδιού. Ακόμα, το παιδί εκπαιδεύεται ώστε να γίνει πιο ικανό στη ρύθμιση της δυσφορίας του. Επιπλέον, μαθαίνει να ανταποκρίνεται σε καταστάσεις, οι οποίες παλαιότερα το αποδιοργάνωναν. Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν ότι μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, το 53% των παιδιών είχε πλήρη απαλλαγή και το 13% μερική απαλλαγή της δυσθυμίας, ενώ η απαλλαγή από την μείζονα κατάθλιψη υπολογίστηκε στο 80%. Ακόμα, ο επανέλεγχος, μετά από 6 και 12 μήνες, έδειξε πλήρη απαλλαγή της δυσθυμίας στο 79% και στο 92% αντιστοίχως (Kovacs, Sherrill, Charles, Pollock, Tumuluru, & Ho, 2006).

• Η γνωστικο-συμπεριφοριστική θεραπεία, είναι σχετικά πρόσφατη, (Loo & Loo, μτφ. Κόλλια, 2000) και έχει επιτυχώς εφαρμοστεί σε ενήλικες και σε παιδιά με ήπια έως σοβαρή κατάθλιψη (Kendal, 2000). Το παιδί στα πλαίσια της θεραπείας, αναγνωρίζει και τροποποιεί τις γνωστικές του διαστρεβλώσεις (Washington, 2005). Ακόμα, το παιδί εκπαιδεύεται σε κοινωνικές δεξιότητες, με σκοπό να αλληλεπιδρά αποτελεσματικότερα με τον κοινωνικό του περίγυρο. Το παιδί, επιπρόσθετα, μαθαίνει να εντάσσει στην καθημερινότητα του περισσότερα θετικά γεγονότα. Επιπλέον, η θεραπεία επιδιώκει την αύξηση της ενεργητικότητας του, και την χρήση της αυτοενίσχυσης (Ball, Rice, & Thapar, 2000).

Η γνωστικο-συμπεριφοριστική θεραπεία, φαίνεται να παρουσιάζεται σε διάφορες εκφάνσεις. Ωστόσο, οι διάφορες μορφές της γνωστικο-συμπεριφοριστικής θεραπείας έχουν πολλά κοινά στοιχεία. Πρώτον, το παιδί/ έφηβος αποτελεί το επίκεντρο της θεραπείας , αν και πολλές φορές συμμετέχουν και οι γονείς σε αυτήν. Δεύτερον, ο θεραπευτής με το παιδί συνεργάζονται για την επίλυση των προβλημάτων του τελευταίου. Τρίτον, ο θεραπευόμενος μαθαίνει να ελέγχει και καταγράφει τις σκέψεις και τις συμπεριφορές του. Δίνεται έμφαση, δηλαδή, στην χρήση ημερολογίου και στην δουλειά στο σπίτι. Τέταρτον, η θεραπεία συνδυάζει διάφορες τεχνικές, συμπεριλαμβάνοντας συμπεριφοριστικές μεθόδους (π.χ. πρόγραμμα δραστηριοτήτων) και γνωστικές στρατηγικές (π.χ. γνωστική αναδόμηση).

Η γνωστικο-συμπεριφοριστική θεραπεία φάνηκε στατιστικά αποτελεσματικότερη από την ομάδα ελέγχου και από την ομάδα χαλάρωσης (Harrington, 2001). Ακόμα, ο συνδυασμός του Fluoxetine με την γνωστικο-συμπεροφοριστική θεραπεία φάνηκε πιο αποτελεσματικός από την θεραπεία μόνο με Fluoxetine και από την μονήρη γνωστικο-συμπεροφοριστική θεραπεία (Washington, 2005). Σύμφωνα με την έρευνα του Birmaher και των συνεργατών του (2000) η γνωστικο-συμπεριφοριστική θεραπεία, θεωρήθηκε καλύτερη από την οικογενειακή και την υποστηρικτική θεραπεία, υπογραμμίζοντας ωστόσο, ότι δεν έχει μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (Birmaher, Brent, Kolko, Baugher, Bridge, Holder, Iyengar, & Ulloa, 2000).

• Η οικογενειακή θεραπεία εφαρμόζεται περισσότερο σε εφήβους παρά σε παιδιά μικρότερης ηλικίας. Η θεραπεία αυτή βοηθάει την οικογένεια να αντικαταστήσει τις δυσλειτουργικές της σχέσεις, και έπειτα, να δημιουργήσει νέους διαύλους επικοινωνίας, και αλληλεπίδρασης. Ο έφηβος με κατάθλιψη όταν αναπτύξει την κατάλληλη επικοινωνία με τους γονείς του, και νιώσει εμπιστοσύνη, θα αναπτύξει υγιείς διαπροσωπικές δεξιότητες, οι οποίες τον βοηθούν να ξεπεράσει την συγκεκριμένη διαταραχή. Η οικογενειακή θεραπεία αντιλαμβάνεται την οικογένεια ως "όλο", χωρίς να επικεντρώνεται στο κάθε άτομο ξεχωριστά. Ο βασικός της στόχος, είναι η αποκατάσταση των δυσλειτουργικών σχέσεων της οικογένειας. Ακόμα, η οικογένεια εκπαιδεύεται σε μεθόδους υποστήριξης του καταθλιπτικού εφήβου. Πιο συγκεκριμένοι στόχοι της θεραπείας αποτελούν, η διακοπή του "συμπτωματικού κύκλου", η αποκατάσταση της ενδο-οικογενειακής σχέσης, η συμμαχία γονέων και εφήβων, και η εκπαίδευση. Η διακοπή του "συμπτωματικού κύκλου" επιτυγχάνεται με την αποκατάσταση των αρνητικών αλληλεπιδράσεων, τον περιορισμό των στρεσογόνων καταστάσεων, και την σύσφιξη των οικογενειακών σχέσεων. Ο δεύτερος στόχος, υλοποιείται με την αντικατάσταση του ανασφαλούς δεσμού του εφήβου με τον ασφαλή. Ο έφηβος που αποκτά ασφαλή δεσμό, νιώθει σιγουριά, βελτιώνει ακόμα και τις φιλικές του σχέσεις, και αποκτά περισσότερη αυτοπεποίθηση. Η συμμαχία του έφηβου με τους γονείς του, πραγματοποιείται σε ένα κλίμα, ανοιχτό και εμπιστευτικό. Σύμφωνα με τους Liddle & Schwartz, (2002) (παραπομπή από Kille, 2006) για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος πρέπει ο έφηβος να έχει ενεργή συμμετοχή στη θεραπεία. Επιπλέον, σύμφωνα με τους Freeman & Brown, (2001) (παραπομπή από Kille, 2006) ο θεραπευτής οφείλει να δείχνει κατανόηση στις αντιλήψεις του εφήβου σχετικά με τις σχέσεις του με τους γονείς του, αν και μπορεί να είναι ανακριβείς. Τέλος, η εκπαίδευση αφορά τους γονείς. Εκείνοι,

ενημερώνονται για τις φυσιολογικές αλλαγές του εφήβου, και εκπαιδεύονται ώστε να γίνουν πιο διορατικοί (Kille, 2006). Η οικογενειακή θεραπεία, φαίνεται να είναι πολύ αποτελεσματική όταν και οι ίδιοι οι γονείς παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα Ωστόσο, μία πιο συγκεκριμένη μορφή της οικογενειακής θεραπείας, η συστημική-συμπεριφοριστική οικογενειακή θεραπεία, φαίνεται να είναι πιο ωφέλιμη στα παιδιά παρά στους εφήβους με κατάθλιψη (Cottrell, 2003).

• Τέλος, κάποια προγράμματα παρέμβασης συνδέουν την κατάθλιψη με την χαμηλή αυτοεκτίμηση του παιδιού. Στόχος αυτών των προσεγγίσεων, είναι η βελτίωση της αυτοεκτίμησης, και η επίτευξη καλύτερων διαπροσωπικών σχέσεων, συνδυάζοντας μουσική και άσκηση (Lamarine, 1995).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η παιδική κατάθλιψη, δεν αποτελεί έναν μύθο. Πρόκειται για μία διαταραχή διάθεσης που συναντάται σε όλο και περισσότερα παιδιά και εφήβους. Μάλιστα, η κατάθλιψη επηρεάζει πολλές πτυχές της ανάπτυξης του παιδιού και του εφήβου (κυρίως τη διάθεση, την συμπεριφορά, τις αντιλήψεις, και τις σκέψεις). Για αυτό τον λόγο, οι γονείς οφείλουν να είναι αφυπνισμένοι, και διορατικοί με τις επίμονες αρνητικές αλλαγές των παιδιών τους. Ο ψυχολόγος από την άλλη πλευρά, οφείλει να διαγνώσει και να αξιολογήσει την κατάθλιψη του παιδιού. Η διάγνωση της κατάθλιψης ,ωστόσο, στα παιδιά είναι ένα δύσκολο επίτευγμα, λόγω της υψηλής συννοσηρότητας, και της δυσκολίας έκφρασης των συναισθημάτων των παιδιών αυτών. Η διάγνωση της κατάθλιψης στους εφήβους είναι πιο εύκολη διαδικασία, καθώς ο έφηβος μπορεί να εκφράσει λεκτικά την μελαγχολική του διάθεση. Ο ψυχολόγος, κατά την διαδικασία της αξιολόγησης, συλλέγει πληροφορίες, οι οποίες μπορούν να τον διευκολύνουν στην επιλογή της κατάλληλης θεραπείας (οικογενειακό ιστορικό, γνωστικό, νοητικό επίπεδο παιδιού, ιδιοσυγκρασιακά στοιχεία, κ.α.). Κάθε καταθλιπτική διαταραχή αποτελεί μία ξεχωριστή περίπτωση, καθώς άλλα ίσως είναι τα αίτια εμφάνισης της στο κάθε παιδί. Ο ψυχολόγος, ακόμα έχει την δυνατότητα να διαλέξει ανάμεσα σε πολλές θεραπείες. Μπορεί ακόμα να κάνει συνδυασμό κάποιων θεραπειών, για την επίτευξη καλύτερων, και μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων. Συμπερασματικά προκύπτει, ότι η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, είναι πολύ σημαντικές στην έκβαση της διαταραχής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abela, J., McGirr, A., & Skitch, S. A. (2007). Depressogenic inferential styles, negative events, and depressive symptoms in youth: An attempt to reconcile past inconsistent findings, *Behaviour Research and Therapy*, vol. 45, 10, pp. 2397-2406.
2. Aylward, G. P. (1985). Understanding and treatment of childhood depression, *Journal of Pediatrics*, vol. 107 ,1, pp.1-9.
3. Ball, C., Rice, F., & Thapar, A. (2000). Childhood depression. Symposium psychiatry, *Current paediatrics*, vol.10, pp. 259-263.
4. Bhatia, S., & Bhatia, S. (2007). Childhood and adolescent depression, *Canada's Leading Medical Journal*, vol. 75, 1, pp.1-13.
5. Birmaher, B., Brent, D., Kolko, D., Baugher, M., Bridge, J., Holder, D., Iyengar, S., & Ulloa, R. (2000). Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder, *Archives of General Psychiatry*, vol. 57, 1, pp.29-36.
6. Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., & Kaufman, J. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part II, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* vol. 35, 12, pp.1575-1583.
7. Brooks-Gunn, J., Petersen, A., & Compas, B. (1995). Physiological processes and the development of childhood and adolescent depression. In I. M. Goodyer, (Ed.), *The depressed child and adolescent: Developmental and clinical perspectives.* Cambridge University Press. Great Britain. pp. 81-109.
8. Carey, M. P., Faulstich, M. E., Gresham, F. M., Ruggier, L., & Enyart, P. (1987). Chidren's depression inventory: Construct and discriminant validity across clinical and nonreferred (control) populations, *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* vol. 55, 5, pp.755-761.

9. Carlson, G. A. (1998). Depression, pharmacotherapies. In J. L. Matson, (Ed.), *Handbook of treatment approaches in childhood psychopathology*. Plenum Press. New York.
10. Carlson, G. A. (2000). The challenge of diagnosis depression in childhood and adolescence, *Journal of Affective Disorders*, vol. 61, pp. 53-58.
11. Cheung, A. H., Emslie, G. J., & Mayes, T. L. (2006). The use of antidepressants to treat depression in children and adolescents, *Canada's Leading Medical Journal*, vol. 174, 2, pp.1-11.
12. Chorpita, B. F., Moffitt, C. E., & Gray, J. (2005). Psychometric properties of revised child anxiety and depression scale in a clinical sample, *Behaviour Research and Therapy,* vol. 43, 3, pp.309-322.
13. Cottrell, D. (2003). Outcomes studies of family therapy in child and adolescent depression*, Journal of Family Therapy*, vol. 25 , pp. 406-416.
14. Cytryn, L. (2003). Recognition of childhood depression. Personal reminiscences, *Journal of Affective Disorders*, vol. 77, pp.1-9.
15. Digdon, N., & Gotlib, I. H. (1985). Developmental considerations in the study of childhood depression, *Developmental Review*, 5, pp.162-199.
16. Dujovne, V. F., Barnard, M. U., & Rapoff, M. A. (1995). Clinical psychology pharmacological and cognitive-behavioral approaches in the treatment of childhood depression: A review and critique, *Clinical Psychology Review,* vol. 15, 7, pp. 589-611.
17. Field, T. (1997). The treatment of depressed mothers and their infants. In L., Murray & P. Cooper, (Ed.), *Postpartum depression and child development.* The Guilford press. New York.
18. Garland, E. J. (2004). Facing the evidence: antidepressant treatment in children and adolescents, *Canada's Leading Medical Journal,* vol. 170, 4, pp.1-6.
19. Goodyer, I. M. (1995). Life events and difficulties: Their nature and effects. In I. M. Goodyer, (Ed.), *The depressed child and adolescent: Developmental and clinical perspectives.* Cambridge University Press. Great Britain. pp. 171-193.
20. Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (1992). Psychological aspects of depression. Toward a cognitive – interpersonal integration. John Wiley & Sons. Chichester. pp. 36-65, 67-89, 113-229.

21. Graham, C. A., & Easterbrooks, M. A. (2000). School-aged children's vulnerability to depressive symptomatology: The role of attachment security, maternal depressive symptomatology, and economic risk, *Development and Psychopathology*, vol. 12, pp. 201-213.
22. Hammen, C. (1997). Depression. Psychology Press. U.K.
23. Harkness, K. L., Lumley, M. N., & Truss, A. E. (2008). Stress generation in adolescent depression: The moderating role of child abuse and neglect, *Journal of Abnormal Child Psychology,* vol. 36, pp. 421-432.
24. Harringhton, R. (2001). Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence, *British Medical Bulletin*, vol. 57, pp. 47-60.
25. Heath, N. L., Vella, D. D., Miezitis, S. (1992). Treatment approaches for depression in children and adolescents. In S. Miezitis, (Ed.), *Creating alternatives to depression in our schools. Assessment, Intervention, Prevention.* Hogrefe & Huber publishers. Seattle, pp.247-332.
26. Heiligenstein, E., Hoog, J., Wagner, S., Findling, D., McCracken, R., Nilsson, J., & Jacobson, M. (2004). Fluoxetine treatment for prevention of relapse of depression in children and adolescents: A double-blind, placebo-controlled study, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* vol. 43, 11, pp. 1397-1405.
27. Hooley, J. M., & Gotlib, I. H. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome, *Applied & Preventive Psychology*, vol.9, pp.135-151.
28. Jaenicke, C., Hammen, C., Zupan, B., Hiroto, O., Gordon, D., Adrian, C., & Burge, D. (1987). Cognitive vulnerability in children at risk for depression, *Journal of Abnormal Child Psychology,* vol. 15, 7, pp.559-572.
29. James, J. M. (1992). Depression in children and adolescents: An overview. In S. Miezitis, (Ed.), *Creating alternatives to depression in our schools. Assessment, Intervention, Prevention.* Hogrefe & Huber publishers. Seattle, pp.9-29.
30. Jennings K. D., & Abrew, A. J. (2004). Self-efficacy in 18-month-old toddlers of depressed and nondepressed mothers, *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 25, 2, pp.133-147.

31. Kalat, J. W. (2003). Βιολογική ψυχολογία, επιμέλεια και μετάφραση Α. Καστελλάκης & Δ. Χρηστίδης, (5η έκδοση), εκδόσεις "ΕΛΛΗΝ". Αθήνα.
32. Kendall, P. C. (2000). Childhood Disorders. Psychology Press. USA.
33. Kershner, J. G., & Vella, D. D. (1992). Children of depressed mothers: Family interaction and risk. In S. Miezitis, (Ed.), *Creating alternatives to depression in our schools. Assessment, Intervention, Prevention*. Hogrefe & Huber publishers. Seattle, pp.67-81.
34. Kille, T. (2006). Attachment-based family therapy with families of adolescents with depressive symptoms, *The Manitoba Journal of Child Welfare,* vol. 5, 1, pp.61-85.
35. Kolvin, I. (1995). Childhood depression: Clinical phenomenology and classification. In I. M. Goodyer, (Ed.), *The depressed child and adolescent: Developmental and clinical perspectives.* Cambridge University Press. Great Britain. pp. 111-125.
36. Kovacs, M., & Bastiaens, L. J. (1995). The psychotherapeutic management of major depressive and dysthymic disorders in childhood and adolescence: Issues and prospects. In I. M. Goodyer, (Ed.), *The depressed child and adolescent: Developmental and clinical perspectives.* Cambridge University Press. Great Britain. pp. 281-310.
37. Kovacs, M., Sherrill, J., Charles, J., Pollock, M., Tumuluru, R., & Ho, V. (2006). Contextual Emotion- Regulation therapy for childhood depression: Description and pilot testing of a new intervention, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent,* vol. 45, 8, pp.892-903.
38. Kutcher, S., & Sokolov, S. (1995). Adolescent depression: Neuroendocrine aspects. In I. M. Goodyer, (Ed.), *The depressed child and adolescent: Developmental and clinical perspectives.* Cambridge University Press. Great Britain. pp. 195-223.
39. Lahey, B. B., Rathouz, P. J., Hulle, C. V., Urbano, R. C., Krueger, R. F., Applegate, B., Garriock, H. A., Chapman, D. A., & Waldman, I. D. (2008). Testing structural models of DSM-IV symptoms of common forms of child and adolescent psychopathology, *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 36, pp.187-206.
40. Lamarine, R. (1995). Child and depression, *Journal of School Health,* vol.65, pp.390-394.

41. Loo, H., & Loo, P. (2000). Η κατάθλιψη. Ζ. Κόλλια (μετάφραση). Δαίδαλος. Αθήνα.
42. Malhotra, S., & Das, P. (2007). Understanding childhood depression, *Indian Journal Medical Education & Research,* vol. 125, pp. 115-128.
43. Miezitis, S., Butler, L. F., Friedman, R. J., & Roback, B. R. (1992). Validation of a self-report battery for assessing depression in children and adolescents. In S. Miezitis, (Ed.), *Creating alternatives to depression in our schools. Assessment, Intervention, Prevention.* Hogrefe & Huber publishers. Seattle, pp.107-115.
44. Mosse, H. L. (1975). The psychotherapeutic management of children with masked depressions. In S. Lesse, (Ed.), *Masked depression*. Jason Aronson. New York.
45. Najman, J. M., Hallam, D., Bor, W., O'Callaghan, M., Williams, G. M., & Shuttlewood, G. (2005). Predictors of depression in very young children: A prospective study, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 40 ,5, pp.367-374.
46. Parry- Jones, W. L. (1995). Historical aspects of mood and its disorders in young people. In I. M. Goodyer, (Ed.), *The depressed child and adolescent: Developmental and clinical perspectives.* Cambridge University Press. Great Britain. pp. 1-25.
47. Rapport, J. L., & Ismond, D. R. (1996). DSM-IV training guide for diagnosis. New York: Runner/ Mazel.
48. Remschmidt, H., & Schulz, E. (1995). Psychopharmacology of depressive states in childhood and adolescence. In I. M. Goodyer, (Ed.), *The depressed child and adolescent: Developmental and clinical perspectives.* Cambridge University Press. Great Britain. pp. 253-279.
49. Renouf, A. C., Kovacs, M., & Mukerji, P. (1997). Relationship of depressive, conduct, and comorbid disorders and social functioning in childhood, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* vol. 36, 7, pp. 998-1004.
50. Richardson, L. P., & Katzenellenbogen, R. (2005). Childhood and adolescent depression: The role of primary care providers in diagnosis and treatment, *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, vol. 35, pp. 6-24.

51. Sachs-Ericsson, N., Kendall-Tackett, K., & Hernandez, A. (2007). Childhood abuse, chronic pain, and depression in the National Comorbidity Survey, *Child Abuse & Neglect,* vol. 31, 5, pp.531-547.
52. Shih, J., Eberhart, N. K., Hammen, C. L., & Brennan, P. A. (2006).Differential exposure and reactivity to interpersonal stress predict sex differences in adolescent depression, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, vol.35, 1, pp.103-115.
53. Son, S. E., & Kirchner, J. T. (2000). Depression in children and adolescents, *American Family Physician,* vol. 62, 10, pp.1-13.
54. Spence, S., Najman, J., Bor, W., O'Callaghan, M., & Williams, G. (2002). Maternal anxiety and depression, poverty and marital relationship factors during early childhood as predictors of anxiety and depressive symptoms in adolescence, *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* vol. 43, 4, pp.457-469.
55. Spielmans, G., Pasek, L., & McFall, J. (2007). What are the active ingredients in cognitive and behavioural psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review, *Clinical Psychology Review*, vol. 27, 5, pp.642-654.
56. Teti, D., & Gelfand, D. (1997). Maternal cognitions as mediators of child outcomes in the context of postpartum depression. In L., Murray & P. Cooper, (Ed.), *Postpartum depression and child development*. The Guilford press. New York.
57. Tronic, E. Z., & Weinberg, M. K. (1997). Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. In L., Murray & P. Cooper, (Ed.), *Postpartum depression and child development.* The Guilford press. New York.
58. Vander, A., Sherman, J., Luciano, D., & Τσακόπουλος, Μ. (2001). Φυσιολογία του ανθρώπου, επιμέλεια και μετάφραση Μ. Τσακόπουλος & Ν. Γελαδάς, (8η έκδοση), ιατρικές εκδόσεις. Αθήνα.
59. Vella, D. D., Heath, N. L., & Miezitis, S. (1992). Depression in children and adolescents: Assessment issues. In S. Miezitis, (Ed.), *Creating alternatives to depression in our schools. Assessment, Intervention, Prevention.* Hogrefe & Huber publishers. Seattle, pp.95-105.

60. Washington. (2005). How effective is psychotherapy for depression in adolescents?, *Neuropsychiatry Reviews*, vol. 6 ,1, pp.1-6.
61. Wilde, J. (1996). Treating anger, anxiety, and depression in children and adolescents. Accelerated development. U.S.A.
62. Αλεβίζος, Β. (1998). Βιολογική θεραπεία της κατάθλιψης. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου, (Επιμ.), *Κατάθλιψη*. (2η έκδοση). Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα.
63. Δημητρίου, Ε. Χ. (1998). Συγκαλυμμένη κατάθλιψη. Στο Γ. Ν. Χριστοδούλου, (Επιμ.), *Κατάθλιψη*. (2η έκδοση). Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα.
64. Κάκουρος, Ε., και Μανιαδάκη, Κ. (2005). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση*. Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδάνος. Αθήνα.
65. Κλεφτάρας, Γ. (1998). *Η κατάθλιψη σήμερα: περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα*. Ελληνικά γράμματα. Αθήνα.
66. Κονταξάκης, Β. Π. (1998). Κατάθλιψη και αυτοκτονία. Στο Γ. Ν. Χριστοδούλου, (Επιμ.), *Κατάθλιψη*. (2η έκδοση). Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα. σελ.123-129.
67. Κούρος, Ι. (1996). Ψυχολογικά προβλήματα παιδιών και νέων. Στο Ι. Κούρος, (Επιμ.), *Ιατροψυχολογικά θέματα: εξελίξεις στην νευρολογία και ψυχιατρική ενηλίκου και παιδιού*. Ελληνικά γράμματα. Αθήνα.
68. Μαλικιώση – Λοΐζου, Μ. (1999). *Συμβουλευτική ψυχολογία*.(4η έκδοση). Ελληνικά γράμματα. Αθήνα.
69. Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Αναθεωρημένη Έκδοση. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
70. Μέλλον, Ρ. (1998). *Ψυχοδιαγνωστικές μέθοδοι*. Ελληνικά γράμματα. Αθήνα.
71. Μπίμπου-Νάκου, Ι. (2004). Γονική ψυχική διαταραχή και ψυχοκοινωνική υγεία παιδιών και εφήβων: Θεραπευτικά διλήμματα που αφορούν την κατανόηση της γονικής ψυχικής διαταραχής από τα παιδιά. Στο Μ. Ζαφειροπούλου, & Γ. Κλεφτάρας, (Επιμ.), *Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία του παιδιού*. Ελληνικά γράμματα. Αθήνα.
72. Παπακώστας, Ι. Γ. (1998). Γνωσιακή ψυχοθεραπεία της κατάθλιψης. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου, (Επιμ.), *Κατάθλιψη*. (2η έκδοση). Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα.
73. Πιάνος, Κ. Χ. (1998). *Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπιση τους*.(3η έκδοση). Εκδόσεις "ΕΛΛΗΝ". Αθήνα.

74. Τσιάντης, Γ. (2001). Επείγοντα παιδοψυχιατρικά θέματα στο νοσοκομείο. Στο Γ. Τσιάντης – Α. Ξυπολυτά – Ζαχαριάδη, (Επιμ.), *Ψυχοσωματικά προβλήματα των παιδιών*. Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα.
75. Τσιάντης, Γ. (2001). Κατάθλιψη και απόπειρες αυτοκτονίας σε παιδιά και εφήβους. Στο Γ. Τσιάντης, (Επιμ.), *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*. Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα. σελ.105-132.
76. Τσιάντης, Γ., και Μανωλόπουλος Σ. (1989). *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής*.(τόμος Γ'). Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα.
77. Χατήρα, Κ. (2004). Πανεπιστημιακές Σημειώσεις. *Θεωρίες προσωπικότητας*. Ρέθυμνο.
78. Χριστοδούλου, Γ. Ν. (1998). Κατάθλιψη: Δεδομένα και προβληματισμοί. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου, (Επιμ.), *Κατάθλιψη*. (2η έκδοση). Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα.