

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



**ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ
ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ: ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ –
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Της
ΦΡΑΓΚΟΥ ΒΕΝΕΤΙΑΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΟΥΡΚΟΥΤΑΣ ΗΛΙΑΣ
ΣΥΝΕΠΟΠΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΧΑΤΗΡΑ ΚΑΛΛΙΟΠΗ

ΡΕΘΥΜΝΟ 2016-17

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ. 4
----------------	--------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ : ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

1.1. Εφηβεία	σελ. 5-8
1.2. Σωματική-βιολογική ανάπτυξη	σελ. 8-11
1.3. Γνωστική ανάπτυξη	σελ. 11-14
1.4. Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη	σελ. 14-16
1.5. Οι έφηβοι και η σχέση με τους γονείς	σελ. 17-19
1.6. Οι έφηβοι και το σχολείο	σελ. 19-20
1.7. Η φιλία στην εφηβεία	σελ. 20-21
1.8. Η ανάπτυξη συναισθηματικών σχέσεων στην εφηβεία	σελ. 21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

2.1. Η κατάθλιψη στην εφηβεία	σελ. 23-25
2.1.1. Συμπτωματολογία	σελ. 25-27
2.1.2. Αιτιολογία	σελ. 27-40
2.1.3. Επιδημιολογία	σελ. 40-43
2.1.4. Συννοσηρότητα	σελ. 43-47
2.2. Οι αγχώδεις διαταραχές στην εφηβεία	σελ. 47-49
2.2.1. Συμπτωματολογία	σελ. 49-56
2.2.2. Αιτιολογία	σελ. 56-68
2.2.3. Επιδημιολογία	σελ. 68-72
2.2.4. Συννοσηρότητα	σελ. 72-77
2.3. Η αυτοκτονικότητα στην εφηβεία	σελ. 77-80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ - ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

3.1. Μέθοδος συλλογής δεδομένων	σελ. 81
3.2. Η παρέμβαση στο σχολικό πλαίσιο	σελ. 81-83
3.3. Η παρέμβαση στην οικογένεια	σελ. 83-84
3.4. Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία	σελ. 85-87
3.5. Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία	σελ. 87-89
3.6. Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία	σελ. 89-92
3.7. Προγράμματα παρέμβασης – υποστήριξης στο σχολείο	σελ. 92
3.7.1. ACTION	σελ. 92-93
3.7.2. Adolescent Coping with Depression	σελ. 93-94
3.7.3. Penn Resilience Program	σελ. 94-95
3.7.4. Adolescent Coping with Emotion	σελ. 95-96
3.7.5. Cognitive – Behavioral Intervention for Trauma in Schools	σελ. 96-97
3.7.6. Primary and Secondary Control	σελ. 97-99

3.7.7. <i>Skills for Academic and Social Success</i>	σελ. 99-100
3.7.8. <i>Teaching Kids to Cope</i>	σελ. 100-101
3.8. Προγράμματα παρέμβασης – υποστήριξης στην οικογένεια	σελ. 101
3.8.1. <i>Cool Kids</i>	σελ.101-102
3.8.2. <i>Coping Cat</i>	σελ.102-103
3.8.3. <i>Stress – Busters</i>	σελ. 103-105
3.8.4. <i>Attachment – Based Family Therapy</i>	σελ. 105-106
3.9. Συμπεράσματα για τις παρεμβάσεις	σελ. 106-107
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	σελ. 108-110
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ. 111-119

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι αδιαμφισβήτητο ότι η εφηβεία αποτελεί μία σημαντική αναπτυξιακή περίοδο στη ζωή του ανθρώπου, η οποία χαρακτηρίζεται ως το πέρασμα από το κόσμο της παιδικότητας σε εκείνο των ενηλίκων. Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, συντελείται ένα πλήθος αλλαγών τόσο στην εξωτερική εικόνα του εφήβου όσο και στον εσωτερικό ψυχικό του κόσμο. Ο έφηβος καλείται να συμμορφωθεί με τις σωματικές και συναισθηματικές αλλαγές και ταυτόχρονα να ανταπεξέλθει στις αυξανόμενες οικογενειακές, κοινωνικές και ακαδημαϊκές απαιτήσεις. Η εφηβική περίοδος ανάπτυξης της προσωπικότητας, η οποία χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια του ατόμου για αποχωρισμό από την οικογένεια και αυτονόμηση, είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στην εμφάνιση συναισθηματικών δυσκολιών και δυσλειτουργικών συμπεριφορών. Οι συμπεριφορές αυτές, υπό τις κατάλληλες συνθήκες και χωρίς την έγκαιρη αναγνώριση μπορεί να οδηγήσουν στην εκδήλωση των συναισθηματικών διαταραχών. Οι συναισθηματικές διαταραχές που αναπτύσσονται συχνότερα στην εφηβεία είναι η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές. Τα τελευταία χρόνια, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό έχει παρατηρηθεί αύξηση των ποσοστών εμφάνισης της κατάθλιψης και του άγχους στους εφήβους. Επίσης, οι δραματικές συνέπειες που μπορεί να προκληθούν στο ψυχισμό και τη λειτουργικότητα του εφήβου λόγω της μη έγκαιρης διάγνωσης και θεραπευτικής παρέμβασης, συνέβαλαν στους λόγους που μου έδωσαν το έναυσμα για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη και η διερεύνηση των συναισθηματικών διαταραχών στην εφηβική ηλικία, καθώς και η επισκόπηση των προγραμμάτων παρέμβασης που εφαρμόζονται στο σχολικό και οικογενειακό περιβάλλον για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης και του άγχους.

Στο πρώτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στη μεταβατική περίοδο της εφηβείας και στις μεταβολές που συντελούνται στο βιολογικό-σωματικό, γνωστικό και ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Επιπλέον, εξετάζεται η σχέση που αναπτύσσει ο έφηβος με τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς, τους φίλους και τους συντρόφους του. Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναλύονται οι συναισθηματικές διαταραχές και συγκεκριμένα παρατίθενται τα συμπτώματα, τα αίτια, τα επιδημιολογικά δεδομένα και η συννοσηρότητα της εφηβικής κατάθλιψης και του άγχους. Επίσης, στο ίδιο κεφάλαιο περιγράφεται το φαινόμενο της αυτοκτονικότητας στην εφηβεία. Στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο, παρουσιάζονται η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, που αποτελούν δύο από τις πιο διαδεδομένες θεραπευτικές προσεγγίσεις για τις αγχώδεις διαταραχές και την κατάθλιψη και παρέχονται προγράμματα παρέμβασης-υποστήριξης για τη θεραπεία των διαταραχών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

1.1. Εφηβεία

Η εφηβεία είναι η περίοδος της μετάβασης από την παιδική στην ώριμη ηλικία, δηλαδή στην ενηλικίωση. Ο έφηβος στο στάδιο αυτό, βιώνει έντονες και πολλαπλές μεταβολές σε βιολογικό, γνωστικό, ψυχοσυναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο. Μέσα από τις αλλαγές της εφηβείας το άτομο θα κάνει το πέρασμα του από την ανεμελιά και την εξάρτηση στην αυτονομία και την υπευθυνότητα. Η συγκεκριμένη εξελεικτική πορεία ακολουθείται από εντάσεις και κρίσεις οι οποίες είναι αναπόφευκτες λόγω της έλλειψης ωριμότητας και ψυχικής ηρεμίας που χαρακτηρίζει τον έφηβο στην ηλικία αυτή (Μιχαλοπούλου, 2003). Η εφηβεία, που αποτελεί την τελευταία φάση ανάπτυξης πριν την οριστική είσοδο του ατόμου στην ενήλικη ζωή διαχωρίζεται σε τρία στάδια: α) στην πρώιμη εφηβεία ή αλλιώς προεφηβεία (11-13 ετών) στην οποία συντελείται η ορμονική αφύπνιση, β) στην κυρίως εφηβεία (14-18 ετών), που συμβαίνουν οι σωματικές και ψυχοσυναισθηματικές μεταβολές και γ) στην όψιμη εφηβεία (19-20 ετών) στην οποία παγιώνονται οι αλλαγές που έχει βιώσει το άτομο χωρίς όμως το στάδιο αυτό να δηλώνει και πλήρης ωρίμανση (Κουρκούτας, 2001).

Ένας από τους πιο σημαντικούς στόχους της εφηβείας είναι η διαμόρφωση της προσωπικής ταυτότητας. Ως ταυτότητα νοείται το σύνολο των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών που περιγράφουν κάθε άτομο. Η σεξουαλική κατεύθυνση, η δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων, η επιλογή επαγγελματικής καριέρας, η απόκτηση ηθικών αξιών και αντιλήψεων είναι μερικά από τα στοιχεία που συνθέτουν την πολυδιάστατη έννοια της ταυτότητας (Κουρκούτας, 2001·Herbert, 1999). Σύμφωνα με τον Marcia, η ταυτότητα που διαμορφώνει τελικά το άτομο εξαρτάται από την παρουσία ή την απουσία δύο χαρακτηριστικών, της δέσμευσης και της κρίσης. Η κρίση αναφέρεται στην περίοδο που ο έφηβος αναζητάει και διερευνά διαφορετικούς τρόπους δράσης ενώ η δέσμευση αποτελεί την ψυχολογική επένδυση σε μία ιδεολογία (Feldman, 2008). Ο Marcia περιέγραψε τους τέσσερις τύπους εφηβικής ταυτότητας:

- *Η κατακτημένη ταυτότητα:* Οι έφηβοι που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία, ύστερα από μία περίοδο κρίσης και έχοντας διερευνήσει ποικίλες εναλλακτικές λύσεις, δεσμεύονται σε μία συγκεκριμένη ταυτότητα. Είναι άτομα λογικά και σταθερά, που κάνουν συνειδητές επιλογές και τείνουν να έχουν υψηλότερου επιπέδου ηθικό συλλογισμό από τους έφηβους των υπόλοιπων τύπων ταυτότητας. Επιπλέον, είναι ανεξάρτητοι νέοι που αναπτύσσουν

ασφαλείς δεσμούς με το περιβάλλον τους, διατηρούν τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους επιτυγχάνοντας έτσι υψηλά επίπεδα ψυχικής ευημερίας και δομούν το προσωπικό τους σύστημα αξιών και αρχών με βάσει τις δικές τους ιδεολογίες.

- *Η δοτή ταυτότητα:* Ο έφηβος με αυτή τη μορφή ταυτότητας έχει δεσμευθεί σε μία ταυτότητα, χωρίς όμως να έχει περάσει μία περίοδο κρίσης και διερεύνησης εναλλακτικών εκδοχών ταυτότητας. Συνήθως οι νέοι αυτοί, αποδέχονται τις αποφάσεις των άλλων σχετικά με το τι είναι σωστό για τους ίδιους, δεν εκφράζουν τις δικές τους επιθυμίες και δεν επιτρέπουν στις ανησυχίες τους να εκδηλωθούν. Είναι άτομα συμβιβασμένα, συνήθως στα θέλω των γονέων τους, ωστόσο αυτό δεν σημαίνει ότι είναι και απαραίτητως δυστυχημένα. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα εφήβου αυτής της κατηγορίας είναι η κόρη που επιλέγει να γίνει δικηγόρος επειδή η μητέρα της είναι δικηγόρος. Οι έφηβοι της δοτής ταυτότητας φοβούνται την απόρριψη των γονέων τους και ενώ μπορεί να είναι ικανοποιημένοι από τον εαυτό τους αναζητούν έντονα την κοινωνική αποδοχή και υποστήριξη.
- *Το μορατόριουμ:* Η περίπτωση αυτή αφορά εφήβους που για αρκετό χρονικό διάστημα διερευνούν, σε κάποιο βαθμό, εναλλακτικές ταυτότητες και ρόλους αλλά δεν έχουν ακόμη δεσμευθεί σε μία ταυτότητα. Κατά τον Marcia, οι συγκεκριμένοι νέοι βιώνουν έντονο άγχος, έχουν αμφιβολίες και διλήμματα, όμως είναι γεμάτοι ζωή και ικανοί να δημιουργήσουν σταθερές διαπροσωπικές σχέσεις.
- *Η σύγχυση ταυτότητας:* Οι έφηβοι αυτής της κατηγορίας δεν έχουν διερευνήσει ούτε έχουν δεσμευτεί σε κάποια συγκεκριμένη μορφή ταυτότητας. Είναι συναισθηματικά ασταθείς και αλλάζουν εύκολα απόψεις και συμπεριφορά. Δεν έχουν αυτοπεποίθηση, ούτε θετική εικόνα για τον εαυτό τους και είναι κοινωνικώς απομονωμένοι με λίγες ικανοποιητικές σχέσεις. Τέλος, αδυνατούν να θέσουν και να επιτύχουν συγκεκριμένους στόχους λόγω της μη ισχυρής προσωπικότητας τους (Κουρκούτας, 2001·Feldman, 2008).

Αναμφισβήτητα, η επιλογή και ο σχηματισμός της ταυτότητας δεν αποτελεί μία εύκολη διαδικασία. Απαιτείται χρόνος, ωριμότητα, λογικός συλλογισμός, υπομονή και ικανότητα για εσωτερική ενδοσκόπηση. Είναι συνηθισμένο μάλιστα, οι έφηβοι να μην προσκολλώνται μόνιμα σε έναν από τους τέσσερις τύπους ταυτότητας αλλά να αμφιταλαντεύονται και να κινούνται συχνά μεταξύ της κατακτημένης ταυτότητας και του μορατόριουμ. Έτσι για μερικούς έφηβους η δόμηση της ταυτότητας μπορεί να ολοκληρωθεί και μετά την εφηβεία ωστόσο οι περισσότεροι έφηβοι δεσμεύονται σε μία ταυτότητα μέχρι το τέλος της εφηβικής περιόδου (Feldman, 2008).

Σύμφωνα με τον Feldman (2008), ο έφηβος με τις πρώτες αλλαγές που παρατηρεί στον εαυτό του, αισθάνεται αρχικά έναν έντονο ενθουσιασμό για την νέα αυτή κατάσταση στην οποία βρίσκεται αλλά και για τις δυνατότητες του ως μελλοντικός ενήλικας. Όμως, οι συνεχείς αλλαγές και η προσπάθεια για την απόκτηση της προσωπικής ταυτότητας επηρεάζουν τη ψυχολογία του και οδηγούν σε συγκεκριμένες αντιδράσεις που είναι χαρακτηριστικές για την περίοδο της εφηβείας. Η εναντιωματική συμπεριφορά προς τους γονείς, η απομόνωση από το οικογενειακό περιβάλλον και η προσήλωση στους συνομηλίκους, η υπεραπασχόληση με θέματα σεξουαλικότητας και εξωτερικής εμφάνισης, η εναντίωση προς κάθε μορφή εξουσίας, η διεκδίκηση των δικαιωμάτων, η παρορμητικότητα, η επιπολαιότητα, τα αισθήματα άγχους, ντροπής, θλίψης, μελαγχολίας καθώς και η νευρικότητα, η πλήξη και η ταλάντευση μεταξύ υψηλής και χαμηλής αυτοπεποίθησης είναι μερικές από αυτές τις χαρακτηριστικές αντιδράσεις της εφηβικής περιόδου. (Feldman, 2008).

Στην προσπάθεια να «χτίσει» την προσωπικότητα του ο έφηβος βασίζεται αρκετά στις αντιλήψεις των άλλων σχετικά με το τι θεωρείται αρεστό και κοινωνικά αποδεκτό. Συχνά βλέπει τον εαυτό του μέσα από τα μάτια των συνομηλίκων του, όμως αυτό μπορεί να επηρεάσει την αυτοεκτίμηση του, καθώς η γνώμη που έχουν οι άλλοι ενδέχεται να μην ανταποκρίνεται στην πραγματική εικόνα του εαυτού του. Αν δηλαδή, ένας έφηβος βρίσκεται στο περιθώριο από τους συνομηλίκους του, θα αρχίσει σταδιακά να αισθάνεται παρείσακτος. Έτσι η χαμηλή αυτοεκτίμηση απειλεί την ίδια την ύπαρξη του. Γι' αυτό τον λόγο από νωρίς οι έφηβοι υιοθετούν τρόπους αντιμετώπισης των απειλών που ονομάζονται μηχανισμοί άμυνας (Herbert, 1999).

Οι μηχανισμοί άμυνας στοχεύουν στην αύξηση του αισθήματος της προσωπικής αξίας και προστατεύουν το άτομο από ανεπιθύμητα εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα. Συνήθως λειτουργούν ασυνείδητα, όταν όμως χρησιμοποιούνται με μεγάλη ένταση και συχνότητα τότε γίνονται παθολογικές μορφές ψυχολογικής ανάπτυξης του εφήβου (Κουρκούτας, 2001). Οι πιο συνηθισμένοι μηχανισμοί άμυνας που επιλέγουν οι έφηβοι είναι:

- η *αποφυγή*, κυρίως των ερεθισμάτων που προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον
- η *συναισθηματική απομόνωση*
- η *απώθηση* των εσωτερικών σκέψεων, επιθυμιών και συναισθημάτων
- η *προβολή* με την οποία οι ανεπιθύμητες σκέψεις και συναισθήματα αποδίδονται αδικαιολόγητα σε τρίτους προκειμένου να αποφευχθούν οι εσωτερικές συγκρούσεις

- η εκλογίκευση, δηλαδή η ορθολογική δικαιολόγηση των μη-αποδεκτών σε συνειδητό επίπεδο παρορμήσεων, συναισθημάτων και αναγκών και
- η μετάθεση με την οποία οι έφηβοι μετατοπίζουν τις ενέργειες ή τα αισθήματα που στοχεύουν προς ένα άτομο σε κάποιο άλλο (Porcerelli, Thomas, Hibbard & Cogan, 1998· Feldman, 2008).

Εν κατακλείδι, η εφηβεία αποτελεί μία περίοδο κρίσης και ανακατάταξης, όπου μέσα από τη διαδικασία της αναζήτησης του εαυτού, ο έφηβος προσπαθεί να αυτονομηθεί και να ενηλικιωθεί. Με άλλα λόγια η εφηβεία είναι το πέρασμα στον κόσμο των ενηλίκων. Το σώμα του εφήβου αφυπνίζεται βιολογικά και σεξουαλικά, με τις αλλαγές αυτές να επηρεάζουν σημαντικά την ψυχολογική και συναισθηματική του κατάσταση. Τα ορόσημα αυτής της ανάπτυξιακής περιόδου περιλαμβάνουν τη σωματική, γνωστική και τη ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του εφήβου.

1.2. Σωματική – βιολογική ανάπτυξη

Η σωματική ανάπτυξη των εφήβων χαρακτηρίζεται από πολλαπλές και σημαντικές βιολογικές μεταβολές. Οι ορμονικές αλλαγές και η ανάπτυξη της φυσιολογίας εξαρτώνται και επηρεάζονται η μία από την άλλη. Επιπλέον, κάθε μία από αυτές τις αναπτυξιακές περιοχές είναι μέρος ενός ανώτερου συστήματος αποτελούμενο από την οικογένεια, το κοινωνικό δίκτυο και την κουλτούρα, τα οποία συνδέονται και ασκούν αμοιβαίες επιδράσεις μεταξύ τους (Ogden & Hagen, 2013).

Όπως αναφέρουν οι Ogden και Hagen (2013) και ο Feldman (2008) οι κύριες μεταβολές στην ορμονική δραστηριότητα εστιάζουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και συγκεκριμένα στον υποθάλαμο και την υπόφυση. Έτσι, κατά την ηβική περίοδο πραγματοποιείται αύξηση στην έκκριση ορμονών από την πρόσθια υπόφυση και στην συνέχεια η αυξητική ορμόνη δρά άμεσα στα οστά και τον μυϊκό ιστό, προκαλώντας την αναπτυξιακή «έκρηξη» της εφηβείας. Επιπρόσθετα, παρατηρούνται αυξήσεις στις γοναδοτροπίνες FSH και LH, που είναι υπεύθυνες για τη διαμόρφωση και την ωρίμανση των γονάδων και στα δύο φύλα. Η ορμόνη της λεπτίνης φαίνεται ότι επηρεάζει την έναρξη της ήβης σε συνδυασμό με τις γοναδοτροπίνες και την αυξητική ορμόνη, ενώ αυξημένη έκκριση παρατηρείται και στο πολυπεπίδιο της σωματομεδίνης, που διεγείρει άμεσα την ανάπτυξη και τον πολλαπλασιασμό των φυσιολογικών κυττάρων. Αναφορικά με ανδρογόνα και τα οιστρογόνα, που αποτελούν τις ορμόνες του φύλου και παράγονται εξίσου και από τα δύο φύλα παρατηρείται αύξηση, με

μεγαλύτερη συγκέντρωση των ανδρογόνων στους άνδρες και των οιστρογόνων στις γυναίκες (Feldman, 2008 ·Pinel, 2011).

Η ωρίμανση του αναπαραγωγικού συστήματος και η έναρξη της γενετήσιας λειτουργίας αποτελούν τις βασικότερες βιοσωματικές αλλαγές της εφηβείας. Κατά μέσο όρο, το αναπτυξιακό τίναγμα, μία περιόδος ταχύτατης αύξησης του βάρους και του ύψους, ξεκινάει για τα κορίτσια περίπου στα 10-11 έτη, ενώ για τα αγόρια στα 13 έτη. Η χαρακτηριστικότερη ένδειξη ήβης στα κορίτσια είναι η έμμυνη ρύση, η οποία σηματοδοτεί την έναρξη της σεξουαλικής ωρίμανσης (Feldman, 2008· Kristie&Viner, 2005). Ωστόσο, σύμφωνα με τον Feldman (2008), η εμφάνιση της εμμηνόρροιας ποικίλει από κοινωνία σε κοινωνία. Τα κορίτσια που ζουν σε οικονομικά πιο ανεπτυγμένες χώρες εμφανίζουν την έμμυνη ρύση νωρίτερα από ότι τα κορίτσια πιο πτωχών χωρών. Μάλιστα, ακόμη και στις ανεπτυγμένες χώρες η πρώτη έμμυνη ρύση εμφανίζεται πιο νωρίς σε κορίτσια που ζουν σε εύπορες περιοχές συγκριτικά με τα κορίτσια που ζουν σε λιγότερο πλούσιες περιοχές. Η ανάπτυξη των πρωτογενών χαρακτηριστικών, δηλαδή των οργάνων του σώματος που σχετίζονται άμεσα με την αναπαραγωγή, στα κορίτσια περιλαμβάνει τις αλλαγές στη μήτρα και στον κόλπο. Στα δευτερογενή χαρακτηριστικά, που αφορούν τις ορατές ενδείξεις σεξουαλικής ωριμότητας, περιλαμβάνονται η ανάπτυξη των μαστών και η εμφάνιση τριχοφυΐας στο εφηβείο (Feldman, 2008· Ogden & Hagen, 2013· Kristie & Viner, 2005).

Η σεξουαλική ωρίμανση στα αγόρια σηματοδοτείται από την εμφάνιση της ονείρωξης. Η ονείρωξη αποτελεί την πρώτη έμμεση εκσπερμάτιση και σχετίζεται με τις έντονες και αυξανόμενες σεξουαλικές ορμές που έχει ο έφηβος στην ηλικία περίπου των 13 ετών. Η ανάπτυξη του πέους, του οσχέου, των σπερματικών κυστιδίων και του αδένου του προστάτη αποτελούν τα πρωτογενή χαρακτηριστικά των αγοριών. Παράλληλα με τα πρωτογενή, αναπτύσσονται και τα δευτερογενή χαρακτηριστικά όπως η ηβική κόμη που εμφανίζεται γύρω στην ηλικία των 12 χρόνων, η τριχοφυΐα στις μασχάλες και το πρόσωπο και η αλλαγή στη φωνή (Feldman, 2008·Christie&Viner, 2005).

Πολλές από τις προαναφερόμενες αλλαγές της ωρίμανσης είναι ορατές, όπως το ύψος, το βάρος και τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του κάθε φύλου. Οι έφηβοι της ίδια χρονολογικής ηλικίας ίσως να μοιάζουν, όμως μπορεί να συμπεριφέρονται ο καθένας με τον δικό του τρόπο, και αυτό έχει ως αποτέλεσμα συχνά να αντιμετωπίζονται διαφορετικά δημιουργώντας έτσι ποικιλία στις ατομικές εμπειρίες. Σε μία περίοδο της ζωής που η κοινωνική σύγκριση είναι κυρίαρχη, οι έφηβοι που αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως ανεπαρκείς πιθανότατα θα

αναπτύξουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και λανθασμένη αντίληψη για τον εαυτό τους (Ogden & Hagen, 2013·Feldman, 2008).

Σύμφωνα με τους Crawford και Unger (2004), ορισμένες από τις αλλαγές της εφηβείας μπορεί να μη σχετίζονται άμεσα με την εξωτερική εμφάνιση όμως έχουν ψυχολογική βαρύτητα. Για παράδειγμα, η πρώτη έμμηνη ρύση συνοδεύεται συνήθως από αύξηση της αυτοεκτίμησης, βελτίωση της θέσης στην ομάδα και καλύτερη αυτεπίγνωση καθώς το κορίτσι βλέπει τον εαυτό της να μεταμορφώνεται σε ενήλικη γυναίκα. Όμως οι συνέπειες των αλλαγών δεν είναι πάντοτε θετικές. Τα παιδιά που εισέρχονται στην εφηβεία είναι πιθανό να αισθανθούν αμηχανία για τις αλλαγές στο σώμα τους. Η εικόνα του σώματος παίζει πρωταρχικό ρόλο στη ζωή των εφήβων και αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την αυτοεκτίμηση τους. Στις δυτικές κοινωνίες το πρότυπο ομορφιάς προϋποθέτει λεπτές σιλουέτες, χωρίς καμπύλες, κάτι το οποίο διαφέρει από το σχήμα σώματος των περισσότερων γυναικών. Έτσι, οι έφηβες μπορεί να νιώσουν απογοήτευση και άγχος καθώς η ήβη συνοδεύεται από αύξηση του λιπώδους ιστού, μεγέθυνση των γοφών και των γλουτών, τα οποία έρχονται σε αντίθεση με το δυτικό πρότυπο ομορφιάς (Crawford & Unger, 2004). Από την άλλη, οι Rosenblum και Lewis (1999), αναφέρουν ότι τα αγόρια ηλικίας 13 ετών εκφράζουν μεγαλύτερες απογοητεύσεις σχετικά με το ύψος τους παρά με το βάρος τους, επειδή τα κορίτσια ίδιας ηλικίας τείνουν να είναι ψηλότερα, εξαιτίας των διαφορών έναρξης ωρίμανσης μεταξύ των δύο φύλων. Μετά από δύο χρόνια, περίπου στην ηλικία των 15, οι διαφορές αυτές παύουν να είναι αισθητές και στα αγόρια παρατηρείται αύξηση του δείκτη ευχαρίστησης αναφορικά με το ύψος τους (Rosenblum & Lewis, 1999).

Σύμφωνα με τους Ogden και Hagen (2013), ο χρόνος έναρξης της σεξουαλικής ωρίμανσης έχει θεωρηθεί επίσης ως ένας πιθανός παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει την αντίληψη των εφήβων για τον εαυτό τους και να οδηγήσει σε προβλήματα συμπεριφοράς και διάθεσης (Ogden & Hagen, 2013). Σε μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση δυσπροσαρμοστικών δυσκολιών βρίσκονται τα κορίτσια πρώιμης ήβης και τα αγόρια καθυστερημένης ήβης. Για παράδειγμα, τα συγκεκριμένα κορίτσια μπορεί να αισθανθούν άβολα με την ανάπτυξη του στήθους τους και να αποτελέσουν αντικείμενα αρνητικών σχολίων από τους λιγότερο αναπτυγμένους συμμαθητές τους. Λόγω της διαφορετικότητας τους ενδέχεται να σχηματίσουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους και να βιώσουν συναισθήματα όπως θλίψη, άγχος, ανησυχία ακόμη και κατάθλιψη (Kaltiala – Heino, Kosunen & Rimpela, 2003). Τα αγόρια καθυστερημένης ωρίμανσης, είναι λιγότερο ελκυστικά και λόγω του μικρότερου μεγέθους

τους όταν αθλούνται βρίσκονται σε μειονεκτική θέση. Επιπλέον, επειδή τα αγόρια αναμένεται να είναι πιο μεγαλόσωμα από τα κορίτσια που βγαίνουν, η κοινωνική ζωή των αγοριών με καθυστερημένη ήβη μπορεί να παρουσιάσει προβλήματα. Αν τελικά, οι δυσκολίες αυτές οδηγήσουν σε πτώση της αυτοεκτίμησης, τα μειονεκτήματα της καθυστερημένης ήβης είναι πιθανό να επεκταθούν έως και την ενήλικη ζωή (Kaltiala – Heino, Kosunen & Rimpela, 2003).

Άλλος ένας παράγοντας που σύμφωνα με τους Ogden και Hagen (2013), μπορεί να αποτελέσει αίτιο για την εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας και χαμηλής αυτοαντίληψης είναι η ασυγχρονία που μπορεί να υπάρξει μεταξύ σωματικής, γνωστικής και συναισθηματικής ανάπτυξης. Συγκεκριμένα, αν ένας έφηβος έχει λίγο χρόνο στην διάθεση του για να προσαρμοστεί στις νέες βιολογικές αλλαγές, να τις αφομοιώσει και να αναπτύξει υγιείς δεξιότητες διαχείρισης, είναι πολύ πιθανό να μη μπορέσει να ανταποκριθεί επαρκώς. Έτσι, οι έφηβοι πρώιμης ωρίμανσης και κυρίως τα κορίτσια, έχουν λιγότερο χρόνο για να προσαρμοστούν στις αλλαγές και στις απαιτήσεις και γι' αυτό βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για δυσπροσαρμοστικότητα. Οι έφηβοι που εμφανίζουν τις λιγότερες πιθανότητες για ανάπτυξη προβλημάτων στην πνευματική τους υγεία είναι τα αγόρια καθυστερημένης ωρίμανσης (Ogden & Hagen, 2013).

Σύμφωνα με την έρευνα του Hay (όπως αναφέρεται στο Κολαΐτης & Λιακοπούλου, 2005), οι έφηβοι που σχηματίζουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους αντιμετωπίζουν δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς και στο σχολείο. Μέσα στην τάξη εμφανίζουν λιγότερα θετικά χαρακτηριστικά στους τομείς της συμπεριφοράς, της συνεργασίας, της επιμονής, της ηγετικής ικανότητας και των προσδοκιών για το μέλλον σε σχέση με τους μαθητές με θετική εικόνα εαυτού (Κολαΐτης & Λιακοπούλου, 2005).

Εκτός, από τις βιολογικές αλλαγές και την σωματική ανάπτυξη, πολύ σημαντικές θεωρούνται και οι διανοητικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα κατά την εφηβεία.

1.3. Γνωστική ανάπτυξη

Στην περίοδο της εφηβικής ανάπτυξης η νοητική διαδικασία υφίσταται μια σταδιακή μετάβαση από την παιδική στην ενήλικη ζωή. Μέχρι την ηλικία των 12 ετών η μάθηση περιλαμβάνει πρωταρχικά την κατανόηση της λογικής συγκεκριμένων πραγμάτων, που είναι ορατά και αισθητά. Το επόμενο βήμα στη διανοητική εξέλιξη είναι η αφαιρετική σκέψη (Feldman, 2008).

Ο Piaget μίλησε για την περίοδο των τυπικών λογικών πράξεων, κατά την οποία ο έφηβος κατακτά την ικανότητα να σκέφτεται αφαιρετικά. Σύμφωνα με τον Piaget, το συγκεκριμένο στάδιο ξεκινάει περίπου στα 12 και ολοκληρώνεται μέχρι τα 16 χρόνια. Με την κατάκτηση του σταδίου, το άτομο μπορεί και επεξεργάζεται ομάδες αντικειμένων ως αφηρημένες οντότητες, αντιλαμβάνεται την έννοια της μεταφοράς και είναι ικανό να σκέφτεται διαφορετικές εναλλακτικές λύσεις και ερμηνείες για το ίδιο φαινόμενο. Επιπλέον, χειρίζεται σύμβολα που μπορεί να μην ανταποκρίνονται σε προσωπικές εμπειρίες αλλά σε αφηρημένο τυπικό περιεχόμενο και προβαίνει με την χρήση των συμβόλων αυτών σε λογικές πράξεις (Feldman, 2008).

Σύμφωνα με τους Ogden και Hagen (2013), η εμφάνιση των αφαιρετικών πράξεων συνδέεται με την αλλαγή στην αντίληψη και την κατανόηση του κόσμου. Η σκέψη δεν κινείται πλέον μόνο στο χώρο του υπαρκτού και του συγκεκριμένου αλλά και στο χώρο του πιθανού, του υποθετικού και των θεωριών. Ο έφηβος μπορεί να συλλάβει και να επεξεργαστεί ότι συμβαίνει τώρα στον πραγματικό κόσμο αλλά και ότι μπορεί να υπάρξει στο μέλλον. Έτσι αποκτά μία ισχυρότερη και πιο πλατιά ικανότητα για ανάλυση και έλεγχο της πραγματικότητας. Επιπρόσθετα, αρχίζει να αναπτύσσει ένα νέο είδος συλλογισμού, τον επαγωγικό συλλογισμό, με τον οποίο δημιουργεί συνδέσεις από ειδικά παραδείγματα σε γενικές αρχές και το αντίστροφο (Ogden & Hagen, 2013).

Η ανάπτυξη νέων γνωστικών δεξιοτήτων στην εφηβεία έχει συσχετιστεί και με την παραγωγή κριτικής και δημιουργικής σκέψης. Η ικανότητα για δημιουργική σκέψη συχνά επιδεικνύεται με μία αύξηση στην πρωτοτυπία και την ευελιξία και μπορεί να αποτελέσει τη βάση για την εμπλοκή με δημοφιλείς εφηβικές δραστηριότητες όπως το γράψιμο, η ζωγραφική, η ηθοποιία ή η ενασχόληση με κάποιο μουσικό όργανο (Ogden & Hagen, 2013).

Σύμφωνα με τους Christie και Viner (2005) και τον Brown (2005), ένα επιπρόσθετο χαρακτηριστικό αυτής της περιόδου είναι ότι οι περισσότεροι έφηβοι αρχίζουν να συνειδητοποιούν τις συνέπειες που μπορεί να έχουν οι πράξεις τους ή οι πράξεις των άλλων στο μέλλον. Στο σημείο αυτό, οι έφηβοι αναγνωρίζουν τη σχέση αιτίας και αποτελέσματος ανάμεσα στις καταστροφικές συμπεριφορές, όπως η υπερβολική χρήση οινοπνεύματος και ναρκωτικών και η κακή υγιεινή. Επίσης, αρχίζουν να αντιλαμβάνονται τα οφέλη που έχουν στην υγεία, η καλή διατροφή και η επαρκής άσκηση (Christie & Viner, 2005· Brown, 2005).

Όσον αφορά την γλωσσική ανάπτυξη, μεγάλη πρόοδος παρατηρείται και στο γραπτό και στον προφορικό λόγο. Ο εφηβικός λόγος από εγωκεντρικός γίνεται επικοινωνιακός, αποκτά πλαστικότητα, εσωτερική βαρύτητα και συναισθηματική φόρτιση. Επίσης, σύμφωνα με τους Durkin και Ramsden (2007), πραγματοποιείται αύξηση στο λεξιλόγιο, με τις λέξεις να αποκτούν πληρέστερο και πιο αφηρημένο περιεχόμενο, και δημιουργία ενός ειδικού κώδικα επικοινωνίας μεταξύ των εφήβων που είναι αποτέλεσμα της εφηβικής κουλτούρας. Ο χαρακτήρας του λόγου μπορεί να γίνει πιο προσωπικός εξαιτίας της ανάγκης του εφήβου να κατανοήσει τον εαυτό του, με τη μορφή εσωτερικών μονολόγων και διαλόγων ή ακόμη και με την συγγραφή ημερολογίων (Durkin & Ramsden, 2007).

Έχοντας αναπτύξει τη συμβολική σκέψη και με τη γλωσσική ικανότητα να έχει φθάσει στο απόγειο της, ο έφηβος αρχίζει να διαμορφώνει ένα προσωπικό σύστημα αξιολόγησης και ιεράρχησης των αξιών. Είναι η περίοδος στην οποία ο έφηβος επιδίδεται στην επεξεργασία ιδεολογιών και κοσμοθεωριών, αποκτώντας τη δική του προσωπική άποψη για θέματα όπως η ηθική, η θρησκεία, η πολιτική, η φιλοσοφία κ.α. Έτσι, για πρώτη φορά παρατηρείται ενδιαφέρον από τους εφήβους για συμμετοχή σε συζητήσεις «ενηλίκων» (Feldman, 2008· Κουρκούτας, 2001).

Σύμφωνα με τους Feldman (2008) και Arnett (1990) ένα ακόμη χαρακτηριστικό που αναπτύσσεται στην εφηβεία, το οποίο αν και έχει γνωστική αφετηρία επηρεάζει άμεσα τη συμπεριφορά του εφήβου είναι ο εγωκεντρισμός. Πρόκειται για μία κατάσταση αυτο-απορρόφησης κατά την οποία ο κόσμος γίνεται αντιληπτός ως εστιασμένος στο εαυτό. Ο έφηβος νιώθει ότι είναι το κέντρο προσοχής των άλλων (φανταστικό ακροατήριο), γεγονός που μπορεί να του προκαλέσει άγχος και αμηχανία ιδιαίτερα όταν βρίσκεται ανάμεσα σε άλλους ανθρώπους. Όπως παρατηρεί ο Feldman (2008), ο εγωκεντρισμός οδηγεί σε μία ακόμη διαστρέβλωση του τρόπου σκέψης. Στην αντίληψη ότι το άτομο αποτελεί μία ξεχωριστή περίπτωση και ότι οι εμπειρίες του είναι μοναδικές. Η διαστρέβλωση αυτή εν μέρει εξηγεί και τη ριψοκίνδυνη συμπεριφορά του εφήβου που αισθάνεται άτρωτος μπροστά στους κινδύνους (Feldman, 2008). Έτσι, θα τολμήσει να οδηγήσει το αυτοκίνητο μετά από κατανάλωση αλκοόλ διότι σύμφωνα με την πεποίθησή του, είναι ένας πολύ προσεχτικός οδηγός και έχει πάντα τον έλεγχο του οχήματος (Feldman, 2008· Arnett, 1990).

Η ανάπτυξη των νοητικών ικανοτήτων μεταξύ των κοριτσιών και των αγοριών εφηβικής ηλικίας σημειώνει ορισμένες διαφορές που παρατηρούνται κυρίως στα πρώτα χρόνια της εφηβείας. Έχει βρεθεί ότι τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερη ευφράδεια λόγου, καλύτερη

ικανότητα αποστήθισης και συλλογισμού, ενώ τα αγόρια υπερτερούν στη χωρική αντίληψη. Επίσης, τα αγόρια ηλικίας 12-13 έχουν καλύτερες μαθηματικές ικανότητες, ενώ τα κορίτσια 10-11 ετών υπερέχουν σε δοκιμασίες λεκτικής ικανότητας. Τέλος, όπως οι σωματικές έτσι και οι γνωστικές μεταβολές αρχίζουν νωρίτερα στα κορίτσια με αποτέλεσμα να παρατηρείται στα αγόρια μεγαλύτερη αύξηση της νοημοσύνης από τη μέση της εφηβείας έως την ενηλικίωση (Feldman, 2008).

1.4. Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη

Οι σωματικές μεταβολές και οι νέες νοητικές κατακτήσεις του εφήβου θεωρητικά ολοκληρώνονται με την προαγωγή της κοινωνικής και συναισθηματικής ανάπτυξης. Βασικός στόχος του εφήβου είναι η πλήρης ανεξαρτητοποίηση του από το οικογενειακό περιβάλλον. Η περίοδος αυτή θεωρείται πολύ κρίσιμη για τη σχέση του με τους γονείς, καθώς από τη μία η ανάγκη του εφήβου για μεγαλύτερη ανεξαρτησία και από την άλλη η άρνηση μερικών γονέων για αναγνώριση του δικαιώματος αυτού, μπορεί να οδηγήσει σε έντονες συγκρούσεις μεταξύ των δύο μερών. Επιπλέον οι έφηβοι καλούνται να διαμορφώσουν θετική εικόνα για το σώμα τους, η οποία θα ενισχύσει την αυτοεκτίμηση τους και θα οδηγήσει σε μία υγιή ωρίμανση της σεξουαλικής συμπεριφοράς. Εκτός από την έξαρση ενδιαφέροντος για το άλλο φύλο, ο έφηβος περιορίζεται, στην ηλικία αυτή, σε πολλές λιγότερων ατόμων, με τους οποίους μοιράζεται τις ίδιες σκέψεις και αξίες και τους χρησιμοποιεί ως δεύτερο σημείο αναφοράς, πέρα από την οικογένεια του. Επίσης, η απόκτηση ενός ρεαλιστικού επαγγελματικού στόχου αποτελεί μία επιπρόσθετη επιδίωξη της ψυχοκοινωνικής εξέλιξης (Feldman, 2008).

Σύμφωνα με τον Feldman (2008) και τους Christie και Viner (2005), η ανάπτυξη του εγώ και κατ' επέκταση η ισχυροποίηση της αυτοπεποίθησης, οι έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις καθώς και οι πνευματικές αναζητήσεις χαρακτηρίζουν και επηρεάζουν τη συναισθηματική ωρίμανση των εφήβων. Συνήθως, θεωρείται τυπική στάση του εφήβου να ενδιαφέρεται περισσότερο για τις δικές του προσωπικές αντιλήψεις και αντιδρά σε κάθε τι καινούριο και διαφορετικό από αυτό που έχει συνηθίσει. Παρατηρείται ότι κατά το διάστημα της εφηβείας, το άτομο αναδιπλώνεται στον εαυτό του. Επενδύει και διαμορφώνει, δηλαδή, κυρίως το «εγώ» του, πράγμα που μπορεί ενίοτε να οδηγήσει ακόμη και σε σύγκρουση με τα υπόλοιπα οικογενειακά μέλη, λόγω των διαφορετικών αντιλήψεων (Feldman, 2008· Christie & Viner, 2005).

Ο Χουρδάκης (1995), αναφέρει ότι τα κυρίαρχα ζητήματα για τα οποία διαφωνούν γονείς και έφηβοι είναι ο τρόπος ένδυσης και διασκέδασης και η επιλογή της παρέας. Οι οικογενειακές συγκρούσεις υποδεικνύουν την έντονη συναισθηματική φόρτιση στην οποία βρίσκεται ο έφηβος, ο οποίος συχνά αρνείται να συμμορφωθεί στους κανόνες και τις υποδείξεις του περιβάλλοντος του σε μία προσπάθεια να κάνει αισθητή την παρουσία του και να δοκιμάσει τις δυνάμεις του (Χουρδάκης, 1995).

Σύμφωνα με τη Τσίτσικα (2011), οι έντονες και γρήγορες αλλαγές στην εφηβική διάθεση μπορεί να πυροδοτήσουν την εμφάνιση δυνατών συναισθημάτων όπως λύπη, θυμός, αναστάτωση και απογοήτευση. Η διαμόρφωση και η αναγνώριση της ταυτότητάς του εξαρτώνται από τον βαθμό αποδοχής ή απόρριψης από τους συνομιλήκους του. Ωστόσο, σύμφωνα με τους Larson και Brown (2007), τα έφηβα αγόρια και κορίτσια μαθαίνουν να χρησιμοποιούν αποτελεσματικούς τρόπους για τον έλεγχο και τη ρύθμιση των συναισθημάτων τους. Ανάλογα με τις απαιτήσεις της κάθε περίπτωσης, οι έφηβοι προσαρμόζουν τις εκφράσεις των συναισθημάτων τους έτσι ώστε να μπορέσουν να επηρεάσουν τους άλλους, να διαπραγματευτούν τις προσωπικές τους σχέσεις και να αναπτύξουν ευέλικτες και διαφοροποιημένες στρατηγικές αντιμετώπισης. Η συνολική προσπάθεια ελέγχου και ρύθμισης των συναισθηματικών αντιδράσεων υποδεικνύει την πρόοδο και την εξέλιξη που υφίστανται τα άτομα στην εφηβεία. (Τσίτσικα, 2011·Larson & Brown, 2007).

Κάποιοι έφηβοι, πέρα από την απαίτηση για ανεξαρτησία, τον εγωκεντρισμό, την άρνηση, και τις μεταβολές στην συναισθηματική τους κατάσταση, παρουσιάζουν και μία τάση προς απομόνωση. Έχουν την ανάγκη να μένουν μόνοι τους, να κλείνονται στον εαυτό τους και αποφεύγουν να δημιουργούν εύκολα σχέσεις. Η επιθυμία για τη συντροφιά των άλλων φτάνει στο μέγιστο βαθμό κατά την παιδική ηλικία όμως μετά την είσοδο στην εφηβεία, το άτομο χάνει το ενδιαφέρον του για οικογενειακές κοινωνικές συναναστροφές και επιζητά την απομόνωση σε προσωπικό χώρο (Τσίτσικα, 2011). Σύμφωνα με το Χουρδάκη (1995), το παιδί που κάποτε ήταν γεμάτο χαρά και προθυμία ξαφνικά γίνεται νευρικό, ανήσυχο, επιθετικό, ιδιαίτερα ευσυγκίνητο, διαμαρτύρεται συχνά και θίγεται εύκολα για γεγονότα που σαν παιδί τα θεωρούσε ασήμαντα (Χουρδάκης, 1995).

Η ψυχοκοινωνική ανάπτυξη, όπως και η σωματική, μπορεί να επηρεαστεί από την χρονική έναρξη της εφηβείας. Όσον αφορά το συναισθηματικό τομέα, έρευνες έχουν δείξει ότι τα κορίτσια πρώιμης ωρίμανσης εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης, ενώ τα αγόρια πρώιμης εφηβείας επηρεάζονται θετικά και παρατηρείται αύξηση στην αυτόεκτίμηση τους.

Από την άλλη, τα αγόρια καθυστερημένης εφηβείας εμφάνιζον χαμηλά ποσοστά αυτοεκτίμησης, ενώ δεν έχουν αναφερθεί σημαντικά προβλήματα για τα κορίτσια με καθυστερημένη εφηβική έναρξη. Η κοινωνική ζωή διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην εφηβεία, καθώς στην περίοδο αυτή παρατηρείται δραματική αύξηση του χρόνου που περνούν οι έφηβοι με τους φίλους τους. Έτσι, η πρόωμη ή η καθυστερημένη έναρξη της εφηβείας θα προκαλέσει αρνητικές συνέπειες σε αυτόν τον τομέα. Οι πρόωμοι έφηβοι διαφέρουν από τους υπόλοιπους συνομηλίκους τους, με αποτέλεσμα τα άτομα του περιβάλλοντος τους να έχουν υψηλότερες απαιτήσεις από εκείνους και να μην αντιλαμβάνονται ότι παραμένουν ακόμη παιδιά. Οι έφηβοι με καθυστερημένη εφηβική ωρίμανση θεωρούνται λιγότερο ώριμοι, οι συνομήλικοι συχνά τους αποκλείουν από ομαδικές δραστηριότητες και δεν επιθυμούν να κάνουν παρέα μαζί τους, ενώ έχει βρεθεί ότι μελλοντικά, οι συγκεκριμένοι έφηβοι παρουσιάζουν δυσκολίες στον αποχωρισμό από τους γονείς τους και στην εύρεση εργασίας (Christie&Viner, 2005).

Σύμφωνα με τον Feldman (2008), το μέγεθος της αυτονομίας που επιζητά κάθε έφηβος εξαρτάται και επηρεάζεται από τους πολιτισμικούς παράγοντες, το φύλο και την προσωπικότητα. Στις δυτικές κοινωνίες, στις οποίες δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην ατομικότητα, ο έφηβος διεκδικεί την αυτονομία σε ένα σχετικά πρόωμο στάδιο της εφηβείας. Αντίθετα, στις ανατολικές κοινωνίες, στις οποίες μεγαλύτερη σημασία δίνεται στην συλλογικότητα, προωθείται η ιδέα ότι η ευημερία της ομάδας είναι σημαντικότερη από την ευημερία του ατόμου. Έτσι, σε τέτοιες κοινωνίες η επιδίωξη του εφήβου για να αποκτήσει ανεξαρτησία δεν είναι τόσο έντονη όσο στις δυτικές κοινωνίες. Αυτό συμβαίνει κυρίως επειδή, στις κοινωνίες της συλλογικότητας, οι έφηβοι αισθάνονται μεγαλύτερη υποχρέωση προς τους γονείς τους και προσπαθούν να ανταποκριθούν στις προσδοκίες τους, παρέχοντας τους βοήθεια και υποστήριξη. Εκτός από τους πολιτισμικούς παράγοντες, το φύλο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην επιδίωξη της αυτονομίας. Ως επί το πλείστον, οι γονείς παρέχουν μεγαλύτερη αυτονομία στα αγόρια εξαιτίας των παραδοσιακών στερεότυπων για το φύλο, που θέλουν τον άνδρα να είναι περισσότερο ανεξάρτητος από την γυναίκα. Βέβαια υπάρχουν και γονείς που παρέχουν τον ίδιο βαθμό αυτονομίας ανεξάρτητα από το φύλο ή γονείς που επιλέγουν το βαθμό βάσει των προσωπικών χαρακτηριστικών των παιδιών τους. Είναι πιθανό, δηλαδή, ένα κορίτσι 15 ετών να συμπεριφέρεται πολύ πιο ώριμα από ένα αγόρι ίδιας ηλικίας. Αν, λοιπόν, οι γονείς εμπιστεύονται το παιδί τους και από την άλλη το παιδί είναι υπεύθυνο και συνεπές τότε δεν θα καθορίσει το φύλο την ανάπτυξη της αυτονομίας αλλά η προσωπικότητα του εφήβου (Feldman, 2008).

1.5. Οι έφηβοι και η σχέση τους με τους γονείς

Η είσοδος στην εφηβεία σηματοδοτεί μία νέα περίοδο, κατά την οποία ο έφηβος αναζητά νέα πρότυπα συμπεριφοράς και επιδιώκοντας την ανεξαρτητοποίηση του, αμφισβητεί τους γονείς του. Παύει πλέον να συμφωνεί με τα πιστεύω τους και τους απορρίπτει. Έχει την ανάγκη να αλλάξει τη σχέση του μαζί τους, αλλά παράλληλα τους αγαπά και απολαμβάνει την ασφάλεια που του παρέχει το σταθερό οικογενειακό πλαίσιο. Αποδέκτες αυτών των αλληλόσυγκρουόμενων συναισθημάτων είναι οι γονείς, οι οποίοι θα πρέπει να μπορούν να υπομένουν και αντέχουν την απορριπτική στάση των παιδιών τους χωρίς να την θεωρούν ως προσωπική αποτυχία. Στην εφηβεία ο αριθμός των συγκρούσεων μεταξύ παιδιών και γονέων αυξάνεται. Ζητήματα σχετικά με τον έλεγχο και την αυτονομία, καθώς και έντονες διαφωνίες προκύπτουν (Καππάτου, 2007· Ogden & Hagen, 2013).

Οι βιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά την εφηβεία δημιουργούν ένα ώριμο αναπαραγωγικό άτομο και μερικοί γονείς από τη μία μπορεί να αναμένουν μία πιο ενήλικη συμπεριφορά από τα έφηβα παιδιά τους, αλλά από την άλλη θέλουν να παρακολουθούν στενότερα και να ελέγχουν τις δραστηριότητες τους, κυρίως όταν εμπλέκονται άτομα διαφορετικού φύλου. Οι γονείς μπορεί να θέλουν να προστατέψουν τα παιδιά τους όμως οι έφηβοι νιώθουν ότι καταπατείται το δικαίωμα τους στην ελευθερία επιλογής. Αυτό που αναμένουν οι έφηβοι είναι μία πιο ισορροπημένη σχέση με τους γονείς τους, και περιμένουν ότι θα τους ακούσουν, θα τους σεβαστούν και θα τους υποστηρίξουν (Ogden & Hagen, 2013).

Ευτυχώς, οι περισσότεροι έφηβοι θεωρούν τους γονείς τους την πιο σημαντική πηγή άντλησης υποστήριξης, αξιών και επικοινωνίας. Ακόμη και αν θέλουν περισσότερη αυτονομία, λίγοι έφηβοι απαιτούν την εξ'ολοκλήρου ελευθερία ή θέλουν να αποκόπουν συναισθηματικά από τους γονείς τους. Η ποιότητα των σχέσεων που θα έχουν οι έφηβοι με τους γονείς τους εξαρτάται από την προσωπικότητα των γονέων, από το είδος της σχέσης που είχαν πριν μπου τα παιδιά τους στην εφηβεία και από την απόφαση τους να περάσουν προοδευτικά σε μία πιο ισότιμη σχέση. Η σχέση που έχουν αναπτύξει, λειτουργεί και επηρεάζει αμφίδρομα και τα δύο μέρη. Για παράδειγμα, η έρευνα του Nihira και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Ogden & Hagen, 2013), έχει δείξει ότι δυσλειτουργικά οικογενειακά πλαίσια παράγουν λιγότερο ικανά και υπεύθυνα παιδιά και με τη σειρά τους τα παιδιά αυτά αποσπών φτωχές γονεϊκές πρακτικές ανατροφής. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να λειτουργήσει και αντίστροφα, δηλαδή ένα υψηλής ποιότητας οικογενειακό περιβάλλον θα πλάσει ικανά και συνεπή παιδιά, τα οποία θα αποσπάσουν ένα καλύτερο είδος ανατροφής (Ogden & Hagen, 2013)

Σύμφωνα με τους Κολαΐτη και Λιακοπούλου (2005), οι γονείς των εφήβων εμφανίζονται απογοητευμένοι, καθώς αισθάνονται πως αν και έχουν κάνει ότι μπορούν για να βοηθήσουν το παιδί τους, αυτό που εισπράττουν είναι η αμφισβήτηση και η απόρριψη του. Συχνά νιώθουν ότι χάνουν τον έλεγχο της κατάστασης και θεωρούν ότι η συμπεριφορά και στάση του παιδιού τους δεν είναι παρά η αρχή μία αρνητικής εξέλιξης, την οποία πρέπει να αποτρέψουν. Η αντίληψη αυτή προκαλεί γονεϊκές συμπεριφορές που μεγαλώνουν το χάσμα μεταξύ εφήβου και ενήλικου και δρουν ανασταλτικά για την ψυχοσυναισθηματική του ανάπτυξη (Κολαΐτης & Λιακοπούλου, 2005).

Οι γονείς πρέπει να συνδυάζουν την αγάπη για το παιδί τους με την παραχωρητικότητα, τη συνεργατικότητα και την απόδοχή. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν πρέπει να θέτουν όρια και κανόνες, αλλά να μην τα επιβάλλουν με αυταρχικές συμπεριφορές. Οι *παραχωρητικοί γονείς* δεν θέλουν να είναι τιμωρητικοί, προσπαθούν και τις περισσότερες φορές επιτυγχάνουν να καλλιεργήσουν μια στάση αποδοχής και κατανόησης απέναντι στις ορμές, τις επιθυμίες και τις πράξεις των παιδιών τους. Επιλέγουν να συζητάνε και να αποφασίζουν μαζί με τα παιδιά τους, τι είναι πιο σωστό να γίνει και δίνουν ερμηνείες για τους οικογενειακούς κανόνες. Επιπλέον, ενθαρρύνουν τους νέους να ρυθμίζουν μόνοι τους τις προσωπικές τους δραστηριότητες και αποφεύγουν την υπερβολική άσκηση ελέγχου. Εκτός από τους παραχωρητικούς γονείς, που αποτελούν το πιο υγιές πρότυπο γονέων, υπάρχουν άλλοι τρεις τύποι, οι υπερπροστατευτικοί, οι αυταρχικοί και οι απόμακροι γονείς. Οι *υπερπροστατευτικοί γονείς* έχουν συχνές εναλλαγές στη συμπεριφορά τους. Άλλοτε, έχουν την τάση να κυριαρχούν στα παιδιά τους και άλλοτε να υποτάσσονται σε αυτά. Η υπερβολικά εξαρτημένη συμπεριφορά αυτού του τύπου γονέων, μπορεί να αποθαρρύνει τους εφήβους να εξερευνήσουν, να πειραματιστούν και να δράσουν αυτόνομα. Αυτή η πρακτική έχει ως αποτέλεσμα τα παιδιά να αναπτύξουν φοβίες, αδεξιότητες και έλλειψη αυθορμητισμού (Herbert, 1999· Spera, 2005· Aunola, Stattin&Nurmi, 2000).

Οι *αυταρχικοί γονείς* χρησιμοποιούν έναν άκαμπτο κώδικα διαγωγής προκειμένου να διαμορφώσουν, να ελέγξουν και να αξιολογήσουν τις συμπεριφορές των παιδιών τους. Τα παιδιά αυταρχικών γονέων, συχνά εμφανίζουν έλλειψη αυτοπεποίθησης και στερούνται της ικανότητας για ρεαλιστική αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Τέλος, οι *απόμακροι γονείς* δείχνουν ελάχιστο ενδιαφέρον για τα παιδιά τους, και η στάση που διατηρούν απέναντι τους είναι υπερβολικά φιλελεύθερη ή και αδιάφορη. Οι γονείς που απορρίπτουν τα παιδιά τους, θέτουν σε κίνδυνο τη ψυχολογική τους ανεξαρτησία. Μερικοί έφηβοι την απόρριψη την βιώνουν και ως παραμέληση, πιστεύουν πως οι γονείς τους αδιαφορούν για εκείνους ή ακόμη

ότι δεν τους ήθελαν ποτέ. Έχοντας αυτές τις σκέψεις στο μυαλό τους φτάνουν να πιστέψουν ότι δεν αξίζουν και ότι η ίδια η ύπαρξη τους κάνει τους γονείς τους δυστυχείς. Δυστυχώς, οι λανθασμένες αντιλήψεις των εφήβων σε συνδυασμό με την εύθραστη ψυχική τους υγεία, μπορούν να τους οδηγήσουν μέχρι και την αυτοκτονία (Herbert, 1999· Spera, 2005· Aunolaetal, 2000).

Εν απουσία μαγικών συνταγών επίλυσης προβλημάτων, αυτό που μπορούν οι γονείς να κάνουν όταν έρχονται σε σύγκρουση με τα παιδιά τους είναι να επαναδιαπραγματεύονται τη σχέση τους μέσα από έναν ειλικρινή διάλογο. Όταν οι γονείς δείχνουν ενδιαφέρον και δίνουν χρόνο και ελευθερία λόγου στα παιδιά τους όλα μπορούν να λυθούν όσο το δυνατό πιο ομαλά.

1.6. Οι έφηβοι και η σχέση τους με το σχολείο

Η συντριπτική πλειοψηφία των εφήβων ακολουθούν το πρόγραμμα της τυπικής εκπαίδευσης, περνώντας αρκετό χρόνο στο σχολείο και αυτό θεωρείται σημαντικό για την προαγωγή της ψυχικής τους υγείας. Ωστόσο, για κάποιους το σχολείο αποτελεί ένα μέρος για αριστοτεχνία και έμπνευση, ενώ για άλλους ένα μέρος που σχετίζεται με την αποτυχία και την αποθάρρυνση. Όταν τα παιδιά του δημοτικού εισέρχονται στο γυμνάσιο, από τη μία ο δείκτης της σχολικής διαρροής μπορεί να αυξάνεται. Παράλληλα, είναι πιθανό οι σχολικοί βαθμοί να παρουσιάζουν αισθητή πτώση. Οι δύο παράγοντες που προαναφέρονται συνδέονται μεταξύ τους και πιθανότατα αποτελούν συμπτώματα κάποιου υποβόσκοντος προβλήματος (Ogden & Hagen, 2013).

Η θεωρία «ταιρίασματος» ατόμου – περιβάλλοντος υποστηρίζει ότι ένα άτομο δεν μπορεί να ανταπεξέλθει αν βρίσκεται σε ένα κοινωνικό περιβάλλον που δεν αναγνωρίζει τις ψυχολογικές του ανάγκες. Στην ουσία, σε ένα παιδί που εισέρχεται στην εφηβεία και ταυτόχρονα φεύγει από το δημοτικό, υπάρχει μία ασυμβατότητα ανάμεσα στις ανάγκες του, την υποστήριξη και τις ευκαιρίες που του παρέχονται από το σχολικό σύστημα. Σύμφωνα με τους Ogden και Hagen (2013), ενώ οι αναδυόμενοι έφηβοι έχουν μία αυξημένη επιθυμία για περισσότερη αυτο-αποφασιστικότητα και λήψη αποφάσεων, οι τάξεις του γυμνασίου-λυκείου δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην πειθαρχία και τον έλεγχο. Επιπλέον, η σχέση καθηγητή-μαθητή μπορεί να γίνεται λιγότερο θετική και υποστηρικτική μετά το δημοτικό, σε μία αναπτυξιακή περίοδο που οι μαθητές έχουν ανάγκη περισσότερες υποστηρικτικές διαπροσωπικές σχέσεις. Στην πραγματικότητα, οι παθολογίες των εκπαιδευτικών συστημάτων λειτουργούν ενίοτε ως τροχοπέδη για την ανάπτυξη των γνωστικών δεξιοτήτων των μαθητών,

σε μια χρονική περίοδο μάλιστα που διαπιστώνεται άνοδος των διανοητικών τους δυνατοτήτων. Η δευτεροβάθμια εκπαίδευση οφείλει να φιλοξενεί τις ατομικές ιδιαιτερότητες, να λαμβάνει υπόψη τις ικανότητες και ανάγκες των μαθητών διαμορφώνοντας ένα ευέλικτο, ανοιχτό και φιλικό εκπαιδευτικό περιβάλλον (Ogden & Hagen, 2013).

1.7. Η φιλία στην εφηβεία

Στα εφηβικά χρόνια, οι φιλία γίνεται ένα απαραίτητο κομμάτι στη ζωή του εφήβου, κυριώς επειδή τη συγκεκριμένη περίοδο αλλάζουν οι σχέσεις του με την οικογένεια του. Οι έφηβοι αναζητούν ένα έμπιστο πρόσωπο, με το οποίο θα μπορέσουν να μοιραστούν τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις δυσκολίες τους. Οι έφηβοι συνήθως διαλέγουν φίλους, με τους οποίους μοιάζουν και έχουν κοινά ενδιαφέροντα. Συχνά ταυτίζονται μαζί τους από φόβο μην τους απορρίψουν ενώ ακόμη μπορεί να εμπλακούν σε παραβατικές συμπεριφορές εξαιτίας αυτού του φόβου. Δεν είναι τυχαίο ότι ο βαθμός στον οποίο οι φίλοι ενός εφήβου εμπλέκονται σε αντικοινωνικές συμπεριφορές αποτελεί ένα από τα καλύτερα μέσα πρόβλεψης για την παραβατική συμπεριφορά του ίδιου του εφήβου. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι φίλοι του τον πιέζουν να διαπράξει κάποιο έγκλημα, ωστόσο σε μερικές περιπτώσεις αυτό μπορεί να συμβεί. Ουσιαστικά, η συμπεριφορά αυτή φανερώνει ότι οι φίλοι συνήθως μοιάζουν μεταξύ τους ή προσπαθούν να μοιάσουν ο ένας στον άλλο (Ogden&Hagen, 2013· Claes&Poirier, 1993).

Σύμφωνα με τους Claes και Poirier (1993), οι παρέες που σχηματίζουν οι έφηβοι χαρακτηρίζονται από έντονους συναισθηματικούς δεσμούς και διέπονται από αυστηρές άτυπες και τυπικές μορφές συμπεριφοράς. Θέλουν όλοι μαζί να έχουν μία κοινή ταυτότητα για να νιώθουν δυνατοί και να δοκιμάσουν τα όρια τους. Γι' αυτό το λόγο οι έφηβοι που ανήκουν σε τέτοιες ομάδες υιοθετούν το ίδιο ντύσιμο, λεξιλόγιο και συμπεριφορά (Claes&Poirier, 1993). Το πιθανότερο είναι πως όλοι οι έφηβοι θεωρούν τη φιλία το πιο σημαντικό πράγμα που έχουν στη ζωή τους. Αυτό σύμφωνα με τον Claes (1992) συμβαίνει γιατί αντιλαμβάνονται την εμπιστοσύνη που τους παρέχουν οι φίλοι τους και νιώθουν σιγουριά και αυτοπεποίθηση κοντά τους, αναγνωρίζοντας ότι μπορούν να τους πουν τα πάντα χωρίς να φοβούνται ότι θα τους απορρίψουν (Claes, 1992). Ένα άλλο ζήτημα της εφηβείας που συνδέεται άμεσα με την φιλία είναι η έναρξη των βραδινών εξόδων (Claes & Poirier, 1993). Οι έφηβοι θέλουν να βγαίνουν έξω με τους φίλους τους χωρίς την συνοδεία των γονέων τους. Σύμφωνα με τη διαπίστωση των Claes και Poirier (1993) η κοινωνική αυτονόμηση ξεκινάει από την στιγμή που το παιδί πηγαίνει μόνο του στο σχολείο ή στο φροντιστήριο. Μετά από το στάδιο αυτό, τα παιδιά έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις από τους γονείς τους, όπως να πάνε σε ένα πάρτυ και να γυρίσουν

αργά το βράδυ ή ακόμη και να βγούν με τους φίλους τους σε κάποιο νυχτερινό μαγαζί. Οι γονείς ακόμη και αν εμπιστεύονται τα παιδιά τους, πάντα ανησυχούν και έχουν αμφιβολίες για τους κινδύνους που ενέχουν αυτοί οι τρόποι διασκέδασης, όπως η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση ναρκωτικών ουσιών κλπ. (Claes, 1992· Claes & Poirier, 1993).

1.8. Η ανάπτυξη συναισθηματικών σχέσεων στην εφηβεία

Η σύναψη συναισθηματικών σχέσεων με το άλλο φύλο στην εφηβεία, μπορεί να έχει θετικές αλλά και αρνητικές συνέπειες. Οι έφηβοι θέλουν να αρέσουν στους άλλους, και κυρίως στο αντίθετο φύλο, έτσι ώστε να νιώσουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση με τον εαυτό τους αλλά και για να δοκιμάσουν τους καινούριους τους ρόλους ως άντρας και γυναίκα. Όμως δεν είναι ώριμοι ακόμη, ούτε διαθέτουν πείρα και η αυτοπεποίθησή τους είναι ιδιαίτερα εύθραυστη. Σύμφωνα με τον Collins (2003), οι έφηβοι τείνουν να ερωτεύονται και να εξειδικεύουν το συντροφό τους, θεωρώντας πως είναι ο ένας και μοναδικός. Όταν η σχέση τελειώσει πληγώνονται βαθιά και έχουν την τάση να μεγενθύνουν την κατάσταση. Οι Miller και Benson (2004), υποστηρίζουν ότι τα προαναφερθέντα είναι απαραίτητα προκειμένου ο έφηβος να ανακαλύψει τον εαυτό του και αποκτήσει εμπειρίες για το μέλλον (Collins, 2003· Miller & Benson, 2014).

Οι γονείς πρέπει να εκείνοι, που με ευαισθησία και υπευθυνότητα, θα ενημερώσουν τα παιδιά τους γύρω από το σεξ και την αντισύλληψη, όσο άβολη και αν τους φαίνεται η συζήτηση αυτή. Σε καμία περίπτωση η πηγή πληροφόρησης δεν μπορεί να προέρχεται από τους φίλους των παιδιών γιατί θα είναι ελλιπής και ανεύθυνη (Miller & Benson, 2014). Οι ενήλικοι, και κυρίως οι γονείς πρέπει να αποτελέσουν ένα δίκτυο ασφάλειας για τα παιδιά τους και πέρα από τις συγκρούσεις που αποτελούν φυσιολογικό κομμάτι της εφηβικής ανάπτυξης θα πρέπει να βρίσκονται κοντά στα παιδιά τους, να τα συμβουλεύουν και να τα ενθαρρύνουν σε αυτό το απαιτητικό αναπτυξιακό κομμάτι της ζωής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Στην εφηβεία, οι αλλαγές που συντελούνται σε βιοσωματικό και ψυχοκοινωνικό επίπεδο, σε συνδυασμό με την έλλειψη ωριμότητας που χαρακτηρίζει τους εφήβους και το λιγοστό χρόνο που έχουν στην διάθεση τους για να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες, μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη κάποιων συμπεριφορών, οι οποίες όμως θεωρούνται φυσιολογικές και μη ανησυχητικές. Για παράδειγμα, χαρακτηριστική είναι η συναισθηματική αστάθεια με τις απότομες συναισθηματικές αλλαγές, κατά τις οποίες ο έφηβος τη μια στιγμή μπορεί να είναι χαρούμενος και την άλλη στιγμή να μελαγχολεί. Όταν όμως, αυτές οι συμπεριφορές αυξηθούν σε συχνότητα και ένταση και διαταράξουν την καθημερινή λειτουργικότητα του εφήβου, τότε παύουν πλέον να θεωρούνται φυσιολογικές και γίνονται παθολογικές.

Σύμφωνα με τον Kring και τους συνεργάτες του (2010), η εφηβεία θεωρείται ως η κατεξοχήν κατάλληλη ηλικία για να βρουν πρόσφορο έδαφος και να αναπτυχθούν δυσλειτουργικές συμπεριφορές και συναισθηματικές δυσκολίες, οι οποίες κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες, μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση συναισθηματικών διαταραχών. Οι πιο διαδεδομένες διαταραχές συναισθηματικής φύσεως στην εφηβική ηλικία είναι οι διαταραχές εσωτερίκευσης. Χαρακτηρίζονται από εμπειρίες και συμπεριφορές οι οποίες εστιάζουν περισσότερο στον εσωτερικό κόσμο του ατόμου. Η κατάθλιψη και το άγχος αποτελούν τις πιο κοινές διαταραχές εσωτερίκευσης. Η διάγνωση τους δεν είναι εύκολη, καθώς η οικογένεια και γενικά το περιβάλλον του εφήβου είναι πιο ανεκτικά απέναντι του, κατανοώντας τη δυσκολία αυτής της εξελεικτικής περιόδου. Από την άλλη, ο έφηβος στην προσπάθειά του να αποδείξει στους άλλους ότι είναι ανεξάρτητος και δυνατός θα αποκρύψει το πρόβλημα του και δεν θα αναζητήσει βοήθεια, ενώ αρκετές είναι και οι περιπτώσεις εφήβων που δεν αναγνωρίζουν την ύπαρξη προβλήματος (Kring, Johnson, Davison & Neale, 2010).

Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική παρέμβαση μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής και συνέχισης των συναισθηματικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή και αυξάνουν την δυνατότητα επίτευξης σημαντικών αναπτυξιακών στόχων όπως, η ανάπτυξη θετικών σχέσεων με την οικογένεια και τους φίλους, η ολοκλήρωση των σπουδών, η δημιουργία θετικής ταυτότητας και η προαγωγή της αυτοαξίας.

2.1. Η κατάθλιψη στην εφηβεία

Η κατάθλιψη μέχρι μερικές δεκαετίες πριν, δεν αναγνωριζόταν ως πρόβλημα από το οποίο μπορούσαν να υποφέρουν τα παιδιά και οι έφηβοι αλλά μόνο οι ενήλικες. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης, κυρίως στους εφήβους, τα αντιμετώπιζαν ως ένα φυσιολογικό επακόλουθο της ανάπτυξης και της πορείας προς την ωριμάνση (Βασιλόπουλος, Μπρούζος & Μπαουρδά, 2016· Shaffer & Waslick, 2002). Σύμφωνα με τους Lewis και Rudolph (2014), η κατάθλιψη ως μελαγχολία είναι μία ήπια και οικεία κατάσταση σε όλους τους ανθρώπους, αφού αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του φάσματος των φυσιολογικών συναισθημάτων. Όμως η παρατεταμένη και έντονη μορφή της αποτελεί πηγή πολλών ψυχοπαθολογικών προβλημάτων (Lewis & Rudolph, 2014). Στην ιδιαίτερη αναπτυξιακή περίοδο της εφηβείας με τις συνεχείς συναισθηματικές αλλαγές, μερικοί έφηβοι και υπό συγκεκριμένες καταστάσεις γίνονται ευάλωτοι απέναντι σε οποιαδήποτε μορφή κατάθλιψης, γι' αυτό και όπως έχει παρατηρηθεί τα ποσοστά της αυξάνονται την περίοδο αυτή. Σήμερα, το 2-5% του νεανικού πληθυσμού πάσχει από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, η οποία αν δεν διαγνωστεί έγκαιρα ώστε να υπάρξει θεραπευτική αντιμετώπιση ενδέχεται να συνεχιστεί έως την ενήλικη ζωή ή ακόμη και να οδηγήσει στην αυτοχειρία (Ogden & Hagen, 2013 · Lewis & Rudolph, 2014).

Η κατάθλιψη συγκαταλέγεται στις διαταραχές της διάθεσης και αποτελείται από ένα σύνολο αντιδράσεων που εκδηλώνεται σε ψυχικό, συμπεριφορικό και βιολογικό επίπεδο. Υπάρχουν διάφοροι τύποι κατάθλιψης, με τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και τη δυσθυμία να αποτελούν τις πιο διαδεδομένες διαταραχές διάθεσης. Η διαφορά τους έγκειται στην ένταση και στη χρονική διάρκεια. Σύμφωνα με το DSM-IV ένας έφηβος διαγιγνώσκεται με μείζονα κατάθλιψη όταν έχει καταθλιπτική διάθεση ή ανηδονία μαζί με τουλάχιστον τέσσερα ή περισσότερα συμπτώματα στο επίπεδο του συναισθήματος, της συμπεριφοράς, της γνωστικής και σωματικής λειτουργίας για διάστημα τουλάχιστον δύο εβδομάδων. Η διάγνωση της μείζονας κατάθλιψης στους έφηβους γίνεται με τα ίδια διαγνωστικά κριτήρια όπως και στους ενήλικες, εκτός από δύο εξαιρέσεις. Πρώτον, στους έφηβους η καταθλιπτική διάθεση μπορεί να αντικατασταθεί με ευερεθιστότητα, σύμπτωμα το οποίο δεν επαρκεί για τη διάγνωση στους ενήλικες και δεύτερον, η αδυναμία διατήρησης του φυσιολογικού για την ηλικία βάρους αποτελεί σημάδι ανάπτυξης εφηβικής κατάθλιψης (American Psychiatric Association, 2013· Lewis & Rudolph, 2014· Shaffer & Waslick, 2002· Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· Ogden & Hagen, 2013· Kring et al, 2010).

Από την άλλη η δυσθυμική διαταραχή είναι μία χρόνια αλλά πιο ήπια καταθλιπτική διαταραχή. Σύμφωνα με το DSM-IV, για να πληρούν οι έφηβοι τις προϋποθέσεις για δυσθυμία, πρέπει να έχουν καταθλιπτική ή ευερέθιστη διάθεση τις περισσότερες ημέρες για διάστημα ενός χρόνου μαζί με δύο τουλάχιστον συμπτώματα κατάθλιψης. Για τους έφηβους το διάστημα του ενός χρόνου θεωρείται επαρκές, όμως για τους ενήλικες απαιτούνται δύο έτη για να γίνει διάγνωση δυσθυμίας (American Psychiatric Association, 2013). Σύμφωνα με τον Goodyer (2001), ένα επεισόδιο δυσθυμίας μπορεί να διαρκέσει μέχρι και 4 χρόνια και η ανάρρωση γίνεται σταδιακά. Συνολικά, θα χρειαστούν 8 χρόνια από την έναρξη της δυσθυμίας για να φθάσει ο δείκτης ανάρρωσης το 98% (Goodyer, 2001). Επιπλέον, είναι πιθανό ενώ ο έφηβος είναι ακόμη δυσθυμικός (περίπου στα 2 χρόνια δυσθυμικής διαταραχής) να εκδηλώσει το πρώτο του επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

Οι Strober και Carlson (όπως αναφέρεται στο Τσιαντής, 1992), μελετώντας έφηβους κατέληξαν στη διατύπωση δύο τύπων εφηβικής κατάθλιψης. Ο πρώτος τύπος ονομάζεται πρωτογενής κατάθλιψη και συνήθως αποτελεί την πρώτη εκδήλωση μίας μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής. Το σύνδρομο αυτό προκαλείται ξαφνικά χωρίς να υπάρχει κάποια ψυχιατρική παθολογία. Τα συμπτώματα του είναι η μειωμένη όρεξη, ο διαταραγμένος ύπνος, η απόσυρση από την κοινωνική ζωή, η αδυναμία συγκέντρωσης στο σχολείο, ο περιορισμός αθλητικών και άλλων δραστηριοτήτων καθώς και δυσφορική διάθεση. Ο δεύτερος τύπος είναι η δευτερογενής κατάθλιψη, η οποία είναι μία πιο χρόνια και συγκεχυμένη μορφή κατάθλιψης. Τα κύρια συμπτώματα της είναι η κοινωνική απόσυρση και η απάθεια. Επίσης, το άτομο μπορεί να έχει συχνές κεφαλαλγίες και δυσφορική διάθεση. Η δευτερογενής κατάθλιψη συνδέεται με απώλειες και τραυματικές εμπειρίες ή με διαταραχές όπως η χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών, η ψυχογενής ανορεξία, μαθησιακές δυσκολίες και φοβικά ή ψυχαναγκαστικά σύνδρομα (Τσιαντής, 1992).

Πολλές είναι οι θεωρίες που έχουν διατυπωθεί σχετικά με τις αιτίες εμφάνισης της κατάθλιψης. Η πιο διαδεδομένη όμως είναι η γνωστική θεωρία του Aaron Beck (1967), που υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι εμφανίζουν κατάθλιψη επειδή ο τρόπος με τον οποίο σκέφτονται είναι αρνητικός. Συγκεκριμένα, ο Beck εισήγαγε τον όρο «αρνητική γνωστική τριάδα» θέλοντας να εξηγήσει τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί η σκέψη ενός καταθλιπτικού ατόμου. Η σκέψη, λοιπόν, φαίνεται να κυριαρχείται από αρνητικές αντιλήψεις για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον. Αυτές οι σκέψεις είτε δεν είναι αληθείς είτε εμπεριέχουν ένα μικρό βαθμό αλήθειας. Όμως το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη δεν προσπαθεί να τις ελέγξει για

την ορθότητα τους και τείνει να αγνοεί ή και να διαστρεβλώνει συστηματικά τις πληροφορίες που τις ανατρέπουν. Συχνά, μάλιστα συγκεντρώνει πληροφορίες που υποστηρίζουν και επιβεβαιώνουν τις παράλογες αυτές σκέψεις και εστιάζει υπερβολικά στην αρνητική τροφοδότηση που δέχεται για τον εαυτό του. Τα άτομα που έχουν κατάθλιψη, σύμφωνα με το μοντέλο της αρνητικής τριάδας, απέκτησαν στην παιδική τους ηλικία αρνητικά σχήματα, δηλαδή την τάση να βλέπουν τον κόσμο με αρνητικό τρόπο μέσα από διάφορα στρεσογόνα γεγονότα όπως π.χ. η απώλεια ενός γονέα. Μόλις ενεργοποιηθούν τα αρνητικά σχήματα προκαλούν τις γνωστικές στρεβλώσεις, δηλαδή τη λάθος επεξεργασία των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος. Προκειμένου να συντηρηθούν αυτά τα αρνητικά γνωστικά σχήματα, το άτομο οδηγείται στα γνωσιακά σφάλματα (π.χ αυθαίρετα συμπεράσματα, υπεργενίκευση, επιλεκτική αφαίρεση, καταστροφολογία κ.ά.) (Lewis&Rudolph, 2014· Kringetal, 2010). Σύμφωνα με τον Βασιλόπουλο και τους συνεργάτες του (2016), τα γνωσιακά σφάλματα αλλάζουν τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε την κοινωνική πραγματικότητα και αντιδρούμε σε αυτή, με αποτέλεσμα να προκαλούν από μόνα τους την επιβεβαίωση των λανθασμένων υποθέσεων συντηρώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο (Βασιλόπουλος κ.ά, 2016).

2.1.1. Συμπτωματολογία

Τα συμπτώματα της εφηβικής κατάθλιψης παρουσιάζουν ομοιότητες αλλά και διαφορές από την αντίστοιχη συμπτωματολογία των ενηλίκων (Kringetal, 2010· Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001). Η σύγχρονη αναθεωρημένη έκδοση του DSM-IV κατατάσσει την εφηβική κατάθλιψη πιο κοντά στην κλινική εικόνα των ενηλίκων παρά των παιδιών, επισημαίνοντας μερικές διαφορές. Η βασική διαφορά είναι ότι οι έφηβοι είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν ευερέθιστη συμπεριφορά παρά δυσφορικό συναίσθημα (American Psychiatric Association, 2013· Lewis&Rudolph, 2014· Shaffer&Waslick, 2002· Ogden&Hagen, 2013). Σύμφωνα με τους Λαζαράτου και Αναγνωστόπουλο (2001), ο έφηβος συνεχώς γκρινιάζει, δεν είναι ευχαριστημένος με τίποτα και εκνευρίζεται με τους γονείς του, όταν εκείνοι του κάνουν «κήρυγμα» για τις σχολικές επιδόσεις ή τις παρέες του, καθώς και όταν ασκούν κριτική για το ντύσιμο ή το λεξιλόγιο του (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001). Επιπλέον, οι Lewis και Rudolph (2014), υποστηρίζουν ότι οι καταθλιπτικοί ενήλικες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ανηδονίας και αύξηση βάρους, ενώ από την άλλη, οι έφηβοι που πάσχουν από κατάθλιψη είναι πιθανότερο να εμφανίσουν απώλεια όρεξης, άρα και μείωση του σωματικού τους βάρους και να προβούν σε απόπειρες αυτοκτονίας (Lewis & Rudolph, 2014).

Τα συμπτώματα που εκδηλώνουν οι έφηβοι με κατάθλιψη κυμαίνονται από ήπια έως σοβαρά και ταξινομούνται στις εξής κατηγορίες:

- *σωματικά συμπτώματα*: αϋπνίες, υπερυπνία, αύξηση ή μείωση του σωματικού βάρους, κόπωση, κοιλιακοί πόνοι, και κεφαλαλγίες,
- *γνωσιακά συμπτώματα*: αίσθημα ενοχής και αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, φτωχή συγκέντρωση, αδυναμία λήψης αποφάσεων, έλλειψη προσοχής επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας,
- *συμπεριφορικά συμπτώματα*: απόσυρση, ανυπακοή απραξία, απουσία κινήτρων, παράμεληση της προσωπικής καθαριότητας, αντικοινωνική συμπεριφορά και
- *συναισθηματικά συμπτώματα*: θλίψη, μελαγχολία, ευερεθιστότητα, ατονία, εκνευρισμός, άγχος και ένταση.

Προκειμένου τα παραπάνω συμπτώματα να αποτελούν ενδείξεις για καταθλιπτική διαταραχή θα πρέπει να είναι κλινικής σημασίας και να προκαλούν σοβαρά προβλήματα σε σημαντικούς τομείς όπως το κοινωνικό ή ακαδημαϊκό πλαίσιο. Επίσης, τα συμπτώματα δεν πρέπει να είναι απόρροια φαρμακευτικής θεραπείας ή χρήσης ουσιών και δεν πρέπει να γίνεται διάγνωση αν είναι αποτέλεσμα κάποιας τρέχουσας κατάστασης όπως π.χ. το πένθος (Κουρκούτας, 2001· Ogden&Hagen, 2013· Carr, 1999).

Η έντονη ανάγκη του εφήβου να αποφύγει το σχολείο σε συνδυασμό με την απότομη πτώση της σχολικής του επίδοσης αποτελούν κοινά χαρακτηριστικά της εφηβικής κατάθλιψης. Αρχικά πρέπει να γίνει διαχωρισμός ανάμεσα στη σχολική άρνηση που εκφράζεται με συστηματική αποχή από το σχολείο και στην ευκαιριακή απουσία από το σχολείο (γνωστή ως «κοπάνα»). Στη δεύτερη περίπτωση, ο έφηβος προσποιείται ότι πηγαίνει σχολείο, ενώ στην πραγματικότητα περνάει τον χρόνο του σε κάποιο εξωσχολικό περιβάλλον. Αυτό μπορεί να συμβεί περιστασιακά σε μαθητές που θέλουν να αποφύγουν μία στρεσογόνο κατάσταση όπως π.χ. ένα τεστ για το οποίο δεν έχουν διαβάσει. Ακόμη και σε περιπτώσεις που ο έφηβος αρνείται πεισματικά να πάει στο σχολείο, μπορεί να έχει πέσει και θύμα εκφοβισμού. Άλλωστε, σύμφωνα με τους Shaffer και Waslick (2002), η κατάθλιψη έχει βρεθεί να συνυπάρχει με το σχολικό εκφοβισμό. Αυτό που δεν έχει αποσαφηνιστεί μέχρι στιγμής, είναι αν τα σχολικά προβλήματα αποτελούν επιπτώσεις της κατάθλιψης ή αν μπορούν να προβλέψουν την έναρξη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Βασιλόπουλος κ.ά, 2016· Shaffer & Waslick, 2002· Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Σύμφωνα με τους Shaffer και Waslick (2002), στους έφηβους με κατάθλιψη παρατηρείται μείωση του ενδιαφέροντος για ακαδημαϊκή πρόοδο, δυσκολίες στη διατήρηση της προσοχής και της συγκέντρωσης μέσα στην τάξη και κατά τη διάρκεια της μελέτης των μαθημάτων στο σπίτι, απώλεια της ενέργειας και των κινήτρων που απαιτούνται για την επίτευξη των ακαδημαϊκών στόχων, καθιστώντας έτσι πολύ δύσκολη τη διατήρηση της σχολικής λειτουργικότητας. Μερικές φορές η ψυχική κατάσταση των έφηβων μαθητών μπορεί να επηρεαστεί σε τέτοιο βαθμό από την κατάθλιψη, ώστε να εγκαταλείψουν τελείως τις προσπάθειες τους για ακαδημαϊκή εξέλιξη και να παρατήσουν το σχολείο (Shaffer & Waslick, 2002).

Τα αυξανόμενα σχολικά προβλήματα δεν θα μπορούσαν να μη διαταράξουν και τις σχέσεις του έφηβου με τους γονείς του, αφού οι γονείς μπορεί να απογοητευτούν ή και να θυμώσουν με την πτώση της σχολικής επίδοσης των παιδιών τους, και έτσι περισσότερες διαφωνίες και διαμάχες να ξεσπάσουν. Άλλος ένας λόγος που οδηγεί σε σύγκρουση μεταξύ γονέων και παιδιών, είναι η γενικότερη αδιαφορία των εφήβων για τις καθημερινές δουλειές του σπιτιού που τους έχουν αναθέσει οι γονείς. Ο καταθλιπτικός έφηβος κυριεύεται από μία απραξία και απάθεια απέναντι σε κάθε καθημερινή υποχρέωση και το τελευταίο που τον απασχολεί είναι η εκπλήρωση των επιθυμιών των γονιών του (Βασιλόπουλος κ.ά, 2016; Shaffer & Waslick, 2002).

Σύμφωνα με τους Shaffer και Waslick (2002) και τον Βασιλόπουλο και τους συνεργάτες του (2016), οι έφηβοι προκειμένου να μπορέσουν να διαχειριστούν και να αντιμετωπίσουν τα έντονα συναισθήματα δυσφορίας και θλίψης που βιώνουν μπορεί να καταφύγουν στην χρήση αλκόολ και ναρκωτικών ουσιών για να βελτιώσουν τη διάθεση τους. Όμως, ο συγκεκριμένος τρόπος αυτοθεραπείας, το μόνο που θα καταφέρει είναι να προκαλέσει μία παροδική βελτίωση της διάθεσης, η οποία μακροπρόθεσμα θα επιδεινώσει τα συμπτώματα κατάθλιψης και θα οδηγήσει σε μεγαλύτερη χρήση των ουσιών, δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο (Shaffer & Waslick, 2002· Βασιλόπουλος κ.ά, 2016).

2.1.2. Αιτιολογία

Η κατάθλιψη στην εφηβεία σπάνια οφείλεται μόνο σε μία ατία, συνήθως είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλών και ποικίλων παραγόντων όπως βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών/περιβαλλοντικών.

- Βιολογικά αίτια

A) Γονίδια

Πολλές είναι οι μελέτες (Shaffer & Waslick, 2002· Kring et al, 2010· Βασιλόπουλος κ.ά, 2016· Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001· Παπαδημητρίου, 2005) που έχουν διεξαχθεί σε οικογένειες, διδύμους και υιοθετημένα παιδιά, προκειμένου να απαντηθεί το ερώτημα αν τελικά η κατάθλιψη αποτελεί μία οικογενή νόσο ή όχι. Οι μελέτες αυτές έχουν επιβεβαιώσει την ύπαρξη γενετικής επιρροής στην αιτιογένεση της κατάθλιψης (Shaffer & Waslick, 2002· Kring et al, 2010· Βασιλόπουλος κ.ά, 2016· Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001· Παπαδημητρίου, 2005). Η επιρροή αυτή φαίνεται να μην είναι τόσο σημαντική κατά την παιδική ηλικία, αλλά αυξάνεται όταν το παιδί εισέρχεται στην εφηβεία (Lewis & Rudolph, 2014). Οι έφηβοι με συγγενείς πρώτου βαθμού, που έχουν νοσήσει από κατάθλιψη, έχουν 25-30% περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Μάλιστα, όταν και οι δύο γονείς έχουν κατάθλιψη, οι πιθανότητες να εμφανίσουν και τα παιδιά τους αυξάνονται ακόμη περισσότερο (70%) (Kring et al, 2010· Shaffer & Waslick, 2002· Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001· Kringlen, 1993).

Η γενετική προδιάθεση για την κατάθλιψη έχει ερευνηθεί και σε μελέτες μονοζυγωτικών και διζυγωτικών διδύμων (Shaffer & Waslick, 2002· Βασιλόπουλος κ.ά, 2016· Kring et al, 2010). Οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά συμφωνίας (45-55%) για κατάθλιψη από ότι οι διζυγωτικοί δίδυμοι (15-20%), είτε μεγάλωσαν μαζί, είτε χωριστά (Shaffer & Waslick, 2002· Παπαδημητρίου, 2005· Happell, Cowin, Roper, Foster & McMaster, 2008). Σχετικά με τα ευρήματα για τους μονοζυγωτικούς διδύμους αξιοσημείωτο είναι ότι αν η εκδήλωση της κατάθλιψης ήταν αποκλειστά και μόνο ένα γενετικό χαρακτηριστικό τότε ο βαθμός συμφωνίας θα έπρεπε να είναι 100%, αφού οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι φέρουν πανομοιότυπο γενετικό υλικό. Έτσι, τα ποσοστά συμφωνίας επιβεβαιώνουν την υπόθεση ότι πέρα από τη γενετική προδιάθεση, σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση κάποιας συναισθηματικής διαταραχής παίζουν και άλλοι παράγοντες όπως π.χ. το περιβάλλον, η οικονομική κατάσταση, πιθανές ασθένειες κ.ά. (Παπαδημητρίου, 2005).

Όσον αφορά τα υιοθετημένα παιδιά, οι μελέτες του Wender και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Kring et al, 2010), και του Eley και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009) αναφέρουν μία πιο μέτρια ύπαρξη κληρονομικότητας. Σύμφωνα, λοιπόν και με την παραπάνω υπόθεση περί συνδυασμού

παραγόντων είναι λογικό, τα παιδιά τα οποία έχουν μία γενετική προδιάθεση για εκδήλωση καταθλιπτικής διαταραχής αλλά μεγαλώνουν μέσα σε υγιή περιβάλλοντα, χωρίς να βιώνουν τραυματικά και στρεσογόνα γεγονότα να μην εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Kring et al, 2010· Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

Μία θεωρία που έχει διατυπωθεί σχετικά με την αιτιογένεση της κατάθλιψης είναι το μοντέλο της προδιάθεσης – στρες που υποστηρίζει ότι μία γενετική προδιάθεση αλληλεπιδρά με ένα περιβαλλοντικό παράγοντα στρες και προκαλούν την εκδήλωση της κατάθλιψης. Σύμφωνα με τον Pinel (2011) και τον Hammen (2005), αυτή η μορφή αλληλεπίδρασης γονιδίων και περιβάλλοντος, προτείνει ότι ένας περιβαλλοντικός παράγοντας επηρεάζει τους ανθρώπους που έχουν γενετική ευπάθεια προς μια διαταραχή, διαφορετικά από το πώς επηρεάζει ανθρώπους χωρίς αυτή την κληρονομική προδιάθεση (Hammen, 2005· Pinel, 2011).

Οι περισσότεροι ερευνητές καταλήγουν ότι δεν υπάρχει ένα μεμονωμένο γονίδιο, στο οποίο οφείλεται η κατάθλιψη και υποστηρίζουν ότι τελικά θα βρεθούν συνδέσεις με ένα σύνολο γονιδίων (Lewis & Rudolph, 2014· Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· Sharp & Cowen, 2011). Ένα από τα γονίδια που έχει μελετηθεί εντατικά στο πεδίο των νευροεπιστημών και της γενετικής είναι το 5-HTT. Τα επίπεδα του συγκεκριμένου γονιδίου διαφέρουν ανάμεσα στον ανθρώπινο πληθυσμό, και αυτό μπορεί να οφείλεται εν μέρει στην ύπαρξη λειτουργικών παραλλαγών του γονιδίου 5-HTT, πολλές από τις οποίες δεν έχουν ακόμη ανακαλυφθεί. Το γονίδιο 5-HTT κωδικοποιεί και ρυθμίζει τη σεροτονίνη. Τα άτομα που εκδηλώνουν κατάθλιψη συχνά έχουν μειωμένα 5-HTT γονίδια. Υπάρχουν τρεις μορφές 5-HTT γονιδίων και ο καθένας έχει δύο 5-HTT γονίδια. Υπάρχει η μεγάλη μορφή του 5-HTT και η σύντομη μορφή του 5-HTT. Τα άτομα που έχουν τη σύντομη μορφή βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Άλλο ένα γονίδιο που έχει ενοχοποιηθεί είναι το SLC6A4, που βρίσκεται στο χρωμόσωμα 17, και αλληλεπιδρά με έναν παθολογικό πολυμορφισμό που ονομάζεται Val66Met. Αυτή η αλληλεπίδραση προκαλεί την ανεπαρκή έκκριση του νευροτροφικού παράγοντα BDNF, ο οποίος αυξάνει την πλαστικότητα των νευρικών συνάψεων και εμποδίζει την ατροφία του ιππόκαμπου. Επίσης, ο συνδυασμός σύντομης μορφής 5-HTT και υψηλών επιπέδων κορτιζόλης (κυρίως τις πρωινές ώρες) έχει βρεθεί ότι μπορεί να προβλέψει την εμφάνιση της κατάθλιψης (Lewis & Rudolph, 2014· Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· Sharp & Cowen, 2011).

B) Νευροδιαβιβαστές

Η αναζήτηση των βιολογικών αιτιών της κατάθλιψης δεν περιορίζεται στη μελέτη των γονιδίων αλλά επεκτείνεται και σε άλλες περιοχές όπως τα νευροδιαβιβαστικά συστήματα του εγκεφάλου.

Οι νευροδιαβιβαστές που έχουν μελετηθεί και έχουν συνδεθεί με την κατάθλιψη είναι η σεροτονίνη, η νορεπινεφρίνη και η ντοπαμίνη (Ogden & Hagen, 2013· Shaffer & Waslick, 2002· Goodyer, 2001· Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· Carr, 1999· Kring et al, 2010· Loo & Loo, 2000· Happell et al, 2008· Vander, Sherman & Luciano, 2001). Οι τρεις αυτοί νευροδιαβιβαστές είναι υπεύθυνοι για την συναισθηματική λειτουργία, επομένως και τη ρύθμιση της διάθεσης. Συγκεκριμένα, η σεροτονίνη ρυθμίζει την όρεξη, τον ύπνο, την επιθετικότητα και την σεξουαλικότητα, η νορεπινεφρίνη εμπλέκεται στη διαδικασία του ξυπνήματος και στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, ενώ η ντοπαμίνη συνδέεται με τα συστήματα ανταμοιβής, τα όνειρα και την εμπειρία της απόλαυσης (Loo & Loo, 2000). Η ανεπάρκεια αυτών των νευροδιαβιβαστών έχει ως αποτέλεσμα να εμφανιστούν προβλήματα στον ύπνο, αυξημένα επίπεδα ευερεθιστότητας και άγχους, έντονη κόπωση, απουσία όρεξης και γενικά θλιμμένη διάθεση, χαρακτηριστικά τα οποία θυμίζουν την κλινική εικόνα ενός καταθλιπτικού ατόμου (Loo & Loo, 2000· Happell et al, 2008). Πράγματι, σε άτομα που έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη, οι συγκεκριμένες περιοχές έχουν βρεθεί να υπολειτουργούν (Shaffer & Waslick, 2002· Goodyer, 2001· Nolen- Hoeksema & Hilt, 2009· Kring et al, 2010· Loo & Loo, 2000· Happell et al, 2008· Vander et al, 2001· Carr, 1999).

Σύμφωνα με τον Hammen (2005), η ανεπάρκεια που παρατηρείται μπορεί να οφείλεται στο ότι οι συγκεκριμένοι νευροδιαβιβαστές δεν απελευθερώνονται στις συνάψεις ή στο ότι μεταβολίζονται σε υπερβολικό βαθμό μέσα στα νευρικά κύτταρα (Hammen, 2005). Όταν όμως ο ασθενής λάβει θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα, παρουσιάζεται άμεση αύξηση της συγκέντρωσης των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο και βελτίωση της διάθεσης, επιβεβαιώνοντας έτσι ότι για μερικές μορφές κατάθλιψης υπεύθυνο είναι ένα γενετικά κληρονομούμενο ελάττωμα στον μεταβολισμό του κεντρικού νευρικού συστήματος (Hammen, 2005· Kring et al, 2010).

Γ) Ορμόνες

Το γεγονός ότι οι γυναίκες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη κατάθλιψης μετά την έναρξη της εφηβείας κίνησε τις υποψίες των ερευνητών ότι οι ορμόνες του φύλου συνδέονται με τις συναισθηματικές διαταραχές. Στην εφηβεία η παραγωγή των οιστρογόνων,

δηλαδή των θηλυκών ορμονών αυξάνεται με ταχύτατους ρυθμούς. Οι σωματικές αλλαγές σε συνδυασμό με την ωρίμανση των σεξουαλικών οργάνων και την εμφάνιση της πρώτης έμμηνου ρύσεως μεταβάλλουν τα επίπεδα συναισθηματικής ανθεκτικότητας των κοριτσιών, αφήνοντας τα πιο ευπαθή απέναντι στα αρνητικά σχόλια των συμμαθητών τους, οδηγώντας τα μέχρι και στην εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Shaffer & Waslick, 2002· Goodyer, 2001).

Η κορτιζόλη, ένα είδος ορμόνης του επινεφριδικού φλοιού, εμφανίζει αύξηση των επιπέδων της σε άτομα με κατάθλιψη λόγω της υπερδραστηριότητας του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια και της κακής ρύθμισης της παραγωγής της αδρενοκορτικοτροπίνης (Goodyer, 2001· Carr, 1999· Kring et al, 2010). Επίσης, άτομα με κατάθλιψη έχουν βρεθεί να έχουν μειωμένα επίπεδα θυροξίνης εξαιτίας της απορρύθμισης του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-θυροειδής (Carr, 1999). Τέλος, και τα μειωμένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση της κατάθλιψης (Goodyer, 2001).

Παρόλο που κάποια σύνδεση ανάμεσα στις ορμόνες και την κατάθλιψη θεωρείται υπαρκτή, οι έρευνες που διεξάγονται στο συγκεκριμένο τομέα βρίσκονται ακόμη σε αρχικό στάδιο και περιλαμβάνουν κυρίως δείγμα με ενήλικες και σπάνια παιδιά και έφηβους (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

Δ) Ανατομία εγκεφάλου

Η χρήση των τεχνικών δομικής και λειτουργικής νευροαπεικόνισης είναι μία σχετικά νέα μέθοδος στην προσπάθεια κατανόησης των βιολογικών αιτιών της κατάθλιψης, σε δείγματα παιδιών και εφήβων.

Αυτό που έχει παρατηρηθεί είναι ότι οι έφηβοι με κατάθλιψη έχουν μικρότερο όγκο στον μετωπιαίο λοβό σε σχέση με τα μη-καταθλιπτικά άτομα (Shaffer & Waslick, 2002). Επιπλέον, μεταβολές στη λειτουργία των μονοαμινών ή στην αιμάτωση του εγκεφάλου σε συγκεκριμένες περιοχές όπως ο μετωπιαίος, ο κροταφοβρεγματικός ή ο ινιακός λοβός έχουν συσχετιστεί με κατάθλιψη σε έφηβους και νέους. Σε μελέτη του Shad και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Lewis & Rudolph, 2014) βρέθηκε ότι ο όγκος του κερκοφόρου πυρήνα ήταν μειωμένος σε έφηβους με κατάθλιψη.

Ο ιππόκαμπος, ο οποίος εμπλέκεται στη ρύθμιση της διάθεσης, αποτελεί μία κεντρική περιοχή μελέτης, κυρίως επειδή η κατάθλιψη είναι μία διαταραχή που εμφανίζει ευαισθησία προς το στρες και ο ιππόκαμπος επίσης είναι ευαίσθητος στο στρες, ιδιαίτερα κατά την πρώιμη ανάπτυξη. Ο Rao με τους συνεργάτες του (όπως αναφέρεται στο Lewis & Rudolph, 2014) βρήκαν μειωμένο τον όγκο του ιπποκάμπου σε υγιείς εφήβους που βρίσκονταν σε υψηλό κίνδυνο για εκδήλωση κατάθλιψης. Μάλιστα, οι συγκεκριμένοι έφηβοι είχαν εκτεθεί σε αρκετές στρεσογόνες καταστάσεις κατά την παιδική τους ηλικία.

Η αμυγδαλή επίσης αποτελεί μία περιοχή που σχετίζεται με το στρες και τη ρύθμιση των συναισθημάτων και της διάθεσης (Lewis & Rudolph, 2014). Μελέτες λειτουργικής ενεργοποίησης δείχνουν ότι στα άτομα με κατάθλιψη υπάρχει αυξημένη δραστηριότητα της αμυγδαλής (Kring et al, 2010). Στην μελέτη του Sheline και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Kring et al, 2010), για παράδειγμα, τα άτομα με κατάθλιψη όταν έβλεπαν θλιμμένα πρόσωπα είχαν πιο έντονη και παρατεταμένη αντίδραση στην αμυγδαλή τους από ότι τα υγιή υποκείμενα της μελέτης.

Άλλο ένα χαρακτηριστικό των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη είναι η μειωμένη δραστηριότητα του αριστερού ημισφαιρίου και κυρίως του αριστερού μετωπιαίου λοβού. Επιπλέον, έχουν παρατηρηθεί δομικές ανωμαλίες στη λευκή ουσία σε εφήβους με κατάθλιψη και σε υγιείς εφήβους που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο, υπαινίσσοντας ότι τέτοιου είδους μεταβολές αποτελούν σημάδι κατάθλιψης. Το ραβδωτοφλοιϊκό και μεσομεταιχμιακό κύκλωμα των ασθενών με κατάθλιψη εμφανίζει επίσης δυσλειτουργικότητα (Lewis & Rudolph, 2014). Τέλος, σε έρευνα του Davidson και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Kring et al, 2010) με τη χρήση της λειτουργικής απεικόνισης μαγνητικού συντονισμού (fMRI), βρέθηκε επίσης μειωμένη ενεργοποίηση της πρόσθιας αύλακας του προσαγωγίου.

E) Ύπνος

Τα παράπονα σχετικά με τον ύπνο είναι ένα συνηθισμένο χαρακτηριστικό στη διαταραχή της κατάθλιψης και αποτελούν βασικό κριτήριο για τη διάγνωση της. Σε ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα (HEΓ) ύπνου που έγιναν σε εφήβους με κατάθλιψη παρατηρήθηκαν οι εξής ανωμαλίες: α) μειωμένη διάρκεια ανάμεσα στην έναρξη του ύπνου και στην πρώτη ονειρική φάση, β) αύξηση των ενδιάμεσων ξυπνημάτων, γ) ξύπνημα πολύ νωρίς το πρωί, δ) πτώση του ύπνου βραδέων κυμάτων, ε) αύξηση της ημερήσιας υπνηλίας, στ) αυπνίες, ζ) αλλαγές στους κερκάρδιους ρυθμούς, η) μείωση στην ουδό της διέγερσης που

προκαλεί αναστάτωση στον ύπνο θ) ελάττωση της λανθάνουσας περιόδου του REM ύπνου και τέλος, ι) αύξηση της συνολικής διάρκειας του ύπνου REM (Lewis & Rudolph, 2014· Shaffer & Waslick, 2002· Carr, 1999).

Η ηλικία, το φύλο και τα προβλήματα του ύπνου έχουν βρεθεί να συνδέονται με τη διάγνωση της κατάθλιψης. Έφηβα αγόρια που έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στον ύπνο τους, όπως μεγαλύτερη διάρκεια του 1ου σταδίου του ύπνου, μικροτέρα λανθάνουσα περίοδο REM και μειωμένο ύπνο βραδέων κυμάτων. Από την άλλη, τα έφηβα κορίτσια με κατάθλιψη εμφανίζουν τη χαμηλότερη χρονική συνοχή στην ανάλυση της μικροαρχιτεκτονικής του ύπνου (Lewis & Rudolph, 2014).

Επιπλέον, αλλαγές στην αρχιτεκτονική του ύπνου και στο ρυθμό του ΗΕΓ έχουν παρατηρηθεί και σε υγιείς εφήβους που βρίσκονται σε υψηλό γενετικό κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης (Lewis & Rudolph, 2014). Πιθανότατα η νευροανατομική βάση για αυτές τις ανωμαλίες του ύπνου να βρίσκεται στο δικτυωτό σύστημα ενεργοποίησης το οποίο έχει αποδειχθεί ότι ρυθμίζει τη διέγερση και τον κύκλο ύπνου-εγρήγορσης (Carr, 1999).

ΣΤ) Ιδιοσυγκρασία

Η ιδιοσυγκρασία αποτελεί ένα σταθερό συμπεριφορικό, συναισθηματικό και γνωστικό χαρακτηριστικό που θεωρείται ότι έχει μία βιολογική βάση. Αρκετοί είναι οι υποστηρικτές της άποψης ότι άτομα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά στην προσωπικότητα τους είναι εκ φύσεως πιο επιρρεπή για ανάπτυξη συναισθηματικών διαταραχών (Lewis & Rudolph, 2014· Shaffer & Waslick, 2002· Goodyer, 2001· Kring et al, 2010· Ogden & Hagen, 2013).

Τα χαρακτηριστικά που έχουν συνδεθεί κυρίως με τη εμφάνιση της κατάθλιψης είναι η αρνητική και θετική συναισθηματικότητα, η φτωχή ικανότητα προσαρμογής σε νέες καταστάσεις, η τελειομανία και η αδυναμία ελέγχου των αρνητικών γεγονότων (Lewis & Rudolph, 2014· Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001· Ogden & Hagen, 2013). Η αρνητική συναισθηματικότητα χαρακτηρίζεται από αυξημένα επίπεδα επιφυλακτικότητας, υπερβολική ευαισθησία, χαμηλή αυτο-εκτίμηση, σωματική διέγερση, ενοχικότητα, απαισιοδοξία και έντονα αρνητικά συναισθήματα όπως θυμός, θλίψη, άγχος και φόβος. Η θετική συναισθηματικότητα έχει ως χαρακτηριστικά της την κοινωνικότητα, την αναζήτηση περιπέτειας, την ενεργητικότητα και την ανάγκη προσέγγισης και ανάμειξης με άλλα άτομα (Lewis & Rudolph, 2014).

Σύμφωνα με τον Lonigan και τους συνεργάτες του (όπως αναφέρεται στο Lewis & Rudolph, 2014) τα υψηλά επίπεδα αρνητικής και τα χαμηλά επίπεδα θετικής συναισθηματικότητας έχουν συσχετιστεί με την κατάθλιψη σε παιδιά και εφήβους. Μάλιστα, τα παιδιά με χαμηλά επίπεδα θετικής συναισθηματικότητας συχνά βιώνουν απόρριψη από την οικογένεια τους, με αποτέλεσμα να γίνουν πιο εσωστρεφή και συναισθηματικά ασταθή, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο για ανάπτυξη διαταραχών εσωτερίκευσης (Lewis & Rudolph, 2014). Διαφυλικές διαφορές έχουν επίσης βρεθεί στη σχέση που έχει η ιδιοσυγκρασία με την κατάθλιψη (Ogden & Hagen, 2013· Lewis & Rudolph, 2014). Ο Gjerde (όπως αναφέρεται στο Lewis & Rudolph, 2014), παρατήρησε ότι τα κορίτσια που ήταν ντροπαλά και εσωστρεφή στην ηλικία των τριών ετών, όταν μεγάλωσαν ανέπτυξαν χρόνια κατάθλιψη.

Η αλληλεπίδρασης μίας ήδη «δύσκολης» ιδιοσυγκρασίας με στρεσογόνους παράγοντες μέσα στην οικογένεια, όπως το διαζύγιο ή η γονεϊκή απόρριψη αυξάνει περισσότερο τον κίνδυνο για μελλοντική κατάθλιψη (Lewis & Rudolph, 2014· Kring et al, 2010· Goodyer, 2001). Ο Oldehinkel και οι συνεργάτες του (όπως αναφέρεται στο Goodyer, 2001), διαπίστωσαν ότι τα κορίτσια τα οποία βρίσκονταν σε υψηλό κίνδυνο για εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων είχαν χαμηλή αυτοπεποίθηση και μεγαλώναν μέσα σε ένα απορριπτικό οικογενειακό περιβάλλον. Το οικογενειακό πλαίσιο δεν είναι το μόνο που επηρεάζει την εμφάνιση της κατάθλιψης, για παράδειγμα ο Brendgen και οι συνεργάτες του (όπως αναφέρεται στο Lewis & Rudolph, 2014) βρήκαν ότι κορίτσια, τα οποία ήταν αντιδραστικά ως χαρακτήρες και βίωναν απόρριψη από τους συμμαθητές τους εμφάνισαν αργότερα κατάθλιψη. Παρόμοια ευρήματα έχουν βρεθεί και για τα αγόρια. Συγκεκριμένα οι Sugimura και Rudolph (όπως αναφέρεται στο Lewis & Rudolph, 2014) βρήκαν ότι τα εσωστρεφή αγόρια, που είχαν πέσει θύματα εκφοβισμού από τους συνομηλίκους τους είχαν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν καταθλιπτικά συμπτώματα.

Συνοψίζοντας, ένας έφηβος μπορεί να έχει κληρονομήσει μία βιολογική προδιάθεση προς κάποια ψυχική νόσο, όμως προκειμένου αυτή η διαταραχή να εκδηλωθεί θα πρέπει να αλληλεπιδράσουν μαζί και άλλοι παράγοντες όπως ψυχολογικοί ή περιβαλλοντικοί και μάλιστα εντός συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος.

- Ψυχολογικά αίτια

- A) Αρνητικές σκέψεις και σχήματα

Όπως αναφέρθηκε και στην αρχή του κεφαλαίου ο Beck το 1967 με την γνωστική του θεωρία πρότεινε ότι τα αρνητικά γνωστικά σχήματα και οι δυσλειτουργικές συμπεριφορές αλληλεπιδρούν και συμβάλουν στην ανάπτυξη αρνητικών σκέψεων για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον που τελικά οδηγούν στην κατάθλιψη (Lewis & Rudolph, 2014· Kring et al, 2010· Βασιλόπουλος κ.ά, 2016· Shaffer & Waslick, 2002· Goodyer, 2001). Η θεωρία της απελπισίας, όπως διατυπώθηκε από τους Abramson, Metalsky και Alloy το 1989, επιβεβαιώνει ότι οι διαστρεβλωμένες σκέψεις και πεποιθήσεις αλληλεπιδρούν με στρεσογόνα γεγονότα για να παράγουν αρνητικά συμπεράσματα σχετικά με τα αίτια, τις συνέπειες και την εμπλοκή του ίδιου του ατόμου στα γεγονότα αυτά, και εν συνεχεία καταλήγουν σε ένα αίσθημα απόγνωσης και στην εκδήλωση της κατάθλιψης (Lewis & Rudolph, 2014· Saffer & Waslick, 2002· Goodyer, 2001). Συνεπώς, τα γνωστικά μοντέλα για την κατάθλιψη υποστηρίζουν ότι οι διάφορες αρνητικές σκέψεις αποτελούν προδιαθέσεις, οι οποίες όταν αλληλεπιδράσουν με το στρες θα προκαλέσουν την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Αρκετές έρευνες που έχουν γίνει, επιβεβαιώνουν την ύπαρξη σχέσης μεταξύ των αρνητικών σκέψεων και της εφηβικής κατάθλιψης. Οι Abela και Hankin (όπως αναφέρεται στο Lewis & Rudolph, 2014), παρατήρησαν ότι οι έφηβοι με κατάθλιψη ένιωθαν περισσότερη απόγνωση, εμφάνιζαν γνωστικές διαστρεβλώσεις και έκαναν αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό τους και το μέλλον από ότι οι έφηβοι χωρίς κατάθλιψη. Επιπλέον, οι Nolen-Hoeksema και Girgus (όπως αναφέρεται στο Goodyer, 2001), βρήκαν ότι παιδιά με αρνητικό στυλ απόδοσης βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη κατάθλιψης στην εφηβεία. Μάλιστα, όταν η κατάθλιψη εκδηλωθεί, το στυλ απόδοσης γίνεται ακόμη πιο αρνητικό και δεν αμβλύνεται μετά την ύφεση της κατάθλιψης. Παρόμοιο ήταν και το εύρημα στην έρευνα του Gotlib και των συνεργάτων του (όπως αναφέρεται στο Lewis & Rudolph, 2014), που παρατήρησαν ότι παιδιά που δεν έχουν εκδηλώσει ακόμη κατάθλιψη, αλλά βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο, εμφανίζουν αρνητικές σκέψεις και προκαταλήψεις για τον εαυτό τους, οι οποίες λειτουργούν ως ευπάθεια σε μελλοντική κατάθλιψη.

Σχετικά με το φύλο, ελάχιστες είναι οι διαφορές που έχουν παρατηρηθεί στις έρευνες. Για παράδειγμα, οι Hankin και Abramson (όπως αναφέρεται στο Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009), βρήκαν ότι τα έφηβα κορίτσια έχουν πιο αρνητικά στυλ απόδοσης από τους έφηβους συμμαθητές τους. Ο Abela σε έρευνα του το 2001, (όπως αναφέρεται στο Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009), παρατήρησε ότι τα έφηβα κορίτσια έχουν την τάση να βγάζουν αρνητικά συμπεράσματα για τον εαυτό τους. Η τάση τους αυτή, αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την

ανάπτυξη της κατάθλιψης. Οι Rudolph και Conley (όπως αναφέρεται στο Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009), βρήκαν τα ίδια ευρήματα στην έρευνα τους, αλλά διαπίστωσαν ότι τα αρνητικά συμπεράσματα των κοριτσιών για τον εαυτό τους απορρέουν από τα υψηλά επίπεδα απογοήτευσης για το σώμα τους και από την υψηλή σημασία που δίνουν στις αξιολογήσεις των συμμαθητών τους. Συμπεραίνεται, λοιπόν, ότι τα αρνητικά γνωστικά στυλ αλληλεπιδρούν με τις βιολογικές και ψυχοκοινωνικές αλλαγές που συμβαίνουν την περίοδο της εφηβείας, καθιστώντας τα κορίτσια πιο ευάλωτα στην ανάπτυξη της κατάθλιψης (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

B) Στρεσογόνα γεγονότα ζωής

Η έναρξη της κατάθλιψης είναι αρκετά συνδεδεμένη με την εμφάνιση αρνητικών και στρεσογόνων γεγονότων ζωής. Η εκδήλωση ενός στρεσογόνου γεγονότος έχει βρεθεί ότι επηρεάζει περισσότερο τους έφηβους παρά τα παιδιά (Lewis & Rudolph, 2014· Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

Στην εφηβεία, ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, η ερωτική απογοήτευση, η απόπειρα αυτοκτονίας στο κοντινό περιβάλλον, ο χωρισμός από κάποια σχέση, οι οικογενειακές διαμάχες, το διαζύγιο, η σωματική ή/και σεξουαλική κακοποίηση και η σχολική αποτυχία αποτελούν παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Lewis & Rudolph, 2014· Shaffer & Waslick, 2002· Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· Kring et al, 2010· Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001· Ogden & Hagen, 2013· Βασιλόπουλος κ.ά, 2016). Η σωματική και η σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία αποτελούν τους πιο επιβλαβείς στρεσογόνους παράγοντες που συνδέονται με την έναρξη και την επανεμφάνιση της εφηβικής κατάθλιψης (Lewis & Rudolph, 2014· Shaffer & Waslick, 2002· Paul & Eckenrode, 2015). Όταν ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω στρεσογόνα γεγονότα εκδηλωθεί, η ύπαρξη θετικής υποστήριξης, φροντίδας και προστασίας από το οικογενειακό περιβάλλον του εφήβου μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση της κατάθλιψης (Lewis & Rudolph, 2014· Goodyer, 2001).

Διαφυλικές διαφορές έχουν παρατηρηθεί και στη σχέση μεταξύ των στρεσογόνων γεγονότων ζωής και της εφηβικής κατάθλιψης. Έχει βρεθεί ότι τα κορίτσια στην εφηβεία βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για εκδήλωση κατάθλιψης για διάφορους λόγους (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· Agoston & Rudolph, 2015). Αρχικά, τα κορίτσια εκτίθενται σε περισσότερους στρεσογόνους παράγοντες, κυρίως στο διαπροσωπικό τομέα, πιθανότατα

λόγω της μεγαλύτερης τους ανάγκη για συναισθηματική επένδυση ή/και μίας μεγαλύτερης γενετικής προδιάθεσης για έκθεση σε αρνητικά γεγονότα ζωής. Επιπλέον, τα κορίτσια στην εφηβεία αντιδρούν με πιο αρνητικό τρόπο υπό συνθήκες στρες από ότι τα έφηβα αγόρια. Τέλος, το στρες που σχετίζεται με τις βιολογικές αλλαγές της εφηβείας σε συνδυασμό με το στρες που απορρέει από τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους συνομηλίκους, οι οποίες αποτελούν πλέον σημαντικό κομμάτι της ζωής των έφηβων κοριτσιών, μπορούν να οδηγήσουν στην εκδήλωση κατάθλιψης (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· Agoston & Rudolph, 2015).

Γ) Σεξουαλικός προσανατολισμός

Η ομοφυλοφυλία και η αμφυφιλοφυλία που αρχίζει να γίνεται πιο αισθητή κατά την εφηβεία έχει συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης και αυτοκτονικών συμπεριφορών. Τα άτομα αυτά γίνονται συχνά αντικείμενα χλευασμού και παρενόχλησης από τους συνομηλίκους τους, οι οποίοι τους κοροϊδεύουν, τους απομονώνουν και δεν τους δέχονται στις παρέες τους. Σε μερικές περιπτώσεις ασκούν σωματική βία πάνω τους ή τους παρενοχλούν σεξουαλικά, αφού πριν συνήθως έχει προηγηθεί ψυχολογική βία μέσω λεκτικών απειλών και φραστικών επιθέσεων (Darais, 2014· Shaffer & Waslick, 2002).

Στην πλειονότητα τους οι δάσκαλοι θεωρούν «ταμπού» τη συζήτηση για θέματα σεξουαλικού προσανατολισμού που ξεπερνούν τα όρια των ετεροφυλικών σχέσεων. Αντιδρούν μόνο σε περιπτώσεις που ασκείται σωματική βία σε βάρος των μαθητών που θεωρούνται ομοφυλόφιλοι, ενώ σε περιπτώσεις λεκτικής βίας, εκφοβισμού και χλευασμού μένουν απλοί θεατές. Στις περισσότερες περιπτώσεις ούτε η αντιμετώπιση από την οικογένεια του ατόμου που νιώθει ομοφυλόφιλος ή αμφιφυλόφιλος είναι θετική. Συχνά τα άτομα αυτά δεν μιλάνε για το πως αισθάνονται εξαιτίας του φόβου τους μήπως οι γονείς τους απορρίψουν. Μάλιστα, σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας των Telljohann και Price (όπως αναφέρεται στο Darais, 2014) οι οικογένειες που μαθαίνουν ότι το παιδί τους δεν είναι ετερόφυλο θυμώνουν και νιώθουν ντροπιασμένοι. Αρκετά είναι τα περιστατικά των εφήβων ομοφυλοφίλων που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν, λόγω της αντίδρασης που είχαν οι γονείς τους όταν ενημερώθηκαν για το σεξουαλικό τους προσανατολισμό. Ο Walker (όπως αναφέρεται στο Darais, 2014) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι όταν το οικογενειακό περιβάλλον δεν διακρίνεται από ομοφοβικές στάσεις, τότε τα παιδιά επιλέγουν να μιλήσουν στους γονείς τους για την ιδιαιτερότητα τους και να τους εμπιστευθούν. Η ύπαρξη υγιής επικοινωνίας, αποδοχής και συναισθηματική υποστήριξης αυτών των ατόμων μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των πιθανοτήτων εμφάνισης κατάθλιψης και σε αύξηση του αισθήματος της αυταξίας.

- Περιβαλλοντικά/ Κοινωνικά αίτια

A) Φτώχεια

Η ύπαρξη οικονομικών προβλημάτων μέσα σε μία οικογένεια έχει βρεθεί ότι μπορεί να προβλέψει την εμφάνιση ψυχικών προβλημάτων, όπως η κατάθλιψη. Ωστόσο, είναι γενικά διαπιστωμένο ότι η φτώχεια από μόνη της δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εκδήλωση κατάθλιψης. Ο συνδυασμός των οικονομικών προβλημάτων με άλλους παράγοντες όπως η ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης ή η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Shaffer & Waslick, 2002· Goodyer, 2001).

B) Η σχέση με τους γονείς

Η σχέση που αναπτύσσει το παιδί με τους γονείς του είναι ύψιστης σημασίας για την διατήρηση της ψυχικής του ηρεμίας και σταθερότητας. Η γονεϊκή συμπεριφορά μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη των παιδιών με ποικίλους τρόπους. Όπως έχει προαναφερθεί, η κατάθλιψη μπορεί να είναι κληρονομική, έτσι οι γονείς καταθλιπτικών εφήβων έχουν αυξημένες πιθανότητες να έχουν βιώσει και οι ίδιοι κατάθλιψη. Κατά τη διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου οι γονείς δεν μπορούν να ανταποκριθούν επαρκώς στις σωματικές και συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών τους, είναι ευέξαπτοι, κακοδιάθετοι, απορριπτικοί, συναισθηματικά ασταθείς και λιγότερο τρυφεροί. Το γονεϊκό στυλ και η έκθεση του παιδιού σε ένα τέτοιο περιβάλλον αποτελούν πιθανούς παράγοντες ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας (Shaffer & Waslick, 2002· Kring et al, 2010).

Η δημιουργία ενός ανασφαλούς δεσμού κατά την βρεφική ηλικία έχει βρεθεί ότι αυξάνει την ευπάθεια των παιδιών για ανάπτυξη συναισθηματικών διαταραχών. Παιδιά τα οποία είχαν σχηματίσει ανασφαλή δεσμό με τις μητέρες τους δεν μπορούσαν να ρυθμίσουν αποτελεσματικά την κοινωνική τους συμπεριφορά και τα συναισθήματά τους, σε αντίθεση με τα παιδιά με ασφαλή δεσμό που εμφάνισαν υψηλά επίπεδα λειτουργικότητας και δεν εκδηλώσαν καταθλιπτικά συμπτώματα υπό στρεσογόνες καταστάσεις (Lewis & Rudolph, 2014). Οι μητέρες, των οποίων τα παιδιά διαγιγνώσκονται με κατάθλιψη έχουν την τάση να ασκούν έντονη κριτική πάνω τους, από ότι μητέρες υγιών παιδιών. Επίσης, παιδιά με γονείς που διατηρούν μία εχθρική στάση απέναντι τους, έχουν αυξημένες πιθανότητες για εκδήλωση κατάθλιψης στην εφηβεία (Lewis & Rudolph, 2014).

Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι η παιδική κακομεταχείριση με τη μορφή είτε της παραμέλησης είτε της σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης αποτελεί έναν αναγνωρισμένο παράγοντα κινδύνου για μετέπειτα ανάπτυξη ψυχικών προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένων της εφηβικής κατάθλιψης και της αυτοκτονικότητας (Paul & Eckenrode, 2015). Επιπλέον, οι συγκρούσεις μεταξύ γονέων και παιδιού και οι συζυγικές διαμάχες αποτελούν άλλους δύο εμπειριστατωμένους παράγοντες κινδύνου για την εφηβική κατάθλιψη (Stark, Banneyer, Wand & Agora, 2012). Από την άλλη, η γονεϊκή φροντίδα, η υποστήριξη, η υγιής επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και η εδραίωση ενός θετικού οικογενειακού κλίματος αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες που μπορούν να μειώσουν σημαντικά τον κίνδυνο για εκδήλωση κατάθλιψης (Klasen, Otto, Kriston, Patalay, Schlack & Ravens-Sieberer, 2015).

Γ) Η σχέση με τους συνομηλίκους

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει ένας έφηβος που νοσεί με κατάθλιψη στη σχέση του με τους γονείς του, επεκτείνονται και στις υπόλοιπες κοινωνικές του αλληλεπιδράσεις. Αυτό συμβαίνει κυρίως επειδή οι συγκεκριμένοι έφηβοι δεν έχουν αναπτύξει αποτελεσματικές ικανότητες επίλυσης προβλημάτων, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι πιθανότητες απόρριψης και κοινωνικής απομόνωσης από τους συμμαθητές τους (Shaffer & Waslick, 2002).

Πράγματι, οι έφηβοι με κατάθλιψη έχουν λιγότερο ικανοποιητικές επαφές με τους συνομηλίκους τους, και οι συμμαθητές τους δεν τους προτιμούν για παρέα. Αυτές οι αρνητικές αλληλεπιδράσεις πιθανόν να επιδεινώνουν με τη σειρά τους την αρνητική αυτοεικόνα και την ήδη μειωμένη αίσθηση αυτοαξίας που έχει ο έφηβος με την κατάθλιψη (Kring et al, 2010). Οι έφηβοι που από τη φύση τους είναι πιο ευαίσθητοι απέναντι στην απόρριψη είναι και πιο επιρρεπείς για να εκδηλώσουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Lewis & Rudolph, 2014).

Η διαχρονική μελέτη του Nolan και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Lewis & Rudolph, 2014) βρήκε ότι τα επίμονα διαπροσωπικά προβλήματα όπως η απόρριψη από τους συνομηλίκους, οι συγκρούσεις ή οι χωρισμοί επιδεινώνουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Τέλος, είναι πιθανό οι έφηβοι με κατάθλιψη που βιώνουν κοινωνική απόρριψη να επιλέξουν να κάνουν παρέα με παραβατικούς νέους ως μία προσπάθεια να ταιριάξουν σε μία ομάδα αλλά και ως αντίδραση στις αντιλήψεις που έχει το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον για τα άτομα αυτά. Το αρνητικό είναι ότι συνήθως τα άτομα με αποκλίνουσες συμπεριφορές δεν τυγχάνουν

θετικής ανατροφοδότησης, το οποίο με την σειρά του μπορεί να επιδεινώσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Lewis & Rudolph, 2014).

2.1.3. Επιδημιολογία

Με την είσοδο του στην εφηβεία, ο έφηβος βρίσκεται αντιμέτωπος με τις ολοένα και αυξανόμενες απαιτήσεις του οικογενειακού και ευρύτερου κοινωνικού του περιβάλλοντος αλλά και με τις συνεχείς αλλαγές που συμβαίνουν μέσα του και στο σώμα του. Για τον λόγο αυτό η περίοδος της εφηβείας θεωρείται ιδανική για την ανάπτυξη συναισθηματικών διαταραχών. Η κατάθλιψη αποτελεί μία από τις συχνότερες διαταραχές που συναντώνται στην εφηβεία.

Ανάλογα με τις έρευνες, το ποσοστό επικράτησης της εφηβικής κατάθλιψης ανέρχεται σε 2% έως 8,5% (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001· Nolen- Hoeksema & Hilt, 2009· Goodyer, 2001· Shaffer & Waslick, 2002· Carr, 1999). Οι δείκτες της κατάθλιψης έχουν την τάση να αυξάνονται κατά τη διάρκεια της εφηβείας, με το μεγαλύτερο ποσοστό να συναντάται στα μέσα της εφηβείας. Για παράδειγμα, τα ευρήματα της έρευνας του Merikangas και των συνεργατών του, (όπως αναφέρεται στο Lewis & Rudolph, 2014) έδειξαν ότι μέσα σε ένα χρόνο, το ποσοστό εμφάνισης της κατάθλιψης σε ηλικίες 11-13 ήταν 2,5%, ενώ σε ηλικίες 13-16 το ποσοστό ανήλθε σε 4,8% (Lewis & Rudolph, 2014). Η έρευνα του Great Smoky Mountain (όπως αναφέρεται στο Ogden & Hagen, 2013) αναφέρει ότι σε διάστημα 3 μηνών, το ποσοστό επικράτησης ήταν στο 2,2 %, με περισσότερους από 1 στους 10 έφηβους να εκτιμάται ότι θα παρουσιάσουν καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Ogden & Hagen, 2013). Στην Ελλάδα βρέθηκε ότι οι έφηβοι ηλικίας 12 έως 17 ετών εμφανίζουν ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης σε 20,3% (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα που υποστηρίζει ότι η επίπτωση της εφηβικής κατάθλιψης είναι μεγαλύτερη όταν οι διαγνωστικές κλίμακες συμπληρώνονται από τους ίδιους τους εφήβους παρά από τους γονείς τους. Αυτό ίσως συμβαίνει επειδή οι γονείς δείχνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον και ανησυχούν περισσότερο για τις διαταραχές εξωτερίκευσης (π.χ. επιθετική συμπεριφορά) κατά τη διάρκεια της εφηβείας, παρά για το πως πραγματικά αισθάνονται τα παιδιά τους (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001). Επιπλέον, οι έφηβοι δυσκολεύονται να μιλήσουν για τα συναισθήματά τους στους ενήλικες και κυρίως στους

γονείς τους γι' αυτό προτιμούν να τα συζητάνε με τους φίλους τους ή να τα κρατούν για τον εαυτό τους.

Σχετικά με τις διαφορές στην συχνότητα της κατάθλιψης ανάλογα με το φύλο, έχει παρατηρηθεί ότι η διάγνωση της κατάθλιψης στα αγόρια είναι πιο κοινή κατά την παιδική ηλικία, ενώ αργότερα στην προ-εφηβεία οι δείκτες επιδημιολογίας δεν παρουσιάζουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα (Goodyer, 2001· Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· Carr, 1999). Από τα μέσα της εφηβείας, τα κορίτσια αρχίζουν να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, με τις περισσότερες έρευνες να καταλήγουν ότι ο δείκτης κατάθλιψης στα έφηβα κορίτσια είναι περίπου διπλάσιος σε σχέση με τα συνομήλικα αγόρια (American Psychiatric Association, 2013· Kring et al, 2010· Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· Goodyer, 2001· Shaffer & Waslick, 2002· Carr, 1999· Ormel, Oldenhinkel, Ferdinand, Hartman, De Winter, Veenstra, et al. 2005). Η υπεροχή του γυναικείου φύλου στους δείκτες επικράτησης της κατάθλιψης συνεχίζει και στην ενηλικίωση. Αν και στην εφηβεία η κατάθλιψη είναι πιο συχνή στα κορίτσια από ότι στα αγόρια, δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά στο είδος των συμπτωμάτων που βιώνουν οι έφηβοι και των δύο φύλων (Kring et al, 2010· Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001· Lewis & Rudolph, 2014· Nolen- Hoeksema & Hilt, 2009).

Τα έφηβα κορίτσια με κατάθλιψη είναι πιο πιθανό από ότι τα αγόρια, να εμφανίσουν προβλήματα σχετικά με το βάρος τους, απώλεια όρεξης, αίσθηματα αναξιότητας και ενοχής ή ακόμη και να οδηγηθούν στην αυτοχειρία. Επίπλέον, τα κορίτσια αναφέρουν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους και στρες για τις αλλαγές που υφίστανται στην εφηβεία και αρκετά διαπροσωπικά προβλήματα, όπως φτώχη υπόστηριξη από την οικογένεια τους. Μερικές από τις ερμηνείες για τους αυξανόμενους δείκτες κατάθλιψης στα κορίτσια δίνουν έμφαση στη συμβολή των βιολογικών, ψυχολογικών και διαπροσωπικών παραγόντων και αλληλεπιδράσεων κατά τη μετάβαση προς την εφηβεία. Παραδείγματος χάριν, οι ορμονικές αλλαγές που πραγματοποιούνται στην εφηβεία σε συνδυασμό με τις στερεοτυπικές αντιλήψεις για το ρόλο της γυναίκας ίσως αποτελούν μία πιθανές αιτίες για τις διαφυλικές διαφορές της εφηβικής κατάθλιψης (Kring et al, 2010· Lewis & Rudolph, 2014· Agoston & Rudolph, 2016).

Εκτός από το φύλο, αρκετές έρευνες (Siegel, Yancey, Aneshensel & Schuler, 1999· Franko & Striegel - Moore, 2002· Hayward, Gotlib, Schraedley, & Litt 1999· Shaffer & Waslick, 2002) προσπαθούν να συνδέσουν τη συχνότητα της εφηβικής κατάθλιψης με την εθνικότητα. Οι περισσότερες έρευνες καταλήγουν ότι τα έφηβα κορίτσια με καταγωγή από την Ισπανία, τις Ασιατικές χώρες και την Λευκή φυλή εμφανίζουν τα χαμηλότερα επίπεδα

αυτοπεποίθησης και ικανοποίησης από το σώμα τους και βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Από την άλλη, οι έφηβες από την Αφρική έχουν τις λιγότερες πιθανότητες για ανάπτυξη κατάθλιψης και διατροφικών διαταραχών, αφού σύμφωνα με τα ευρήματα των ερευνών αισθάνονται υπερήφανες για τα σώματά τους, το πρότυπο τους είναι ένα σώμα με καμπύλες, δεν προσπαθούν να χάσουν βάρος με εξαντλητικές δίαιτες, και γενικά μεγαλώνουν μέσα σε ένα πιο υποστηρικτικό και ανεκτικό περιβάλλον, αφού και οι μητέρες τους πιθανότατα διαθέτουν την ίδια νοοτροπία και κουλτούρα. Οι διαφορές αυτές είναι αξιοσημείωτες αν σκεφτεί κανείς ότι οι γυναίκες της Αφρικής έχουν κατά μέσο όρο μεγαλύτερο σωματικό βάρος από τις υπόλοιπες εθνικότητες (Siegel, Yancey, Aneshensel & Schuler, 1999· Franko & Striegel - Moore, 2002· Hayward, Gotlib, Schraedley, & Litt 1999· Shaffer & Waslick, 2002).

Η κατάθλιψη είναι μία διαταραχή, που όπως στους ενήλικες έτσι και στους έφηβους, υποτροπιάζει (Kring et al, 2010· Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001). Ο Birmaher και οι συνεργάτες του (όπως αναφέρεται στο Lewis & Rudolph, 2014) υποστηρίζουν ότι η εμφάνιση της κατάθλιψης σε νεαρή ηλικία προβλέπει συχνά την υποτροπή. Σε έρευνα του Emslie και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Lewsis & Rudolph, 2014) διαπιστώθηκε ότι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή έχει πιθανότητα επανεμφάνισης της τάξεως του 40% σε διάστημα 2 χρόνων και 70% σε 5 χρόνια (Lewis & Rudolph, 2014). Επίσης, η διαχρονική έρευνα του Kovacs (όπως αναφέρεται στο Lewis & Rudolph, 2014) έδειξε ότι το 80% των εφήβων με προγενέστερη δυσθυμία και το 50% των εφήβων με μείζονα κατάθλιψη εμφανίζουν επακόλουθα επεισόδια κατάθλιψης. Ίσως, λοιπόν, τα πρώιμα καταθλιπτικά επεισόδια να «αφήνουν» πίσω τους νευροβιολογικά κατάλοιπα που κάνουν τους ασθενείς να είναι πιο ευπαθείς σε μελλοντικά επεισόδια (Lewis & Rudolph, 2014).

Παράγοντες που μπορούν να ενισχύσουν την πιθανότητα υποτροπής κάποιας καταθλιπτικής διαταραχής είναι η ύπαρξη διαταραχής διάθεσης πρώιμης έναρξης σε κάποιο γονέα, η μη-πλήρης ανάρρωση από κάποιο καταθλιπτικό επεισόδιο και το ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης και οικογενειακών διαμαχών. Ιδιαίτερα η κατάθλιψη των γονέων έχει αποτελέσει ισχυρό παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης καταθλιπτικής διαταραχής στα παιδιά τους. Η έκθεση των παιδιών σε ένα περιβάλλον με συγκρούσεις και υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης στη μετέπειτα ζωή τους (Κολαΐτης & Λιακοπούλου, 2005). Ο Rao και οι συνεργάτες του (όπως αναφέρεται στο Λαζαράτου και Αναγνωστόπουλος, 2001), διαπίστωσαν ότι νεαροί ενήλικες με ιστορικό

εφηβικής κατάθλιψης έχουν αυξημένα ποσοστά για ανάπτυξη διαταραχών άγχους, μειωμένες πιθανότητες για κοινωνική ένταξη, φτωχές ακαδημαϊκές επιδόσεις, μεγαλύτερο κίνδυνο για χρήση ναρκωτικών ουσιών, και απόπειρων αυτοκτονίας. Σήμερα οι περισσότεροι ερευνητές αποδέχονται ότι η εφηβική κατάθλιψη επιμένει στην ενήλικη ζωή και συχνά συνοδεύεται από άλλου είδους ψυχικές διαταραχές (Kring et al, 2010· Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001· Lewis & Rudolph, 2014· Nolen- Hoeksema & Hilt, 2009). Από την άλλη υπάρχουν και εκείνοι οι ερευνητές που υποστηρίζουν ότι η έναρξη της κατάθλιψης στην εφηβεία δεν σημαίνει απαραίτητα και συνέχιση της στην ενήλικη ζωή (Lewis & Rudolph, 2014).

2.1.4. Συννοσηρότητα

Η κατάθλιψη συχνά εμφανίζει συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Οι έφηβοι είναι πιο πιθανόν να εμφανίσουν συννοσηρότητα από ότι οι ενήλικες (Goodyer, 2001). Η συννοσηρότητα στην εφηβεία αποτελεί περισσότερο τον κανόνα παρά την εξαίρεση. Υπολογίζεται ότι το 40-75% των εφήβων θα διαγνωστούν με ακόμη μία διαταραχή (Lewis & Rudolph, 2014· Carr, 1999). Οι πιο κοινές σύνοδες διαταραχές είναι οι αγχώδεις, η δυσθυμία, οι διαταραχές διαγωγής, χρήσης ουσιών και οι διατροφικές διαταραχές (Kring et al, 2010· Carr, 1999· Ogden & Hagen, 2013· Lewis & Rudolph, 2014· Shaffer & Waslick, 2002). Τα κορίτσια με κατάθλιψη είναι πιο πιθανόν να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές, ενώ τα καταθλιπτικά έφηβα αγόρια εκδηλώνουν πιο συχνά διαταραχές διαγωγής, όπως η εναντιωτική προκλητική διαταραχή. Οι διαταραχές διάθεσης που συννοσηρούν με άλλες διαταραχές εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο υποτροπής, διαρκούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, οδηγούν σε περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας, έχουν λιγότερο θετικές θεραπευτικές εκβάσεις καθώς και μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Lewis & Rudolph, 2014).

- **Κατάθλιψη και Αγχώδεις Διαταραχές**

Η πιο κοινή σύνοδη διαταραχή της εφηβικής κατάθλιψης είναι το άγχος, με το 25-50% των καταθλιπτικών εφήβων να εκδηλώνουν ταυτόχρονα και συμπτώματα άγχους (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· American Psychiatric Association, 2013· Shaffer & Waslick, 2002· Waszczuk, Zavos, Gregory & Eley, 2016· Ogden & Hagen, 2013). Το μοτίβο της συννοσηρότητας της κατάθλιψης ποικίλει ανάλογα με την ηλικία και το φύλο (Lewis & Rudolph, 2014). Στην εφηβεία, οι αγχώδεις διαταραχές που εκδηλώνονται πιο συχνά μαζί με την κατάθλιψη είναι η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η κοινωνική φοβία, η αγοραφοβία, οι

κρίσεις πανικού και οι ειδικές φοβίες (Goodyer, 2001· Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Σχετικά με το φύλο, δεν παρουσιάζονται σημαντικές διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών εφηβικής ηλικίας, ωστόσο ο Castello και οι συνεργάτες του (όπως αναφέρεται στο Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009), σε μία διαχρονική έρευνα με έφηβους ηλικίας 10-16, διαπίστωσαν μία μικρή υπεροχή των κοριτσιών με ποσοστό 28,9% έναντι του 27,9% των αγοριών.

Αυτό που δεν έχει γίνει ακόμη γνωστό είναι το κατά πόσο η συννοσηρότητα των δύο διαταραχών είναι αποτέλεσμα της φυσικής ακολουθίας του αρχικού άγχους που θα οδηγήσει σε κατάθλιπτικά συμπτώματα ή αν η παρουσία της μίας διαταραχής αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξης της άλλης (Ogden & Hagen, 2013). Σχετικά με το ποιά από τις δύο διαταραχές εκδηλώνεται πρώτη, οι περισσότεροι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι γενικά η κατάθλιψη είναι πιθανότερο να εμφανιστεί μετά τη σύνοδη διαταραχή, επομένως και τις αγχώδεις (Goodyer, 2001· Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Η μελέτη του Essau και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009), με δείγμα εφήβων ηλικίας 12-17 ετών, διαπίστωσε ότι το 72% των ατόμων που βρέθηκαν με συννοσηρότητα, είχε εμφανίσει πρώτα τα συμπτώματα άγχους. Επίσης, η κοινωνική φοβία έχει βρεθεί να προβλέπει την εκδήλωση κατάθλιψης στο μέλλον (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

Άγνωστος παραμένει και ο λόγος που η εφηβική κατάθλιψη και το άγχος εμφανίζουν τόσο υψηλή συννοσηρότητα, αν και κάποιες υποθέσεις αναφέρουν ότι οι δύο διαταραχές διαθέτουν μία κοινή υποβόσκουσα δομή για τα αρνητικά συναισθήματα (π.χ. γενική τάση των ανθρώπων να βιώνουν θλίψη και ανησυχία μαζί), κοινά ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά (π.χ. συμπεριφορική συστολή) και κοινούς παράγοντες στη δυσλειτουργία των νευροδιαβιβαστών και της εγκεφαλικής λειτουργίας (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009)

Συγκρίνοντας άτομα με κατάθλιψη χωρίς και με συννοσηρότητα, διαπιστώνεται ότι η ταυτόχρονη ύπαρξη καταθλιπτικής και αγχώδης διαταραχής αυξάνει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, αφήνοντας έτσι το άτομο που νοσεί με μεγαλύτερα λειτουργικά προβλήματα (Ogden & Hagen, 2013). Τέλος, η συννοσηρότητα εφηβικής κατάθλιψης και κοινωνικής φοβίας έχει συνδεθεί με αυξημένα ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού και αποπειρών (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

- **Κατάθλιψη και Δυσθυμία**

Η συνύπαρξη μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και δυσθυμίας στην εφηβεία είναι άλλο ένα συχνό φαινόμενο. Μάλιστα, η κατάσταση αυτή είναι γνωστή ως «διπλή κατάθλιψη». Για να συνυπάρχει η μείζονα κατάθλιψη με τη δυσθυμία θα πρέπει ο έφηβος να βιώνει

μελαγχολικό συναίσθημα ήδη για διάστημα τουλάχιστον ενός χρόνου, όταν θα προστεθεί ένα οξύ επεισόδιο κατάθλιψης. Αυτή η «διπλή κατάθλιψη» έχει συσχετιστεί με πιο σοβαρά και μεγαλύτερα σε διάρκεια καταθλιπτικά επεισόδια και υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικότητας (Lewis & Rudolph, 2014).

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή αποτελεί την πιο συχνή μορφή κατάθλιψης στην εφηβεία. Σε έρευνα που διεξάγη από τον Lewinsohn και τους συνεργάτες του (όπως αναφέρεται στο Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009) το 84% των εφήβων είχε μείζονα κατάθλιψη, το 9% μόνο δυσθυμία και το υπόλοιπο 7% εμφάνιζε συννοσηρότητα μείζονος κατάθλιψης και δυσθυμίας. Σε άλλη έρευνα, του Lewinsohn και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009), βρέθηκε ιδιαίτερα υψηλή συννοσηρότητα μεταξύ των δύο αυτών διαταραχών με ποσοστό 20,2%. Στην ίδια έρευνα το ποσοστό συννοσηρότητας εφ' όρου ζωής για τους έφηβους ήταν 3,4%. Ο Kovacs και οι συνεργάτες του (όπως αναφέρεται στο Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009), διαπίστωσαν ότι το 70% των εφήβων που είχαν δυσθυμία ανέπτυξαν μείζονα κατάθλιψη μέσα σε διάστημα δύο ετών, σε σύγκριση με το υπόλοιπο 30% που δεν είχε προηγούμενο ιστορικό δυσθυμικής διαταραχής.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι πέρα από τη συννοσηρότητα μεταξύ των δύο καταθλιπτικών διαταραχών, υπάρχουν και περιπτώσεις εφήβων που έχουν διαγνωστεί με μείζονα κατάθλιψη και δεν έχουν εκδηλώσει δυσθυμία, και το αντίστροφο.

Όπως και στις αγχώδεις διαταραχές, έτσι και στη δυσθυμία, η έναρξη της είναι πιο πιθανό να προηγηθεί από τη μείζονα κατάθλιψη, με περίπου το 91% των ατόμων να βιώνουν πρώτα την χρόνια διαταραχή (Goodyer, 2001· Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

- **Κατάθλιψη και Διαταραχές Διαγωγής**

Αν και η άποψη ότι οι διαταραχές εξωτερίκευσης επικαλύπτουν την κατάθλιψη καθιστώντας την διάγνωσή της δυσχερέστερη, καθώς οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί αναγνωρίζουν πιο εύκολα μία επιθετική συμπεριφορά παρά μία μελαγχολική διάθεση, πράγματι αυτό μπορεί να συμβαίνει σε κάποιες περιπτώσεις. Γι' αυτό το λόγο, οι έφηβοι με διαταραχές εξωτερίκευσης οδηγούνται πιο εύκολα σε κάποιον ειδικό θεραπευτή.

Σε κλινικά δείγματα, ο δείκτης συννοσηρότητας μεταξύ εφηβικής κατάθλιψης και διαταραχών διαγωγής κυμαίνεται από 14-45% (Kring et al, 2010). Τα ποσοστά εφ' όρου ζωής

για τα άτομα που είχαν διαγνωστεί στην εφηβεία τους με συννοσηρότητα κατάθλιψης και διαταραχής διαγωγής είναι αρκετά υψηλά σε 36%.

Όπως έχει προαναφερθεί, τα έφηβα αγόρια με κατάθλιψη διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ταυτόχρονης εμφάνισης διαταραχής διαγωγής από ότι τα κορίτσια. Τα αγόρια που διαγιγνώσκονται με συννοσηρότητα κατάθλιψης και διαταραχή διαγωγής παρουσιάζουν προβλήματα προσαρμογής, μπορεί να κάνουν χρήση απαγορευμένων ουσιών, έχουν χαμηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις και κάνουν έντονες αυτοκτονικές σκέψεις που μπορεί να οδηγήσουν και στην αυτοχειρία. Η αλληλεπίδραση των ατομικών (π.χ γενετική προδιάθεση ή/και ιδιοσυγκρασία) και περιβαλλοντικών παραγόντων (φτώχεια ή/και χαμηλή υποστήριξη από γονείς) αυξάνουν τη συννοσηρότητα μεταξύ κατάθλιψης και διαταραχών διαγωγής (Kring et al, 2010).

Στην περίπτωση της συννοσηρότητας με τις διαταραχές διαγωγής, δεν είναι σίγουρο αν η κατάθλιψη ακολουθεί ή προηγείται. Υπάρχουν εύρηματα που υποστηρίζουν και τις δύο υποθέσεις. Φαίνεται πως υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και διαταραχών εξωτερίκευσης στους εφήβους. Σχετικά με τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) μάλλον προηγείται από την εφηβική κατάθλιψη αφού μπορεί να διαγνωστεί πριν από τα 7 χρόνια ζωής (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

- **Κατάθλιψη και Διαταραχή Χρήσης Ουσιών**

Η κατάθλιψη στην εφηβεία έχει βρεθεί ότι έχει μία δυνατή και σταθερή σχέση με τις διαταραχές χρήσης ουσιών (American Psychiatric Association, 2013· Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Από μελέτες με δείγματα πληθυσμού, έχει διαπιστωθεί ότι το 20-30% των εφήβων με κατάθλιψη θα κάνει χρήση κάποιας ουσίας, είτε αλκοόλ είτε ναρκωτικών. Η εφ' όρου ζωής συννοσηρότητα είναι περίπου στο 4,4%, χωρίς διαφυλικές διαφορές. Και τα κορίτσια και τα αγόρια με κατάθλιψη στην εφηβεία έχουν τις ίδιες πιθανότητες να εμπλακούν με τη χρήση ουσιών. Στα κλινικά δείγματα, τα ποσοστά συννοσηρότητα είναι ακόμη πιο υψηλά (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

Όπως ακριβώς στη συννοσηρότητα με τις διαταραχές διαγωγής, έτσι και στη συννοσηρότητα με τις διαταραχές χρήσης ουσιών δεν είναι ξεκάθαρο αν η κατάθλιψη οδηγεί στη χρήση ουσιών ή αν η επαναλαμβανόμενη χρήση ουσιών αυξάνει τις πιθανότητες για εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Μερικές από τις επιπτώσεις της ταυτόχρονης υπάρξης κατάθλιψης και χρήσης ουσιών σε έφηβα αγόρια και κορίτσια είναι τα ακαδημαϊκά προβλήματα, οι οικογενειακές συγκρούσεις, οι απόπειρες

αυτοκτονίας, η μειωμένη καθημερινή λειτουργικότητα και ο κίνδυνος για σοβαρά προβλήματα στην υγεία (π.χ. HIV) (Nolen- Hoeksema & Hilt, 2009).

- **Κατάθλιψη και Διατροφικές Διαταραχές**

Η συννοσηρότητα κατάθλιψης και διατροφικών διαταραχών είναι πιο συχνή στις γυναίκες, ανεξάρτητα από την ηλικιακό επίπεδο (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· American Psychiatric Association, 2013). Αυτό συμβαίνει γιατί τα κορίτσια είναι πιο ευαίσθητα όσον αφορά την σωματική τους εικόνα και η ανησυχία για την σιλουέτα τους μπορεί εύκολα να οδηγήσει σε παθολογική συμπεριφορά. Έχει βρεθεί ότι η συννοσηρότητα εφηβικής κατάθλιψης και διατροφικών διαταραχών είναι αρκετά υψηλή με ποσοστό 69,1%. Η εφ' όρου ζωής συννοσηρότητα σε γυναίκες που στην εφηβεία τους είχαν διαγνωστεί με κατάθλιψη και κάποια διατροφική διαταραχή είναι στο 9%. Σχετικά με αγόρια, τα ποσοστά των διατροφικών διαταραχών είναι αρκετά χαμηλά είτε έχουν κατάθλιψη είτε όχι. Το ποσοστό εφ' όρου ζωής είναι μόλις στο 0,12% (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

Όσον αφορά την σειρά έναρξης υπάρχουν υποστηρικτές και των δύο αμφίδρομων υποθέσεων. Μερικοί ερευνητές υποθέτουν ότι η κατάθλιψη προηγείται χρονικά από τις διατροφικές διαταραχές, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι η έντονη πείνα ή ο υποσιτισμός λόγω της ανορεξίας προκαλεί ορμονικές ή νευροδιαβιβαστικές αλλαγές που οδηγούν στην κατάθλιψη (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

Η συμπτωματολογία των διατροφικών διαταραχών έχει διαπιστωθεί ότι μπορεί να προβλέψει τη μελλοντική κατάθλιψη σε έφηβες και η ανορεξία σε κορίτσια ηλικίας 16 ετών αυξάνει τις πιθανότητες για εκδήλωση κατάθλιψης στη νεαρή ενηλικίωση. Από την άλλη, τα αρνητικά συναισθήματα και η κατάθλιψη προηγούνται από τη ψυχογενή βουλιμία, πιθανότατα επειδή η λαιμαργία οδηγεί σε ένα αίσθημα μερικής ανακούφισης από την αρνητική διάθεση. Κορίτσια στην εφηβεία που έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη και αντιμετωπίζουν και κάποιο είδος διατροφικής διαταραχής μπορεί στο παρελθόν να έχουν υποστεί σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση. Τέλος, οι βασικές συνέπειες της συννοσηρότητας αυτής, είναι η κοινωνική απομόνωση, ο αυτοκτονικός ιδεασμός ή και η αυτοχειρία (Nolen- Hoeksema & Hilt, 2009).

2.2. Οι αγχώδεις διαταραχές στην εφηβεία

Σύμφωνα με τον Kring και τους συνεργάτες του (2010), το άγχος αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα της σημερινής κοινωνίας, αφού ελάχιστοι άνθρωποι περνούν έστω

και μία εβδομάδα της ζωής τους χωρίς να έρθουν αντιμέτωποι με καταστάσεις που πυροδοτούν την εμφάνιση του. Το άγχος δεν είναι αναγκαστικά ένα αρνητικό συναίσθημα. Σε φυσιολογικά επίπεδα θεωρείται προσαρμοστικό, καθώς βοηθάει τον άνθρωπο να βγει από την παθητικότητα προκειμένου να μπορέσει να αποφύγει ή να αντιμετωπίσει (αντίδραση φυγής ή πάλης) καταστάσεις που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του. Υπό άλλες συνθήκες, το άγχος μπορεί να είναι δημιουργικό γιατί αφυπνίζει τον άνθρωπο όταν οι καταστάσεις απαιτούν ενέργεια και επιδεξιότητα. Όταν όμως το άγχος αυξάνεται υπερβολικά και αρχίζει να εμποδίζει τη φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπου, τότε παύει να θεωρείται φυσιολογικό και γίνεται παθολογικό (Kring et al, 2010). Στο κεφάλαιο αυτό, θα εστιάσουμε στις αγχώδεις διαταραχές που εκδηλώνονται στην ιδιαίτερη αναπτυξιακή περίοδο της εφηβείας.

Στην εφηβεία, η καθημερινότητα ενός έφηβου κυριαρχείται από άγχος, εξαιτίας των πολλαπλών και συνεχών μεταβολών που συντελούνται στον ίδιο του τον εαυτό αλλά και στο περιβάλλον του. Το παιδί που μέχρι χθές ήταν εξαρτημένο από τους γονείς του, προσπαθεί να αυτονομηθεί και να αναπτύξει τη δική του προσωπική ταυτότητα, αποδεικνύοντας στους γύρω του ότι είναι ικανό να τα καταφέρει και μόνο του. Οι αλλαγές στη σωματική του εικόνα, οι σχολικές υποχρεώσεις, οι υψηλές απαιτήσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος και τα προβλήματα στις φιλικές ή ερωτικές σχέσεις αποτελούν μερικούς από τους παράγοντες που μπορούν να επιδεινώσουν το ήδη έντονο στρες που βιώνουν οι έφηβοι και να οδηγήσουν στην εκδήλωση του παθολογικού άγχους (Ohannessian, Milan & Vannucci, 2016· Lewis & Rudolph, 2014). Το άγχος αυτό, δεν επιτρέπει στον έφηβο να ανταπεξέλθει στις καθημερινές του υποχρεώσεις, π.χ. στο σχολείο ή στις κοινωνικές εκδηλώσεις και μπορεί να σωματοποιηθεί προκαλώντας αρνητικές σκέψεις, κούραση, εφίδρωση, ταχυκαρδία, τάση για λιποθυμία, δυσκολίες στη συγκέντρωση, μούδιασμα στα άκρα κ.ά. Όταν τα συμπτώματα αυξηθούν σε ένταση και συχνότητα, τότε ανοίγει ο δρόμος για τις αγχώδεις διαταραχές. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι αγχώδεις διαταραχές που εκδηλώνονται πιο συχνά στην εφηβεία είναι η κοινωνική φοβία (ή διαταραχή κοινωνικού άγχους) και η διαταραχή πανικού. Οι ειδικές φοβίες, αναπτύσσονται κυρίως στην παιδική ηλικία, όμως λόγω της απουσίας θεραπευτικής αντιμετώπισης οι περισσότερες από αυτές συνεχίζουν και στην εφηβεία. Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, η διαταραχή μετατραυματικού στρες και τέλος η διαταραχή άγχους του αποχωρισμού έχουν βρεθεί σε έφηβα αγόρια και κορίτσια όμως σε χαμηλότερα ποσοστά από τις υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές (American Psychiatric Association, 2013· Lewis & Rudolph, 2014· Morris & March, 2004· McKay & Storch, 2011· Ogden & Hagen, 2013).

Η κατανόηση των διαταραχών άγχους στους νέους εξαρτάται από την αποτελεσματική αναγνώριση και διάκριση μεταξύ των διαφορετικών παθολογικών τύπων του άγχους. Ωστόσο, οι προσπάθειες που γίνονται προκειμένου να καθοριστούν οι αγχώδεις διαταραχές από τις οποίες νοσούν πιο συχνά οι έφηβοι και οι νέοι, περιπλέκονται για τους εξής λόγους: Πρώτον, το άγχος εμφανίζεται με μεγάλη συχνότητα στην εφηβεία και είναι δύσκολο να τεθεί το όριο μεταξύ φυσιολογικής και παθολογικής μορφής του. Δεύτερον, επειδή αρκετές από τις διαταραχές άγχους εμφανίζουν παρόμοια συμπτωματολογία καθιστάται πιο δύσκολη η διάγνωση συγκεκριμένου τύπου. Επιπλέον, δεν έχει ξεκαθαριστεί ο τρόπος με τον οποίο πρέπει να διαφοροποιηθούν οι αγχώδεις διαταραχές, αν δηλαδή πρέπει να ταξινομηθούν με βάση κάποιο διαγνωστικό εργαλείο (π.χ. DSM), ή τα συμπτώματα ή πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν και οι αιτιολογικοί παράγοντες. Επίσης, τα συμπτώματα ενός συγκεκριμένου τύπου αγχώδους διαταραχής πιθανότατα μεταβάλλονται ανάλογα με την ηλικία. Για παράδειγμα, το κύριο σύμπτωμα της διαταραχής άγχους του αποχωρισμού στην ηλικία των 5-8 είναι οι εφιάλτες, στα 9-12 έτη είναι οι σωματικές ενοχλήσεις ενώ στην εφηβεία η συγκεκριμένη διαταραχή εμφανίζεται μέσω της έντονης άρνησης του έφηβου να πάει στο σχολείο. Αυτή η διαφοροποίηση στα συμπτώματα δυσκολεύει την αναγνώριση ενός συγκεκριμένου τύπου διαταραχής άγχους (Lewis & Rudolph, 2014). Είναι σημαντικό, λοιπόν, να βρεθεί ένας αποτελεσματικός τρόπος διάκρισης ανάμεσα στους διαφορετικούς τύπους των διαταραχών άγχους, ώστε να μπορούν οι ψυχοθεραπευτές να επιλέγουν την καταλληλότερη θεραπευτική προσέγγιση.

2.2.1. Συμπτωματολογία

Οι αγχώδεις διαταραχές όπως προαναφέρθηκε περιλαμβάνουν ένα σύνολο από διαταραχές, οι οποίες μοιράζονται τα χαρακτηριστικά του υπερβολικού και συχνού άγχους και φόβου καθώς και συναφή συμπεριφορικά προβλήματα. Ωστόσο, ο κάθε τύπος διαταραχής ορίζεται από ένα διαφορετικό σύνολο συμπτωμάτων που σχετίζονται με το άγχος και το φόβο. Για να γίνει διάγνωση κάποιας αγχώδης διαταραχής πρέπει το άγχος και ο φόβος να παρεμποδίζουν σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου ή να του προκαλούν έντονη και ανεξέλεγκτη δυσφορία (Kring et al, 2010). Το άγχος είναι η ανησυχία που νιώθει το άτομο όταν προβλέπει ότι ένα πρόβλημα θα προκύψει, ενώ ο φόβος είναι η συναισθηματική αντίδραση σε μία επικείμενη απειλή. Αν και συχνά αυτά τα δύο συναισθήματα συγχέονται, παρουσιάζουν και διαφορές. Ο φόβος συνδέεται περισσότερο με την έξαρση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, που είναι απαραίτητο σε καταστάσεις πάλης ή φυγής, άμεσου κινδύνου

και σε συμπεριφορές διαφυγής. Το άγχος σχετίζεται πιο συχνά με τη μυϊκή ένταση, τις συμπεριφορές επιφυλακής ή αποφυγής και την εγρήγορση σε καταστάσεις προετοιμασίας για μελλοντικό κίνδυνο. Σε μερικές περιπτώσεις τα επίπεδα άγχους και φόβου μειώνονται μέσω επίμονων συμπεριφορών αποφυγής. Οι κρίσεις πανικού κατέχουν σημαντική θέση ανάμεσα στις αγχώδεις διαταραχές και εκδηλώνονται κυρίως ως απόκριση σε κάποιο φόβο. Ωστόσο, δεν περιορίζονται μόνο στις αγχώδεις διαταραχές, αφού μπορούν να εμφανιστούν και σε άλλες ψυχικές διαταραχές (American Psychiatric Association, 2013).

Οι αγχώδεις διαταραχές διαφέρουν η μία από την άλλη ανάλογα με το είδος των αντικειμένων ή των καταστάσεων που προκαλούν το άγχος, το φόβο και τις συμπεριφορές αποφυγής. Αν και οι διαταραχές άγχους εμφανίζουν υψηλή συννοσηρότητα μεταξύ τους, μπορούν να διαφοροποιηθούν εξετάζοντας προσεκτικά τις καταστάσεις κάτω από τις οποίες το άτομο εμφανίζει τις αντιδράσεις φόβου και αποφυγής, καθώς και τις σκέψεις του για τις συγκεκριμένες καταστάσεις. Γενικά, τα διαγνωστικά κριτήρια για τις αγχώδεις διαταραχές, εκτός από τη διαταραχή άγχους του αποχωρισμού, είναι παρόμοια σε ενήλικες, παιδιά και έφηβους. Επίσης, για να διαγνωστεί ένα άτομο με αγχώδη διαταραχή, τα συμπτώματα δεν πρέπει να είναι αποτέλεσμα φαρμακευτικής θεραπείας ή άλλης ιατρικής ασθένειας (Morris & March, 2004· Lewis & Rudolph, 2014).

Σύμφωνα με το DSM-5 τα συμπτώματα που εκδηλώνουν οι έφηβοι για κάθε τύπο αγχώδους διαταραχής είναι τα εξής:

- Κοινωνική Φοβία (ή Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους)

Η διαταραχή της κοινωνικής φοβίας χαρακτηρίζεται από έναν επίμονο και συνεχή φόβο για τις κοινωνικές καταστάσεις, στις οποίες το άτομο εκτίθεται σε άγνωστους ανθρώπους ή αποτελεί αντικείμενο παρατήρησης και αξιολόγησης από άλλους. Οι έφηβοι με τη συγκεκριμένη διαταραχή φοβούνται ότι θα ενεργήσουν κατά τρόπο που θα είναι ταπεινωτικός, ντροπιαστικός, θα τους φέρει σε αμηχανία ή θα έχει ως αποτέλεσμα τη γελιοποίηση τους (Ogden & Hagen, 2013· McKay & Storch, 2011· Morris & March, 2004· Lewis & Rudolph, 2014· Βασιλόπουλος κ.ά, 2016· Kring et al, 2010). Η δυσκολία που εμφανίζουν οι έφηβοι στις κοινωνικές σχέσεις δεν περιορίζεται μόνο στις επαφές τους με τους ενηλίκους αλλά και με τους συνομηλικούς τους. Οι έφηβοι με κοινωνική φοβία αρνούνται να πάνε σχολείο, δε θέλουν να εμπλέκονται σε δραστηριότητες με τους συμμαθητές τους και παρουσιάζουν χαμηλή σχολική επίδοση (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2004). Το κοινωνικό άγχος σύμφωνα με

τους Leary και Kowalski (όπως αναφέρεται στο Βασιλόπουλος κ.ά, 2016), είναι η συναισθηματική, γνωστική και συμπεριφορική αντίδραση που προκύπτει όταν μας κρίνουν άλλοι ή όταν πρόκειται να μας αξιολογήσουν στο κοντινό μέλλον. Έτσι συμπεραίνεται ότι τα άτομα με διαταραχή κοινωνικού άγχους δεν είναι απαραίτητο να βρίσκονται ύπο αξιολόγηση για να εκδηλωθεί το άγχος και η δυσφορία, αλλά ακόμη και η αναμονή μίας επικείμενης διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης επαρκεί για να ενεργοποιηθούν οι μηχανισμοί του άγχους (Βασιλόπουλος κ.ά, 2016). Οι κοινωνικές ικανότητες και η αυτοπεποίθηση των εφήβων κλονίζεται, με αποτέλεσμα να εκδηλώνουν έντονο άγχος και ανησυχία, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει πως δεν επιθυμούν να έχουν φίλους και να κερδίζουν την εκτίμηση των άλλων (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2004).

Τα σωματικά συμπτώματα της κοινωνικής φοβίας περιλαμβάνουν αυξημένους καρδιακούς παλμούς, μυϊκή ένταση, τρέμουλο, εφίδρωση, αναψοκοκκίνισμα και ξηροστομία. Επίσης, οι έφηβοι αισθάνονται αμηχανία, ντροπή και συστολή όταν βρίσκονται μαζί με άλλα άτομα, οικεία ή όχι. Η άρνηση προς το σχολείο, η επιφυλακτικότητα στην ομιλία και οι αρνητικές γνωστικές εκτιμήσεις (π.χ. «Όλοι με κοιτάζουν πρέπει να φαίνομαι πολύ χαζός») αποτελούν μερικά επιπλέον συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τη διαταραχή κοινωνικού άγχους (McKay & Storch, 2011· Morris & March, 2004). Η έναρξη της συγκεκριμένης διαταραχής κυμαίνεται από τα 10 έως τα 15 έτη (Morris & March, 2004· American Psychiatric Association, 2013· Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2004). Το σχολείο θεωρείται η πρώτη μορφή κοινωνίας μέσα στην οποία εντάσσεται και αναπτύσσεται το παιδί, έτσι για τους έφηβους με κοινωνική φοβία είναι λογικό το σχολικό περιβάλλον να αποτελεί πρωταρχική πηγή στρες και άγχους (McKay & Storch, 2011· Lewis & Rudolph, 2014). Ο Hofmann και οι συνεργάτες του (όπως αναφέρεται στο Morris & March, 2004), ανέφεραν ότι οι έφηβοι με κοινωνική φοβία θεωρούσαν ως πιο τρομακτικές καταστάσεις το να μιλήσουν σε ένα συμμαθητή τους, το να σηκωθούν στον πίνακα για να λύσουν μία άσκηση και το να διαβάσουν δυνατά μέσα στην τάξη. Τέλος, οι έφηβοι που είχαν διαγνωστεί με κοινωνική φοβία όταν ενηλικιωθούν εμφανίζουν ανεπαρκής κοινωνικές δεξιότητες, αδυναμία έναρξης και διατήρησης φιλικών και ερωτικών σχέσεων και αρνητική εικόνα εαυτού (Morris & March, 2004· Βασιλόπουλος κ.ά, 2016).

- Διαταραχή Πανικού

Η διαταραχή πανικού χαρακτηρίζεται από επανειλημμένες και απροσδόκητες κρίσεις πανικού μέσα σε διάστημα ενός μηνός τουλάχιστον. Παράλληλα, μέσα στο ίδιο διάστημα το άτομο θα πρέπει να εμφανίζει μία επίμονη ανησυχία επανεμφάνισης και άλλων κρίσεων, έντονη ανησυχία για τις επιπτώσεις της κρίσης και συμπεριφορές αποφυγής προκειμένου να μην επανεμφανιστεί η κρίση πανικού (Ogden & Hagen, 2013). Η συγκεκριμένη διαταραχή αφορά συνήθως την προεφηβεία και την εφηβεία (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2004). Προκαλεί προβλήματα στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του εφήβου και δυσκολεύει την αλληλεπίδραση του με τους φίλους και την οικογένεια του. Τα σωματικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια μίας κρίσης πανικού περιλαμβάνουν τα εξής: αύξηση του καρδιακού ρυθμού, εφίδρωση, αναπνευστικά προβλήματα, ζαλάδες, μουδιασμένα χέρια, πόνοι στο στήθος ή στο στομάχι (Ogden & Hagen, 2013).

Η διαταραχή πανικού έχει συνδεθεί και με την αγοραφοβία. Τα βασικά χαρακτηριστικά της αγοραφοβίας είναι το έντονο άγχος του ατόμου όταν βρεθεί σε χώρους και καταστάσεις από τις οποίες θεωρεί ότι δεν υπάρχει η δυνατότητα έγκαιρης διαφυγής ή/και ο φόβος ότι θα βρεθεί σε μία κοινωνικά δυσάρεστη κατάσταση και θα προκληθεί η κρίση πανικού. Η αναθεωρημένη έκδοση του DSM-5 όρισε την αγοραφοβία ως μία ξεχωριστή διαταραχή. Η αλλαγή αυτή είναι σύμφωνη με τα εύρηματα που θέλουν αυτές τις δύο διαταραχές να μη συνδέονται σε νεαρές ηλικίες (Lewis & Rudolph, 2014). Για παράδειγμα, ο Wittchen και οι συνεργάτες του (όπως αναφέρεται στο Lewis & Rudolph, 2014) βρήκαν ότι οι έφηβοι με διαταραχή πανικού βρίσκονταν σε μέτριο κίνδυνο για ανάπτυξη αγοραφοβίας σε σχέση με τους εφήβους που δεν είχαν διαταραχή πανικού. Μερικές φορές μετά την κρίση πανικού το άτομο αποφεύγει την τοποθεσία που βρισκόταν όταν εκδηλώθηκε η προηγούμενη κρίση ή αρνείται να βγει από το σπίτι γιατί πιστεύει ότι έτσι θα μειωθούν οι πιθανότητες έναρξης νέας κρίσης (Ogden & Hagen, 2013· Kring et al, 2010). Η διαταραχή πανικού συχνά συνυπάρχει και με άλλες αγχώδεις διαταραχές, όπως η κοινωνική φοβία, η διαταραχή μετατραυματικού στρες και η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή. Επίσης, υπάρχει υψηλό ποσοστό συννοσηρότητας με τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και την κατάχρηση ουσιών. Δυστυχώς, ακόμη και σήμερα ελάχιστες είναι οι περιπτώσεις των εφήβων με διαταραχή πανικού που θα αναζητήσουν επαγγελματική βοήθεια (Morris & March, 2004).

- Ειδικές Φοβίες

Οι ειδικές φοβίες χαρακτηρίζονται από έντονο φόβο για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, ζώο ή κατάσταση. Η έναρξη της συγκεκριμένης διαταραχής γίνεται κυρίως στην παιδική ηλικία (7-9), όμως μπορεί να συνεχιστεί μέχρι την ενήλικη ζωή (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2004· Ogden & Hagen, 2013· Lewis & Rudolph, 2014· McKay & Storch, 2011· Morris & March, 2004). Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της Μελέτης Εθνικής Συννοσηρότητας, οι ειδικές φοβίες αποτελούν την πιο συχνή αγχώδη διαταραχή (Ogden & Hagen, 2013). Το DSM-5 διακρίνει 5 κατηγορίες ειδικών φοβιών: φόβος για ζώα (π.χ. φίδια ή αράχνες), φόβος για ειδικές καταστάσεις (π.χ. πτήσεις, ή μικροί κλειστοί χώροι όπως οι ανελκυστήρες), φόβος για ό,τι συνδέεται με ιατρικά ζητήματα (π.χ. αίμα, ενέσεις), φόβος για το φυσικό περιβάλλον (π.χ. ύψη, σκοτάδι, κεραυνοί), ή αλλοι φόβοι (π.χ. δυνατοί θόρυβοι, κλόουν κ.α.) (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2004· Lewis & Rudolph, 2014· McKay & Storch, 2011· Morris & March, 2004· American Psychiatric Association, 2013· Kring et al, 2010). Αυτές οι φοβίες είτε αποφεύγονται, είτε υπομένονται εκδηλώνοντας έντονη δυσφορία και άγχος. Τα συμπτώματα που παρουσιάζουν τα παιδιά και οι έφηβοι όταν έρχονται αντιμέτωποι με τη φοβία τους είναι ο τρόμος, οι αρνητικές σκέψεις, η αύξηση των καρδιακών παλμών, η εφίδρωση, η ξηροστομία, η ναυτία, το τρέμουλο και το κλάμα. Οι περισσότεροι έφηβοι και οι ενήλικες αναγνωρίζουν ότι οι φόβοι τους είναι υπερβολικοί, σε αντίθεση με τα παιδιά που δεν μπορούν να κατανοήσουν την ύπαρξη υπερβολής στις φοβίες τους (Lewis & Rudolph, 2014· McKay & Storch, 2011· Morris & March, 2004). Η έκδοση του DSM-IV όρισε τις διαγνωστικές παραμέτρους για τη διάρκεια των ειδικών φοβιών σε 6 μήνες (Morris & March, 2004).

- Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Η συγκεκριμένη διαταραχή εκδηλώνεται συνήθως περίπου στα 10-14 έτη και χαρακτηρίζεται από μία υπερβολική, επίμονη και μη-ελεγχόμενη ανησυχία για τις καθημερινές δραστηριότητες και το μέλλον (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2004· Ogden & Hagen, 2013· McKay & Storch, 2011· Morris & March, 2004· Αντωνίου, 2015· Kring et al, 2010). Αυτή η ανησυχία έχει ως αποτέλεσμα ο έφηβος να μην τα πηγαίνει καλά ούτε στο σχολείο αλλά ούτε με τους συνομηλίκους του. Οι έφηβοι με γενικευμένη διαταραχή άγχους αγχώνονται για την σχολική τους επίδοση, τις κοινωνικές τους σχέσεις και την πορεία της δική τους υγείας ή των άλλων (McKay & Storch, 2011· Morris & March, 2004· Αντωνίου, 2015). Επιπλέον, οι έφηβοι αυτοί συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη συγκέντρωση, ευερεθιστότητα, προβλήματα στον ύπνο και σωματικές ενοχλήσεις όπως πονοκεφάλους, μυϊκούς και

στομαχικούς πόνους (Ogden & Hagen, 2013· Lewis & Rudolph, 2014· McKay & Storch, 2011· Morris & March, 2004). Επίσης, τείνουν να είναι υπερβολικά υπάκουοι και συνεργάσιμοι, τελειομανείς και αποζητούν έντονα την επιδοκimasία και τη συνεχή ενίσχυση (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2004· Lewis & Rudolph, 2014· Morris & March, 2004). Για να διαγνωστεί ένας έφηβος με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή τα παραπάνω συμπτώματα θα πρέπει να εκδηλώνονται τις περισσότερες ημέρες για διάστημα 6 μηνών (Lewis & Rudolph, 2014· McKay & Storch, 2011· Morris & March, 2004)

- Ψυχαναγκαστική - Καταναγκαστική Διαταραχή (ΨΚΔ)

Η συγκεκριμένη διαταραχή χαρακτηρίζεται από επίμονες και ανεξέλεγκτες σκέψεις (ψυχαναγκασμοί) και από την ανάγκη επανάληψης συγκεκριμένων πράξεων (καταναγκασμοί). Για να γίνει διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής, οι ψυχαναγκασμοί και οι καταναγκασμοί πρέπει να είναι αρκετά σοβαροί, ώστε να προκαλούν έντονη υποκειμενική ενόχληση, να καταναλώνουν περισσότερο από μία ώρα την ημέρα από τον χρόνο του ατόμου ή να προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας του. (Ogden & Hagen, 2013· McKay & Storch, 2011· Morris & March, 2004· King et al, 2010). Οι πιο κοινοί τύποι ψυχαναγκασμών είναι ο φόβος μόλυνσης από μικρόβια, η αμφιβολία για το αν έγινε ή δεν έγινε κάτι και οι παρορμήσεις επιθετικότητας και βίας. Από την άλλη, οι πιο συνηθισμένοι καταναγκασμοί είναι ο έλεγχος και η συνεχής διευθέτηση των αντικειμένων, το συχνό πλύσιμο των χεριών και οι νοητικές πράξεις (π.χ. προσευχή, μέτρημα, επανάληψη λέξεων σιωπηλά). Στις περισσότερες περιπτώσεις οι εμμονές εμφανίζονται μαζί με τους καταναγκασμούς και ίσως να συσχετίζονται με ένα λογικό τρόπο π.χ. εμμονικές σκέψεις με την υγιεινή και καταναγκαστικό πλύσιμο των χεριών (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2004· McKay & Storch, 2011· Morris & March, 2004). Τα άτομα με την συγκεκριμένη διαταραχή δυσκολεύονται να ελέγξουν τις σκέψεις και τις συμπεριφορές τους και αισθάνονται υποχρεωμένοι να τις εκτελέσουν προκειμένου να αποφύγουν το υπέρμετρο άγχος (Ogden & Hagen, 2013). Οι ψυχαναγκαστικές και καταναγκαστικές συμπεριφορές τείνουν να εμφανίζονται μετά την ηλικία των 10 ετών (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2004). Τέλος, η διαταραχή αυτή προκαλεί σοβαρά προβλήματα στον κοινωνικό, ακαδημαϊκό και οικογενειακό τομέα και συνδέεται με την εμφάνιση των τικ, της ΔΕΠΥ και των δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών (Ogden & Hagen, 2013· McKay & Storch, 2011).

- Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες

Η διαταραχή του μετατραυματικού στρες σε παιδιά και εφήβους μόλις τα τελευταία χρόνια έχει αρχίζει να εξετάζεται από τους ειδικούς. Η έκθεση σε αρνητικά και στρεσογόνα γεγονότα, όπως η χρόνια σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση, η ενδο-οικογενειακή βία, οι φυσικές καταστροφές, η τρομοκρατία και οι πόλεμοι, οδηγεί συχνά τους νέους στην ανάπτυξη της διαταραχής μετατραυματικού στρες (Morris & March, 2004· Krings et al, 2010). Η διαταραχή αυτή διαφέρει από τις υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές γιατί προϋποθέτει την ύπαρξη ενός συγκεκριμένου και αναγνωρίσιμου αιτιώδη παράγοντα άγχους. Η εκδήλωση της διαταραχής του μετατραυματικού στρες, εκτός από τα παραπάνω τραυματικά γεγονότα, μπορεί να οφείλεται και στις παρατεταμένες περιόδους άγχους. Τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες ομαδοποιούνται σε τρεις κατηγορίες: 1) αναβίωση του τραύματος (μέσω αναμνήσεων, ονείρων ή αναδρομών στο παρελθόν), 2) αποφυγή των τοποθεσιών ή των καταστάσεων που θυμίζουν το τραυματικό γεγονός και 3) συμπτώματα αυξημένης διέγερσης (υπερβολική φοβική αντίδραση, νευρικότητα, εκρήξεις θυμού, προβλήματα ύπνου και δυσκολία συγκέντρωσης) (Ogden & Hagen, 2013· Morris & March, 2004· McKay & Storch, 2011· Krings et al, 2010). Έφηβοι με διαταραχή μετατραυματικού στρες κάνουν συχνά σκέψεις εκδίκησης και βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη μείζονας κατάθλιψης και διασπαστικής διαταραχής προσωπικότητας (Ogden & Hagen, 2013).

- Διαταραχή άγχους του αποχωρισμού

Όπως προαναφέρθηκε, ο συγκεκριμένος τύπος αγχώδους διαταραχής είναι πιο συχνός στα παιδιά παρά στους έφηβους. Όμως, έχουν βρεθεί περιπτώσεις παιδιών στην προεφηβεία να εμφανίζουν τη διαταραχή, αλλά με χαμηλότερα ποσοστά. Η μέση ηλικία έναρξης της διαταραχής υπολογίζεται στα επτά με οχτώ έτη, όμως, μπορεί να εκδηλωθεί μέχρι και την ηλικία των 12 ετών (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2004· Lewis & Rudolph, 2014· McKay & Storch, 2011· American Association Psychiatry, 2013). Η διαταραχή άγχους του αποχωρισμού χαρακτηρίζεται από έναν υπερβολικό φόβο για τον αποχωρισμό από τη φιγούρα της προσκόλλησης, συνήθως τη μητέρα, και από μία παράλογη ανησυχία πως ο αποχωρισμός αυτός θα είναι μόνιμος (Morris & March, 2004· Ogden & Hagen, 2013· McKay & Storch, 2011· Lewis & Rudolph, 2014). Η διαταραχή περιλαμβάνει και σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, ναυτίες, εμετούς και στομαχόπονους (Ogden & Hagen, 2013· McKay & Storch, 2011· Lewis & Rudolph, 2014). Συγκεκριμένα, σε παιδιά ηλικίας 5-8 χρόνων, η διαταραχή συνήθως εμφανίζεται με άρνησή τους να πάνε στο σχολείο επειδή ανησυχούν ότι ένα αγαπημένο τους πρόσωπο θα πάθει κάτι κακό. Από τα 9-12 χρόνια τα παιδιά αναφέρουν

ένταση κατά τον αποχωρισμό ενώ από τα 13-16 χρόνια οι έφηβοι αρνούνται να πάνε σχολείο και παραπονιούνται για διάφορες σωματικές ενοχλήσεις (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2004). Όλα τα παραπάνω, επηρεάζουν τις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις του παιδιού, την ικανότητα του να συμμετέχει και να προοδεύει στο σχολείο και σε εξωσχολικές δραστηριότητες και μειώνουν σημαντικά την ευχαρίστηση που νιώθει από τη ζωή του (Morris & March, 2004). Για να γίνει διάγνωση της διαταραχής άγχους του αποχωρισμού τα συμπτώματα πρέπει να προκαλούν δυσλειτουργία σε ατομικό, κοινωνικό και ακαδημαϊκό τομέα για τουλάχιστον ένα μήνα. Η άρνηση για το σχολείο, γνωστή και ως σχολική φοβία θεωρείται συνέπεια της διαταραχής και όχι σύμπτωμα. Το φαινόμενο αυτό, μάλιστα, είναι πιο συχνό στους έφηβους παρά στα παιδιά και σχετίζεται με πιο σοβαρές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, η αγοραφοβία, η κοινωνική φοβία ή οι διαταραχές πανικού (McKay & Storch, 2011· Lewis & Rudolph, 2014· Krings et al, 2010). Έχει προταθεί ότι η διαταραχή άγχους αποχωρισμού ίσως να συνδέεται με την εμφάνιση της διαταραχής πανικού. Η έρευνα του Bandelow και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Ogden & Hagen, 2013) βρήκε ότι οι ενήλικες που διαγνώστηκαν με διαταραχή πανικού είχαν ιστορικό διαταραχής άγχους αποχωρισμού στην παιδική τους ηλικία, εύρημα το οποίο είναι σύμφωνο με την παραπάνω υπόθεση. Ωστόσο, μέχρι στιγμής δεν έχει γίνει σαφές αν όντως υπάρχει σύνδεση μεταξύ των δύο αυτών διαταραχών (Ogden & Hagen, 2013). Τέλος, σύμφωνα με τον Bowlby (όπως αναφέρεται στο Morris & March, 2004), το φυσιολογικό στρες λόγω του αποχωρισμού εντείνεται στην πρώιμη παιδική ηλικία και σταδιακά μειώνεται έως ότου εξαλειφθεί τελείως περίπου στα πέντε έτη.

2.2.2 Αιτιολογία

Τα αίτια που οδηγούν στην εκδήλωση της διαταραχής άγχους συνήθως αφορούν κάποιο γενετικό, ψυχολογικό ή περιβαλλοντικό παράγοντα ή το συνδυασμό τους. Για παράδειγμα, η δυσλειτουργία συγκεκριμένων γονιδίων, η προσωπικότητα του εφήβου, το γονεϊκό στυλ, το είδος δεσμού/προσκόλλησης, οι εμπειρίες μάθησης, η ψυχοπαθολογία των γονέων και η έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα είναι μερικοί από τους παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν τις πιθανότητες να εμφανίσει κάποιος έφηβος αγχώδη διαταραχή (Ogden & Hagen, 2013· Krings et al, 2010). Στη συγκεκριμένη ενότητα επιχειρείται η επισκόπηση των βασικών βιολογικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που ευθύνονται για τη γένεση και διατήρηση των διαφορετικών ειδών διαταραχών άγχους που εκδηλώνονται στην εφηβεία. Πριν την παράθεση των αιτιών θα αναφερθούμε συνοπτικά σε δύο χαρακτηριστικά της

προσωπικότητας που αποτελούν ισχυρούς παράγοντες κινδύνου για όλες τις αγχώδεις διαταραχές, τη συμπεριφορική αναστολή και τον νευρωτισμό. Η συμπεριφορική αναστολή είναι η τάση που έχουν τα παιδιά, κυρίως, να αντιδρούν με κλάματα και να ταραάζονται όταν έρχονται σε επαφή με άγνωστα αντικείμενα, ανθρώπους ή άλλα ερεθίσματα. Αυτό το μοτίβο συμπεριφοράς πιθανότατα κληρονομείται και μπορεί να αποτελέσει τη βάση για μετέπειτα εμφάνιση διαταραχών άγχους. Ο νευρωτισμός είναι η τάση του ατόμου να αντιδρά στα διάφορα γεγονότα με εντονότερο αρνητικό συναίσθημα από ότι ο μέσος όρος. Τα άτομα που έχουν υψηλό επίπεδο νευρωτισμού έχουν διπλάσιες πιθανότητες να εκδηλώσουν κάποια αγχώδη διαταραχή σε σχέση με τα άτομα που έχουν χαμηλό νευρωτισμό (Kring et al, 2010· Morris & March, 2004).

- Κοινωνική Φοβία (ή Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους)

Όπως και στις υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές, έτσι και στην κοινωνική φοβία δεν υπάρχει μία συγκεκριμένη αιτία που να προκαλεί την εκδήλωσή της, αλλά η αλληλεπίδραση ενός συνόλου παραγόντων οδηγεί στην εμφάνιση των συμπτωμάτων κοινωνικού άγχους. Ευρήματα ερευνών υποστηρίζουν την κληρονομικότητα της διαταραχής (Morris & March, 2004· American Psychiatric Association, 2013· Lewis & Rudolph, 2014· McKay & Storch, 2011· Βασιλόπουλος κ.ά, 2016). Σύμφωνα με το DSM-5, οι συγγενείς 1^{ου} βαθμού διατρέχουν έως και 6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για εκδήλωση κοινωνικής φοβίας (American Psychiatric Association, 2013). Στη μελέτη του Fyer και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Morris & March, 2004), οι 1^{ου} βαθμού συγγενείς ατόμων με κοινωνική φοβία βρέθηκαν με ποσοστό κινδύνου 16% για ανάπτυξη κοινωνικού άγχους, σε σύγκριση με το ποσοστό που εμφάνισαν οι συγγενείς υγιών ατόμων, που ήταν μόλις 5%. Σε έρευνα των Brown και Lloyd (όπως αναφέρεται στο Morris & March, 2004), οι έφηβοι που είχαν διαγνωστεί με κοινωνική φοβία, ανέφεραν ότι τουλάχιστον ένας από τους δύο γονείς, ήταν αρκετά ντροπαλός, εσωστρεφής, επιφυλακτικός και απέφευγε τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.

Εκτός από τη γενετική αιτιολογία η συμπεριφορά αναστολής και τα συναισθήματα αποφυγής, που χαρακτηρίζουν την διαταραχή κοινωνικού άγχους, μπορούν να υιοθετηθούν και μέσω της παρατήρησης (Morris & March, 2004· McKay & Storch, 2011· Lewis & Rudolph, 2014· Βασιλόπουλος κ.ά, 2016). Ο Bandura εισήγαγε τον όρο της κοινωνικής μάθησης, σύμφωνα με την οποία η μάθηση πραγματοποιείται μέσω της παρατήρησης και της μίμησης μίας συμπεριφοράς, χωρίς να υπάρχει θετική ή αρνητική ενίσχυση. Η μίμηση αυτή συνήθως

αποτελεί ασυνείδητη πράξη. Έτσι, ένα παιδί το οποίο μεγαλώνει μέσα σε ένα περιβάλλον που οι γονείς ανησυχούν υπερβολικά για τη γνώμη των άλλων και αποφεύγουν να βρίσκονται με κόσμο, τότε είναι πολύ πιθανόν οι συμπεριφορές αυτές να υιοθετηθούν και από το ίδιο το παιδί σε μεγαλύτερη ηλικία, πληρώνοντας έτσι τα κριτήρια για τη διάγνωση της κοινωνικής φοβίας (Morris & March, 2004). Φαίνεται, λοιπόν, πως στην περίπτωση της διαταραχής κοινωνικού άγχους, οι γονείς μεταβιβάζουν στα παιδιά τους το φόβο για την αρνητική αξιολόγηση από τους άλλους και τις επιπτώσεις που αυτή μπορεί να έχει (Βασιλόπουλος κ.ά, 2016). Πράγματι, σύμφωνα με τις γνωστικές προσεγγίσεις τα κοινωνικά αγχώδη άτομα έχουν υπερβολικά υψηλές προσδοκίες για τις επιδόσεις τους και μη ρεαλιστικές αρνητικές πεποιθήσεις για τις συνέπειες της κοινωνικής τους συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, μπορεί να πιστεύουν ότι θα απορριφθούν από το ακροατήριο τους, εάν κάνουν μία παύση την ώρα που μιλούν. Επίσης, τα άτομα αυτά ανησυχούν διαρκώς για το πως τους αντιλαμβάνονται οι άλλοι, είναι πιο σκληροί στην αξιολόγηση της επίδοσης τους και συχνά σχηματίζουν αρνητικές νοερές εικόνες για τον τρόπο που θα αντιδράσουν οι άλλοι απέναντι τους. Το άγχος που επακολουθεί τις σκέψεις αυτές, μειώνει την ικανότητά τους να τα καταφέρνουν στις κοινωνικές περιστάσεις, δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο (Kring et al, 2010· Βασιλόπουλος κ.ά, 2016).

Οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις για την κοινωνική φοβία, πέρα από το μοντέλο κοινωνικής μάθησης του Bandura, βασίζονται και στο μοντέλο των δύο παραγόντων του Mowrer (Kring et al, 2010). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η μάθηση του φόβου συντελείται: α) μέσω της κλασσικής εξαρτημένης μάθησης, κατά την οποία το άτομο μαθαίνει να φοβάται ένα ουδέτερο ερέθισμα, το οποίο συνδυάζεται με ένα εγγενώς αποστροφικό ερέθισμα και β) μέσω της συντελεστικής μάθησης, όπου όταν το άτομο αποφεύγει το ουδέτερο ερέθισμα ανακουφίζεται από το μαθημένο φόβο. Η αποφευκτική αντίδραση διατηρείται, μέσω της αρνητικής ενίσχυσης, καθώς έχει ως αποτέλεσμα να μειώνει το φόβο που αισθάνεται το άτομο (Kring et al, 2010). Έτσι και στην περίπτωση της κοινωνικής φοβίας, το άτομο που είχε μία αρνητική κοινωνική εμπειρία, μαθαίνει να φοβάται παρόμοιες καταστάσεις και στη συνέχεια τις αποφεύγει (κλασσική εξαρτημένη μάθηση). Αυτή η συμπεριφορά αποφυγής, μειώνει το φόβο του ατόμου γι' αυτό και διατηρείται (συντελεστική μάθηση). Ο μαθημένος φόβος δεν εξαλείφεται μέσω της συμμετοχής του ατόμου σε κοινωνικές καταστάσεις, που έχουν θετικές συνέπειες, επειδή γενικά το άτομο τείνει να αποφεύγει τις κοινωνικές καταστάσεις. Αλλά ακόμη και αν εμπλακούν σε κάποια κοινωνική αλληλεπίδραση το πιθανότερο είναι να εκδηλώσουν αποφευκτικές συμπεριφορές, που για τους ίδιους αποτελούν συμπεριφορές ασφάλειας, όπως η απόσυρση, η αποστασιοποίηση και η αποφυγή οπτικής επαφής. Δυστυχώς,

αυτές οι συμπεριφορές αποδοκιμάζονται από τους άλλους και αυτό με τη σειρά του οδηγεί στην όξυνση του προβλήματος (Kring et al, 2010).

Τα τραυματικά γεγονότα, που διαδραματίζονται στην προεφηβεία όπως η απόρριψη από τους συμμαθητές, ο σχολικός εκφοβισμός, η υπερπροστατευτικότητα και ο ασφυκτικός έλεγχος των γονέων, η αλλαγή του σχολικού περιβάλλοντος, η ενδοοικογενειακή βία, το διαζύγιο και η έντονη απόρριψη από τους γονείς αποτελούν παράγοντες κινδύνου που έχουν επίσης συνδεθεί με την έναρξη της κοινωνικής φοβίας (American Psychiatric Association, 2013· Lewis & Rudolph, 2014· Βασιλόπουλος κ.ά, 2016· McKay & Storch, 2011). Τα παραπάνω γεγονότα οδηγούν στην κατασκευή μίας αρνητικής και διαστρεβλωμένης αυτο-εικόνας, η οποία παραμένει σταθερή και δύσκολα μεταβάλλεται, παρά το πέρασμα του χρόνου και τις θετικές διορθωτικές εμπειρίες που θα δεχτεί το άτομο (Βασιλόπουλος κ.ά, 2016). Από μόνα τους τα τραυματικά αυτά γεγονότα δεν είναι ικανά να προκαλέσουν την εκδήλωση της κοινωνικής φοβίας, καθώς το κοινωνικό άγχος είναι ένα πιο σύνθετο φαινόμενο και ποικίλοι παράγοντες αλληλεπιδρούν και οδηγούν στην έναρξη της συγκεκριμένης διαταραχής όπως γενετικοί, περιβαλλοντικοί, κοινωνικοί, γνωστικοί, ιδιοσυγκρασιακοί, κ.ά. (Kring et al, 2010· Lewis & Rudolph, 2014· Βασιλόπουλος κ.ά, 2016· Morris & March, 2014· McKay & Storch, 2011).

- Διαταραχή Πανικού

Σχετικά με την αιτιολογία της διαταραχής πανικού, οι νευροβιολογικές έρευνες που έχουν διεξαχθεί συνδέουν την έντονη δραστηριότητα στον υπομέλανα τόπο με τις προσβολές πανικού (Kring et al, 2010). Επίσης, τα σύγχρονα νευροβιολογικά μοντέλα δίνουν έμφαση στην αμυγδαλή και στις σχετικές με εκείνη δομές, κάτι το οποίο όμως παρατηρείται γενικά και στις υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές (Kring et al, 2010· American Psychiatric Association, 2013). Από την άλλη η μελέτη των γονιδίων, δεν έχει κατορθώσει μέχρι σήμερα να ανακαλύψει τα ακριβή γονίδια που εμπλέκονται και οδηγούν στην έναρξη της διαταραχής. Ωστόσο, οι μελέτες που διερευνούν αν η διαταραχή πανικού αποτελεί μία κληρονομήσιμη ψυχιατρική διαταραχή έχουν διαπιστώσει ότι έφηβοι με γονείς που νοσούν από κάποια αγχώδη διαταραχή ή άλλη ψυχιατρική διαταραχή βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση διαταραχής πανικού (Morris & March, 2004· American Psychiatric Association, 2013). Επίσης, μελέτες με διδύμους αναφέρουν υψηλά ποσοστά συμφωνίας (32-46%) για τη συγκεκριμένη διαταραχή (Morris & March, 2004).

Η επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων στην εμφάνιση των κρίσεων πανικού φαίνεται να είναι σημαντικότερη από αυτή των γονιδίων (Morris & March, 2004). Η σεξουαλική ή/και σωματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση διαταραχής πανικού στην εφηβεία, περισσότερο από κάθε άλλη αγχώδη διαταραχή (American Psychiatric Association, 2013). Επίσης, τα περισσότερα άτομα αναφέρουν την ύπαρξη στρεσογόνων παραγόντων λίγους μήνες πριν την πρώτη κρίση πανικού, όπως θάνατος ή σοβαρή ασθένεια μέσα στην οικογένεια ή υπερβολική χρήση παράνομων ουσιών (American Psychiatric Association, 2013). Η προσωπικότητα διαδραματίζει και εκείνη σημαντικό ρόλο στην έναρξη της διαταραχής πανικού. Συγκεκριμένα, ο νευρωτισμός, η τάση δηλαδή του ανθρώπου να βιώνει αρνητικά συναισθήματα και η ευαισθησία προς το άγχος, δηλαδή η πεποίθηση ότι τα συμπτώματα άγχους είναι επικίνδυνα, έχουν βρεθεί σε υψηλά επίπεδα σε εφήβους που νοσούν ή που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση της διαταραχής πανικού (American Psychiatric Association, 2013). Επιπλέον, το χαρακτηριστικό της συμπεριφορικής αναστολής, έχει συνδεθεί και με τη συγκεκριμένη διαταραχή (Morris & March, 2004· Kring et al, 2010). Στην έρευνα του Biederman και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Morris & March, 2004) παρατηρήθηκε ότι οι έφηβοι με υψηλά ποσοστά συμπεριφορικής αναστολής είχαν γονείς που νοσούσαν από διαταραχή πανικού με αγοραφοβία. Επίσης, η μελέτη της DiLalla και των συνεργατών της (όπως αναφέρεται στο Morris & March, 2004) βρήκε ότι οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι που είχαν διαγνωστεί με διαταραχή πανικού είχαν μεγαλύτερο ποσοστό συμφωνίας στη συμπεριφορική αναστολή από τους διζυγωτικούς διδύμους, υποδεικνύοντας τη σημαντική γενετική συνεισφορά της συμπεριφορικής αναστολής, η οποία σηματοδοτεί την εμφάνιση της διαταραχής πανικού. Αυτό δε σημαίνει ότι όλα τα παιδιά και οι έφηβοι με συμπεριφορική αναστολή θα αναπτύξουν διαταραχή πανικού ή άλλη αγχώδη διαταραχή (Morris & March, 2004). Οι συμπεριφορές αποφυγής, που συναντώνται στην αγοραφοβία, και η απουσία αποτελεσματικών δεξιοτήτων αντιμετώπισης προβλημάτων έχουν επίσης συνδεθεί με τη διαταραχή πανικού (Morris & March, 2004).

Σχετικά με τους γνωστικούς παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης της διαταραχής πανικού, οι γνωστικές προσεγγίσεις εστιάζονται στη μειωμένη αντίληψη του ελέγχου και στις καταστροφικές παρερμηνείες των σωματικών συμπτωμάτων (Kring et al, 2010; Morris & March, 2004). Τα άτομα που βιώνουν κρίσεις πανικού αισθάνονται ότι δεν μπορούν να ελέγξουν την κατάσταση και τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις όταν βρίσκονται υπό την εξέλιξη μίας κρίσης. Επίσης, οι προσβολές πανικού τείνουν να

εμφανίζονται όταν τα άτομα ερμηνεύουν τις σωματικές αισθήσεις ως ενδείξεις επικείμενου θανάτου. Για παράδειγμα, η αύξηση του καρδιακού ρυθμού μπορεί να παρερμηνευθεί ως ένδειξη επερχόμενης καρδιακής προσβολής με αποτέλεσμα οι σκέψεις αυτές να εντείνουν το άγχος, το οποίο με τη σειρά του θα προκαλέσει περισσότερες σωματικές αντιδράσεις, δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο (Morris & March, 2004). Τέλος, τα συμπεριφορικά μοντέλα τονίζουν τις πιθανότητες το άτομο να έχει μάθει να βιώνει προσβολές πανικού μέσω της κλασσικής εξαρτημένης μάθησης ως αντίδραση σε εξωτερικές συνθήκες ή σε εσωτερικές σωματικές ενδείξεις άγχους. Η εξαρτημένη μάθηση που προκύπτει ως αντίδραση στις σωματικές αισθήσεις ονομάζεται εσω-δεκτική εξαρτημένη μάθηση (Kring et al, 2010).

- Ειδικές Φοβίες

Υπάρχουν στοιχεία που υποδεικνύουν την ύπαρξη κληρονομικότητας στις ειδικές φοβίες, ωστόσο η επιρροή των γενετικών παραγόντων δεν είναι τόσο σημαντική για την αιτιολογία τους (Morris & March, 2004· American Psychiatric Association, 2013). Συγκεκριμένα, η φοβία αίματος-ένεσης, είναι από τις φοβίες που έχει βρεθεί ότι έχει έντονη κληρονομική προδιάθεση. Η συμπεριφορική αναστολή έχει επίσης συσχετιστεί με την εμφάνιση της ειδικής φοβίας. Σε έρευνα του Biederman και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Morris & March, 2004), τα ευρήματα έδειξαν ότι τα ποσοστά διαταραχών φοβίας (ειδικής φοβίας, κοινωνικής φοβίας και αγοραφοβίας) σε παιδιά με συμπεριφορική αναστολή ήταν υψηλότερα (31,8%) σε σχέση με τα ποσοστά των παιδιών χωρίς συμπεριφορική αναστολή (5,3%). Στη συγκεκριμένη έρευνα, μόνο οι φοβίες εμφάνισαν τόσο σημαντικές διαφορές σε σύγκριση με τις άλλες αγχώδεις διαταραχές, υποδηλώνοντας σύνδεση μεταξύ συμπεριφορικής αναστολής και έναρξης φοβιών (Morris & March, 2004).

Οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις για τις ειδικές φοβίες εστιάζουν στις θεωρίες μάθησης και συγκεκριμένα η πιο σύγχρονη θεωρία μάθησης υποστηρίζει ότι οι φοβίες μπορούν να εκδηλωθούν μέσω τριών διαφορετικών τρόπων μάθησης: α) του άμεσου τραυματισμού, β) της μίμησης προτύπου και γ) της λεκτικής προειδοποίησης (Kring et al, 2010· McKay & Storch, 2011). Η εμπειρία του άμεσου τραύματος είναι για παράδειγμα ο φόβος για τα σκυλιά που αποκτά ένα άτομο, μέσω της κλασσικής εξαρτημένης μάθησης, επειδή κάποια στιγμή τον δάγκωσε ένας σκύλος και από τότε άρχισε να φοβάται τα σκυλιά. Η μίμηση προτύπου είναι όταν κάποιος δει κάποιον άλλον να βλάπτεται από ένα ερέθισμα ή απλά να το φοβάται. Ένα παράδειγμα μίμησης προτύπου είναι όταν ένα άτομο βλέπει μία σφήκα να τσιμπάει το φίλο

του ή όταν αντιλαμβάνεται ότι ο φίλος του φοβάται τη σφήκα. Ενώ, η λεκτική προειδοποίηση είναι όταν ένα άτομο ακούσει ότι πρέπει να φοβάται ένα συγκεκριμένο ερέθισμα ή μία κατάσταση για παράδειγμα όταν ένας γονέας προειδοποιεί το παιδί του ότι δεν πρέπει να μπαίνει ποτέ σε ανελκυστήρες γιατί είναι επικίνδυνοι (Kring et al, 2010· McKay & Storch, 2011). Το μειονέκτημα του συγκεκριμένου μοντέλου μάθησης είναι ότι αρκετές φοβίες εμφανίζονται χωρίς να έχει προηγηθεί κάποια εμπειρία μάθησης. Ωστόσο, οι υποστηρικτές του συμπεριφοριστικού μοντέλου ισχυρίζονται ότι τα άτομα αυτά έχουν απωθήσει από τη μνήμη τους την εμπειρία μάθησης λόγω του έντονου φόβου που βίωσαν εκείνη τη στιγμή (Kring et al, 2010· McKay & Storch, 2011).

Άλλο ένα είδος μάθησης, είναι η ετοιμότητα για μάθηση που υποστηρίζει ότι κατά τη διάρκεια της εξέλιξης τους είδους, οι άνθρωποι έμαθαν να αντιδρούν υπερβολικά έντονα σε ερεθίσματα που θα μπορούσαν να γίνουν απειλητικά για τη ζωή τους, όπως σε επικίνδυνα στοιχεία του φυσικού περιβάλλοντος (π.χ. ύψη), στα ζώα (π.χ. φίδια) καθώς και σε θυμωμένα πρόσωπα. Πιθανώς, το νευρωνικό κύκλωμα του φόβου έχει εξελιχθεί ανάλογα ώστε να μπορεί να αντιδρά γρήγορα σε επικίνδυνα ερεθίσματα (Kring et al, 2010). Από την άλλη, η γνωστική θεωρία συνδέει το άγχος άμεσα με μια τάση του ατόμου να εστιάζει στις αρνητικές πλευρές ενός βιώματος και να ισχυρίζεται ότι θα του συμβούν ανάλογες αρνητικές καταστάσεις και στο μέλλον. Για παράδειγμα, μερικά άτομα που έχουν βιώσει μια τραυματική εμπειρία με ένα σκύλο αναπτύσσουν φοβία για κάθε είδους σκύλο, ενώ κάποια άλλα άτομα με ανάλογες εμπειρίες δεν εμφανίζουν καμία φοβία. Θεωρείται, λοιπόν, πως τα άτομα που εξελίσσουν μία φοβία εστιάζουν στον κίνδυνο επανάληψης της τραυματικής τους εμπειρίας και για το λόγο αυτό φοβούνται (Morris & March, 2004· Lewis & Rudolph, 2014). Οι βιολογικές θεωρίες προτείνουν ότι για ορισμένους φόβους ενδεχομένως οι άνθρωποι να είναι βιολογικά προγραμματισμένοι και δεν είναι απαιτείται η εμπειρία μάθησης. Όπως όταν κάποια άτομα δυσκολεύονται να θυμηθούν τότε ακριβώς ξεκίνησε η φοβία τους και πιστεύουν ότι γεννήθηκαν με αυτή (McKay & Storch, 2011).

Τέλος, το DSM-5 προτείνει ότι η ύπαρξη περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως η υπερπροστατευτικότητα των γονέων, η απώλεια ή ο αποχωρισμός ενός γονέα και η σωματική ή/και σεξουαλική κακοποίηση μπορούν να αλληλεπιδράσουν με άλλους βιολογικούς, ιδιοσυγκρασιακούς, γνωστικούς και κοινωνικούς παράγοντες και να οδηγήσουν στην εμφάνιση ειδικής φοβίας (American Psychiatric Association, 2013).

- Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή έχει συνδεθεί με την ύπαρξη γενετικής ευαλωτότητας και τη μειωμένη λειτουργία του συστήματος GABA (American Psychiatric Association, 2013· Kring et al, 2010· Lewis & Rudolph, 2014). Εκτός από τους νευροβιολογικούς και γενετικούς παράγοντες, η προσωπικότητα και συγκεκριμένα η συμπεριφορική αναστολή έχει βρεθεί να επηρεάζει την εκδήλωση της συγκεκριμένης διαταραχής. Μερικά βρέφη εμφανίζουν το χαρακτηριστικό της συμπεριφορικής αναστολής, δηλαδή μία έντονη ταραχή και κλάμα όταν έρχονται σε επαφή με άγνωστα αντικείμενα ή πρόσωπα. Αυτή η συμπεριφορική αναστολή στη βρεφική ηλικία μπορεί να προβλέψει την εμφάνιση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής στην εφηβεία (Kring et al, 2010· American Psychiatric Association, 2013· Morris & March, 2004).

Επιπλέον, άλλοι παράγοντες όπως οι δυσκολίες που έχουν αντιμετωπίσει στην παιδική τους ηλικία οι έφηβοι, ο τύπος δεσμού που έχουν αναπτύξει με το βασικό τους φροντιστή και η ψυχοπαθολογία των γονέων μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο για εκδήλωση υπερβολικής, ανεξέλεγκτης και χρόνιας ανησυχίας που θα οδηγήσει στη διάγνωση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής (American Psychiatric Association, 2013· Morris & March, 2004). Στην έρευνα του Cassidy (όπως αναφέρεται στο Morris & March, 2004), βρέθηκε ότι οι έφηβοι με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, είχαν βιώσει συναισθηματική απόρριψη από τους γονείς τους και είχαν λιγότερες θετικές παιδικές αναμνήσεις σε σχέση με τους έφηβους χωρίς αγχώδη διαταραχή. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν τη σχέση μεταξύ της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και του δεσμού προσκόλλησης. Επίσης, σχετικά με τη ψυχοπαθολογία των γονέων έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά που εκδηλώνουν τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή είναι πιο πιθανό να έχουν ένα γονέα με ιστορικό διαταραχής άγχους (Morris & March, 2004· Lewis & Rudolph, 2014· Kring et al, 2010).

Τέλος, ο Borkovec και οι συνεργάτες του (όπως αναφέρεται στο Kring et al, 2010), πρότειναν ότι η ανησυχία, που αποτελεί το κύριο σύμπτωμα της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, δρα ως ενίσχυση επειδή αποσπά την προσοχή των ατόμων από ισχυρά αρνητικά συναισθήματα και νοερές εικόνες. Ουσιαστικά, η ανησυχία μειώνει τις ψυχοφυσιολογικές ενδείξεις της διέγερσης που προκαλούν τα συγκεκριμένα συναισθήματα και οι εικόνες. Επομένως, οι έφηβοι μειώνουν, μέσω της ανησυχίας τα αρνητικά συναισθήματα τα οποία θα

ήταν πιο έντονα από ότι είναι η ανησυχία και τη δυσφορία που θα βίωναν αν ανακαλούσαν εικόνες από τραυματικά γεγονότα (Kring et al, 2010).

- Ψυχαναγκαστική - Καταναγκαστική Διαταραχή (ΨΚΔ)

Η συγκεκριμένη διαταραχή μπορεί να κληρονομηθεί, αφού μελέτες που έχουν διεξαχθεί, αναφέρουν ότι οι 1^{ου} βαθμού συγγενείς ατόμων με ΨΚΔ βρίσκονται σε δύο φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για εκδήλωση συμπτωμάτων ψυχαναγκασμού ή καταναγκασμού. Επιπλέον, ο κίνδυνος εμφάνισης ΨΚΔ ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, αυξάνεται όταν ο συγγενής τους είχε εμφανίσει τη διαταραχή στην παιδική ή εφηβική ηλικία (American Psychiatric Association, 2013· Kring et al, 2010· McKay & Storch, 2011). Το εύρημα αυτό υποδεικνύει, ότι όσο πιο μικρή η ηλικία έναρξης της ΨΚΔ τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα να οφείλεται σε γενετική προδιάθεση (Morris & March, 2004).

Επίσης, μελέτες σε οικογένειες έχουν δείξει ότι η έναρξη της ΨΚΔ μπορεί να αποτελεί έκφραση του ίδιου γονιδίου που είναι υπεύθυνο και για την εμφάνιση των τικς. Τα αυξημένα ποσοστά συννοσηρότητας μεταξύ της ΨΚΔ και του συνδρόμου Tourette, μίας νευροαναπτυξιακής διαταραχής που χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολλαπλών κινητικών και φωνητικών τικ, επιβεβαιώνει το παραπάνω εύρημα (American Psychiatric Association, 2013· McKay & Storch, 2011). Αιφνίδια έναρξη της ΨΚΔ έχει παρατηρηθεί σε παιδιά και εφήβους μετά από λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού ως μία αυτοάνοση αντίδραση προς τον β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο. Το σύνδρομο αυτό συναντάται στη ξενόγλωσση βιβλιογραφία με τον όρο PANDAS (μεταφράζεται ως «Παιδιατρικές Αυτοάνοσες Νευροψυχιατρικές Διαταραχές Σχετιζόμενες με Μολύνσεις από Στρεπτόκοκκο») και περιλαμβάνει ιδεοληψίες, καταναγκασμούς, τικ και χορεία (McKay & Storch, 2011· American Psychiatric Association, 2013). Αυτή η μεταστρεπτοκοκκική αυτοάνοση αντίδραση προκαλεί δυσλειτουργία στα βασικά γάγγλια, τα οποία ευθύνονται για τον κινητικό έλεγχο και την ικανότητα έναρξης και λήξης διαφορετικών σκέψεων και πράξεων, προκαλώντας έτσι παροξυσμό των συμπτωμάτων (McKay & Storch, 2011). Επίσης, η ΨΚΔ μπορεί να εμφανιστεί σαν αποτέλεσμα διαφόρων νευρολογικών διαταραχών όπως μετά από δηλητηρίαση με μονοξειδίο του άνθρακα, όγκους, αλλεργικές αντιδράσεις στο τσίμπημα σφήκας, εγκεφαλικό τραύμα, χορεία του Sydenham, και άλλες παθολογικές καταστάσεις που αφορούν τη λειτουργία των βασικών γαγγλιών (Kring et al, 2010).

Οι νευροαπεικονιστικές μελέτες που μελετούν την λειτουργία του εγκεφάλου, όπως η PET (τομογραφία με την μέθοδο εκπομπής ποζιτρονίων), φανερώνουν ανωμαλίες στα κυκλώματα που ενώνουν τα βασικά γάγγλια με τον προμετωπιαίο φλοιό. Συγκεκριμένα, τα άτομα που νοσούν από ΨΚΔ εμφανίζουν υπερδραστηριοποίηση του κορχομετωπιαίου φλοιού, που εμπλέκεται στην αντίληψη του φόβου και του κινδύνου, του κερκοφόρου πυρήνα (που αποτελεί τμήμα των βασικών γαγγλίων) και της πρόσθιας αύλακας του προσαγωγίου (Kring et al, 2010· American Psychiatric Association, 2013· McKay & Storch, 2011). Πέρα από την αυξημένη δραστηριότητα, τα άτομα που νοσούν από ΨΚΔ έχουν βρεθεί με μικρότερο όγκο κορχομετωπιαίου φλοιού και βασικών γαγγλίων σε σύγκριση με τα υγιή άτομα (McKay & Storch, 2011). Ωστόσο, μέχρι στιγμής δεν έχει αποσαφηνιστεί αν τα συμπτώματα της διαταραχής προκαλούν τη νευροβιολογική υπερδραστηριοποίηση ή αν τα μοτίβα νευροβιολογικής δραστηριότητας προκαλούν τη συμπτωματολογία (Kring et al, 2010). Το σεροτονινεργικό σύστημα των νοσούντων από ΨΚΔ έχει επιβεβαιωθεί ότι δυσλειτουργεί, επειδή μετά από λήψη φαρμακευτικής θεραπείας με αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης τα συμπτώματα της διαταραχής μειώθηκαν και παρατηρήθηκε βελτίωση της νευροβιολογικής λειτουργίας (Kring et al, 2010· McKay & Storch, 2011).

Από την άλλη τα συμπεριφορικά μοντέλα, υποστηρίζουν ότι οι καταναγκασμοί αποτελούν συντελεστικά μαθημένες αντιδράσεις. Τα άτομα, δηλαδή, ενισχύουν τους καταναγκασμούς τους, επειδή με αυτό τον τρόπο μειώνεται το άγχος. Για παράδειγμα, το καταναγκαστικό πλύσιμο των χεριών μπορεί να προσφέρει στον έφηβο άμεση ανακούφιση από το άγχος που συνδέεται με την ιδεοληψία σχετικά με τα μικρόβια (Kring et al, 2010). Οι γνωστικές προσεγγίσεις θεωρούν τους καταναγκασμούς ως μία συμπεριφορά που είναι αποτέλεσμα της έλλειψης εμπιστοσύνης που έχει το άτομο στη μνήμη του. Σύμφωνα με την έρευνα του Wood και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Kring et al, 2010), τα άτομα με ΨΚΔ ανησυχούν ιδιαίτερα για την ύπαρξη κενών στη μνήμη τους. Αυτή τους η ανησυχία, πιθανότατα τους οδηγεί στο να μην εμπιστεύονται τη μνήμη τους και προκαλεί την έναρξη των καταναγκαστικών συμπεριφορών ελέγχου.

Τέλος, τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, όπως η παιδική κακοποίηση (σωματική ή/και σεξουαλική), έχουν συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση ΨΚΔ στην παιδική και εφηβική ηλικία. Επίσης, η ύπαρξη συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, όπως η συμπεριφορική αναστολή και η τάση για βίωση αρνητικών συναισθημάτων έχουν

ενοχοποιηθεί για την έναρξη της συγκεκριμένης διαταραχής (American Psychiatric Association, 2013).

- Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες τείνει να εκδηλώνεται σε άτομα που βίωσαν κάποια σοβαρή τραυματική εμπειρία, όπως ενδοοικογενειακή βία, εκφοβισμό, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, πόλεμο, θάνατο αγαπημένου προσώπου κ.ά. Επίσης, η διαταραχή εμφανίζεται σε άτομα με υψηλό νευρωτισμό, καθώς και στα άτομα που δεν είχαν επαρκή υποστήριξη από το οικογενειακό, κυρίως, περιβάλλον μετά το τραυματικό γεγονός (McKay & Storch, 2011· Morris & March, 2004· American Psychiatric Association, 2013· Kring et al, 2010). Η αυξημένη δραστηριότητα της αμυγδαλής, μίας περιοχής του εγκεφάλου που εμπλέκεται στην εμπειρία του φόβου, και ο μειωμένος όγκος του ιπποκάμπου, ο οποίος παίζει σημαντικό ρόλο στη μνήμη και στις αναμνήσεις που σχετίζονται με τα συναισθήματα, έχουν συνδεθεί με την έναρξη της διαταραχής μετατραυματικού στρες (Kring et al, 2010· American Psychiatric Association, 2013· Lewis & Rudolph, 2013). Η έναρξη της συγκεκριμένης διαταραχής έχει συσχετιστεί και με την αυξημένη ευαισθησία των υποδοχέων της κορτιζόλης, της ορμόνης του στρες. Επιπρόσθετα, το υψηλό επίπεδο νορεπινεφρίνης (νευροδιαβιβαστής που σχετίζεται με το στρες), που παρατηρείται στη διαταραχή μετατραυματικού στρες, ίσως αποτελεί συνέπεια αυτής της αυξημένης ευαισθησίας (Kring et al, 2010).

Αν και οι άνδρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν κάποια τραυματική εμπειρία, οι γυναίκες εμπλέκονται σε πιο σοβαρά τραυματικά γεγονότα (σεξουαλική κακοποίηση ή σωματική βία), τα οποία οδηγούν συχνότερα στην έναρξη της διαταραχής μετατραυματικού στρες (American Psychiatric Association, 2013· Kring et al, 2010). Γενικά, έχει παρατηρηθεί ότι όσο πιο σοβαρό είναι το τραύμα, τόσες περισσότερες είναι οι πιθανότητες για εκδήλωση της διαταραχής (McKay & Storch, 2011). Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο έναρξης της διαταραχής, εκτός από τη σοβαρότητα του τραύματος περιλαμβάνονται και η επαναλαμβανόμενη έκθεση του ατόμου σε καταστάσεις που θυμίζουν την τραυματική εμπειρία, η απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος και η έλλειψη οικογενειακής σταθερότητας (American Psychiatric Association, 2013· McKay & Storch, 2011· Morris & March, 2004). Οι αρνητικές εκτιμήσεις, η χρήση ακατάλληλων στρατηγικών αντιμετώπισης του ψυχικού τραύματος και η ανάπτυξη οξείας διαταραχής του στρες

θεωρούνται μετατραυματικοί παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την προσωπικότητα του ατόμου (American Psychiatric Association, 2013).

Η συμπεριφορική προσέγγιση εστιάζει στο μοντέλο της μάθησης των δύο παραγόντων. Σύμφωνα με αυτό, ο αρχικό φόβος στη διαταραχή μετατραυματικού στρες θεωρείται ότι προκύπτει από την κλασσική εξαρτημένη μάθηση. Δηλαδή, για παράδειγμα μία γυναίκα μπορεί να καταλήξει να φοβάται να περπατάει στη γειτονιά που υπέστη βιασμό. Αυτός ο μαθημένος φόβος είναι τόσο έντονος, που θα οδηγήσει τη γυναίκα να αποφεύγει τη συγκεκριμένη γειτονιά όσο το δυνατόν περισσότερο. Η συγκεκριμένη συμπεριφορά αποφυγής σύμφωνα με τη συμπεριφορική θεώρηση είναι αποτέλεσμα της συντελεστικής μάθησης (Kring et al, 2010). Τέλος, οι έρευνες που εστιάζουν στους ψυχολογικούς και γνωστικούς παράγοντες δείχνουν ότι τα άτομα που καταφέρνουν να διατηρήσουν κάποια αίσθηση ελέγχου κατά τη διάρκεια της τραυματικής εμπειρίας έχουν λιγότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν τη συγκεκριμένη διαταραχή. Μετά την έκθεση στο τραύμα, έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα που θα χρησιμοποιήσουν διασχιστικές στρατηγικές αντιμετώπισης, οι οποίες βασίζονται στην αποφυγή της σκέψης του τραύματος, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για να εμφανίσουν διαταραχή μετατραυματικού στρες σε σχέση με τα άτομα που βασίστηκαν σε άλλες στρατηγικές (Kring et al, 2010· Lewis & Rudolph, 2014).

- Διαταραχή άγχους του αποχωρισμού

Η εμφάνιση της διαταραχής άγχους του αποχωρισμού σπάνια οφείλεται σε έναν παράγοντα. Έχει διαπιστώθει από έρευνες κυρίως με δίδυμα αδέρφια, ότι υπάρχει γενετική προδιάθεση για την εκδήλωση της, ωστόσο η επιρροή των γονιδίων δεν είναι τόσο σημαντική όσο του περιβάλλοντος (American Psychiatric Association, 2013· Morris & March, 2004· McKay & Storch, 2011). Στην έρευνα του Topolski και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Morris & March, 2004), ο δείκτης κληρονομικότητας σε διδύμους ηλικίας 10-16 ετών ήταν μόλις 4% ενώ η επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων υπολογίστηκε στο 40%, επιβεβαιώνοντας την ιδιαίτερη σημασία του περιβάλλοντος στη ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας. Η κληρονομικότητα έχει βρεθεί να είναι μεγαλύτερη στα κορίτσια από ότι στα αγόρια. Μάλιστα, σε έρευνα του Eaves και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Morris & March, 2004), το ποσοστό κληρονομικότητας για τα κορίτσια ήταν 75% ενώ για τα αγόρια σχεδόν μηδέν.

Τα στρεσογόνα γεγονότα που μπορεί να βιώνει ή να έχει βιώσει στο παρελθόν ένας έφηβος, και σχετίζονται με τη φιγούρα προσκόλλησης όπως ο θάνατος, μία σοβαρή ασθένεια ή καταστάσεις που περιλαμβάνουν περιόδους αποχωρισμού από αυτήν, μπορούν να προκαλέσουν την εκδήλωση της διαταραχής. Επιπλέον παράγοντες κινδύνου που θεωρούνται ικανοί για την εμφάνιση της διαταραχής άγχους του αποχωρισμού είναι η αλλαγή του σχολείου, η μετακόμιση σε νέα γειτονιά, η μετανάστευση ή ο θάνατος ενός αγαπημένου συγγενή (American Psychiatric Association, 2013· McKay & Storch, 2011· Lewis & Rudolph, 2014· Kring et al, 2010· Morris & March, 2004). Στις μονογονεϊκές οικογένειες, έχει παρατηρηθεί ότι το έντονο άγχος των μητέρων για την ασφάλεια των παιδιών τους, δημιουργεί ένα είδος εξάρτησης μεταξύ μητέρας και παιδιού, την οποία υιοθετεί και το ίδιο το παιδί. Αυτή η εξάρτηση αν για οποιοδήποτε λόγο σταματήσει να υφίσταται, είναι πολύ πιθανόν να εκδηλωθούν συμπτώματα έντονης δυσφορίας και στρες που αποτελούν σημάδια της διαταραχής άγχους του αποχωρισμού (Morris & March, 2004). Η ύπαρξη μίας θετικής και υποστηρικτικής συζυγικής σχέσης μειώνει σημαντικά τις πιθανότητες για εκδήλωση της συγκεκριμένης διαταραχής σε παιδιά και εφήβους (Morris & March, 2004).

Επίσης, και η ψυχοπαθολογία των γονέων έχει συνδεθεί με την εμφάνιση της διαταραχής άγχους του αποχωρισμού. Συγκεκριμένα, οι μητέρες που νοσούν από κατάθλιψη, διαταραχή πανικού, αγοραφοβία ή διαταραχή άγχους του αποχωρισμού αυξάνουν τον κίνδυνο έναρξης της διαταραχής άγχους του αποχωρισμού στα παιδιά τους. Πιθανότατα αυτό οφείλεται στην κοινωνική απόσυρση που χαρακτηρίζει τις διαταραχές αυτές, και οδηγεί τις μητέρες στο να είναι απόμακρες και να μη δείχνουν την απαραίτητη στοργή και φροντίδα στο παιδί τους (Morris & March, 2004· Lewis & Rudolph, 2014). Τέλος, έχει βρεθεί ότι οι έφηβοι με διαταραχή άγχους του αποχωρισμού εστιάζουν περισσότερο την προσοχή τους σε απειλητικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος τους (Kring et al, 2010· Morris & March, 2004).

2.2.3 Επιδημιολογία

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν τις πιο συνηθισμένες ψυχιατρικές διαταραχές από τις οποίες νοσούν παιδιά, έφηβοι και ενήλικες. (Kring et al, 2010· Ogden & Hagen, 2013). Επειδή η εφηβεία είναι από μόνη της μία αναπτυξιακή περίοδος που χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι αρκετές από τις διαταραχές άγχους εκδηλώνονται για πρώτη φορά στην εφηβεία και χωρίς την έγκαιρη και κατάλληλη αντιμετώπιση μπορούν να συνεχιστούν έως και την ενηλικίωση. Ανάλογα με τις έρευνες, τα ποσοστά επιδημιολογίας των διαταραχών άγχους στην εφηβεία κυμαίνονται από 11% - 20% (Kring et al, 2010· Ogden &

Hagen, 2013· Lewis & Rudolph, 2014). Σύμφωνα με τα εύρηματα της National Comorbidity Survey (όπως αναφέρεται στο Ogden & Hagen, 2013), το ποσοστό εφ' όρου ζωής για οποιοδήποτε τύπο αγχώδους διαταραχής σε έφηβους στις Η.Π.Α, βρέθηκε να είναι 31,9% από το οποίο το 8,3% εμφάνιζε σοβαρά προβλήματα. Παρακάτω παρατίθενται τα επιδημιολογικά στοιχεία για κάθε τύπο διαταραχής άγχους στην εφηβεία, σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση.

- Κοινωνική Φοβία (ή Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους)

Η κοινωνική φοβία εκδηλώνεται συνήθως για πρώτη φορά στην εφηβεία και τα ποσοστά της τείνουν να αυξάνουν με την ηλικία, άρα περισσότεροι έφηβοι παρά προ-έφηβοι θα διαγνωστούν με τη διαταραχή αυτή (Morris & March, 2004· American Psychiatric Association, 2013). Σύμφωνα με το DSM-5 το ποσοστό επικράτησης είναι παρόμοιο σε έφηβους και ενήλικες και κυμαίνεται περίπου στο 7% (American Psychiatric Association, 2013). Επίσης, δεν παρατηρούνται διαφυλικές διαφορές αφού αγόρια και κορίτσια εφηβικής ηλικίας εμφανίζουν ισοδύναμους δείκτες επιδημιολογίας πιθανότατα λόγω της αυξημένης ανησυχίας και των δύο φύλων για τη γνώμη των άλλων (Kring et al, 2010· American Psychiatric Association, 2013· Morris & March, 2004· Lewis & Rudolph, 2014· McKay & Storch, 2011). Σχετικά με την εθνικότητα, στην Αμερική έχει παρατηρηθεί ότι οι Ιθαγενείς Αμερικάνοι εκδηλώνουν πιο συχνά διαταραχή κοινωνικού άγχους σε σύγκριση με τους λευκούς Αμερικάνους (American Psychiatric Association, 2013). Σε έρευνα στην Ελλάδα, ο Βασιλόπουλος (όπως αναφέρεται στο Βασιλόπουλος κ.ά, 2016) παρατήρησε ότι τα αγόρια και τα κορίτσια ηλικίας 13 ετών που είχαν διαγνωστεί με κοινωνική φοβία εκδήλωναν περισσότερα συμπτώματα άγχους, δυσφορίας και ντροπαλότητας όταν βρίσκονταν μαζί με άτομα που δεν γνώριζαν.

- Διαταραχή Πανικού

Στην Αμερική και σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες η 12-μήνη επικράτηση για τη διαταραχή πανικού στον εφηβικό πληθυσμό υπολογίζεται στο 2-3% (American Psychiatric Association, 2013· Lewis & Rudolph, 2014· Morris & March, 2004). Στις Η.Π.Α τα χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης των διαταραχών πανικού έχουν βρεθεί μεταξύ των Λατίνων, των Αφρικανοαμερικάνων και των Ασιατών σε σύγκριση με τους λευκούς Αμερικάνους και τους Ιθαγενείς που εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά (American Psychiatric Association, 2013). Στην εφηβεία αυξάνονται τα ποσοστά εμφάνισης των διαταραχών πανικού, και γίνονται

αισθητές οι διαφυλικές διαφορές, με τα κορίτσια να βρίσκονται σε δύο φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για εκδήλωση κρίσεων πανικού (American Psychiatric Association, 2013· Lewis & Rudolph, 2014· Morris & March, 2004).

- Ειδικές Φοβίες

Σύμφωνα με το DSM-5, οι έφηβοι ηλικίας 13-17 ετών εμφανίζουν ποσοστό επικράτησης 16%. Η 12-μήνη επικράτηση για τις ειδικές φοβίες στους έφηβους υπολογίζεται στο 7% έως 9%. Στην Αμερική και στην Ευρώπη τα ποσοστά εμφάνισης της διαταραχής είναι παρόμοια περίπου στο 6%, ενώ σε χώρες όπως η Ασία, η Αφρική και η Λατινική Αμερική τα ποσοστά είναι χαμηλότερα και κυμαίνονται από 2% έως 4% (American Psychiatric Association, 2013· Lewis & Rudolph, 2014· McKay & Storch, 2011). Ανάλογα με τον τύπο της φοβίας παρατηρούνται και διαφυλικές διαφορές. Τα αγόρια εμφανίζουν συνήθως φοβία προς το αίμα και τις ενέσεις, ενώ τα κορίτσια μπορούν να εκδηλώσουν όλους τους τύπους φοβιών. Επίσης, τα κορίτσια βρίσκονται σε δύο φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να διαγνωστούν με κάποια ειδική φοβία (Morris & March, 2004· American Psychiatric Association, 2013). Τέλος, αν και η συγκεκριμένη διαταραχή συναντάται πιο συχνά στα παιδιά, όταν δεν υπάρξει κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση, ο φόβος συνεχίζει να εκδηλώνεται και σε μεγαλύτερες ηλικίες (Morris & March, 2004).

- Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Στις Η.Π.Α, οι έφηβοι με γενικευμένη αγχώδης διαταραχή εμφανίζουν στους 12 μήνες ποσοστό επικράτησης 0,9%. Σε άλλες χώρες το ποσοστό εμφάνισης κυμαίνεται από 0,4% έως 3,6% (American Psychiatric Association, 2013). Ο Silverman και ο Nelles (όπως αναφέρεται στο Morris & March, 2004) όταν εξέταζαν έφηβους που βρίσκονταν μέσα σε ψυχιατρικές κλινικές βρήκαν το δείκτη επικράτησης για τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή να κυμαίνεται από 10-14%. Τα κορίτσια έχουν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν τη συγκεκριμένη διαταραχή, όμως η διαφυλική αυτή διαφορά γίνεται διακριτή από την εφηβεία και μετά (Lewis & Rudolph, 2014· American Psychiatric Association, 2013· Morris & March, 2004). Τέλος, οι Ευρωπαίοι διαγιγνώσκονται πιο συχνά με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή σε σχέση με τους Ασιάτες, τους Αφρικανούς και τους Ιθαγενείς Αμερικάνους (American Psychiatric Association, 2013).

- Ψυχαναγκαστική - Καταναγκαστική Διαταραχή

Η 12-μήνη επικράτηση της ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής διαταραχής σε εφήβους έχει βρεθεί να κυμαίνεται από 1,2% έως 1,8% (Morris & March, 2004· American Psychiatric Association, 2013). Η συγκεκριμένη διαταραχή συναντάται συχνότερα σε παιδιά και εφήβους παρά σε ενήλικες. Το 25% των ατόμων εκδηλώνουν τη ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή στην ηλικία των 14 ετών (American Psychiatric Association, 2013). Τα αγόρια είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα από τα 10 τους έτη, ενώ, τα κορίτσια αναπτύσσουν τη διαταραχή κυρίως στην εφηβεία. (Morris & March, 2004). Συχνά, η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή υποδιαγιγνώσκεται σε παιδιά και εφήβους, ο Jenike το 1989 τη χαρακτήρισε ως «κρυφή επιδημία» (Morris & March, 2004). Στην έρευνα του Flament και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Morris & March, 2004), τέσσερις από τους 18 εφήβους που νοσούσαν από ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, είχαν λάβει επαγγελματική βοήθεια. Όμως, κανένας από τους 18 εφήβους, ούτε εκείνοι που βρίσκονταν υπό θεραπεία, δεν είχαν λάβει σωστή διάγνωση της διαταραχής, επιβεβαιώνοντας έτσι τον παραπάνω ισχυρισμό του Jenike, περί δυσκολίας διάγνωσης της συγκεκριμένης διαταραχής. Τέλος, για λόγους που δεν έχουν καταστεί σαφείς, η συγκεκριμένη διαταραχή είναι πιο κοινή σε λευκούς Αμερικάνους και Ευρωπαίους εφήβους παρά σε Αφρικανοαμερικάνους, ενώ ανάλογες διαφορές σχετικά με την εθνικότητα δεν έχουν παρατηρηθεί στους ενήλικες (Morris & March, 2004).

- Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες

Σύμφωνα με την έρευνα του Giaconia και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Morris & March, 2004) το 40% των εφήβων έχουν υποστεί ως τα 18 τους χρόνια κάποιο τραυματικό γεγονός που ήταν ικανό για πρόκληση διαταραχής μετατραυματικού στρες (Morris & March, 2004· McKay & Storch, 2011). Οι Jenkins και Bell, σε έρευνα στο Σικάγο το 1994 (όπως αναφέρεται στο Morris & March, 2004) βρήκαν ότι στους 1000 εφήβους, το 35% ήταν μάρτυρες σε περιστατικό μαχαιρώματος, το 39% είχαν βρεθεί μπροστά σε πυροβολισμό, το 25% είχαν δει κάποιον να δολοφονείται και τέλος το 46% είχαν πέσει οι ίδιοι θύματα ληστείας, βιασμού, είχαν δεχτεί μαχαίρωμα ή σφαίρα. Τα περιστατικά αυτά είναι ιδιαίτερα τραυματικά για τη ψυχική υγεία των εφήβων αφού στις περισσότερες περιπτώσεις τα θύματα ήταν κοντινά τους πρόσωπα όπως φίλοι, συγγενείς ή συμμαθητές. Παρά την ύπαρξη ποικίλων καταστάσεων που μπορούν να πυροδοτήσουν την έναρξη της διαταραχής μετατραυματικού στρες, οι δείκτες επικράτησης της συγκεκριμένης διαταραχής στους εφήβους είναι χαμηλοί, ακόμη και όταν έχουν υποστεί κάποια ακραία τραυματική εμπειρία. Αυτό ίσως οφείλεται στην απουσία επιδημιολογικών ερευνών που μελετούν συγκεκριμένα την επικράτηση της διαταραχής

μετατραυματικού στρες ή στην ανεπαρκή ενημέρωση των προηγούμενων διαγνωστικών κριτηρίων (American Psychiatric Association, 2013· Morris & March, 2004).

- Διαταραχή άγχους του αποχωρισμού

Όπως έχει προαναφερθεί η συγκεκριμένη διαταραχή εμφανίζεται πιο συχνά στα παιδιά αλλά σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να συνεχιστεί ή να εκδηλωθεί και στην εφηβεία. Γενικά όμως οι δείκτες της διαταραχής άγχους του αποχωρισμού μειώνονται με την είσοδο στην εφηβεία και σύμφωνα με το DSM-5 η 12-μήνη επικράτηση της διαταραχής στους εφήβους εμφανίζεται με ποσοστό 1,6% (American Psychiatric Association, 2013). Επιπρόσθετα, ο δείκτης επιπολασμού σε ηλικίες 12-18 βρέθηκε να είναι στο 2,4% (Lewis & Rudolph, 2014). Η επικράτηση της διαταραχής φαίνεται να επηρεάζεται από το φύλο και το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, με τα κορίτσια να εμφανίζουν ελάχιστα πιο υψηλά ποσοστά από ότι τα αγόρια και η χαμηλή κοινωνικό-οικονομική κατάσταση της οικογένειας να αυξάνει τις πιθανότητες για εκδήλωση της διαταραχής (Lewis & Rudolph, 2014· American Psychiatric Association, 2013· Morris & March, 2004).

Σχετικά με τη συνέχεια των διαταραχών, έχει παρατηρηθεί ότι οι διαταραχές που εκδηλώνονται στην παιδική ηλικία μπορούν να συνεχιστούν στην εφηβεία, όμως σπάνια συνδέονται με την ενήλικη ζωή. Οι περισσότερες αγχώδεις διαταραχές που αναπτύσσονται σε παιδική ηλικία δεν επιμένουν στην ενηλικίωση, αντ' αυτού επιλύονται ή μεταβάλλονται σε κάποια άλλη διαταραχή (Lewis & Rudolph, 2014). Συνοψίζοντας, λοιπόν, διαπιστώνουμε ότι οι διαταραχές άγχους με τον υψηλότερο δείκτη επικράτησης στην εφηβεία είναι η κοινωνική φοβία και η διαταραχή πανικού. Επίσης, οι ειδικές φοβίες συναντώνται με μεγάλη συχνότητα όμως έχουν πιθανότερη έναρξη στην παιδική ηλικία και διατήρηση μέχρι την εφηβεία. Από την άλλη, η ψυχαναγκαστική - καταναγκαστική διαταραχή και η διαταραχή άγχους του αποχωρισμού είναι οι δύο αγχώδεις διαταραχές με το χαμηλότερο ποσοστό εμφάνισης στους εφήβους.

2.2.4. Συννοσηρότητα

Η συννοσηρότητα στις αγχώδεις διαταραχές αποτελεί ένα αρκετά συχνό φαινόμενο. Έχει βρεθεί ότι περισσότεροι από τους μισούς ανθρώπους που νοσούν από κάποια αγχώδη διαταραχή, θα πληρούν τα κριτήρια και για μία δεύτερη αγχώδη διαταραχή κάποια στιγμή στη ζωή τους (Kring et al, 2010). Ο υψηλότερος βαθμός συννοσηρότητας έχει διαπιστωθεί στα

άτομα που έχουν κάποιο είδος φοβίας (Lewis & Rudolph, 2014). Συχνά, τα άτομα με μία αγχώδη διαταραχή μπορεί να παρουσιάζουν συμπτώματα άλλων διαταραχών άγχους, αλλά σε υποκλινικό επίπεδο, δηλαδή χωρίς να πληρούνται τα κριτήρια διάγνωσης (Kring et al, 2010). Εκτός από τη διάγνωση άλλης σύνοδης διαταραχής άγχους, οι αγχώδεις διαταραχές μπορούν να συννοσηρούν και με την κατάθλιψη. Μάλιστα το 60% των ατόμων που βρίσκονται σε θεραπεία για κάποια αγχώδη διαταραχή πληρούν τα κριτήρια για διάγνωση μείζονος κατάθλιψης (Kring et al, 2010· Lewis & Rudolph, 2014). Γενικά, η κατάθλιψη είναι πιθανότερο να εκδηλωθεί μετά την έναρξη της αγχώδης διαταραχής, πιθανότατα επειδή τα προβλήματα έντονου άγχους και δυσφορίας προκαλούν την εμφάνιση συναισθημάτων απελπισίας και απόγνωσης, τα οποία με τη σειρά τους οδηγούν στην κατάθλιψη (Kring et al, 2010· McKay & Storch, 2011). Επιπλέον, οι διαταραχές χρήσης ουσιών, οι διαταραχές προσωπικότητας και οι διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων και της συμπεριφοράς εμφανίζονται συχνά σε άτομα με αγχώδη διαταραχή (Kring et al, 2010· Lewis & Rudolph, 2014). Η συννοσηρότητα στις αγχώδεις διαταραχές προκύπτει από την επικάλυψη των συμπτωμάτων που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση των διαφόρων διαταραχών, όπως, για παράδειγμα, τα συμπτώματα εφίδρωσης και ταχυκαρδίας που αποτελούν διαγνωστικά κριτήρια και για την διαταραχή πανικού αλλά για τις φοβίες και από κάποιους αιτιολογικούς παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης περισσότερων από μίας αγχώδης διαταραχής, όπως είναι η συμπεριφορική αναστολή και ο νευρωτισμός (Kring et al, 2010).

Συγκεκριμένα η κοινωνική φοβία ή διαταραχή κοινωνικού άγχους έχει βρεθεί να συννοσηρεί κυρίως με τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και τις ειδικές φοβίες, από τις υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές. Σε έρευνα του Beidel και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Morris & March, 2004), το 60% των παιδιών στην προεφηβεία που είχαν διαγνωστεί με κοινωνική φοβία παρουσιάζαν κάποια σύνοδη διαταραχή άγχους. Οι πιο κοινές διαταραχές ήταν η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (10%), οι ειδικές φοβίες (10%), η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή (6%), η διαταραχή άγχους του αποχωρισμού (6%) και η διαταραχή πανικού (2%). Η έναρξη της διαταραχής κοινωνικού άγχους κατά κανόνα προηγείται της εμφάνισης των άλλων διαταραχών, εκτός από τη διαταραχή άγχους του αποχωρισμού και τις ειδικές φοβίες, οι οποίες εκδηλώνονται συνήθως στην παιδική ηλικία (American Psychiatric Association, 2013). Η συννοσηρότητα της κοινωνικής φοβίας με την κατάθλιψη είναι αρκετά συχνή στην εφηβεία. Η μοναξιά και η μελαγχολία που αισθάνονται οι έφηβοι με κοινωνική φοβία λόγω της απόρριψης και της κοινωνικής απομόνωσης από τους συνομηλίκους, αυξάνει τις πιθανότητες για εκδήλωση κατάθλιψης (American Psychiatric

Association, 2013· Morris & March, 2004· McKay & Storch, 2011). Στην έρευνα του Essau και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Morris & March, 2004), οι έφηβοι με διαταραχή κοινωνικού άγχους ανέφεραν πολλά προβλήματα με τους συμμαθητές τους, όπως χαμηλά επίπεδα αποδοχής και φτωχές κοινωνικές σχέσεις, τα οποία συνδέθηκαν με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η κοινωνική φοβία έχει συνδεθεί και με την έναρξη της διαταραχής χρήσης ουσιών ή αλκοόλ (American Psychiatric Association, 2013· McKay & Storch, 2011· Morris & March, 2004). Οι έφηβοι μπορεί να καταφεύγουν στο αλκοόλ ή στις παράνομες ουσίες ως τρόπο αυτο-θεραπείας για τους κοινωνικούς τους φόβους, επειδή μέσω των ουσιών αυτών περιορίζονται τα συμπτώματα συστολής και ντροπής της διαταραχής, με αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να γίνονται αποδεκτά από τους συνομηλίκους τους. Επειδή, η κοινωνική αυτή συμπεριφορά ενισχύεται από τους συνομηλίκους, οδηγεί τους εφήβους σε μεγαλύτερη κατάχρηση των ουσιών δημιουργώντας έτσι ένα είδος εξάρτησης (McKay & Storch, 2011· American Psychiatric Association, 2013). Τέλος, η κοινωνική φοβία συννοσηρεί συχνά με τη σωματοδυσμορφική διαταραχή, την εναντιωματική προκλητική διαταραχή και την αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας. Στην έρευνα του Essau και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Morris & March, 2004), βρέθηκε ότι από τους έφηβους που είχαν διαγνωστεί με κοινωνική φοβία, το 41,2% συννοσηρούσε με τη σωματοδυσμορφική διαταραχή, το 29,4% με την κατάθλιψη και το 23,5% είχε σύνοδη διαταραχή χρήσης ουσιών.

Η διαταραχή πανικού σπάνια εκδηλώνεται χωρίς την παρουσία άλλης ψυχοπαθολογίας. Εμφανίζεται συχνότερα στα άτομα που νοσούν από αγχώδεις διαταραχές, και κυρίως από την αγοραφοβία, καθώς και σε άτομα με κατάθλιψη και διπολική διαταραχή (Morris & March, 2004· American Psychiatric Association, 2013). Επίσης, η διαταραχή πανικού επιπλέκεται και με την κατάχρηση αλκοόλ. Έχουν καταγραφεί περιστατικά ατόμων με διαταραχή χρήσης αλκοόλ να εμφανίζουν ταυτόχρονα συμπτώματα διαταραχής πανικού ή να βιώνουν κρίσεις πανικού (American Psychiatric Association, 2013). Ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις η διαταραχή πανικού προηγείται από την έναρξη της άλλης διαταραχής, μερικές φορές μπορεί να εκδηλωθεί μετά τη σύνοδη διαταραχή και γι' αυτό μπορεί να θεωρηθεί ως ένας δείκτης σοβαρότητας της σύνοδης νόσου. Τα ποσοστά εφ' όρου ζωής συννοσηρότητας μεταξύ της διαταραχής πανικού και της κατάθλιψης κυμαίνονται από 10% έως και 65%. Από τα άτομα που νοσούν από αυτές τις δύο διαταραχές, το 1/3 εκδήλωσε πρώτα την κατάθλιψη και τα υπόλοιπα 2/3 εμφάνισαν πρώτα τη διαταραχή πανικού (American Psychiatric Association, 2013). Ακόμη, η διαταραχή πανικού έχει συνδεθεί και με την εμφάνιση ιατρικών παθήσεων όπως το άσθμα, ο υπερθυροειδισμός, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, καθώς και με τις

καρδιακές αρρυθμίες. Η φύση της σύνδεσης των ασθενειών αυτών με τη διαταραχή πανικού παραμένει μέχρι και σήμερα άγνωστη (American Psychiatric Association, 2013).

Δεν υπάρχει αμφιβολία, πως και οι ειδικές φοβίες εμφανίζουν συννοσηρότητα συνήθως με κάποια άλλη αγχώδη διαταραχή, όπως η κοινωνική φοβία, η γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, η διαταραχή άγχους του αποχωρισμού ή με άλλο τύπο ειδικής φοβίας (McKay & Storch, 2011· Morris & March, 2004). Στην έρευνα του Costello και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο McKay & Storch, 2011), το 25% των ατόμων που είχαν διαγνωστεί με ειδική φοβία βρέθηκε να συννοσηρεί και με κάποιο άλλο τύπο ειδικής φοβίας. Ο Ollendick και οι συνεργάτες του, σε έρευνα το 2010 (όπως αναφέρεται στο McKay & Storch, 2011), εξετάζοντας παιδιά στην προεφηβεία με φοβία προς κάποιο στοιχείο του φυσικού περιβάλλοντος και παιδιά με φοβία προς κάποιο ζώο, βρήκαν ότι η φοβία φυσικού περιβάλλοντος παρουσίαζε μεγαλύτερη συννοσηρότητα με τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και τη διαταραχή άγχους του αποχωρισμού συγκριτικά με τον άλλο τύπο φοβίας. Η έναρξη της ειδικής φοβίας προηγείται από κάθε άλλη διαταραχή, εκτός από τη διαταραχή άγχους του αποχωρισμού (American Psychiatric Association, 2013). Οι ειδικές φοβίες στην εφηβεία μπορούν να συννοσηρούν επίσης, με κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, διαταραχή χρήσης ουσιών, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) και με διαταραχές προσωπικότητας, όπως η εξαρτημένη διαταραχή προσωπικότητας (McKay & Storch, 2011· Morris & March, 2004· American Psychiatric Association, 2013).

Σχετικά με τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, τα άτομα που πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωσή της, πιθανότατα πληρούν ή θα πληρούν κάποια στιγμή στο μέλλον τα κριτήρια για κάποια άλλη αγχώδη διαταραχή ή κατάθλιψη (American Psychiatric Association, 2013· Morris & March, 2004· McKay & Storch, 2011). Στην εφηβεία, η συννοσηρότητα μεταξύ της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και της κατάθλιψης είναι αρκετά συχνή. Αυτού του είδους η συννοσηρότητα δημιουργεί σημαντική έκπτωσης της λειτουργικότητας του εφήβου και προβλήματα στην προσαρμογή του (Morris & March, 2004). Επιπρόσθετα, στην εφηβική περίοδο έχει διαπιστωθεί και συννοσηρότητα της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις απόπειρες αυτοκτονίας. Πιο σπάνια, η γενικευμένη αγχώδους διαταραχή μπορεί να είναι σύνοδη με τη διαταραχή χρήσης ουσιών, τις διαταραχές διαγωγής και άλλες νευροαναπτυξιακές και νευρογνωστικές διαταραχές (American Psychiatric Association, 2013).

Η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή συνήθως εμφανίζει συννοσηρότητα με τη διαταραχή πανικού, την κοινωνική φοβία και τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, από τις αγχώδεις διαταραχές (American Psychiatric Association, 2013· Morris & March, 2004). Επίσης, μπορεί να συννοσηρεί με κάποια καταθλιπτική ή διπολική διαταραχή, με το ποσοστό συννοσηρότητας μεταξύ ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής διαταραχής και μείζονος κατάθλιψης να υπολογίζεται περίπου στο 41% (American Psychiatric Association, 2013· Morris & March, 2004). Πάνω από το 30% των ατόμων που νοσούν από ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή εμφανίζει τη διαταραχή Tourette ή κάποιο τικ (American Psychiatric Association, 2013· Morris & March, 2004· McKay & Storch, 2011). Συνήθως η συννοσηρότητα της ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής διαταραχής και των τικ ξεκινάει στην παιδική ηλικία και είναι πιο συχνή στα αγόρια (American Psychiatric Association, 2013). Επίσης, συννοσηρότητα έχει βρεθεί και με διαταραχές ή συμπεριφορές που σχετίζονται με εμμονικές ιδέες, όπως η σωματοδυσμορφική διαταραχή, η τριχοττιλομανία (διαταραχή του ελέγχου των παρορμήσεων κατά την οποία ο πάσχων τραβά καταναγκαστικά τις τρίχες του) η δερματιλλομανία (διαταραχή του ελέγχου των παρορμήσεων που χαρακτηρίζεται από την έντονη επιθυμία του ατόμου να πειράζει το δέρμα του, πολλές φορές σε σημείο που να εμφανίζονται πληγές και να τρέχει αίμα) και η ονυχοφαγία (American Psychiatric Association, 2013· Morris & March, 2004). Η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή έχει διαγνωστεί και σε άτομα που νοσούν από διαταραχές, με τις οποίες δεν αναμενόταν να βρεθεί συννοσηρότητα. Για παράδειγμα, σε άτομα με σχιζοφρένεια ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή το ποσοστό επικράτησης της ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής διαταραχής κυμαίνεται από 10% έως 12%. Επομένως, όταν μία από αυτές τις διαταραχές διαγνωστεί, προτείνεται ο ασθενής να εξεταστεί και για την ύπαρξη σύνοδης ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής διαταραχής (American Psychiatric Association, 2013). Αυξημένα είναι και τα ποσοστά συννοσηρότητας μεταξύ της συγκεκριμένης διαταραχής και της διπολικής διαταραχής, των διατροφικών διαταραχών, της ΔΕΠΥ και των διαταραχών χρήσης ουσιών ή αλκοόλ (American Psychiatric Association, 2013· McKay & Storch, 2011). Τέλος, η έναρξη της ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής διαταραχής προηγείται της κατάθλιψης, αλλά ακολουθεί όλες τις υπόλοιπες σύνοδες διαταραχές (American Psychiatric Association, 2013).

Τα άτομα που νοσούν από διαταραχή μετατραυματικού στρες έχουν 80% περισσότερες πιθανότητες από ότι τα άτομα χωρίς διαταραχή μετατραυματικού στρες να εμφανίσουν συμπτώματα που πληρούν τα κριτήρια για τουλάχιστον άλλη μία ψυχιατρική διαταραχή, όπως κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, αγχώδη διαταραχή, διαταραχή διαγωγής ή διαταραχή χρήσης

ουσιών. Η συννοσηρότητα της διαταραχής μετατραυματικού στρες και των διαταραχών διαγωγής και χρήσης ουσιών είναι πιο συχνή μεταξύ των αγοριών παρά των κοριτσιών (American Psychiatry Association, 2013). Η έρευνα της Giaconia και των συνεργατών της (όπως αναφέρεται στο Morris & March, 2004), βρήκε ότι από τους εφήβους που είχαν διαγνωστεί με διαταραχή μετατραυματικού στρες, πάνω από το 41% πληρούσε τα κριτήρια για μείζονα κατάθλιψη. Επίσης, στην ίδια έρευνα η διαταραχή μετατραυματικού στρες συνδέθηκε με αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση κοινωνικής φοβίας, ειδικής φοβίας και διαταραχή χρήσης ουσιών και αλκοόλ (Morris & March, 2004). Στην εφηβεία έχει βρεθεί και συννοσηρότητα μεταξύ της διαταραχής μετατραυματικού στρες και της αυτοκτονικότητας. Τέλος, η έναρξη της διαταραχής μετατραυματικού στρες, πιθανώς προηγείται από την εμφάνιση των άλλων διαταραχών, προτείνοντας ότι η διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι αυτή που προκαλεί την εκδήλωσή τους (American Psychiatric Association, 2013).

Η διαταραχή άγχους του αποχωρισμού στην εφηβεία έχει βρεθεί να συννοσηρεί με αγχώδεις διαταραχές όπως η διαταραχή πανικού, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η κοινωνική φοβία, η αγοραφοβία και η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή (Morris & March, 2004· American Psychiatric Association, 2013· McKay & Storch, 2011). Η συννοσηρότητα μεταξύ της διαταραχής άγχους του αποχωρισμού και της ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής διαταραχής αυξάνει τις πιθανότητες για πρόωμη έναρξη της διαταραχής πανικού (McKay & Storch, 2011). Επίσης, οι έφηβοι με διαταραχή άγχους του αποχωρισμού εμφανίζουν αρκετά συχνά κατάθλιψη (McKay & Storch, 2011· Morris & March, 2004). Η κατάθλιψη εκδηλώνεται συνήθως όταν η συμπτωματολογία της διαταραχής άγχους του αποχωρισμού παρεμβαίνει σε τουλάχιστον δύο τομείς λειτουργικότητας όπως π.χ. το σχολείο και η οικογένεια. Τέλος, η συγκεκριμένη διαταραχή συννοσηρεί, επίσης, με ΔΕΠΥ, με διαταραχές προσωπικότητας και διαταραχές εξωτερικευσης, όπως είναι οι διαταραχές ελέγχου παρορμήσεων και συμπεριφοράς (π.χ. εναντιωτική προκλητική διαταραχή) (McKay & Storch, 2011· American Psychiatric Association, 2013).

2.3. Η αυτοκτονικότητα στην εφηβεία

Η κατάθλιψη και τα υψηλά ποσοστά άγχους αποτελούν βασικοί παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση αυτοκτονικών σκέψεων και αποπειρών αφαίρεσης της ζωής. Μετά την είσοδο στην εφηβεία τα ποσοστά αυτοκτονικότητας αυξάνονται δραματικά (Βασιλόπουλος κ.ά, 2016· Shaffer & Waslick, 2002· Carr, 1999· Lewis & Rudolph, 2014· American Psychiatric Association, 2013). Η αυτοχειρία θεωρείται η τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου σε έφηβους και

νέους ηλικίας 15-24, μετά τα ατυχήματα και τις ανθρωποκτονίες (Βασιλόπουλος κ.ά, 2016· Goodyer, 2001· Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Το 2015, στις Η.Π.Α το ποσοστό αυτοκτονικότητας σε ηλικίες 15-24 ήταν 12,5% (Suicide Statistics, 2015). Το ηλικιακό διάστημα που θεωρείται ότι έχει την μεγαλύτερη πιθανότητα για εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι από τα 15 έως τα 16 χρόνια (Shaffer & Waslick, 2002).

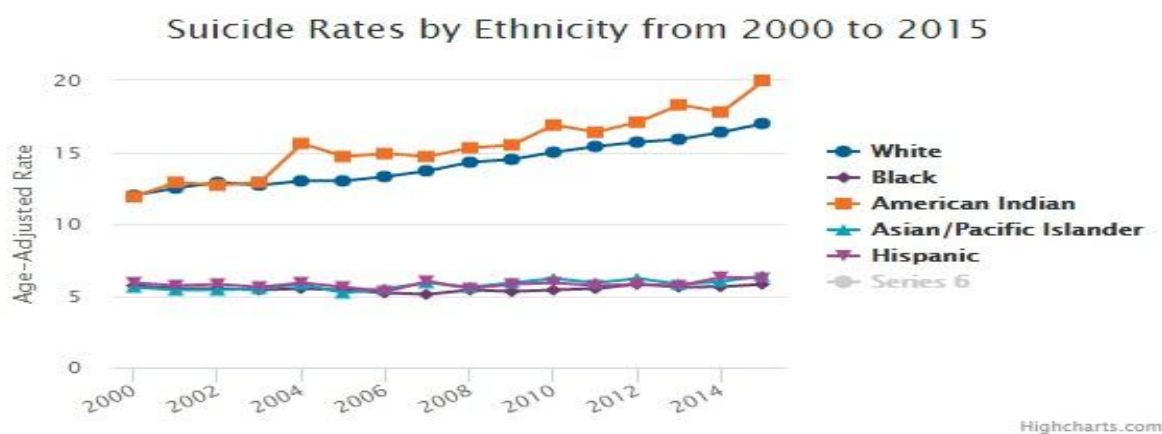
Σύμφωνα με τους Lewis και Rudolph (2014), πολλοί από τους έφηβους που οδηγούνται στην αυτοχειρία πέρα από τα ψυχολογικά προβλήματα που μπορεί να έχουν, αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες στο σχολικό και οικογενειακό περιβάλλον. Οι γονείς των συγκεκριμένων εφήβων δεν έχουν συνήθως τις καλύτερες σχέσεις μεταξύ τους, αδιαφορούν για τις ανάγκες των παιδιών τους και συχνά αντιμετωπίζουν και οι ίδιοι προβλήματα ψυχολογικής φύσεως ή είναι αλκοολικοί και χρήστες ναρκωτικών ουσιών (Lewis & Rudolph, 2014). Στο σχολείο, μπορεί να έχουν πέσει θύματα εκφοβισμού ή οι συνομήλικοι να μη τους θέλουν στην παρέα τους και να τους απομονώνουν κοινωνικά.

Ο MacLean και οι συνεργάτες του, (όπως αναφέρεται στο Βασιλόπουλος κ.ά, 2016), μελετώντας το φαινόμενο της αυτοκτονικότητας στην εφηβεία κατέληξαν ότι η τάση για αυτοτραυματισμό, οι προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας, η χρήση ουσιών και αλκόολ, η ύπαρξη κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής, τα στρεσογόνα γεγονότα (π.χ πένθος, διαζύγιο γονέων), το φτωχό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, το ιστορικό επιληψίας και η ιδιοσυγκρασία του ατόμου αποτελούν παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για απόπειρα αυτοκτονίας ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά (Βασιλόπουλος κ.ά, 2016). Επίσης, σύμφωνα με τον Carr (1999), η σεξουαλική κακοποίηση αποτελεί άλλον ένα σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα του συγκεκριμένου φαινομένου, ανεξάρτητα από το φύλο (Carr, 1999). Όσον αφορά τη χρήση αλκοόλ ως παράγοντα κινδύνου, οι μελέτες των Lewis και Rudolph (2014), και του Goodyer (2001), με έφηβους που αυτοκτόνησαν, αποκάλυψαν ότι περισσότεροι από τους μισούς είχαν εξάρτηση από το αλκοόλ και συχνά καταναλώναν μεγάλες ποσότητες πριν από την πράξη αυτοχειρίας (Lewis & Rudolph, 2014· Goodyer, 2001).

Σχετικά με τις διαφυλικές διαφορές, έχει παρατηρηθεί ότι τα έφηβα κορίτσια κάνουν περισσότερες σκέψεις θανάτου, πραγματοποιούν περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας, και εμφανίζουν πιο συχνά παρα-αυτοκτονικές συμπεριφορές (π.χ. αυτότραυματισμοί ή/και αυτό-ακρωτηριασμοί). Από την άλλη όμως τα αγόρια είναι πιθανότερο να αυτοκτόνησουν, ίσως επειδή χρησιμοποιούν πιο βίαιες μεθόδους όπως απαγχονισμό και πυροβόλα όπλα, ενώ τα κορίτσια συνήθως επιλέγουν την κατάποση μεγάλης ποσότητας χαπιών, αλλά και επειδή τα

αγόρια σπάνια θα εξωτερικεύσουν κάποιο πρόβλημα τους και θα ζητήσουν βοήθεια από την οικογένεια τους (Shaffer & Waslick, 2002· Goodyer, 2001). Το 2004, στην έρευνα των Anderson και Smith (όπως αναφέρεται στο Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009) βρέθηκε ότι ο δείκτης αυτοκτονικότητας σε αγόρια ηλικίας 15-19 ήταν στο 12,6% , ενώ για τα κορίτσια αντίστοιχης ηλικίας μόλις στο 3,5% (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

Εκτός από τις διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, υπάρχουν και οι διαφορές ανάλογα με την εθνικότητα/φυλή. Το 2015, το υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών στις Η.Π.Α το είχαν οι Ιθαγενείς Αμερικάνοι με 20%, αμέσως μετά ακολουθούσαν οι Λευκοί Αμερικάνοι με 17%, οι Ασιάτες Αμερικάνοι με 6,4%, οι Λατίνοι με 6,2% και τέλος οι Αφρόαμερικάνοι με 5,8% (Suicide Statistic, 2015). Σύμφωνα με τους Nolen-Hoeksema και Hilt (2009), τα χαμηλά ποσοστά αυτοκτονικότητας που εμφανίζουν οι Αφροαμερικάνοι, ίσως να εξηγούνται από την έντονη θρησκευτικότητα που χαρακτηρίζει την συγκεκριμένη φυλή. (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).



(Suicide Statistics, 2015)

Τα ποσοστά των αυτοκτονιών σε έφηβους με κατάθλιψη ήταν ιδιαίτερα αυξημένα μέχρι το 1990, όπου και παρατηρήθηκε μείωση πιθανότατα λόγω της αύξησης στη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων για θεραπεία της κατάθλιψης. Από το 2004 και μετά, τα ποσοστά δυστυχώς έχουν ξανά σημειώσει αύξηση πιθανότατα λόγω της εύκολης πρόσβασης πλέον σε ναρκωτικές ουσίες, αλκόολ και όπλα (Nolen- Hoeksema & Hilt, 2009). Σύμφωνα με τα εύρηματα του Groholtet και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Shaffer & Waslick, 2002) το 12-30% των εφήβων που σχεδιάζουν να αυτοκτονήσουν, έχουν κάνει και άλλη αποτυχημένη απόπειρα στο παρελθόν. Οι επαναλαμβανόμενες απόπειρες συνήθως συμβαίνουν

μέσα σε διάστημα 3 μηνών και είναι πιο συχνές σε έφηβα αγόρια με κατάθλιψη. Από τους έφηβους, που απόπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν, μόνο το 2-3% παραπέμφθηκε για θεραπεία (Shaffer & Waslick, 2002· Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

Σύμφωνα με το Βασιλόπουλο (2016) και τον Carr (1999), η αυτοχειρία σπάνια αποτελεί υπόθεση ενός και μόνο παράγοντα, στις περισσότερες περιπτώσεις παρατηρείται συνδυασμός ατομικών και κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων. Είναι σημαντικό λοιπόν, οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας στην εφηβεία να λαμβάνουν υπόψιν τα ατομικά χαρακτηριστικά του έφηβου αλλά και το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιήθηκαν οι απόπειρες. Σκοπός της οικογενειακής συμβουλευτικής είναι η υποστήριξη του εφήβου και των γονέων του, ώστε να αποτραπεί ο κίνδυνος για μελλοντική βλάβη (Βασιλόπουλος κ.ά, 2016· Carr, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ - ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΕ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

3.1. Μεθοδος συλλογής δεδομένων

Η αναζήτηση των άρθρων για τις παρεμβάσεις και τις αξιολογήσεις των προγραμμάτων και των θεραπευτικών προσεγγίσεων έγινε από τις βάσεις δεδομένων των google scholar και της βιβλιοθήκης του πανεπιστημίου, καθώς και από μία σειρά βιβλίων που κάνουν σύνθεση ερευνών σχετικά με την ποιότητα των παρεμβάσεων. Στο τελευταίο αυτό κεφάλαιο της εργασίας, παρατίθενται μερικά από τα προγράμματα παρέμβασης που έχουν αξιολογηθεί ως αποτελεσματικά και ελπιδοφόρα. Κατά τη βιβλιογραφική αναζήτηση βρέθηκαν πολλά και διαφορετικά προγράμματα, τα οποία εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης στην εφηβεία, όμως οι ελλείψεις και οι περιορισμοί τους δεν επέτρεψαν την ένταξη τους στο παρόν κεφάλαιο.

3.2. Η παρέμβαση στο σχολικό πλαίσιο

Για τη διαχείριση και την αντιμετώπιση των δυσλειτουργικών συμπεριφορών έχουν αναπτυχθεί ποικίλες τεχνικές παρέμβασης, τις οποίες ο Sandoval το 1993 (όπως αναφέρεται στο Χατζηχρήστου, 2011), κατέταξε σε τρεις κύριες κατηγορίες: α) οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην τροποποίηση των συμπεριφορών εντός του σχολείου ή της τάξης, β) οι παρεμβάσεις που έχουν στόχο την αύξηση της αυτοεκτίμησης και την κατανόηση του εαυτού και γ) οι παρεμβάσεις που επιδιώκουν να πετύχουν την αλλαγή του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο μεγαλώνει και λειτουργεί το παιδί (π.χ. σχολείο ή οικογένεια). Σύμφωνα με τους Larroque και Hendren (1997), το σχολείο αποτελεί ένα ιδανικό περιβάλλον για την εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης, επειδή: α) φυσιολογικά όλοι οι έφηβοι παρακολουθούν το σχολείο, β) συμβάλλει στην ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης και την απόκτηση κοινωνικών και άλλων δεξιοτήτων, γ) κατοχυρώνει τη συνεργασία μεταξύ των εκπαιδευτικών, των συμμαθητών και των γονέων και δ) τα προγράμματα που υλοποιούνται εντός του σχολικού συστήματος μπορούν να εφαρμόζονται σε βάθος χρόνου με σταθερότητα (Χατζηχρήστου, 2011· Weist, Lever, Bradshaw & Owens, 2014· Werner-Seidler, Perry, Cascar, Newby & Christensen, 2017).

Σύμφωνα με τους Ogden και Hagen (2013) και τον Weist και τους συνεργάτες του (2014), τα προγράμματα παρέμβασης εστιάζουν κυρίως σε μαθητές που βρίσκονται σε υψηλό

κίνδυνο για εμφάνιση δυσλειτουργικών συμπεριφορών ή σε μαθητές με ήδη υπάρχουσες δυσκολίες/διαταραχές. Στην πλειονότητά τους τα παρεμβατικά προγράμματα βασίζονται στο γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο (Ogden & Hagen, 2013· Weist et al, 2014). Συγκεκριμένα, η Hughes (όπως αναφέρεται στο Χατζηχρήστου, 2011) αξιολογώντας την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων υποστηρίζει ότι για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης κρίνεται καταλληλότερη η παρέμβαση γνωσιακής κατεύθυνσης, ενώ για τη θεραπεία των διαταραχών άγχους η γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση (Χατζηχρήστου, 2011). Οι παρεμβάσεις μπορούν να έχουν ατομικό ή ομαδικό χαρακτήρα (π.χ. μαζί με τους συμμαθητές), ανάλογα με τις ανάγκες, τις δυνατότητες των εμπλεκόμενων μερών, τους στόχους και τα προβλήματα. Συχνά, απευθύνονται και στους γονείς των μαθητών με στόχο τη βελτίωση των ικανοτήτων τους, την προαγωγή θετικού οικογενειακού κλίματος, την αλλαγή του τρόπου αλληλεπίδρασης μεταξύ γονέα και παιδιού και την εκμάθηση στρατηγικών διαχείρισης και αντιμετώπισης διαφόρων προβλημάτων. (Weist et al, 2014· Χατζηχρήστου, 2011).

Τα προγράμματα παρέμβασης μπορούν να εφαρμοστούν από κλινικούς ή σχολικούς ψυχολόγους, και σε πιο σπάνιες περιπτώσεις από εκπαιδευτικούς με ειδική εκπαίδευση σε θέματα ψυχολογίας (Weist et al, 2014· Werner-Seidler et al, 2017). Σε μερικές περιπτώσεις, σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, ο ρόλος του εκπαιδευτικού μπορεί να συμβάλλει στην αποτελεσματική έκβαση των παρεμβάσεων μέσω της εξασφάλισης μίας ήρεμης, ασφαλούς, θετικής και υποστηρικτικής εκπαιδευτικής ατμόσφαιρας μέσα στην τάξη από την ποιότητα της σχέσης που δημιουργεί με τους μαθητές του. Επιπλέον, ενίοτε ο εκπαιδευτικός μπορεί να οργανώσει κατάλληλες δραστηριότητες και να χρησιμοποιήσει δεξιότητες ή τεχνικές συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας, χωρίς απαραίτητα την παρουσία ψυχολόγου για να βοηθήσουν στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων του μαθητή. Υπάρχουν, δηλαδή, αντιμετώπισημες από εκπαιδευτικούς περιπτώσεις που η παρέμβασή τους αρκεί για τη βελτίωση της διάθεσής του (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2004).

Σύμφωνα με τον Weist και τους συνεργάτες του (2014), η συχνότητα εφαρμογής των προγραμμάτων μπορεί να ποικίλλει από μία έως πολλές φορές μέσα στην εβδομάδα. Στην έρευνα του Stark (όπως αναφέρεται στο Weist et al, 2014) βρέθηκε ότι όταν οι συναντήσεις γίνονταν δύο φορές την εβδομάδα οι έφηβοι επωφελούνταν περισσότερο από ότι όταν γίνονταν μόνο μία φορά. Τα παρεμβατικά προγράμματα μπορούν να εφαρμοστούν μέσα στην τάξη κατά τη διάρκεια του σχολικού ωραρίου, καθώς και πριν ή μετά από τα μαθήματα εντός των σχολικών εγκαταστάσεων (Weist et al, 2014· Werner - Seidler et al, 2017). Σύμφωνα με

τις μελέτες του Clarke και των συνεργατών του και των Yu και Seligman (όπως αναφέρονται στο Weist et al, 2014) η διάρκεια των συνεδριών κυμαίνεται από 45 έως 120 λεπτά για τα προγράμματα που πραγματοποιούνται μετά τη λήξη των μαθημάτων, ενώ για τα προγράμματα παρέμβασης εντός σχολικού ωραρίου ο χρόνος που παρέχεται είναι περίπου 60 λεπτά (Weist et al, 2014). Ωστόσο, όπως διαπιστώθηκε από μία διαπολιτισμική έρευνα του ISPA Research Committee, το 2004 (όπως αναφέρεται στο Χατζηχρήστου, 2011) οι σχολικοί ψυχολόγοι αφιερώνουν ελάχιστο από το χρόνο τους στο σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων, ενώ το μεγαλύτερο μέρος των δραστηριοτήτων τους καταλαμβάνουν η ψυχοπαιδαγωγική αξιολόγηση και η ατομική συμβουλευτική με τους μαθητές. Ειδικότερα για την Ελλάδα βρέθηκε ότι, οι ψυχολόγοι ασχολούνται κυριώς με αξιολογήσεις και συμβουλευτική των μαθητών, ενώ παράλληλα ασκούν και συμβουλευτική με τους γονείς (Χατζηχρήστου, 2011). Προκειμένου, οι παρεμβάσεις στο σχολικό πλαίσιο να στεφθούν με επιτυχία είναι απαραίτητη η ύπαρξη συνεργατικού και υποστηρικτικού κλίματος μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων προσώπων, όπως το προσωπικό του σχολείου, ο ψυχολόγος, οι συμμαθητές και οι γονείς.

3.3. Η παρέμβαση στην οικογένεια

Οι διαπροσωπικοί παράγοντες και ιδιαίτερα οι οικογενειακές σχέσεις έχουν βρεθεί να διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην ανάπτυξη και τη διατήρηση της παιδικής και εφηβικής ψυχοπαθολογίας. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι τα προβλήματα δεσμού μεταξύ γονέα και παιδιού, η απόρριψη, η έλλειψη υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος, η διαταραγμένη επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας, οι συγκρούσεις, οι μη-αποτελεσματικές τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και η ψυχοπαθολογία των γονεών. Στην περίπτωση της κατάθλιψης, η οικογενειακή θεραπεία έχει αναγνωριστεί ως μία από τις πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· Diamond & Siqueland, 1995). Η συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδος εστιάζει σε όλα τα μέλη που απαρτίζουν την οικογένεια με αποτέλεσμα να από-παθολογικοποιεί τον έφηβο, καθώς βλέπει το σύμπτωμα όχι ως πρόβλημα του ατόμου αλλά ως αποτέλεσμα της όλης οικογενειακής δυσλειτουργίας (Diamond & Siqueland, 1995). Επίσης, η παρέμβαση στο οικογενειακό πλαίσιο έχει βρεθεί ιδιαίτερα χρήσιμη και για εφήβους που νοσούν και οι ίδιοι, αλλά και οι γονείς τους με κατάθλιψη (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

Σύμφωνα με τους Nolen-Hoeksema και Hilt (2009), η οικογενειακή θεραπεία για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης αντενδείκνυται στις εξής περιπτώσεις: Α) Όταν η ασφάλεια των μελών της οικογένειας δεν μπορεί να εγγυηθεί. Για παράδειγμα, αν υπάρχει

ιστορικό οικογενειακής βίας τότε πρωταρχικός στόχος είναι η διαχείριση της συγκεκριμένης κατάστασης και η παρεμβάση για τη θεραπεία της κατάθλιψης επακολουθεί. Β) Όταν η ψυχοπαθολογία ή η χρήση ουσιών ενός μέλους της οικογένειας δεν επιτρέπει την συμμετοχή του στην οικογενειακή θεραπεία, πρέπει να επιλεγθεί μία εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης της κατάθλιψης του εφήβου. Γ) Σε μερικά περιστατικά η οικογενειακή παρέμβαση από μόνη της δεν επαρκεί. Οι νέοι που νοσούν με κατάθλιψη ίσως επωφελούνται όταν μαζί με την οικογενειακή θεραπεία, παρέχονται ταυτόχρονα και άλλου είδους ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις ή/και φαρμακευτική αγωγή (Nolen- Hoeksema & Hilt, 2009).

Οι παρεμβάσεις στην οικογένεια μπορούν να διαχωριστούν σε δύο κατηγορίες. Στις παρεμβάσεις που στοχεύουν σε όλους τους εφήβους και σε εκείνους που βρίσκονται σε κίνδυνο για εκδήλωση κατάθλιψης (πρωτογενείς και δευτερογενείς προληπτικές παρεμβάσεις) και στις παρεμβάσεις που στοχεύουν σε εφήβους που έχουν ήδη εκδηλώσει κατάθλιψη (τριτογενή παρέμβαση). Επιπροσθέτως οι οικογενειακές τεκμηριωμένες παρεμβάσεις (evidence -based family interventions) διαφέρουν ως προς το βαθμό στον οποίο συμμετέχουν οι γονείς. Συγκεκριμένα, υπάρχουν παρεμβάσεις που εστιάζουν σε θέματα σχέσης ανάμεσα στο παιδί και στον γονέα αλλά δουλεύουν ατομικά μόνο με τον έφηβο και παρεμβάσεις που εντάσσουν και τους γονείς στη θεραπεία. Άλλα παρεμβατικά προγράμματα απαρτίζονται από ξεχωριστές συνεδρίες με τους γονείς και τον έφηβο ενώ τέλος, υπάρχουν και μερικές παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν ολόκληρη την οικογένεια (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

Σύμφωνα με τους Lidle, Bray, Levant και Santinsteban (2001), η οικογενειακή θεραπεία από τα τέλη του 20^{ου} αιώνα έως σήμερα έχει διευρύνει τους στόχους της, υπογραμμίζοντας τη σημασία της εμπλοκής των εξω-οικογενειακών συστημάτων, για την κατανόηση και την ερμηνεία του οικογενειακού συστήματος. Το ενδιαφέρον των οικογενειακών ψυχοθεραπευτών έχει στραφεί στην διερεύνηση του σχολικού, κοινοτικού, πολιτικού και πολιτισμικού συστήματος στο οποίο εντάσσεται η οικογένεια και μέσα στο οποίο τα μέλη της λειτουργούν. Αυτή η νέα μέθοδος έχει διαφοροποιήσει το οικογενειακό από τα υπόλοιπα είδη θεραπείας, καθώς μερικά από αυτά ίσως συλλέξουν πληροφορίες από τον ίδιο το θεραπευόμενο, αλλά σπανίως θα έρθουν σε επαφή με το μακρόκοσμό του. Τα ευρήματα των ερευνών στο πεδίο της οικογενειακής θεραπείας υποστηρίζουν ότι όσο πιο πολλά συστήματα μελετώνται τα οποία συνδέονται με την οικογένεια, τόσο πιο ακριβείς και επιτυχείς είναι οι παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται για το σύστημα αυτό (Lidle, Bray, Levant & Santisteban, 2001).

3.4. Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία

Η γνωσιακή - συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία αναπτύχθηκε στις αρχές του 1960 εξαιτίας της ανάγκης ύπαρξης ενός νέου ψυχοθεραπευτικού μοντέλου. Μέχρι τα τέλη του 1950, τα μοντέλα θεραπείας που κυριαρχούσαν ήταν το ψυχαναλυτικό και το συμπεριφοριστικό. Με την είσοδο, όμως, της γνωσιακής προσέγγισης από τον Aaron T. Beck (1967), παρατηρήθηκε απόρριψη των ασυνείδητων διεργασιών της ψυχαναλυτικής θεραπείας και ρήγμα στο δογματισμό των συμπεριφοριστών. Σύμφωνα με την Καλαντζή-Αζίζι (2011), αυτό το οποίο υποστηρίζει στην ουσία το γνωσιακό μοντέλο είναι ότι οι γνωστικές διεργασίες παρεμβαίνουν μεταξύ των περιβαλλοντικών επιδράσεων και της συμπεριφοράς (Καλαντζή-Αζίζι, 2011). Έτσι, ο κλασικός και ακραίος συμπεριφορισμός διερευνήθηκε και εμπλουτίστηκε με τις συγκεκριμένες απόψεις, οδηγώντας στη σύνθεση ενός νέου μοντέλου που περιελάμβανε τη συγχώνευση των συμπεριφοριστικών και γνωσιακών στρατηγικών (Καλαντζή-Αζίζι, 2011· Kring et al, 2010· Murriss, 2007· Weissman, Antinoro & Chu, 2008).

Η Καλαντζή-Αζίζι (2011), αναφέρει ότι ο βασικός πυρήνας της γνωσιακής - συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας αποτελείται από τρεις βασικές αρχές: α) η γνωστική λειτουργία επηρεάζει τη συμπεριφορά, β) η γνωστική λειτουργία μπορεί να μεταβληθεί και να ελεγχθεί και γ) οι επιθυμητές αλλαγές στη συμπεριφορά μπορούν να επηρεαστούν από γνωστικές αλλαγές (Καλαντζή-Αζίζι, 2011). Στόχος, λοιπόν, της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής παρέμβασης είναι η αναγνώριση και τροποποίηση των γνωσιακών συστημάτων και των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων του θεραπευόμενου, ώστε να επιτευχθεί η αλλαγή του τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς (Καλαντζή-Αζίζι, 2011· Weissman et al, 2008). Σύμφωνα με τον Murriss (2007), η συμπεριφορική θεραπεία έχει εξελιχθεί στο πλαίσιο της θεωρίας μάθησης και βασίζεται στην υπόθεση ότι η συμπεριφορά, η οποία έχει αποκτηθεί μέσω της κλασικής ή/και της συντελεστικής μάθησης, μπορεί να διορθωθεί και να βελτιωθεί. Από την άλλη η γνωσιακή θεραπεία, έχει στηριχθεί στην αντίληψη ότι όλες οι φυσιολογικές και μη φυσιολογικές ανθρώπινες συμπεριφορές διαμεσολαβούνται από τις γνωστικές διεργασίες (Murriss, 2007). Ανάλογα με τις ανάγκες της θεραπείας μπορεί να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στις συμπεριφοριστικές ή στις γνωσιακές τεχνικές (Καλαντζή-Αζίζι, 2011). Για παράδειγμα, ο θεραπευτής που χρησιμοποιεί τη συμπεριφοριστική προσέγγιση προσπαθεί να αλλάξει τη συμπεριφορά του θεραπευόμενου και με αυτό τον τρόπο να μειώσει τις δυσλειτουργικές σκέψεις και συναισθήματα, ενώ ο θεραπευτής που εφαρμόζει τις γνωσιακές

τεχνικές προσπαθεί πρωτίστως να μεταβάλει τις σκέψεις και τα συναισθήματα που ακολουθούν, έτσι ώστε να βελτιωθεί η συμπεριφορά (Murriss, 2007).

Στην εξέλιξη του γνωσιακού - συμπεριφοριστικού μοντέλου, όπως εφαρμόζεται σήμερα, έχουν επιδράσει διάφορες θεωρίες. Οι κύριες επιρροές του μοντέλου, βασίζονται στην γνωσιακή θεωρία του Beck (1963) και στην λογικο-συναισθηματική θεωρία του Ellis (1962), οι οποίες και παγιώνουν τον γνωσιακό χαρακτήρα του μοντέλου (Kring et al, 2010). Παράλληλα, και άλλες θεωρίες έχουν επηρεάσει αρκετά τη διαμόρφωση του γνωστικό-συμπεριφοριστικού μοντέλου, όπως τα μοντέλα αυτοδιαχείρισης, με κυριότερα των οποίων είναι το περιεκτικό μοντέλο αυτορρύθμισης, η άσκηση στην αυτο-καθοδήγηση, η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων και η άσκηση στην αντιμετώπιση του άγχους (Καλαντζή-Αζίζι, 2011).

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία εφαρμόζεται αποτελεσματικά σε ένα ευρύ φάσμα διαταραχών όπως οι αγχώδεις διαταραχές, η κατάθλιψη, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και διαταραχές προσωπικότητας. Στην περίπτωση της κατάθλιψης και των διαταραχών άγχους, οι θεραπευτές που ταυτίζονται με το συγκεκριμένο μοντέλο θεραπείας χρησιμοποιούν διάφορες τεχνικές για την αντιμετώπισή τους. Σύμφωνα με τον Weissman και τους συνεργάτες του (2008) και τους Nolen-Hoeksema και Hilt (2009), οι δύο κοινές τεχνικές που χρησιμοποιούνται στις αγχώδεις διαταραχές και στην κατάθλιψη είναι η ψυχοεκπαίδευση και η γνωσιακή αναδόμηση. Μέσω της ψυχοεκπαίδευσης παρέχονται πληροφορίες στο θεραπευόμενο και στην οικογένεια του, που βοηθούν την κατανόηση των συμπτωμάτων και της αιτιολογίας τους και διευκολύνουν και τη θεραπευτική διαδικασία. Με την τεχνική της γνωσιακής αναδόμησης, ο θεραπευόμενος μαθαίνει να αναγνωρίζει τις διαστρεβλωμένες σκέψεις και να τις αντικαθιστά με περισσότερο λειτουργικές σκέψεις (Weissman et al, 2008· Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Επιπλέον, για τη θεραπεία της κατάθλιψης χρησιμοποιούνται τεχνικές εκπαίδευσης δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων, στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων, η τεχνική οικοδόμησης θετικής εικόνας για τον εαυτό και η αμφισβήτηση των δυσλειτουργικών σκέψεων (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Για την αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους εφαρμόζονται η μίμηση προτύπου, το παιχνίδι ρόλων, η εκπαίδευση στην χαλάρωση, η έκθεση σε στρεσογόνο ή φοβικό ερέθισμα και η τεχνική της αμοιβής/ενίσχυσης (Weissman et al, 2008).

Η γνωσιακή - συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία αποτελεί μία από τις πλέον ερευνητικά κατοχυρωμένες ως προς την αποτελεσματικότητα και περισσότερο δοκιμασμένη ειδική

παρέμβαση για την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές (Weissman et al, 2008· Weersing, Jeffreys, Do, Schwartz & Bolano, 2017· David-Ferdon & Kaslow, 2008· Ewing, Monsen, Thompson, Cartwright-Hatton & Field, 2015· Silverman, Pina, & Viswesvaran, 2008· Hudson, Rapee, Deveney, Schniering, Lyneham & Bovopoulos, 2009· Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder & Suveg, 2008· Bennett, Manassis, Walter, Cheung, Wilansky-Traynor, Diaz-Granados, et al, 2013· Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill, & Harrington, 2004· Roblek & Piacentini, 2005· Herbert, Gaudiano, Rheingold, Moitra, Myers, Dalrymple & Brandsma, 2009· Heyne, Sauter, Van Widenfelt, Vermeiren & Westenberg, 2011). Τα περισσότερα προγράμματα παρέμβασης που θα παρουσιαστούν στη συνέχεια έχουν σχεδιαστεί και βασιστεί στο γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο. Σύμφωνα με αρκετές μετα-αναλύσεις η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία εμφανίζεται πιο αποτελεσματική από την εικονική θεραπεία (placebo), εξίσου αποτελεσματική με τη φαρμακευτική θεραπεία και το ίδιο αποτελεσματική με τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (Μιχόπουλος & Ζέρβας 2009).

3.5. Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία αναπτύχθηκε την δεκαετία του 1970 από τους Klerman και Weissman. Πρόκειται για ψυχοθεραπεία βραχείας διάρκειας και μέτριας δόμησης που εστιάζει κυρίως σε διαπροσωπικά ζητήματα, τα οποία θεωρούνται παράγοντες ανάπτυξης και διατήρησης των ψυχολογικών δυσκολιών/προβλημάτων. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία διαρκεί συνήθως 12-16 εβδομάδες, ωστόσο αν κριθεί αναγκαίο οι συνεδρίες μπορούν να συνεχιστούν (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Οι βασικοί της στόχοι είναι η μείωση των συμπτωμάτων, η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και η αύξηση της αυτοπεποίθησης (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· Μιχόπουλος & Ζέρβας, 2009· Shaffer & Waslick, 2002). Σύμφωνα με τους Μιχόπουλο και Ζέρβα (2009), οι τέσσερις κύριες προβληματικές διαπροσωπικές περιοχές που μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο θεραπειάς είναι το πένθος ή η απώλεια, η μετάβαση ρόλου στη ζωή, τα διαπροσωπικά ελλείμματα και οι διαπροσωπικές συγκρούσεις (Μιχόπουλος & Ζέρβας, 2009). Το συγκεκριμένο μοντέλο ψυχοθεραπείας αναπτύχθηκε αρχικά για τους ασθενείς με κατάθλιψη, αλλά η αποτελεσματικότητά του οδήγησε στην τροποποίησή του για την αντιμετώπιση και άλλων ψυχολογικών προβλημάτων, όπως οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, η προγεννητική και μεταγεννητική κατάθλιψη και η δυσθυμία (Shaffer & Waslick, 2002).

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία αποτελείται από τρία στάδια. Στο πρώτο στάδιο, δίνεται σημασία στην απογραφή των σημαντικών διαπροσωπικών σχέσεων, στη διατύπωση του

προβλήματος και στην επιλογή των στόχων της θεραπείας. Στο δεύτερο στάδιο, ο θεραπευτής εστιάζει στις προσδοκίες και στις αντιλήψεις του ασθενή για τις σχέσεις του και διερευνώνται οι εναλλακτικές τεχνικές αντιμετώπισης των διαπροσωπικών προβλημάτων. Οι βασικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται από τους διαπροσωπικούς ψυχοθεραπευτές είναι:

- η *ενθάρρυνση* (encouragement of affect), η οποία βοηθάει το θεραπευόμενο να αναγνωρίσει και να διαχειριστεί τα επώδυνα συναισθήματα και να κατανοήσει τον αντίκτυπό τους.
- τα *διαπροσωπικά γεγονότα* (interpersonal events), μέσω των οποίων το άτομο επανεξετάζει τα πρόσφατα και συναισθηματικά φορτισμένα γεγονότα ζωής, προκειμένου να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο οι διαπροσωπικές καταστάσεις επηρεάζουν τη ψυχική διάθεση.
- η *ανάλυση της επικοινωνίας* (communication analysis), που χρησιμοποιείται για την ενίσχυση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και ως εκ τούτου τη βελτίωση της διαπροσωπικής λειτουργίας.
- η *ανάλυση της απόφασης* (decision analysis), με την οποία παρέχεται βοήθεια στο άτομο προκειμένου να αποφασίσει ποια τεχνική/στρατηγική θα χρησιμοποιήσει και
- το *παιχνίδι ρόλων* (role-playing), που στοχεύει στην ενίσχυση των επικοινωνιακών και διαπροσωπικών δεξιοτήτων μέσω της πρακτικής άσκησης για μελλοντική χρήση σε πραγματικές συνθήκες.

Στο τελευταίο στάδιο της θεραπείας, πραγματοποιείται έλεγχος για την επίτευξη των στόχων και αξιολόγηση των στρατηγικών και δεξιοτήτων που ανέπτυξε ο θεραπευόμενος. Επίσης, στο στάδιο αυτό ο θεραπευτής ενημερώνει και προετοιμάζει το θεραπευόμενο για την πιθανότητα υποτροπής και τις στρατηγικές που μπορεί να χρησιμοποιήσει για τη διαχείρισή της (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

Σύμφωνα με τους Stuart και Robertson (2003), η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία έχει βασιστεί στο βιοψυχολογικό μοντέλο της ψυχολογικής λειτουργίας, το οποίο υποστηρίζει ότι ψυχολογικοί και βιολογικοί παράγοντες αλληλοσυνδέονται ώστε να προκαλέσουν τις αντιδράσεις άγχους και καταθλιπτικής διάθεσης (Stuart & Robertson, 2003). Η θεωρία προσκόλλησης του Bowlby (1978) έχει επίσης, επηρεάσει τη διαμόρφωσή της. (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· Stuart & Robertson, 2003). Σύμφωνα με τον Bowlby οι άνθρωποι έχουν την εγγενή ανάγκη ανάπτυξης στενών δεσμών με άλλους σημαντικούς για εκείνους ανθρώπους. Όταν για κάποιο λόγο, οι δεσμοί αυτοί διαταράσσονται το άτομο βιώνει

συναισθηματική δυσφορία που μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης ή άγχους (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Τέλος, η θεωρία της επικοινωνίας και η κοινωνική θεωρία είναι εξίσου σημαντικές, καθώς εξηγούν φαινόμενα που είναι παράγωγα της θεωρίας δεσμού (Stuart & Robertson, 2003).

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία εφαρμόζεται κυρίως ατομικά, όμως σε μερικές περιπτώσεις περιλαμβάνει και την εμπλοκή άλλων ατόμων, όπως για παράδειγμα στη θεραπεία της εφηβικής κατάθλιψης, όπου συνίσταται η συμμετοχή των γονέων σε μερικές από τις συνεδρίες, χωρίς όμως να αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Επίσης, η διαπροσωπική θεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί και εντός σχολικού πλαισίου ως ατομική θεραπευτική παρέμβαση ή σε δομές που συνεργάζονται με το σχολείο. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία έχει βρεθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική στη θεραπεία της εφηβικής κατάθλιψης (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009; Shaffer & Waslick, 2002· Μιχόπουλος & Ζέρβας, 2009). Στην έρευνα των Rossello και Bernal (όπως αναφέρεται στο Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009 και στο Shaffer & Waslick, 2002), πραγματοποιήθηκε σύγκριση της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας και της διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας σε εφήβους με κατάθλιψη. Τα εύρηματα της έρευνας έδειξαν ότι και οι δύο ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις μείωσαν σημαντικά τη συμπτωματολογία της κατάθλιψης. Όμως, οι έφηβοι που είχαν δεχτεί τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία παρουσίασαν μεγαλύτερη βελτίωση στην αυτοεκτίμηση και την κοινωνική τους λειτουργικότητα συγκριτικά με τους εφήβους που είχαν θεραπευτεί με τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση. Ο δείκτης ανάρρωσης της κατάθλιψης της εν λόγω έρευνας ανήλθε στο 82% για τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία και στο 59% για τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· Shaffer & Waslick, 2002). Τέλος, και η έρευνα των Cuijpers και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Μιχόπουλος & Ζέρβας, 2009) υποστηρίζει μία μικρή υπεροχή της διαπροσωπικής θεραπείας συγκριτικά με άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις.

3.6. Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία

Η Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία βασίζεται στην ψυχαναλυτική θεωρία που αναπτύχθηκε από τον Freud και στην κλινική πράξη, που εξελίσσονται συνεχώς εδώ και περισσότερο από έναν αιώνα. Ορισμένα θεωρητικά μέρη της αρχικής ψυχαναλυτικής θεωρίας παίζουν ακόμα σημαντικό ρόλο αλλά το μεγαλύτερο μέρος της έχει σημαντικά αναθεωρηθεί. Υπάρχουν, επίσης, κάποια θεωρητικά μέρη που έχουν εντελώς απορριφθεί. Στόχος της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας είναι η ενίσχυση της ικανότητας του θεραπευόμενου να διαχειρίζεται

αποτελεσματικά συναισθήματα και συγκρούσεις. Η διεύρυνση της συνειδητοποίησης και της κατανόησης του εαυτού, των αναγκών και των κινήτρων, διαμέσου της ψυχαναλυτικής προσέγγισης, αυξάνει τη δυνατότητα κατανόησης και επιρροής της προσωπικής ζωής του θεραπευόμενου. Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία βασίζεται στην καλή συνεργασία θεραπευτή-θεραπευόμενου, η σχέση των οποίων δίνει την ευκαιρία να βιωθούν άμεσα, να επισημανθούν, να κατανοηθούν συναισθηματικά και να τροποποιηθούν οι προβληματικές πλευρές των διαπροσωπικών σχέσεων του θεραπευόμενου. Η συχνότητα των συνεδριών της είναι συνήθως 1-2 φορές τη βδομάδα και η διάρκεια της κάθε συνεδρίας είναι συνήθως 45'. Η συνολική διάρκεια μιας ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας δεν είναι δυνατόν να προβλεφθεί με ακρίβεια από την αρχή, καθώς εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό -εκτός των άλλων- από το είδος του αιτήματος και τη δομή προσωπικότητας του θεραπευόμενου (Χατζηχρήστου, 2011).

Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ερευνών που τεκμηριώνει την αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας. Στη βραχεία εκδοχή της (12-20 συνεδρίες), είναι αποτελεσματική για ένα μεγάλο αριθμό ψυχιατρικών διαγνώσεων, όπως, για παράδειγμα, η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές, η κοινωνική φοβία, ορισμένες διατροφικές διαταραχές και οι ηπιότερης μορφής διαταραχές προσωπικότητας. Για σοβαρότερες ψυχιατρικές διαγνώσεις και για πιο γενικευμένες διαταραχές προσωπικότητας (π.χ. ψυχογενής ανορεξία, μεταιχμιακή προσωπικότητα κ.ά.), απαιτείται αλλά και ενδείκνυται η μακρόχρονη εκδοχή της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας. Για τις περιπτώσεις αυτές, η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία αποδεικνύεται αποτελεσματική και οδηγεί σε σημαντική βελτίωση των διαφόρων συμπτωμάτων, της εικόνας του εαυτού και της ποιότητας των διαπροσωπικών σχέσεων (Χατζηχρήστου, 2011).

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση των παιδικών και εφηβικών διαταραχών, παρά το γεγονός ότι στηρίζεται σε μία εκτεταμένη αλλά συνεκτική θεωρία (ψυχαναλυτικής προέλευσης), διαφοροποιείται σημαντικά από την κλασσική ψυχανάλυση των ενηλίκων ως προς τις επιμέρους τεχνικές (π.χ., χρήση παιχνιδιού, προβολικών τεχνικών, ενεργητικές παρεμβάσεις του θεραπευτή), χωρίς όμως να χάνει τις βασικές θεωρητικές αναφορές (π.χ., θεωρία εσωτερικών συγκρούσεων, μηχανισμών άμυνας, τραυματικών σχέσεων κ.ο.κ.) (Κουρκούτας, 2017· Chethik, 2000· Wachtel, 2004). Παρατηρούνται επιπλέον πολλές διαφοροποιήσεις, ανάλογα με την επιμέρους θεωρητική κατεύθυνση καθώς και την προσωπικότητα του ειδικού. Παρόλο που σε όλες τις εφαρμογές της υπάρχουν κοινές βασικές αρχές που διαμορφώνουν τη φιλοσοφία και τις τεχνικές της παρέμβασης, η συγκεκριμένη τεχνική δεν λειτουργεί με μία

λογική εγχειριδίου, αλλά χαρακτηρίζεται από ευελιξία και από μία προσωποποιημένη εξατομικευμένη προσέγγιση του κάθε παιδιού (Κουρκούτας, 2017).

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση στους εφήβους υιοθετεί μία σειρά αρχών που καθορίζουν το περιεχόμενο, τη διάρκεια και τα εργαλεία της παρέμβασης. Οι παράμετροι της εργασίας καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από το είδος του προβλήματος, την προσωπικότητα και την ψυχική οργάνωση του εφήβου, τη δυναμική της οικογένειας, αλλά κυρίως από τη διάθεση των γονέων να συνεργαστούν (Chethik, 2000· Wachtel, 2004). Η διασφάλιση της συνεργασίας με τους γονείς αποτελεί άλλωστε ένα ιδιαίτερο κεφάλαιο της ψυχοδυναμικής θεωρίας και θεωρείται κινητήριος μοχλός της θεραπείας (Green, 2005· Wachtel, 2004). Η επεξεργασία των αντιστάσεων με στόχο την ανάπτυξη μιας θετικής θεραπευτικής σχέσης με το παιδί και την οικογένεια συνιστά, επομένως, μέρος των προκλήσεων και των προβληματισμών και βασική αρχή της συγκεκριμένης θεωρίας (Green, 2005).

Αν και συχνά είναι άμεση η ανάγκη τροποποίησης της προβληματικής συμπεριφοράς για την ομαλή λειτουργία του εφήβου στην οικογένεια και στην τάξη, οι ψυχοδυναμικές παρεμβάσεις δεν εστιάζονται απαραίτητα στην κατά μέτωπο κατάργησή της. Θεωρούν την προβληματική συμπεριφορά αποτέλεσμα κυρίως βαθύτερων ενδοψυχικών προβλημάτων και διαπροσωπικών δυσλειτουργιών, που όμως σχετίζονται άμεσα με τωρινά ή παρελθόντα βιώματα του παιδιού στα βασικά πλαίσια αναφοράς (οικογένεια, σχολείο), καθώς και με τη στάση του περίγυρου απέναντι στις προβληματικές συμπεριφορές του (Κουρκούτας, 2017).

Οι ψυχοδυναμικές παρεμβάσεις επικεντρώνονται, επομένως, στην ανάδειξη και την επίλυση των βαθύτερων συναισθηματικών συγκρούσεων και εντάσεων, οι οποίες θεωρείται ότι συντηρούν πολλές από τις δυσλειτουργικές στάσεις και τις προβληματικές συμπεριφορές του εφήβου. Όταν ο έφηβος «διευθετεί μέσα του» ένα σημαντικό μέρος των αρνητικών εμπειριών και των συναισθημάτων που πηγάζουν από αυτές, είναι περισσότερο έτοιμο να δεχθεί και να αναπτύξει εναλλακτικές στρατηγικές συμπεριφοράς και σχέσης με τους άλλους, καθώς και νέους τρόπους έκφρασης των αναγκών του (Κουρκούτας, 2017).

Συμπληρωματικά συνιστάται, επίσης, η συμμετοχή του εφήβου σε εποπτευόμενες ψυχοπαιδαγωγικές δραστηριότητες (π.χ., ομαδικές δραστηριότητες έκφρασης και ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων/κοινωνικών δεξιοτήτων, αθλητικές δραστηριότητες κ.ο.κ.). Οι δραστηριότητες αυτές μπορεί να βοηθήσουν τον έφηβο να αναπτύξει μία αίσθηση ελέγχου των ψυχικών και των σωματικών του αναγκών, καθώς και μία αίσθηση αποδοχής από τους άλλους, στο μέτρο που θα καταφέρει χωρίς προβλήματα να συμμετάσχει σε αυτές τις δραστηριότητες

υπό την εποπτεία των επαγγελματιών. Η ικανοποίηση από την αποδοχή των άλλων χωρίς τη χρήση προβληματικών τρόπων συμπεριφοράς αποτελεί σημαντική θετική εμπειρία που μπορεί σταδιακά να κάνει τους έφηβους αυτούς να αλλάξουν στάση (Κουρκούτας, 2017).

Συνοψίζοντας, βασική προϋπόθεση της συγκεκριμένης μορφής ψυχοθεραπείας αποτελεί η αυθεντική επιθυμία του θεραπευόμενου για καλύτερη κατανόηση του εαυτού του και για ουσιαστική αλλαγή, που πρακτικά σημαίνει διάθεση να μιλήσει όσο πιο ανοικτά γίνεται για τον εαυτό, τα συναισθήματα και τις διαπροσωπικές του σχέσεις.

3.7. Προγράμματα παρέμβασης - υποστήριξης στο σχολείο

Στην ενότητα αυτή, παρουσιάζονται προγράμματα παρέμβασης που εφαρμόζονται στο σχολικό περιβάλλον για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης και του άγχους. Μερικά προγράμματα συνιστούν την εμπλοκή των γονέων στη θεραπεία με στόχο τη βελτίωση της σχέσης γονέα-παιδιού και την προώθηση ενός υποστηρικτικού οικογενειακού κλίματος μέσω της ενημέρωσης των γονέων για τη φύση της διαταραχής και την εκπαίδευσή τους σε τεχνικές διαχείρισης των προβλημάτων.

3.7.1. ACTION

Το ACTION είναι ένα γνωσιακό-συμπεριφοριστικό πρόγραμμα παρέμβασης που έχει σχεδιαστεί για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 9-13 ετών (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· Weist et al, 2014). Αφορά κυρίως έφηβα κορίτσια, όμως μπορεί να εφαρμοστεί το ίδιο κατάλληλα σε αγόρια, καθώς και σε ατομικές συνεδρίες νεαρών ενηλίκων. Το πρόγραμμα εφαρμόζεται για 12 εβδομάδες και αποτελείται από 20 ομαδικές και δύο ατομικές συνεδρίες, που διαρκούν για 45-90 λεπτά. Επίσης, το ACTION περιλαμβάνει και 8 προαιρετικές συνεδρίες με τους γονείς, με στόχο την ενίσχυση των σχέσεων των μελών της οικογένειας και την παροχή υποστήριξης στον έφηβο κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ο θεραπευτής πληροφορεί τους γονείς για τη φύση της κατάθλιψης και της θεραπείας και τους εκπαιδεύει στη χρήση αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης της συμπεριφοράς τους (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Η παρέμβαση χρησιμοποιεί έξι βασικές ενότητες για τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων: α) ψυχοεκπαίδευση, β) καθορισμός στόχων, γ) εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης, δ) εκπαίδευση σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, ε) γνωσιακή αναδόμηση και στ) εκπαίδευση γονέων. Μέσω της ψυχοεκπαίδευσης ο θεραπευόμενος μαθαίνει να αναγνωρίζει τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις συμπεριφορές που συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης και εκπαιδεύεται σε τεχνικές αλλαγής της

διάθεσης όπως π.χ. η συμμετοχή σε δημιουργικές δραστηριότητες. Με το καθορισμό των στόχων, ο κάθε θεραπευόμενος θέτει τους δικούς του ατομικούς στόχους και αναπτύσσουν μία αίσθηση αποτελεσματικότητας καθώς οι στόχοι επιτυγχάνονται. Οι δεξιότητες αντιμετώπισης παρέχουν στον έφηβο την ικανότητα βελτίωσης της διάθεσης μέσω της εμπλοκής του σε χαλαρωτικές και δημιουργικές δραστηριότητες ή της επικοινωνίας με άλλα άτομα. Οι συγκεκριμένες δεξιότητες έχουν σκοπό την αύξηση των θετικών εμπειριών και κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Επιπλέον, η εκμάθηση τεχνικών επίλυσης προβλημάτων βοηθάει τον έφηβο να επιλύει αποτελεσματικά τα προβλήματά του και η γνωσιακή αναδόμηση ωθεί στην αναγνώριση των διαστρεβλωμένων σκέψεων και στη μετατροπή τους σε λειτουργικές σκέψεις. Τέλος, η εκπαίδευση των γονέων, όπως προαναφέρθηκε, αποτελεί μία προαιρετική ενότητα, η οποία τους διδάσκει τις τεχνικές που μαθαίνουν τα παιδιά τους και επιχειρεί να βελτιώσει τις αλληλεπιδράσεις γονέα-παιδιού (Weist et al, 2014). Το εγχειρίδιο του προγράμματος περιλαμβάνει, επίσης και τη συνάντηση του θεραπευτή με τον εκπαιδευτικό για τη συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με το κλίμα που επικρατεί στην τάξη και τις σχέσεις του θεραπευόμενου με τους συμμαθητές του (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

Οι έρευνες του Krumholz (2011) και του Stark και των συνεργατών του (2010, 2011, 2012) (όπως αναφέρονται στο Weist et al, 2014) οι οποίες εφάρμοσαν το ACTION σε εφήβους με κατάθλιψη παρουσιάζουν θετικά ευρήματα, επιβεβαιώνοντας με αυτό τον τρόπο την αποτελεσματικότητά του. Συγκεκριμένα στις μελέτες του Stark βρέθηκε ότι περισσότερο από το 80% των κοριτσιών που συμμετείχαν στη θεραπεία με το ACTION δεν πληρούσαν πλέον τα διαγνωστικά κριτήρια για την κατάθλιψη. Επιπρόσθετα, οι παραπάνω έρευνες επιβεβαίωσαν τη σημασία της εμπλοκής των γονέων στη θεραπεία, αφού παρατηρήθηκε ότι τα οφέλη της θεραπευτικής παρέμβασης ήταν σημαντικότερα και μεγαλύτερα σε διάρκεια, όταν οι γονείς των εφήβων είχαν παρευρεθεί σε έξι ή και περισσότερες από τις οκτώ συνεδρίες εκπαίδευσης (Weist et al, 2014). Επιχειρώντας σύγκριση της αποτελεσματικότητας των παρεμβατικών προγραμμάτων ACTION, CWD-A και PRP, διαπιστώθηκε υπεροχή του προγράμματος ACTION στην αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης και στη σταθερότητα των επιδράσεων του σε βάθος χρόνου (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

3.7.2. Adolescents Coping with Depression

Το πρόγραμμα «Adolescent Coping with Depression (CDW-A)» είναι μία γνωσιακή-συμπεριφοριστική παρέμβαση που έχει σχεδιαστεί για τη μείωση ή την πρόληψη της μείζονας καταθλιπτικής διαταραχής και της δυσθυμίας σε εφήβους (Weist et al, 2014· Ogden & Hagen,

2013· Goodyer, 2001· Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Το πρόγραμμα έχει βασιστεί στο «Adult Coping with Depression» και έχει τροποποιηθεί για να μπορεί να εφαρμοστεί στους εφήβους. Η παρέμβαση πραγματοποιείται σε ένα χώρο που θυμίζει σχολική τάξη προκειμένου να αποφευχθεί η πιθανότητα στίγματος των συμμετεχόντων (Ogden & Hagen, 2013). Το CWD-A αποτελείται από 16 συνεδρίες που διαρκούν δύο ώρες και διεξάγονται εντός οκτώ εβδομάδων. Οι συνεδρίες συνήθως είναι ομαδικές (4-8 άτομα), όμως ανάλογα με τις ανάγκες του θεραπευόμενου μπορούν να εφαρμοστούν και ατομικές συνεδρίες (Ogden & Hagen, 2013). Στην πρώτη συνεδρία παρουσιάζεται το περίγραμμα και οι στόχοι του προγράμματος και παρέχεται ψυχοεκπαίδευση για την κατάθλιψη. Οι υπόλοιπες συνεδρίες εστιάζουν στην εκπαίδευση τεχνικών χαλάρωσης, επικοινωνιακών δεξιοτήτων, στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων, τεχνικών βελτίωσης της διάθεσης και στην απόκτηση ελέγχου των σκέψεων και των συναισθημάτων (Ogden & Hagen, 2013). Στις συνεδρίες μπορούν να προστεθούν και συναντήσεις των εφήβων με τους γονείς τους. Οι θεραπευτές παρέχουν στους εφήβους και τους γονείς τους ένα βιβλίο εργασιών το οποίο αποτελείται από ένα σύντομο ενημερωτικό έντυπο σχετικά με το πρόγραμμα, ασκήσεις για το σπίτι και συμπληρωματικές αναλύσεις για τις συνεδρίες (Ogden & Hagen, 2013).

Υπάρχουν εύρηματα ερευνών που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος στη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Για παράδειγμα, η έρευνα του Rohde και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Ogden & Hagen, 2013 και στο Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009), έδειξε ότι οι έφηβοι που συμμετείχαν στην εφαρμογή του CWD-A είχαν μεγαλύτερα ποσοστά ανάρρωσης και βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας από τους εφήβους που εκπαιδεύτηκαν σε δεξιότητες καθημερινής ζωής. Παρόμοια αποτελέσματα επέδειξε και η έρευνα του Clarke και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Goodyer, 2001), με μείωση των επίπεδων κατάθλιψης και αύξηση της λειτουργικότητας των εφήβων της πειραματικής ομάδας συγκριτικά με τους εφήβους της ομάδας ελέγχου. Όμως, τα οφέλη του προγράμματος αξιολογήθηκαν βραχυπρόθεσμα, καθώς οι συμπληρωματικές έρευνες στους έξι και 12 μήνες μετά την παρέμβαση δεν κατάφεραν να επιβεβαιώσουν τα προηγούμενα ευρήματα (Ogden & Hage, 2013· Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· Goodyer, 2001).

3.7.3. *Penn Resiliency Program*

Το «Penn Resiliency Program (PRP)» είναι ένα γνωσιακό-συμπεριφοριστικό πρόγραμμα πρώιμης παρέμβασης που εφαρμόζεται στα σχολεία και απευθύνεται σε εφήβους (10-14 ετών) που βρίσκονται σε κίνδυνο για εκδήλωση κατάθλιψης ή που έχουν ήδη εμφανίσει συμπτώματα

κατάθλιψης (Seligman, Ernst, Gillham, Reivich & Linkins, 2009· Kirkcaldy, 2015· Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· Weist et al, 2014). Βασικός στόχος του προγράμματος είναι η εκπαίδευση δεξιοτήτων για τη μείωση των αρνητικών σκέψεων και των συναισθημάτων απελπισίας (Seligman et al, 2009· Kirkcaldy, 2015). Το PRP βασίζεται στην ιδέα ότι οι απόψεις και οι σκέψεις μας για διάφορα γεγονότα καθορίζουν το πως αυτά τα γεγονότα θα επηρεάσουν τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά μας. Το πρόγραμμα αποτελείται από γνωσιακές-συμπεριφοριστικές τεχνικές και κοινωνικές δεξιότητες για τη διαχείριση των εμπειριών και την αντιμετώπιση των συναισθημάτων κατάθλιψης. Οι γνωσιακές τεχνικές περιλαμβάνουν την αναγνώριση και αξιολόγηση των αρνητικών σκέψεων και την τροποποίησή τους σε περισσότερο θετικές και λειτουργικές. Οι συμπεριφοριστικές και κοινωνικές δεξιότητες περιλαμβάνουν την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, τη διαπραγμάτευση, τη λήψη αποφάσεων, την επίλυση προβλημάτων και τις τεχνικές χαλάρωσης (Seligman et al, 2009). Το πρόγραμμα το 2006, πρόσθεσε την ενότητα της οικογενειακής παρέμβασης με στόχο την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας των γονέων και την εκμάθηση δεξιοτήτων και τεχνικών για τη βελτίωση της αλληλεπίδρασή τους με τα παιδιά τους (Nolen –Hoeksema & Hilt, 2009).

Το πρόγραμμα έχει χαρακτηριστεί ως αποτελεσματικό στη μείωση και την πρόληψη των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Εκτός από την κατάθλιψη, το PRP έχει βρεθεί ότι μειώνει το αίσθημα της απελπισίας, το άγχος, τα προβλήματα συμπεριφοράς και συνολικά βελτιώνει τη ψυχική ευεξία των μαθητών (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· Kirkcaldy, 2015· Seligman et al, 2009). Επιπλέον, η έρευνα του Gillham και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009) διαπίστωσε ότι οι έφηβοι που συμμετείχαν στην ανανεώμενη έκδοση του προγράμματος με την ενότητα συμμετοχής των γονέων, εμφάνισαν καλύτερα και μεγαλύτερης διάρκειας αποτελέσματα στη μείωση της κατάθλιψης και του άγχους από τους εφήβους της ομάδας ελέγχου. Τα ευρήματα αυτά, υποστηρίζουν ότι το πρόγραμμα PRP με την προσθήκη του οικογενειακού στοιχείου, πιθανότατα επιδεικνύει ισχυρότερες επιδράσεις συγκριτικά με την απλή εκδοχή του (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

3.7.4. Adolescents Coping with Emotions

Το «Adolescents Coping with Emotion (ACE)» είναι ένα πρόγραμμα παρέμβασης που εφαρμόζεται στα σχολεία και απευθύνεται σε εφήβους ηλικίας 13-16 ετών με συμπτώματα κατάθλιψης. Ο στόχος του συγκεκριμένου προγράμματος είναι η μείωση των συμπτωμάτων και η πρόληψη των καταθλιπτικών διαταραχών μέσω της χρήσης γνωσιακών-

συμπεριφοριστικών και διαπροσωπικών στρατηγικών, με τις οποίες ο έφηβος θα βελτιώσει τις δεξιότητες αντιμετώπισης και θα ενισχύσει την ανθεκτικότητά του (Weist et al, 2014). Οι συνεδρίες διεξάγονται σε ομάδες των 8-10 ατόμων και περιλαμβάνουν συζήτηση, δομημένες ομαδικές δραστηριότητες και εξάσκηση των νέων δεξιοτήτων μέσα από παιχνίδια ρόλων. Το πρόγραμμα αποτελείται από οκτώ εβδομαδιαίες συνεδρίες που διαρκούν 90 λεπτά και εμπεριέχουν τις εξής θεματικές: α) κατανόηση της σχέσης μεταξύ των σκέψεων και των συναισθημάτων, β) αναγνώριση και τροποποίηση των μη-ρεαλιστικών σκέψεων, γ) ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, δ) εκπαίδευση σε δεξιότητες διαπροσωπικής διαπραγμάτευσης, επίλυσης προβλημάτων και διαχείρισης συγκρούσεων, καθώς και ε) αναγνώριση των επιτευγμάτων και επιβράβευση του εαυτού (Weist et al, 2014· Sheffield, Spence, Rapee, Kowalenko, Wingnall, Davis & McLoone, 2006).

Το πρόγραμμα ACE έχει χαρακτηριστεί ως ασαφές (unclear), εξαιτίας των αντικρουόμενων/μεικτών ευρημάτων. Για παράδειγμα, η μελέτη του Kowalenko και των συνεργατών του (2005), βρήκε ότι τα έφηβα κορίτσια εμφάνισαν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης, μειωμένα επίπεδα αρνητικών αυτόματων σκέψεων και πιο αποτελεσματικές δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων μετά τη εφαρμογή του προγράμματος. Οι περισσότερες από τις επιδράσεις του προγράμματος διατηρήθηκαν και μετά από έξι μήνες κατά τη συμπληρωματική έρευνα (Kowalenko, Rapee, Simmons, Wignall, Hoge, Whitefield, Starling, Stonehouse & Baillie, 2005). Όμως, η έρευνα του Sheffield και των συνεργατών του (2006), που περιελάμβανε μεγαλύτερο δείγμα εφήβων δε βρήκε καμία επίδραση του προγράμματος ACE στους συμμετέχοντες, ανεξαρτήτως ομάδας, μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης ή στη συμπληρωματική έρευνα που διεξάγη ένα χρόνο αργότερα (Sheffield et al, 2006).

3.7.5. *Cognitive – Behavioral Intervention for Trauma in Schools*

Το πρόγραμμα παρέμβασης «Cognitive- Behavioral Intervention for Trauma in Schools (CBITS)» εφαρμόζεται στα σχολεία για τη θεραπεία παιδιών και εφήβων που έχουν εκτεθεί σε κάποια τραυματική εμπειρία και εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες (Weist et al, 2014). Το πρόγραμμα βασίζεται στο γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο και περιλαμβάνει τα εξής: α) ψυχοεκπαίδευση, β) τεχνικές χαλάρωσης για μείωση του άγχους, γ) δεξιότητες αντιμετώπισης των προβλημάτων δ) σταδιακή έκθεση σε «φανταστικές» τραυματικές εμπειρίες μέσω εικόνων, ζωγραφιών και κειμένων, ε) επεξεργασία των τραυματικών εμπειριών και στ) δεξιότητες επίλυσης κοινωνικών προβλημάτων (Weist et al, 2014). Το πρόγραμμα CBITS τυπικά αποτελείται από 10

εβδομαδιαίες ομαδικές συνεδρίες (5-8 μαθητές), μία έως τρεις ατομικές συνεδρίες, δύο προαιρετικές συναντήσεις με τους γονείς και μία συνεδρία με τον εκπαιδευτικό με στόχο την ενημέρωσή τους για το σκοπό της παρέμβασης. Η έκθεση σε «φανταστικές» τραυματικές εμπειρίες πραγματοποιείται αρχικά στην ατομική συνεδρία και έπειτα στις ομαδικές συνεδρίες (Weist et al, 2014).

Έρευνες που έχουν διεξαχθή επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα του συγκεκριμένου προγράμματος. Συγκεκριμένα, η έρευνα του Stein και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Weist et al, 2014) βρήκε ότι οι έφηβοι της ομάδας παρέμβασης υπέδειξαν μεγαλύτερες μειώσεις στα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες σε σύγκριση με τους εφήβους της ομάδας ελέγχου. Οι επίδρασεις της παρέμβασης μέσω του CBITS προγράμματος παρέμειναν ακόμη και μετά από έξι μήνες, όπως διαπιστώθηκε από τη συμπληρωματική μελέτη. Επιπλέον, ο Jaycox και οι συνεργάτες του, το 2010 (όπως αναφέρεται στο Weist et al, 2014) συνέκριναν το CBITS με ένα άλλο παρόμοιο πρόγραμμα το «Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy» και διαπίστωσαν ότι οι έφηβοι που συμμετείχαν στην ομάδα του CBITS εμφάνισαν ελάχιστα μεγαλύτερη μείωση των συμπτωμάτων, αν και οι διαφορές ήταν ανεπαίσθητες. Το πρόγραμμα έχει αξιολογηθεί ως αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση της διαταραχής μετατραυματικού στρες (Weist et al, 2014).

3.7.6. Primary and Secondary Control Enhancement Training

Το πρόγραμμα «Primary and Secondary Control Enhancement Training (PASCET)» αφορά παιδιά και εφήβους ηλικίας 8-15 ετών με κατάθλιψη και τους γονείς τους. Εφαρμόζεται στο σχολικό πλαίσιο και έχει σχεδιαστεί για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μέσω της εκπαίδευσης του πρωτογενή μηχανισμού ελέγχου (π.χ. στρατηγικές και δεξιότητες για την αλλαγή της κατάστασης ώστε να ενδυναμωθεί το άτομο) και του δευτερογενή μηχανισμού ελέγχου (π.χ. αλλαγή των προσδοκιών και του τρόπου ερμηνείας των καταστάσεων όταν οι αντικειμενικές συνθήκες δεν μπορούν να τροποποιηθούν) στους εφήβους (Goodyer, 2001). Ο στόχος του PASCET είναι να εκπαιδεύσει τους νέους να εφαρμόζουν τις πρωτογενείς στρατηγικές ελέγχου σε καταστάσεις που είναι ευμετάβλητες και τις δευτερογενείς στρατηγικές ελέγχου σε καταστάσεις που δεν μεταβάλλονται. Το πρόγραμμα παρέχεται από εκπαιδευμένους θεραπευτές, οι οποίοι έχουν τη δυνατότητα να επισκεφθούν το σπίτι του εφήβου, προκειμένου να συλλέξουν πληροφορίες για το περιβάλλον και τις συμπεριφορές που εκτίθεται ο έφηβος (Weisz et al, 2009).

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει δεξιότητες δράσης (action skills) και δεξιότητες σκέψης (think skills). Οι πρώτες εστιάζουν στην εκπαίδευση του πρωτογενή ελέγχου. Στις συνεδρίες εξετάζονται οι δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, οι τεχνικές χαλάρωσης και διαχείρισης στρες και η απόκτηση αυτοπεποίθησης συμμετέχοντας σε δραστηριότητες ή αναπτύσσοντας κάποιο ταλέντο. Οι δεύτερες επικεντρώνονται στην εκμάθηση του δευτερογενή ελέγχου. Κατά τη διάρκεια των συνεδριών ερευνάται η θετική σκέψη, η ικανότητα αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων, η σημασία της κοινωνικής υποστήριξης, η αποφυγή του βαθύ στοχασμού, ο σχεδιασμός του μέλλοντος και η επιμονή (Weisz et al, 2009). Στα παιδιά και τους εφήβους δίνεται ένα βιβίο εργασιών που περιλαμβάνει δραστηριότητες από τις συνεδρίες (π.χ. παιχνίδια ρόλων, βίντεο και παιχνίδια) και εργασίες για το σπίτι. Η εμπλοκή των γονέων είναι άλλο ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του προγράμματος. Πριν την πρώτη συνεδρία με τον έφηβο, οι γονείς συναντώνται με τον θεραπευτή, ο οποίος τους εξηγεί το πρόγραμμα παρέμβασης, τον υποστηρικτικό ρόλο τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας και συζητάει μαζί τους για τη ψυχική κατάσταση του παιδιού. Στο τέλος κάθε συνεδρίας του εφήβου, οι γονείς μαζί με τον έφηβο και το θεραπευτή επιχειρούν μία επανεξέταση της συνεδρίας συμπεριλαμβανομένων των δεξιοτήτων που πρέπει να εξασκηθούν (Weisz et al, 2009).

Το πρόγραμμα μπορεί να εφαρμοστεί έως και για 17 εβδομαδιαίες συνεδρίες των 50 λεπτών. Όπως αναφέραμε η πρώτη συνεδρία πραγματοποιείται με τους γονείς, στη συνέχεια 10 από τις συνεδρίες επικεντρώνονται στη διδασκαλία των δεξιοτήτων δράσης και σκέψης στους νέους και άλλες τέσσερις αφιερώνονται στην παροχή βοήθειας στους εφήβους για την ανάπτυξη μεμονωμένων σχεδίων αντιμετώπισης. Τέλος, άλλες δύο επιπλέον ατομικές συνεδρίες μπορούν να διεξαχθούν με τους γονείς κατά τη διάρκεια υλοποίησης του προγράμματος PASCET (Weisz et al, 2009).

Στην έρευνα του Weisz και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Goodyer, 2001), βρέθηκε ότι οι έφηβοι που συμμετείχαν στο πρόγραμμα PASCET εμφάνιζαν μεγαλύτερη βελτίωση στα συμπτώματα της κατάθλιψης και ήταν πιο πιθανό να βαθμολογηθούν με υψηλότερο σκορ στις αξιολογήσεις για την ικανότητα αυτο-εξυπηρέτησης συγκριτικά με τους εφήβους που δεν είχαν υποβληθεί σε θεραπεία. Συγκεκριμένα, μετά την εφαρμογή του προγράμματος, το 50% των εφήβων που βρίσκονταν στην πειραματική ομάδα δεν πληρούσε πλέον τα κριτήρια για διάγνωση κατάθλιψης έναντι του μόλις 16% των εφήβων της ομάδας ελέγχου. Αυτές οι παρατηρούμενες διαφορές ήταν εμφανείς μετά το τέλος της θεραπείας αλλά και κατά τη συμπληρωματική έρευνα 9 μήνες μετά (Goodyer, 2001). Ωστόσο λόγω της

απουσίας πρόσφατων ερευνών που να επιβεβαιώνουν τις θετικές επιδράσεις του προγράμματος, οι οποίες απαραίτητως πρέπει να διατηρούνται για τουλάχιστον έξι μήνες μετά το τέλος της παρέμβασης, το PASCET δεν έχει αναγνωριστεί ακόμη ως πρόγραμμα με προοπτικές.

3.7.7. *Skills for Academic and Social Success*

Το πρόγραμμα παρέμβασης «Skills for Academic and Social Success (SASS)» βασίζεται στο γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο και εφαρμόζεται στο σχολικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση της κοινωνικής φοβίας σε εφήβους (McKay & Storch, 2011· Weist et al, 2014). Ο σχεδιασμός του προγράμματος έχει βασιστεί στο «Social Effectiveness Therapy for Children» λόγω της αποτελεσματικότητας και της έμφασής του στην έκθεση, στην εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων και στις δραστηριότητες με τους συνομηλίκους. Το πρωτόκολλο του προγράμματος τροποποιήθηκε για να εφαρμοστεί στους εφήβους (π.χ. κατάλληλες αναπτυξιακά κοινωνικές δεξιότητες και εκπαίδευση στη ρεαλιστική σκέψη) και στο σχολικό περιβάλλον (π.χ. λιγότερες και πιο σύντομες συνεδρίες και συνεργασία με εκπαιδευτικούς, γονείς και συμμαθητές). Το συγκεκριμένο πρόγραμμα αποτελείται από 12 ομαδικές συνεδρίες, δύο ατομικές συναντήσεις, δύο συναντήσεις με τους γονείς, δύο συναντήσεις με τους εκπαιδευτικούς, τέσσερις κοινωνικές εκδηλώσεις στις οποίες συμμετέχουν τα άτομα της ομαδικής συνεδρίας και οι συμμαθητές τους και δύο υποστηρικτικές συνεδρίες (McKay & Storch, 2011· Weist et al, 2014). Οι 12 ομαδικές συνεδρίες περιλαμβάνουν εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες και στη ρεαλιστική σκέψη καθώς και ασκήσεις έκθεσης εντός του σχολικού περιβάλλοντος με τη βοήθεια του προσωπικού ή των συμμαθητών (π.χ. έναρξη συζήτησης με κάποιο συμμαθητή). Οι δύο ατομικές συνεδρίες εστιάζουν στον προσδιορισμό των στόχων και στην επίλυση προβλημάτων που σχετίζονται με τη θεραπεία. Οι συνεδρίες πραγματοποιούνται εντός του σχολικού ωραρίου και διαρκούν 40 λεπτά. Οι συναντήσεις με τους γονείς στοχεύουν στη ψυχοεκπαίδευση για την κοινωνική φοβία και στις τεχνικές διαχείρισης του άγχους του παιδιού. Οι συναντήσεις με τους εκπαιδευτικούς έχουν σχεδιαστεί για την επιμόρφωσή τους σχετικά με τη διαταραχή κοινωνικού άγχους, την απόκτηση πληροφοριών για το ποιες συμπεριφορές εντός της τάξεως πρέπει να προσέχουν και την εισαγωγή ασκήσεων έκθεσης κατά τη διάρκεια του μαθήματος. Τέλος, οι τέσσερις κοινωνικές εκδηλώσεις παρέχουν έκθεση στον πραγματικό κόσμο και ευκαιρίες για χρήση των αποκτηθέντων δεξιοτήτων. Τα μέλη της παρεμβατικής ομάδας εξασκούνται σε κοινωνικές

αλληλεπιδράσεις με τους συμμαθητές τους σε φυσικά πλαίσια (π.χ. σχολικές εκδρομές) (McKay & Storch, 2011· Weist et al, 2014).

Σύμφωνα με τα ευρήματα της Masia - Warner και των συνεργατών της (2001, 2005, 2007) (όπως αναφέρεται στο McKay & Storch, 2011 και στο Weist et al, 2014), η εφαρμογή του SASS μειώνει τα συμπτώματα του κοινωνικού άγχους και της αποφυγής και ενισχύει την λειτουργικότητα σύμφωνα με τις αξιολογήσεις των γονέων, των εφήβων και των εμπειρογνομόνων. Και στις τρεις έρευνες οι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας δεν πληρούσαν πλέον τα κριτήρια για διάγνωση της κοινωνικής φοβίας, ακόμη και μετά από το πέρας έξι μηνών από την ολοκλήρωση της έρευνας (McKay & Storch, 2011· Weist et al, 2014). Τα ευρήματα αυτά, επισημαίνουν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος στην αντιμετώπιση της διαταραχής κοινωνικού άγχους.

3.7.8. *Teaching Kids to Cope*

Το «Teaching Kids to Cope (TKC)» είναι ένα παρεμβατικό πρόγραμμα εκπαίδευσης με στόχο τη μείωση της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης και του στρες μέσω της ενίσχυσης των δεξιοτήτων αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων. Απευθύνεται σε εφήβους ηλικίας 12-18 ετών με κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό (Weist et al, 2014· Ogden & Hagen, 2013). Το πρόγραμμα διαρκεί 10 εβδομάδες και οι συνεδρίες πραγματοποιούνται μία φορά την εβδομάδα για 60 λεπτά, εντός του σχολικού πλαισίου (Ogden & Hagen, 2013). Το πρόγραμμα TKC εστιάζει σε συμπεριφοριστικές τεχνικές αλλά ενσωματώνει και γνωσιακά στοιχεία. Οι συμπεριφοριστικές τεχνικές στοχεύουν στη βελτίωση των δεξιοτήτων αντιμετώπισης, οι οποίες περιλαμβάνουν: α) προγραμματισμό των δραστηριοτήτων, β) εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, γ) ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, δ) βιβλιοθεραπεία, ε) παιχνίδι ρόλων, στ) επίλυση συγκρούσεων και ζ) τεχνικές χαλάρωσης. Επίσης το πρόγραμμα συμπεριλαμβάνει βιωματικές ασκήσεις στο σχολικό και οικογενειακό περιβάλλον για την εξάσκηση των μαθημένων δεξιοτήτων. Οι γνωστικές τεχνικές που εφαρμόζονται περιλαμβάνουν την εκμαίευση αρνητικών αυτόματων σκέψεων, τη γνωσιακή αναδόμηση και τη γνωσιακή πρόβα (Weist et al, 2014· Ogden & Hagen, 2013).

Η έρευνα του Puskar και των συνεργατών του (2003), έδειξε ότι οι έφηβοι συμμετέχοντες της πειραματική ομάδας, μετά την παρέμβαση του προγράμματος TKC και έξι μήνες αργότερα στη συμπληρωματική έρευνα, εμφάνισαν σημαντική μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης εν συγκρίσει με τους εφήβους της ομάδας ελέγχου που συνέχισαν

να εμφανίζουν καταθλιπτική διάθεση. Επιπλέον, παρουσιάστηκε και αύξηση της χρήσης αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης από τους εφήβους της πειραματικής ομάδας (Puskar, Sereika & Tusaie-Mumford, 2003· Ogden & Hagen, 2013). Επίσης, η έρευνα του Lamb και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Ogden & Hagen, 2013) βρήκε παρόμοια ευρήματα, όμως, μόνο για τα έφηβα κορίτσια του δείγματος. Τα ευρήματα της έρευνας του Puskar και των συνεργατών του βρέθηκαν εξασθενημένα στη συμπληρωματική μελέτη 12 μήνες μετά. Γι' αυτό το λόγο είναι αναγκαίο να διεξαχθούν περισσότερες έρευνες που να χρησιμοποιούν το πρόγραμμα ΤΚC, ώστε να τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητά του.

3.8. Προγράμματα παρέμβασης – υποστήριξης στην οικογένεια

Στην ενότητα αυτή, παρουσιάζονται τα προγράμματα παρέμβασης που έχουν σχεδιαστεί για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και του άγχους στους εφήβους και εφαρμόζονται στους ίδιους και την οικογένειά τους.

3.8.1. Cool Kids

Το «Cool Kids» είναι ένα γνωσιακό-συμπεριφοριστικό πρόγραμμα παρέμβασης που έχει σχεδιαστεί για την αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους. Απευθύνεται σε παιδιά και εφήβους ηλικίας επτά έως 12 ετών και στους γονείς τους (Weist et al, 2014· McKay & Storch, 2011). Το πρόγραμμα Cool Kids κυκλοφορεί σε δύο εκδόσεις, η πρώτη αφορά την παρέμβαση στο σχολικό πλαίσιο και η δεύτερη την παρέμβαση στην οικογένεια. Η σχολική έκδοση του προγράμματος αποτελείται από οκτώ ομαδικές συνεδρίες που διαρκούν μία ώρα και πραγματοποιούνται εντός σχολικού ωραρίου. Επίσης, στη συγκεκριμένη έκδοση περιλαμβάνονται δύο συνεδρίες με τους γονείς των μαθητών, κατά τις οποίες πληροφορούνται για τους σκοπούς της παρέμβασης και εκπαιδεύονται σε δεξιότητες διαχείρισης της συμπεριφοράς τους. Οι αρχικές συνεδρίες εστιάζουν στη ψυχοεκπαίδευση και στη γνωσιακή αναδόμηση ενώ οι υπόλοιπες επικεντρώνονται στη σταδιακή έκθεση σε φοβικό ερέθισμα. Επιπλέον, τα παιδιά και οι έφηβοι εκπαιδεύονται σε δεξιότητες για την επίλυση προβλημάτων, την κοινωνική αλληλεπίδραση, την αντιμετώπιση του σχολικού εκφοβισμού και την αύξηση της αυτοπεποίθησης (Weist et al, 2014· McKay & Storch, 2011). Η οικογενειακή έκδοση του προγράμματος περιλαμβάνει 10 εβδομαδιαίες συνεδρίες που διαρκούν συνήθως δύο ώρες. Στην οικογενειακή παρέμβαση, οι γονείς και τα παιδιά μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα του άγχους, να εμπλέκονται σε ρεαλιστική σκέψη, να εφαρμόζουν στρατηγικές για τη διαχείριση του άγχους και να κάνουν χρήση αποτελεσματικών κοινωνικών δεξιοτήτων.

Στα εμπλεκόμενα μέλη της παρέμβασης παρέχονται πληροφορίες για το άγχος και τη γνωσιακή αναδόμηση. Για την αξιοποίηση των πληροφοριών τα παιδιά συμπληρώνουν εργασίες στο σπίτι και οι γονείς εκπαιδεύονται σε στρατηγικές με στόχο τη διαχείριση των συμπεριφορών που σχετίζονται με την αγχώδη διαταραχή (Rapee, 2000). Στην αρχή κάθε συνεδρίας, ο θεραπευτής συζητάει με τους γονείς και τα παιδιά για τις εργασίες που είχαν ανατεθεί στα παιδιά κατά τη διάρκεια της προηγούμενης συνεδρίας. Στη συνέχεια, οι γονείς και τα παιδιά συζητούν ατομικά με το θεραπευτή για τη θεματική και τους στόχους της τρέχουσας συνεδρίας και ύστερα συναντώνται όλοι μαζί ως ομάδα για να ανατεθεί η επόμενη εργασία (Rapee, 2000).

Η εφαρμογή και των δύο εκδόσεων του προγράμματος Cool Kids, έχει συμβάλει στη μείωση των συμπτωμάτων άγχους σε παιδιά και εφήβους. Η έρευνα των Mifsud και Rapee (όπως αναφέρεται στο Weist et al, 2014 και στο McKay & Storch, 2011), που πραγματοποιήθηκε σε εννέα σχολεία της Αυστραλίας, έδειξε ότι τα παιδιά της πειραματικής ομάδας παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στα συμπτώματα άγχους τους αμέσως μετά τη θεραπεία και κατά τη συμπληρωματική έρευνα που διεξάγη τέσσερις μήνες αργότερα, σύμφωνα με τις αναφορές των ίδιων των παιδιών και των εκπαιδευτικών. Ωστόσο, σύμφωνα με τον Rapee (2000), η εφαρμογή του προγράμματος στα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με αγχώδη διαταραχή και στην οικογένεια τους έχει βρεθεί πιο ευεργετική/αποτελεσματική συγκριτικά με την εφαρμογή στο σχολικό πλαίσιο (Rapee, 2000).

3.8.2. *Coping Cat*

Το «Coping Cat» είναι ένα πρόγραμμα παρέμβασης που βασίζεται στο γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο ψυχοθεραπείας και απευθύνεται σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 7-14 ετών που νοσούν με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, κοινωνική φοβία και διαταραχή άγχους του αποχωρισμού (Ogden & Hagen, 2013· Morris & March, 2004· Murris, 2007). Επίσης, το πρόγραμμα αφορά και τους γονείς, οι οποίοι προγραμματίζουν δύο συναντήσεις με το θεραπευτή, ώστε να πληροφορηθούν για τη φύση της θεραπείας και την πρόοδο των παιδιών τους (Ogden & Hagen, 2013). Το συγκεκριμένο πρόγραμμα έχει εφαρμοστεί σε αρκετές χώρες όπως οι Η.Π.Α, η Νορβηγία, η Ολλανδία, η Αυστραλία (ονομάζεται FRIENDS) και ο Καναδάς (ονομάζεται Coping Bear). Η παρέμβαση αποτελείται από 16 εβδομαδιαίες συνεδρίες, οι οποίες διαρκούν 50-60 λεπτά και χωρίζονται σε δύο στάδια. (Ogden & Hagen, 2013· Morris & March, 2004). Οι πρώτες οκτώ συνεδρίες αφορούν την εκπαίδευση των δεξιοτήτων και οι υπόλοιπες οκτώ εστιάζουν στην εξάσκηση των δεξιοτήτων. Συγκεκριμένα,

στο στάδιο της εκπαίδευσης ο έφηβος μαθαίνει: α) να αναγνωρίζει τα συμπτώματα του άγχους, β) να αμφισβητεί και να αλλάζει τις αγχώδεις σκέψεις και τον εσωτερικό διάλογο/αυτοδιάλογο, γ) να σχεδιάζει ένα πλάνο αντιμετώπισης της αγχωτικής κατάστασης και δ) να αξιολογεί την επίδοσή του και να επιβραβεύει τον εαυτό του (Morris & March, 2004). Οι έφηβοι μαθαίνουν να θυμούνται τα βήματα αυτά μέσω του ακρωνυμίου «FEAR», όπου F= το αίσθημα του φόβου, E= η αναμονή εκδήλωσης αρνητικών και αγχωτικών γεγονότων, A= οι στάσεις και οι πράξεις αντιμετώπισης και R= τα αποτελέσματα και η ανταμοιβή (Ogden & Hagen, 2013· Morris & March, 2004· Murriss, 2007). Από τα παραπάνω, εξάγεται το συμπέρασμα ότι το πρόγραμμα Coping Cat είναι προσανατολισμένο προς τη γνωσιακή προσέγγιση (Murriss, 2007). Στο στάδιο της πρακτικής άσκησης, ο έφηβος χρησιμοποιεί τις δεξιότητες που έμαθε, προκειμένου να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τους φόβους του μέσω δραστηριοτήτων που περιλαμβάνουν έκθεση (Morris & March, 2004). Το πρόγραμμα ενσωματώνει και συμπεριφοριστικές τεχνικές όπως μίμηση προτύπου, παιχνίδια ρόλων, διαχείριση των ενισχύσεων και τεχνικές χαλάρωσης. Επίσης, στην έναρξη των συνεδριών περιλαμβάνεται και ψυχοεκπαίδευση στις αγχώδεις διαταραχές (Morris & March, 2004· Murriss, 2007).

Το πρόγραμμα Coping Cat έχει χαρακτηριστεί ως αποτελεσματικό για τη θεραπεία του άγχους σε παιδιά και εφήβους. Η έρευνα του Kendall και των συνεργατών του (1997), (όπως αναφέρεται στο Ogden & Hagen, 2013 και στο Morris & March, 2004) βρήκε ότι το 53-64% των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας δεν πληρούσαν πλέον τα κριτήρια για τη διάγνωση της αγχώδης διαταραχής εν συγκρίσει με το μόλις 6% των ατόμων της ομάδας ελέγχου. Οι θεραπευτικές επιδράσεις του Coping Cat διατηρήθηκαν, όπως διαπιστώθηκε από τις συμπληρωματικές έρευνες μετά από τρία και πέντε χρόνια από την αρχική μελέτη. Οι πιο πρόσφατες έρευνες του Kendall και των συνεργατών του (2007, 2008), (όπως αναφέρονται στο Ogden & Hagen, 2013) αναπαρήγαγαν παρόμοια αποτελέσματα, επιβεβαιώνοντας την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Το πρόγραμμα έχει αποδειχθεί το ίδιο αποτελεσματικό ανεξάρτητα φύλου, ενώ επιπλέον έχει θεωρηθεί κατάλληλο και για την πρόληψη των διαταραχών άγχους σε παιδιά και εφήβους με υποκλινικά επίπεδα άγχους (Morris & March, 2004).

3.8.3. Attachment - Based Family Therapy

Το «Attachment - Based Family Therapy (ABFT)» είναι ένα ημι-δομημένο πρόγραμμα θεραπείας που στοχεύει το οικογενειακό σύστημα. Συγκεκριμένα, απευθύνεται σε εφήβους

ηλικίας 12-18 ετών που έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη και στους γονείς τους. Επίσης, εφαρμόζεται και σε περιπτώσεις αυτοκτονικού ιδεασμού. Βασίζεται στην θεωρία προσκόλλησης/δεσμού του Bowlby και έχει σχεδιαστεί για να ενισχύσει τη σχέση γονέα-παιδιού, να αποκαταστήσει την εμπιστοσύνη, να προωθήσει τις επικοινωνιακές ικανότητες και τις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και να βοηθήσει στην αυτονομία του εφήβου (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Για τους γονείς, το πρόγραμμα εστιάζει στην κριτική, στην αποδέσμευση, στους προσωπικούς στρεσογόνους παράγοντες και στις γονεϊκές δεξιότητες. Ενώ για τους εφήβους, επικεντρώνεται κυρίως στη ρύθμιση του συναισθήματος, στην αυτοαντίληψη, στα κίνητρα και στην αποδέσμευση. Το ABFT χρησιμοποιεί πέντε βασικούς θεραπευτικούς στόχους: α) Σχισιακή αναδόμηση (relational reframe) – Κατά την οποία οι οικογένειες μαθαίνουν να κατανοούν και να συμφωνούν ότι η ενδυνάμωση των σχέσεων τους είναι απαραίτητη για τη θεραπεία της κατάθλιψης και του αυτοκτονικού ιδεασμού· β) Συμμαχία με τον έφηβο (adolescent alliance) - Ο θεραπευτής συνεργάζεται με τον έφηβο για να προσδιορίσουν τα ζητήματα που αφορούν τις οικογενειακές σχέσεις και να εξετάσουν πως αυτά τα ζητήματα σχετίζονται με την κατάθλιψη. Ο θεραπευτής ενθαρρύνει τον έφηβο να συζητήσει τα θέματα αυτά με τους γονείς του· γ) Συμμαχία με το γονέα (parent alliance) – Ο θεραπευτής και οι γονείς συνεργάζονται ώστε να ανακαλύψουν τις πηγές γονεϊκού άγχους. Ο στόχος είναι να σταθεροποιηθεί το αίσθημα αγάπης του γονέα προς το παιδί και να παρακινηθεί ώστε να χρησιμοποιήσει τις δεξιότητες και τις τεχνικές που διδάχτηκε μέσω του προγράμματος· δ) Επαναπροσκόλληση (reattachment) – πραγματοποιείται μία οικογενειακή συνεδρία κατά την οποία ο έφηβος συζητάει τις σκέψεις και τα συναισθήματα του με τους γονείς του. Οι γονείς συνεργάζονται με τον έφηβο και τον βοηθούν στην αναγνώριση και στην εξερεύνηση των σκέψεων και συναισθημάτων· ε) Αυτονομία (autonomy) – Οι γονείς και ο έφηβος συνεργάζονται για να εδραιώσουν την ενδυναμωμένη σχέση τους. Ο γονέας λειτουργεί σαν οδηγός του εφήβου, και ο έφηβος προσπαθεί να δημιουργήσει μία υγιή ισορροπία σχέσης και αυτονομίας από το γονέα (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Το πρόγραμμα εφαρμόζεται για 12-16 εβδομάδες. Οι συνεδρίες πραγματοποιούνται μία φορά την εβδομάδα για 60 - 90 λεπτά ανάλογα με τις ανάγκες των συμμετεχόντων (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

Εμπειρικές μελέτες που χρησιμοποιούν το συγκεκριμένο πρόγραμμα έχουν παράγει θετικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, στη μελέτη του Diamond και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στο Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009) βρέθηκε ότι οι έφηβοι που συμμετείχαν στην πειραματική ομάδα ήταν λιγότεροι πιθανό να πληρούν τα κριτήρια για διάγνωση κατάθλιψης μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, εύρημα το οποίο διατηρήθηκε και στη

συμπληρωματική μελέτη που διεξάγη έξι μήνες αργότερα. Η εφαρμογή του ABFT κατόρθωσε να μειώσει τα συμπτώματα της κατάθλιψης, του άγχους, της απόγνωσης και τον αυτοκτονικό ιδεασμό και συνδέθηκε με τη βελτίωση της αλληλεπίδρασης μητέρας-εφήβου, όπως αυτή αξιολογήθηκε από την κλίμακα «Inventory of Parent and Peer Attachment» (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

3.8.4. *Stress - Busters*

Το Stress - Busters είναι ένα πρόγραμμα παρέμβασης που συνδυάζει τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία με την οικογενειακή εκπαίδευση. Απευθύνεται σε παιδιά και εφήβους με συμπτώματα κατάθλιψης και στους γονείς τους (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Το πρόγραμμα εφαρμόζεται στο σχολικό πλαίσιο, αποτελείται από 10 συνεδρίες και περιλαμβάνει γνωσιακές-συμπεριφοριστικές στρατηγικές (π.χ. αναγνώριση και αντιμετώπιση του προβλήματος, κοινωνικές δεξιότητες, εκπαίδευση στη χαλάρωση, ρύθμιση των συναισθημάτων, προγραμματισμό ευχάριστων δραστηριοτήτων, γνωσιακή αναδόμηση, δημιουργία πλάνου μείωσης προσωπικού στρες κ.ά.) για τη βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την ενίσχυση της λειτουργικότητας των εφήβων. Επίσης, στο πρόγραμμα Stress – Busters τα παιδιά δημιουργούν ένα βίντεο για τις δεξιότητες που διδάχτηκαν στις γνωσιακές-συμπεριφοριστικές συνεδρίες και το παρουσιάζουν στους γονείς τους στην τελευταία οικογενειακή συνεδρία. Οι γονείς κατά την διάρκεια της οικογενειακής συνεδρίας μαθαίνουν τρόπους προώθησης και ενίσχυσης ενός υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος, ενημερώνονται για τους στόχους της παρέμβασης, τις δεξιότητες που θα διδαχτούν τα παιδιά τους και τονίζεται ο σημαντικός ρόλος που έχουν στο να βοηθήσουν τα παιδιά τους να χρησιμοποιήσουν αποτελεσματικά τις δεξιότητες, ώστε να αποκτήσουν μία θετικότερη εικόνα για τον εαυτό τους και να βελτιωθεί η μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Οι συνεδρίες προτείνεται να πραγματοποιούνται δύο φορές την εβδομάδα και η διάρκεια τους υπολογίζεται περίπου στα 90 λεπτά, με δυνατότητα προσαρμογής για τη βελτίωση της εφαρμοσιμότητας του προγράμματος (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009)

Η έρευνα των Asarnow, Scott και Mintz (2002), διαπίστωσε ότι μετά την παρέμβαση του προγράμματος, οι έφηβοι της πειραματικής ομάδας ανέφεραν μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, των αρνητικών σκέψεων και βελτίωση των στρατηγικών αντιμετώπισης σε σχέση με τους εφήβους της ομάδας ελέγχου. Επίσης, οι έφηβοι και οι γονείς αξιολόγησαν το πρόγραμμα ως χρήσιμο (Asarnow, Scott & Mintz, 2002). Αν και το πρόγραμμα Stress - Busters έχει θεωρηθεί υποσχόμενο, ο συνδυασμός παρέμβασης και οικογενειακής εκπαίδευσης

δεν έχει ακόμη αξιολογηθεί εν συγκρίσει με την εφαρμογή του προγράμματος χωρίς την προσθήκη του οικογενειακού στοιχείου, ούτε έχει μελετηθεί σε εφήβους με κλινική κατάθλιψη (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Επομένως, είναι απαραίτητο να διεξαχθούν περισσότερες μελέτες αξιολόγησης του συγκεκριμένου προγράμματος, προκειμένου να εξακριβωθεί η αποτελεσματικότητά του.

3.9. Συμπεράσματα για τις παρεμβάσεις

Συμπερασματικά, με βάση τις διαθέσιμες εμπειρικές έρευνες, οι παρεμβάσεις πρέπει να εστιάζουν στα ακόλουθα στοιχεία:

- στην διευκόλυνση και ενίσχυση του ελέγχου των συναισθημάτων μέσω όχι μόνο της εξωτερικής επιβολής κάποιων τεχνικών, αλλά και της υποστήριξης, ενίσχυσης και τροποποίησης των ενδοψυχικών διαπροσωπικών διεργασιών μέσω βιωματικών ψυχοθεραπευτικών και ψυχοκοινωνικών διαδικασιών,
- στην αύξηση των φυσικών δραστηριοτήτων και της αίσθησης ελέγχου του σώματος, αλλά και της διάθεσης μέσα από βιωματικές δράσεις με βάση τη φυσική αγωγή, που έχουν, όμως, και μία ψυχοκοινωνική διάσταση,
- στην ενίσχυση της συμμετοχής του παιδιού σε ομαδικές ψυχοπαιδαγωγικές δράσεις, καθώς και των θετικών εμπειριών στο σχολικό πλαίσιο και στην τάξη, που οικοδομούν μία αίσθηση ελέγχου και υποκατάστασης του αρνητικού συναισθήματος με ένα θετικό αίσθημα αξίας του εαυτού τους,
- στην τροποποίηση του καταθλιπτικού τρόπου σκέψης και των αρνητικών γνωστικών σχημάτων,
- στη διευκόλυνση έκφρασης και επεξεργασίας των αρνητικών συναισθημάτων και των αρνητικών βιωμάτων (στο μέτρο του εφικτού) που συνδέονται με αυτά μέσα από ελκυστικούς εναλλακτικούς τρόπους (π.χ., ζωγραφιές, παιχνίδια ρόλων),
- στην τροποποίηση των μηχανισμών άμυνας που διατηρούν τα καταθλιπτικά συναισθήματα και τα μη λειτουργικά πρότυπα σύνδεσης και επικοινωνίας με τους άλλους (πρότυπα κοινωνικής αλληλεπίδρασης), που επίσης έχουν ένα δυσλειτουργικό χαρακτήρα, ενισχύοντας έμμεσα τις καταθλιπτικές σκέψεις και διαθέσεις,

- στην ανάπτυξη στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων και εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και,
- στην επεξεργασία και επίλυση αναπτυξιακών ζητημάτων (εφηβική προβληματική) που αφορούν στα παιδιά τα οποία βρίσκονταν στην προεφηβεία ή εισέρχονται στην εφηβεία, επηρεάζοντας τα συναισθήματα και την αυτοεικόνα τους (Carr, 2009· Κουρκούτας, 2011).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εφηβεία αποτελεί μία περίοδο κρίσης και ανακατάταξης, που μέσα από τη διαδικασία της αναζήτησης του εαυτού, ο έφηβος προσπαθεί να αυτονομηθεί και να αναπτύξει την προσωπική του ταυτότητα. Η περίοδος της εφηβείας, λοιπόν, νοοείται ως το πέρασμα από την αθωότητα της παιδικής ηλικίας στην ωριμότητα της ενηλικίωσης. Στο διάστημα αυτό το σώμα του εφήβου αφυπνίζεται βιολογικά και σεξουαλικά, με τις αλλαγές αυτές να αποτελούν αφετηρία για μεταβολές στη συναισθηματική κατάσταση και τη διάθεσή του. Ως συνέπεια αυτών των αλλαγών ο έφηβος βιώνει ποικίλες ψυχολογικές αντιδράσεις και ανησυχίες. Το άγχος και η μελαγχολική διάθεση θεωρούνται φυσιολογικές συναισθηματικές μεταπτώσεις της εφηβείας. Οι περισσότεροι έφηβοι οδεύουν προς την ωριμότητα ομαλά, χωρίς μεγάλες ψυχολογικές εντάσεις. Όμως, υπάρχει ένα ποσοστό των εφήβων που εξαιτίας της συνέργειας συγκεκριμένων βιολογικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων θα εκδηλώσουν παθολογικά συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης (Feldman, 2008· Christie & Viner, 2005· Ogden & Hagen, 2013· Pinel, 2011· Κουρκούτας, 2001· Τσίτσικα, 2011· Kring et al, 2010).

Η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν τις κύριες συναισθηματικές διαταραχές που εκδηλώνονται στην εφηβεία. Οι δύο αυτές συναισθηματικές διαταραχές επηρεάζουν σημαντικά πολλές πλευρές της προσωπικότητας του ατόμου, τη γνωστική του λειτουργικότητα, την κοινωνικότητά του, την ανάπτυξη σχέσεων και ωθούν το άτομο στην απομόνωση, ενώ αν συνυπάρχουν με αυτοκτονικό ιδεασμό (κυρίως στην περίπτωση της κατάθλιψης) μπορεί να οδηγήσουν μέχρι και στον θάνατο. Είναι σαφές, ότι η έγκαιρη αναγνώριση και παρέμβαση επηρεάζουν σημαντικά την έκβαση των διαταραχών και την εξέλιξη των παιδιών με διάφορες μορφές συναισθηματικών δυσκολιών. Ο ψυχοθεραπευτής θα πρέπει να επιλέγει τις κατάλληλες θεραπευτικές προσεγγίσεις ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες του θεραπευόμενου (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· Morris & March, 2014· Murriss, 2007· Kring et al, 2010· Lewis & Rudolph, 2014· Goodyer, 2001· McKay & Storch, 2011).

Η οικογένεια, αναμφισβήτητα, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας, γι' αυτό το λόγο συνίσταται η ενεργή συμμετοχή των γονέων κατά τη διάρκειά της. Εκτός από την οικογένεια, όμως, και το σχολείο αποτελεί μία μικρή κοινωνία μέσα στην οποία τα παιδιά και οι έφηβοι αναπτύσσονται και εξελίσσονται. Επομένως, αποτελεί υποχρέωση των εκπαιδευτικών και του υπόλοιπου προσωπικού του σχολείου να ενημερώνονται και να ενημερώνουν τους μαθητές και τους γονείς, οργανώνοντας σεμινάρια με

τη συνεργασία ειδικών ψυχολόγων, σχετικά με την πρόληψη και την αντιμετώπιση των συναισθηματικών δυσκολιών. Επιπρόσθετα, η εφαρμογή παρεμβατικών προγραμμάτων εντός σχολικού πλαισίου με στόχο τη μείωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης έχει αξιολογηθεί ως μία αρκετά ωφέλιμη θεραπευτική στρατηγική. Ο στόχος της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής παρεμβάσης, που αποτελεί μία από τις πιο διαδεδομένες θεραπευτικές προσεγγίσεις για τη θεραπεία της κατάθλιψης και του άγχους, είναι η τροποποίηση των αρνητικών γνωσιακών συστημάτων του ατόμου, έτσι ώστε να επιτευχθεί η γνωσιακή και συμπεριφοριστική αλλαγή (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· Lewis & Rudolph, 2014· McKay & Storch, 2011· Weist et al, 2014· Χατζηχρήστου, 2011· Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2004).

Και το οικογενειακό περιβάλλον, αναντίρρητα, αποτελεί κατάλληλο πλαίσιο για την εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης και υποστήριξης. Η θεραπευτική παρέμβαση που απευθύνεται στα μέλη της οικογένειας στοχεύει στην τροποποίηση των ενεργών οικογενειακών σχέσεων προκειμένου να βελτιωθεί η αλληλεπίδραση μεταξύ γονέα και παιδιού. Επιπλέον, οι γονείς μέσω της συμμετοχής στη θεραπεία μαθαίνουν να κατανοούν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί και να παρέχουν τη σωστή υποστήριξη και ενθάρρυνση (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009· Liddle et al, 2001).

Επιλογικά, επισημαίνουμε ότι μελλοντικά απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για να καθορισθεί με σαφήνεια η μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα αυτών των θεραπευτικών παρεμβάσεων σε σχέση με τους εφήβους, καθώς και να προσδιοριστούν οι παράμετροι της παρέμβασης που ωφελούν περισσότερο. Είναι σημαντικό τα προγράμματα, εκτός από το να λαμβάνουν υπόψη τα δεδομένα της έρευνας, να διερευνούν ενδελεχώς τις ατομικές, σχολικές και οικογενειακές ανάγκες και δυνατότητες, τα όρια και τις δυσκολίες στην κάθε περίπτωση ξεχωριστά και όχι να επιβάλλουν εκ των άνω κάποια εγχειριδιακού τύπου προγράμματα, τα οποία δεν συνάδουν με την κουλτούρα, λειτουργία και, κυρίως, την πραγματικότητα και τα χαρακτηριστικά του σχολικού πλαισίου και των ίδιων των παιδιών/οικογενειών που τα έχουν ανάγκη (Κουρκούτας, 2017). Ο χρόνος είναι ένας επαράγοντας που μπορεί επίσης, να επηρεάσει καταλυτικά τόσο την εμφάνιση των προβλημάτων, όσο και την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή κατάλληλων προγραμμάτων πρόληψης σε μικρότερη ηλικιακή βαθμίδα, μπορεί να συμβάλει στη μείωση των περιπτώσεων εμφάνισης κατάθλιψης και άγχους στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή (Boyd-Franklin & Bry, 2001).

Επιπλέον, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη δομών στήριξης στο σχολείο που προάγουν την ενδυναμωτική συμβουλευτική και εκπαίδευση, προκειμένου οι μαθητές, οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί να αναπτύξουν τις εγγενείς δυνατότητές τους και να αναλάβουν νέες πρωτοβουλίες και αρμοδιότητες. Οι εκπαιδευτικοί πρέπει να είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι και υποστηρίζονται κατάλληλα από διεπιστημονικές ομάδες, για να μπορούν να διαχειρίζονται τις δυσκολίες των μαθητών τους στην τάξη, έτσι ώστε να αποφεύγεται η παραπομπή τους σε εξωτερικές ψυχιατρικές υπηρεσίες. Το σχολικό περιβάλλον πρέπει να διασφαλίζει την ευελιξία των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και συγχρόνως να ενισχύει την ενταξιακή πολιτική μέσα από ομαδικές δραστηριότητες και εμπλοκή των συμμαθητών και άλλων μελών της εκπαιδευτικής κοινότητας και του σχολείου. Επιπροσθέτως, είναι σημαντικό να παρέχονται εξατομικευμένες μαθησιακές ψυχοπαιδαγωγικές, καθώς και κλινικές παρεμβάσεις, στις περιπτώσεις που είναι απαραίτητο και να διασφαλίζεται η διαχρονική και πολυεπίπεδη αξιολόγηση των δεξιοτήτων/δυσλειτουργιών, αλλά και των δυνατοτήτων, ενδιαφερόντων, καθώς και των ψυχοσυναισθηματικών αναγκών του μαθητή. Επίσης, πρέπει να διασφαλίζεται η διαχρονική και συστηματική συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων (Κουρκούτας, 2017· Groom & Rose, 2005· Kauffman 2001).

Τέλος, ο βαθμός ενημέρωσης και εμπλοκής της οικογένειας σε θέματα ψυχικής υγείας των παιδιών, καθώς και η ποιότητα της σχέσης γονέα-παιδιού μπορούν να βοηθήσουν στην έγκαιρη αναγνώριση του υπάρχοντος προβλήματος και την άμεση αναζήτηση βοήθειας για την αντιμετώπισή του από κάποιον ειδικό (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αντωνίου, Α. (2015). *Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή στο σχολείο και ο ρόλος του εκπαιδευτικού στην αντιμετώπισή της*. Αθήνα: Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης.

Agoston, A. M., & Rudolph, K. D. (2015). Interactive contributions of cumulative peer stress and executive function deficits to depression in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 36(8), 1070-1094.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Arnett, J. (1990). Drunk driving, sensation seeking, and egocentrism among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 11(6), pp.541-546.

Asarnow, J. R., Scott, C., & Mintz, J. (2002). Cognitive-behavioral treatment and family interventions for children with depression. A combined cognitive-behavioral family education intervention for depression in children: A treatment development study. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 221-229.

Aunola, K., Stattin, H., & Nurmi, J. (2000). Parenting styles and adolescents' achievement strategies. *Journal of Adolescence*, 23(2), 205-222.

Βασιλόπουλος, Σ. Φ., Μπούζος, Α., & Μπαουρδά, Β. Χ. (2016). *Ψυχοεκπαιδευτικά ομαδικά προγράμματα για παιδιά και εφήβους*. Αθήνα: Gutenberg.

Bennett, K., Manassis, K., Walter, S. D., Cheung, A., Wilansky-Traynor, P., Diaz-Granados, N., et al. (2013). Cognitive behavioral therapy age effects in child and adolescent anxiety: An individual patient data metaanalysis. *Depression and Anxiety*, 30(9), 829-841.

Boyd-Franklin, N. & Bry, H. B. (2001). *Reaching Out in Family Therapy: Home-Based, School, and Community Interventions*. New York, U.S.A.: Guilford

Brown, R. T. (2005). *Σωματική, Γνωστική και Ψυχοκοινωνική Ανάπτυξη των Εφήβων*. Αθήνα: Πασχαλίδης.

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

Carr, A. (2009). *What Works with Children, Adolescents, and Adults? A Review of Research on the Effectiveness of Psychotherapy*. London: Routledge.

Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(4), 421-436.

Chethik, M. (2000). *Techniques of Child Therapy: Psychodynamic Strategies*. New York, U.S.A.: Guilford Press.

Christie, D., & Viner, R. (2005). Abc Of Adolescence: Adolescent Development. *BMJ: British Medical Journal*, 330(7486), 301-304.

Claes, M. E. (1992). Friendship and personal adjustment during adolescence. *Journal of Adolescence*, 15(1), 39-55.

Claes, M., & Poirier, L. (1993). Characteristics and functions of friendship in adolescence. [Caractéristiques et fonctions des relations d'amitié a l'adolescence.] *Psychiatrie De l'Enfant*, 36(1), 289-308.

Collins, W. A. (2003). More than myth: The developmental significance of romantic relationships during adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 13(1), 1-24.

Crawford, M., & Unger, R. (2004). *Women and gender: A feminist psychology* (4th ed). New York: McGraw-Hill.

Darais, K. (2014). «Σιωπή! Προσεγγίζοντας την περίπτωση των μαθητών που αντιμετωπίζονται στο σχολείο ως ομοφυλόφιλοι». *Preschool and Primary Education*, 2, 115-125.

David-Ferdon, C., & Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 62-104.

Diamond, G., & Siqueland, L. (1995). Family therapy for the treatment of depressed adolescents. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(1), 77-90.

Durkin, K., & Conti-Ramsden, G. (2007). Language, Social Behavior, and the Quality of Friendships in Adolescents with and without a History of Specific Language Impairment. *Child Development, 78*(5), 1441-1457.

Ewing, D. L., Monsen, J. J., Thompson, E. J., Cartwright-Hatton, S., & Field, A. (2015). A meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapy in the treatment of child and young person anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 43*(5), 562-577.

Feldman, R. (2008). *Development across the life span* (5th ed.). Upper Saddle River, N.J.: Pearson/Prentice Hall.

Franko, D. L., & Striegel-Moore, R. H. (2002). The role of body dissatisfaction as a risk factor for depression in adolescent girls: Are the differences black and white? *Journal of Psychosomatic Research, 53*(5), 975-983.

Goodyer, I. (2001). *The depressed child and adolescent* (1st ed.). Cambridge, Angleterre: Cambridge University Press.

Green, J. (2005). Annotation: The therapeutic alliance—a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 5*, 425-435.

Groom, B. & Rose, R. (2005). Supporting the inclusion of pupils with social, emotional and behavioural difficulties in the primary school: the role of teaching assistants. *Journal of Research in Special Educational Needs, 5* (1) 20-30.

Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Reviews, 1*, 293-319.

Happell, B., Cowin, L., Roper, C., Foster, K. & McMaster, R. (2008). Introducing Mental Health Nursing: A consumer oriented approach. *Melbourne: Allen & Unwin, 6*(3), p.324-328.

Hayward, C., Gotlib, I. H., Schraedley, P. K., & Litt, I. F. (1999). Ethnic differences in the association between pubertal status and symptoms of depression in adolescent girls. *Journal of Adolescent Health, 25*(2), 143-149.

Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Moitra, E., Myers, V. H., Dalrymple, K. L., & Brandsma, L. L. (2009). Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety

disorder in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 167-177.

Herbert, M. (1999). *Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας. Εφαρμοσμένη Ψυχολογία* 3. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Heyne, D., Sauter, F. M., Van Widenfelt, B. M., Vermeiren, R., & Westenberg, P. M. (2011). School refusal and anxiety in adolescence: Non-randomized trial of a developmentally sensitive cognitive behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(7), 870-878.

Hudson, J. L., Rapee, R. M., Deveney, C., Schniering, C. A., Lyneham, H. J., & Bonoopoulos, N. (2009). Cognitive-behavioral treatment versus an active control for children and adolescents with anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(5), 533-544.

Καλαντζή - Αζίζι, Α. (2011). *Αυτογνωσία και Αυτοδιαχείριση. Γνωσιακή - συμπεριφοριστική προσέγγιση*. Αθήνα: Πεδίο

Καλαντζή - Αζίζι, Α. & Ζαφειροπούλου, Μ. (2004). *Προσαρμογή στο σχολείο. Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καππάτου, Α. (2007). *Εφηβεία. Συμβουλές σε γονείς για μία αρμονική συμβίωση με τους εφήβους*. Αθήνα: Μοντέρνοι Καιροί

Κολαΐτης, Γ. & Λιακοπούλου, Μ. (2005). Συναισθήματα, εικόνα εαυτού και συμπεριφορά εφήβων σε σχέση με τη λειτουργικότητα της οικογένειας. *Ψυχιατρική*, 16(4), 351-362.

Κουρκούτας, Η. (2001). *Η ψυχολογία του εφήβου: Θεωρητικά ζητήματα και κλινικές περιπτώσεις*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κουρκούτας, Η. (2011). Η «διαμεσολάβηση» ως θεωρητικό και πρακτικό εργαλείο στο χώρο της ειδικής αγωγής και της σχολικής ψυχολογίας: Προτάσεις για ένα ψυχοδυναμικό ψυχοπαιδαγωγικό και ενταξιακό μοντέλο. Στο Θ. Θάνος (Επιστ. Επιμ.), *Επανορθωτική δικαιοσύνη, σχολική διαμεσολάβηση, ποινική συνδιαλλαγή* (σ.σ. 113-139). Αθήνα: Πεδίο

Κουρκούτας, Η. (2017). *Παιδιά με Συναισθηματικές και Συμπεριφορικές Διαταραχές: Κλινικές και Ψυχοπαιδαγωγικές και Παρεμβάσεις στο Σχολείο και την Οικογένεια*. Αθήνα: Τόπος

Kaltiala – Heino, R., Kosunen, E., & Rimpela, M. (2003). Pubertal timing, sexual behavior and self-reported depression in middle adolescence. *Journal of Adolescence*, 26, 531-545.

Kauffman, J. M. (2001). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth* (7th edition). Columbus: Merrill Prentice Hall.

Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 282-297.

Kirkcaldy, B. (2015). *Promoting psychological well-being in children and families*. New York: Palgrave Macmillan

Klasen, F., Otto, C., Kriston, L., Patalay, P., Schlack, R., & Ravens-Sieberer, U. (2015). Risk and protective factors for the development of depressive symptoms in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(6), 695-703.

Kowalenko, N., Rapee, R. M., Simmons, J., Wignall, A., Hoge, R., Whitefield, K., et al. (2005). Short-term effectiveness of a school-based early intervention program for adolescent depression. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, 493-507.

Kring, A. M., Davidson, G. C., Neale, J. M., & Johnson, S.L. (2010). *Ψυχοπαθολογία* (μτφρ. Θ. Καραμπά). Αθήνα: Gutenberg.

Kringlen, E. (1993) Psychiatry towards the year 2000, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 297-301.

Lewis, M. & Rudolph, K. (2014). *Handbook of developmental psychopathology* (3rd ed.). New York: Springer.

Liddle, H. A., Bray, J. H., Levant, R. F. & Santisteban, D. A. (2001). Family psychology intervention science: an emerging area of science and practice. Στο Liddle, H.A., Santisteban, D.A., Levant, R.F. and Bray, J.H. (eds), *Family psychology: science based interventions*, Washington DC: American Psychological Association.

Loo, H., & Loo, P. (2000). *Η κατάθλιψη*. (μτφρ. Ζ. Κόλλια). Αθήνα: Δαίδαλος.

Μιχαλοπούλου, Χ. (2003). *Η εφηβεία ως μεταβατική περίοδος*. ΓΝΑ Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Διαθέσιμο στο www.iatronet.gr/article.asp?art_id=587

Μιχόπουλος, Ι. Μ. & Ζέρβας, Γ. Μ. (2009). Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις της κατάθλιψης. *Ψυχιατρική*, 20 (3), 211–221.

McKay, D. & Storch, E. A. (2011). *Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders*. New York: Springer

Marcia, J. E. (1966). «Development and validation of ego identity status». *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 551-558.

Miller, B. C., & Benson, B. (2014). Romantic and sexual relationship development during adolescence. In W. Furman, B. Brown & C. Feiring (Eds), *The development of romantic relationships in adolescence* (pp. 99-122). Cambridge: Cambridge University Press.

Morris, T. L., & March, J. S. (2004). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (2nd ed). New York: The Guilford Press.

Murriss, P. (2007). *Normal and Abnormal Fear and Anxiety in Children and Adolescents*. Oxford: Elsevier.

Nolen-Hoeksema, S. & Hilt, L. (2009). *Handbook of depression in adolescents* (1st ed.). London: Routledge.

Ogden, T. & Hagen, K., A. (2013). *Adolescent Mental Health: Prevention and Intervention*. London: Routledge.

Ohannessian, C. M., Milan, S., & Vannucci, A. (2017). Gender differences in anxiety trajectories from middle to late adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(4), 826-839.

Ormel, J., Oldenhinkel, A. J., Ferdinand, R. F., Hartman, C. A., De Winter, A. F., Veenstra, R., et al. (2005). Internalizing and externalizing problems in adolescence: General and dimension-specific effects of familial loadings and preadolescent temperament traits. *Psychological Medicine*, 35(12), 1825-1835.

Παπαδημητρίου, Γ. Ν. (2005). Γενετική των συναισθηματικών διαταραχών. *Κοινωνία και Υγεία IV*. Ανακτήθηκε από <http://hdl.handle.net/10442/1688>.

Paul, E., & Eckenrode, J. (2015). Childhood psychological maltreatment subtypes and adolescent depressive symptoms. *Child Abuse and Neglect*, 47, 38-47.

Pinel, J. P. J. (2011). *Βιοψυχολογία*. Καστελλάκης, Α. (επιμ.). Αθήνα: Έλλην.

Porcerelli, J., Thomas, S., Hibbard, S. and Cogan, R. (1998). Defense Mechanisms Development in Children, Adolescents, and Late Adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 71(3), pp.411-420.

Puskar, K., Sereika, S., & Tusaie-Mumford, K. (2003). Effect of the Teaching Kids to Cope (TKC) program on outcomes of depression and coping among rural adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 16(2), 71-80.

Rapee, R. M. (2000). Group treatment of children with anxiety disorders: Outcome and predictors of treatment response. *Australian Journal of Psychology*, 52, 125-129.

Roblek, T., & Piacentini, J. (2005). Cognitive-behavior therapy for childhood anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(4), 863-876.

Rosenblum, G., & Lewis, M. (1999). The Relations among Body Image, Physical Attractiveness, and Body Mass in Adolescence. *Child Development*, 70(1), 50-64.

Seligman, M. E. P., Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K., & Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35(3), 293-311.

Shaffer, D. & Waslick, B. (2002). *The many faces of depression in children and adolescents* (1st ed.). Washington, DC: American Psychiatric Pub.

Sharp, T., & Cowen, P. J. (2011). 5-HT and depression: Is the glass half-full? *Current Opinion in Pharmacology*, 11(1), 45-51.

Sheffield, J. K., Spence, S. H., Rapee, R. M., Kowalenko, N., Wingnall, A., Davis, A. & McLoone, J. (2006). Evaluation of universal, indicated, and combined cognitive-behavioral approaches to the prevention of depression among adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 66-79.

Siegel, J. M., Yancey, A. K., Aneshensel, C. S., & Schuler, R. (1999). Body image, perceived pubertal timing, and adolescent mental health. *Journal of Adolescent Health, 25*(2), 155-165.

Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(1), 105-130.

Spera, C. (2005). A review of the relationship among parenting practices, parenting styles, and adolescent school achievement. *Educational Psychology Review, 17*(2), 125-146.

Stark, K. D., Banneyer, K. N., Wang, L. A., & Arora, P. (2012). Child and adolescent depression in the family. *Couple and Family Psychology. Research and Practice, 1*(3), 161-184.

Stuart, S., & Robertson, M. (2003). *Interpersonal Psychotherapy: A Clinician's Guide*. London: Hodder Education.

Suicide Statistics. (2015, χ.η). Ανακτήθηκε από <https://afsp.org/about-suicide/suicide-statistics/>

Τσιαντής, Ι. (1992). *Κατάθλιψη και απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία*. Αθήνα: Καστανιώτη.

Τσίτσικα, Α. (2011). *Εφηβεία: η ηλικία των μεταβολών και των δυνατοτήτων*. Αθήνα: Πασχαλίδης.

Vander, A., Sherman, J., & Luciano, D. (2001). *Φυσιολογία του Ανθρώπου: Μηχανισμοί της Λειτουργίας του οργανισμού I και II*. Γελαδάς, Ν., & Τσακόπουλος. (επιμ.). Αθήνα: Πασχαλίδης.

Wachtel, E. (2004). *Treating troubled children and their families*. New York: Guilford Press.

Waszczuk, M. A., Zavos, H. M. S., Gregory, A. M., & Eley, T. C. (2016). The stability and change of etiological influences on depression, anxiety symptoms and their co-occurrence across adolescence and young adulthood. *Psychological Medicine, 46*(1), 161-175.

Weersing, V. R., Jeffreys, M., Do, M. - T., Schwartz, K. T. G., & Bolano, C. (2017). Evidence base update of psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 46*(1), 11-43.

Weissman, A. S., Antinoro, D., & Chu, B.C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety in school setting: Advantages and challenges. In M. Mayer, R. Van Acker, J. E. Lochman, & F. M. Gresham (Eds.), *Cognitive behavioral interventions for students with emotional/behavioral disorders* (pp. 173-203). NY: Guilford.

Weist, M. D., Lever, N. A., Bradshaw, C. P., & Owens, J. S. (2014). *Handbook of School Mental Health. Research, Training, Practice and Policy* (2nd ed.). New York: Springer.

Weisz, J. R., Southam-Gerow, M. A., Gordis, E. B., Connor-Smith, J. K., Chu, B. C., Langer, D. A., et al. (2009). Cognitive-behavioral therapy versus usual clinical care for youth depression: An initial test of transportability to community clinics and clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(3), 383-396.

Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A. L., Newby, J. M., & Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 51*, 30-47.

Χατζηχρήστου, Χ. Γ. (2011). *Σχολική Ψυχολογία*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Χουρδάκης, Ε. (1995). *Οικογενειακή Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.