

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ:

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΛΕΚΤΙΚΗΣ

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

της

Χριστίνας Π. Τσιλιγγίρη

Διδακτορική διατριβή που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα για την απόκτηση του

διδακτορικού τίτλου του Τμήματος Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής του

Πανεπιστημίου Μακεδονίας

Θεσσαλονίκη 2019

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:

Γρηγόρης Σίμος, Καθηγητής (Επιβλέπων)

Μαρία Πλατσίδου, Καθηγήτρια

Νικόλαος Ζηλίκης, Καθηγητής

Το έργο συγχρηματοδοτείται από την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση», στο πλαίσιο της Πράξης «Πρόγραμμα Χορήγησης Υποτροφιών για Μεταπτυχιακές Σπουδές Δευτέρου Κύκλου Σπουδών» (MIS-5003404), που υλοποιεί το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών (ΙΚΥ).



ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Γρηγόρης Σίμος, Καθηγητής, Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
2. Μαρία Πλατσίδου, Καθηγήτρια, Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
3. Νικόλαος Ζηλίκης, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
4. Κολαΐτης Γεράσιμος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών – ΕΚΠΑ
5. Ασπασία Σερντάρη, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
6. Βασιλική Γιαννούλη, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
7. Κωνσταντίνος Ζαφειρόπουλος, Καθηγητής, Τμήμα Διεθνών και Ευρωπαϊκών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Η παρούσα διδακτορική διατριβή και τα λοιπά αποτελέσματα αυτής αποτελούν συνιδιοκτησία του Πανεπιστημίου Μακεδονίας και της φοιτήτριας, ο καθένας από τους οποίους έχει το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης και αναπαραγωγής τους (στο σύνολο τους ή τμηματικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, σε κάθε περίπτωση αναφέροντας τον τίτλο, τον συγγραφέα και το Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, όπου εκπονήθηκε η διδακτορική διατριβή, καθώς και τον Επιβλέποντα Καθηγητή και την Επιτροπή Αξιολόγησης.

.....
Χριστίνα Τσιλιγγίρη
(υπογραφή)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διατριβή εκπονήθηκε στο Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Μακεδονίας και θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους όσους συνέβαλλαν στην ολοκλήρωσή της.

Θερμές ευχαριστίες στον επιβλέποντα Καθηγητή της διατριβής Γρηγόρη Σίμο, όπως επίσης και στους συνεπιβλέποντες την Καθηγήτρια Μαρία Πλατσίδου και τον Καθηγητή Νικόλαο Ζηλίκη, για την αμέριστη υποστήριξή τους και την πολύτιμη καθοδήγηση που μου προσέφεραν καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διατριβής.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλα τα μέλη της επταμελούς επιτροπής για τις πολύτιμες συμβουλές και την υποστήριξή τους. Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή Γεράσιμο Κολαΐτη για την σημαντική βοήθειά του στα αρχικά στάδια της μελέτης, χωρίς την οποία η μελέτη δεν θα μπορούσε να προχωρήσει, καθώς επίσης και το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών για την στήριξη και την τιμή που μου έκανε να με συμπεριλάβει στις υποτρόφους του.

Επιπρόσθετα, θα ήθελα να εκφράσω την ειλικρινή ευγνωμοσύνη μου σε όλα τα παιδιά που συμμετείχαν στην μελέτη και ιδιαίτερα στα παιδιά που συμμετείχαν στις ομάδες της Έρευνας 2. Αποτέλεσαν για εμένα τη βασική κινητήρια δύναμη για την ολοκλήρωση της διατριβής και η γνωριμία μαζί τους ήταν τιμή.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την οικογένειά μου για την υποστήριξη και την αγάπη τους και να αφιερώσω με πολλή αγάπη τη διατριβή σε αυτούς και στον γιο μου, Ορφέα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί μια από τις συχνότερα εμφανιζόμενες ασθένειες στον γενικό πληθυσμό και μια από τις βασικές αιτίες αναπηρίας και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Η δραματική αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην εφηβική ηλικία, η επικινδυνότητα της πρόωμης έναρξης της κατάθλιψης και οι επιπτώσεις της διαταραχής σε διάφορους τομείς της λειτουργικότητας των εφήβων έχουν στρέψει το ερευνητικό ενδιαφέρον στη διερεύνηση μεταβλητών που σχετίζονται με την αναφορά καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά και στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης της κατάθλιψης στους εφήβους. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία στους εφήβους και η σύγκριση δυο διαφορετικών προγραμμάτων πρόληψης της κατάθλιψης, μεταξύ τους αλλά και με μια ομάδα ελέγχου σε ένα δείγμα εφήβων «υψηλού κινδύνου». Για το σκοπό αυτό η μελέτη χωρίστηκε σε δυο επιμέρους έρευνες.

Στην πρώτη έρευνα (Έρευνα 1) στόχος ήταν η διερεύνηση των επιπέδων της κατάθλιψης στον γενικό πληθυσμό των εφήβων, καθώς επίσης και η διερεύνηση των επιπέδων σχετιζόμενων με την κατάθλιψη μεταβλητών όπως του δεσμού, της ανησυχίας, του κοινωνικού άγχους και της ανοχής στη δυσφορία. Συγκεκριμένα οι στόχοι της Έρευνας 1 ήταν (α) η διερεύνηση των επιπέδων των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στο γενικό πληθυσμό των εφήβων, (β) η διερεύνηση της επίδρασης του φύλου στις μεταβλητές της μελέτης, (γ) η επίδραση του τύπου του δεσμού με τους συνομηλίκους (ασφαλής/ανασφαλής) στα καταθλιπτικά συμπτώματα, (δ) η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ όλων των μεταβλητών της μελέτης, (ε) η διερεύνηση του διαμεσολαβητικού ρόλου του κοινωνικού άγχους, στη σχέση ανάμεσα στον δεσμό με την μητέρα, την ανησυχία και την ανοχή στη δυσφορία με τη κατάθλιψη. Στην Έρευνα 1 συμμετείχαν 1015 έφηβοι, ηλικίας 14 έως 16 ετών. Τα εργαλεία που

χρησιμοποιήθηκαν ήταν: η Κλίμακα Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης (Children's Depression Inventory- CDI, Kovacs, 1992), η Κλίμακα Kutcher για την Εφηβική Κατάθλιψη με έξι ερωτήματα (Kutcher Adolescent Depression Scale, 6-item version- KADS-6, LeBlank et al., 2002), οι Κλίμακες Αξιολόγησης του Δεσμού με τη Μητέρα και τον Πατέρα, από την Κλίμακα Αξιολόγησης του Δεσμού με Γονείς και Συνομηλίκους (Inventory of Parent and Peer Attachment IPPA-45, Wilkinson & Goh, 2014), το Ερωτηματολόγιο Δεσμού για Παιδιά (Attachment Questionnaire for Children- AC-Q, Muris et al., 2000), η Κλίμακα Ανοχής στη Δυσφορία (Distress Tolerance Scale -DTS, Simons & Gaher, 2005), η σύντομη εκδοχή του Ερωτηματολογίου Ανησυχίας Penn State (Penn State Worry Questionnaire- PSWQ, the brief version, Topper et al., 2014) και η Κλίμακα Άγχους Κοινωνικής Διαντίδρασης και Κλίμακα Κοινωνικής Φοβίας (Social Interaction Anxiety Scale and Social Phobia Scale – SIAS-6-SPS-6, Peters, et al., 2012). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι από τους εφήβους του δείγματος της μελέτης, ένα ποσοστό γύρω στο 30% ανέφερε υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα. Τα κορίτσια του δείγματος εμφάνισαν μεγαλύτερη επιβάρυνση σχεδόν στο σύνολο των υπό μελέτη μεταβλητών. Το σύνολο των μεταβλητών εμφάνισε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με την κατάθλιψη. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι ο ασφαλής δεσμός με τους γονείς και με τους συνομηλίκους και η ανοχή στη δυσφορία παρουσιάζουν αρνητική συσχέτιση με τα συμπτώματα της κατάθλιψης και από την άλλη μεριά, το κοινωνικό άγχος και η ανησυχία θετική. Επιπρόσθετα, το κοινωνικό άγχος φάνηκε ότι διαμεσολαβεί μερικώς τη σχέση ανάμεσα στον δεσμό με τη μητέρα, την ανησυχία και την ανοχή στη δυσφορία με την κατάθλιψη, μειώνοντας την επίδρασή τους στα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Στη δεύτερα έρευνα (Έρευνα 2) στόχος ήταν η σύγκριση ανάμεσα σε ένα πρόγραμμα Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας (ΓΣΘ ομάδα) και ένα πρόγραμμα

που βασίστηκε σε δεξιότητες της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας (ΔΣΘ ομάδα) με στόχο την πρόληψη της κατάθλιψης και την αντιμετώπιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε εφήβους υψηλού κινδύνου. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν επίσης οι μεταβλητές της ανησυχίας, της ανοχής στη δυσφορία και του κοινωνικό άγχους. Οι έφηβοι με υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία που εντοπίστηκαν μέσα από την Έρευνα 1, συμμετείχαν σε μια διαγνωστική συνέντευξη με τη χρήση της Ημιδομημένης Διαγνωστικής Συνέντευξης Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (K-SADS-PL, Kaufmann et al., 1997). Οι έφηβοι που πληρούσαν τα κριτήρια για τη διαταραχή της κατάθλιψης ή της δυσθυμίας ή άλλης ψυχιατρικής διαταραχής παραπέμφθηκαν σε αρμόδιους δημόσιους φορείς για την καταλληλότερη κάλυψη των αναγκών τους. Οι έφηβοι που δεν έλαβαν κάποια διάγνωση αποτέλεσαν τους συμμετέχοντες της Έρευνας 2. Στόχοι της Έρευνας 2 ήταν: (α) η διερεύνηση των πιθανών προστατευτικών αποτελεσμάτων της συμμετοχής στις δυο πειραματικές ομάδες, έναντι της συμμετοχής στην ομάδα ελέγχου (με βάση τα αποτελέσματα των μεταβλητών της έρευνας: κατάθλιψη, ανησυχία, ανοχή στη δυσφορία και κοινωνικό άγχος) (β) η διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ των δυο πειραματικών ομάδων και (γ) η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των δυο προγραμμάτων παρέμβασης στην πρόληψη του πρώτου επεισοδίου της κατάθλιψης. Στην Έρευνα 2 συμμετείχαν 113 έφηβοι, οι οποίοι είχαν υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά δεν πληρούσαν τα κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης ή άλλης ψυχιατρικής διαταραχής, οι οποίοι κατανεμήθηκαν τυχαία στις τρεις ομάδες της μελέτης: Πειραματική ομάδα 1 (ΓΣΘ ομάδα), Πειραματική Ομάδα 2 (ΔΣΘ ομάδα) και Ομάδα Ελέγχου. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: η Κλίμακα Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης-CDI (Kovacs,1992), η Κλίμακα Kutcher για την Εφηβική Κατάθλιψη- KADS-6 (LeBlank et al., 2002), η Κλίμακα Ανοχής στη Δυσφορία -DTS

(Simons & Gaher, 2005), και η σύντομη εκδοχή του Ερωτηματολογίου Ανησυχίας Penn State – PSWQ (Topper et al., 2014). Μετρήσεις έγιναν πριν την έναρξη της παρέμβασης, στη λήξη, καθώς και τρεις και έξι μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης. Στους έξι μήνες μετά τη λήξη των παρεμβάσεων έλαβε χώρα η επαναληπτική διαγνωστική συνέντευξη με τη χρήση της Ημιδομημένης Διαγνωστικής Συνέντευξης Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (K-SADS-PL, Kaufmann et al., 1997). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και οι δυο ομάδες παρέμβασης εμφάνισαν εξίσου καλά αποτελέσματα, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, στους 3 και στους 6 μήνες μετά τη λήξη των παρεμβάσεων. Η ΔΣΘ ομάδα ήταν η μόνη η οποία εμφάνισε μείωση στα καταθλιπτικά συμπτώματα, την ανησυχία και βελτίωση στην ανοχή στη δυσφορία, συγκρινόμενη με την ομάδα ελέγχου, στη λήξη της παρέμβασης. Η ΔΣΘ ομάδα επίσης, εμφάνισε καλύτερα αποτελέσματα αναφορικά με τα επίπεδα ανοχής στη δυσφορία συγκριτικά και με τη ΓΣΘ Ομάδα και με την Ομάδα Ελέγχου. Τέλος, στην επαναληπτική διαγνωστική συνέντευξη με τη χρήση του εργαλείου K-SADS-PL, 9 έφηβοι έλαβαν τη διάγνωση της κατάθλιψης. Συγκεκριμένα έξι μήνες μετά τη λήξη των παρεμβάσεων, από την Ομάδα Ελέγχου 6 άτομα πληρούσαν τα κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης, ενώ ο αντίστοιχος αριθμός στις Πειραματικές Ομάδες ήταν 1 άτομο από την ΓΣΘ Ομάδα και 2 άτομα από την ΔΣΘ Ομάδα.

Λέξεις Κλειδιά: κατάθλιψη, πρόληψη, εφηβεία, γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία

ABSTRACT

Depression is one of the most common mental illnesses in the general population and one of the main causes of disability and psychosocial difficulties. The dramatic increase in depressive symptoms during adolescence, the risk of the early manifestation and the consequences that depression has in various areas of adolescent's functioning have guided research to the investigation of depression related variables and also to the application of prevention intervention programs. The main purpose of the present study was the investigation of the variables related to depressive symptomatology in adolescents and the comparison between two different prevention of depression programs with each other and with a control group, in high risk adolescents. For this purpose, the study consists of two studies.

The purpose of the first study (Study 1) was the investigation of depression levels in the general population of adolescents, as well as the investigation of the depression related variables such as attachment, worry, social anxiety and distress tolerance. More specifically, the aims of the study were (a) the investigation of depression levels in adolescents, (b) the investigation of gender differences in the study variables, (c) the investigation of peer attachment differences (secure/insecure) in relation to depressive symptoms, (d) the correlations between the study variables, (e) the investigation of the mediation role of social anxiety in the relationship between attachment to mother, worry and distress tolerance with depression. In Study 1 participated 1015 adolescents, ages from 14 to 16 years old. The measures used were: the Children's Depression Inventory- CDI (Kovacs, 1992), the 6-Item Kutcher Adolescent Depression Scale- KADS-6 (Le Blank et al., 2002), the Inventory of Parent and Peer Attachment -IPPA-45 (Wilkinson & Goh, 2014), only the mother-father section, the Attachment Questionnaire for Children- AC-Q (Muris et al., 2000), the

Distress Tolerance Scale – DTS (Simons & Gaher, 2005), the brief version of the Penn State Worry Questionnaire- PSWQ (Topper et al., 2014), and the Social Interaction Anxiety Scale and Social Phobia Scale – SIAS-6-SPS-6 (Peters et al., 2012). The results showed that 30% of the adolescents who participated in the study reported high depressive symptomatology. In almost every study variable, girls reported worse symptoms. Statistically significant correlations were found between all the study variables. Specifically secure attachment with both parents and peers, and distress tolerance were negatively related with symptoms of depression and social anxiety and worry were positively correlated with depression. Social anxiety mediated the relationship between mother attachment, worry and distress tolerance with depression, diminishing their influence.

In the second study (Study 2) the aim was the comparison between two prevention of depression programs, a Cognitive Behavioral Program (CBT group) and a skills training program based on Dialectical Behavioral Therapy (DBT skills group) in adolescents with elevated depressive symptomatology. Worry, distress tolerance and social anxiety variables were also included in the study. All adolescents with elevated symptoms of depression participated in a diagnostic interview with the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School aged Children (Kaufmann et al., 1997), prior to their inclusion in the study. Adolescents who reached the criteria for the diagnosis of depression, dysthymia or any other psychiatric illness were excluded from the study and referred for suitable treatment. The rest were randomly assigned to the three groups of Study 2, namely Prevention group 1 (CBT group), Prevention group 2 (DBT skills group) and the Control group. The aims of the Study 2 were: (α) the investigation of possible protective effects due to the participation in the two active treatment groups (based on the outcomes of depression, worry, distress

tolerance, social anxiety), (b) the investigation of the differences in outcomes between the two active treatment groups and the control group and (c) the investigation of the effectiveness of the two treatment groups in the prevention of the first depression episode. In Study 2 participated 113 adolescents, who reported elevated depressive symptomatology but didn't reach the criteria for the diagnosis of depression, dysthymia or any other psychiatric illness. The measures used were: the Children's Depression Inventory- CDI (Kovacs, 1992), the 6-Item Kutcher Adolescent Depression Scale- KADS-6 (Le Blank et al., 2002), the Distress Tolerance Scale – DTS (Simons & Gaher, 2005), the brief version of the Penn State Worry Questionnaire- PSWQ (Topper et al., 2014), and the Social Interaction Anxiety Scale and Social Phobia Scale – SIAS-6-SPS-6 (Peters et al., 2012). Measures were taken prior to the interventions, at the end of the interventions and 3 and 6 months after the end of the intervention. At the last measurement, 6 months after the end of the interventions the diagnostical interview (K-SADS-PL) was once more conducted. Results showed that both intervention groups had good results compared to the control group at 3 and 6 months after the end of the interventions. Only the DBT skills group reduced depressive symptoms, lower worry and increased distress tolerance at the end of the intervention. The DBT skills group also showed better results in distress tolerance compared to both the control group and the CBT group at all times of measurement. At the last diagnostical interview with K-SADS-PL, 9 adolescents reached the criteria for the diagnosis of depression. 6 of them were adolescents from the control group, who didn't participate in any treatment whereas 2 adolescents from the DBT group and only 1 from the CBT group was diagnosed with depression six months after the end of the intervention.

Keywords: depression, prevention, adolescence, cognitive behavioral therapy,
dialectical behavioral therapy

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	1
1.1 Η κατάθλιψη ως κλινικός όρος.....	1
1.2 Η διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής και της Δυσθυμίας (DSM)	3
1.2.1 Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή- ΜΚΔ.....	3
1.2.2. Δυσθυμική Διαταραχή.....	4
1.3. Αιτιολογία καταθλιπτικών διαταραχών	5
1.3.1. Γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες.....	6
1.3.2. Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	7
1.3.3. Ψυχολογικές θεωρίες.....	8
1.4. Επιδημιολογικά δεδομένα για την κατάθλιψη	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	13
2. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ.....	13
2.1. Το αναπτυξιακό στάδιο της εφηβείας	13
2.2. Η κατάθλιψη στην εφηβεία	13
2.3. Θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης των εφήβων	15
2.3.1. Φαρμακευτική Αγωγή	15
2.3.2. Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία	16
2.3.3. Διαπροσωπική Θεραπεία	17
2.3.4. Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία	18
2.4. Ερευνητικά δεδομένα για την θεραπεία της κατάθλιψης στους εφήβους.....	19
2.5. Η υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία στους εφήβους.....	20

2.6. Παράγοντες που σχετίζονται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα και την κατάθλιψη στην εφηβεία	21
2.6.1 Δεσμός (attachment) και κατάθλιψη στην εφηβεία.....	22
2.6.2 Άγχος και κατάθλιψη στην εφηβεία	26
2.6.3. Ανοχή στη δυσφορία και κατάθλιψη	32
2.7. Η σχέση του κοινωνικού άγχους με τον τύπου δεσμού με τη μητέρα, την ανησυχία και την ανοχή στη δυσφορία	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	38
3. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	38
3.1. Προγράμματα Πρόληψης της Κατάθλιψης στους Εφήβους.....	38
3.1.1. Coping with Stress (CWS) Course	39
3.1.2. Penn Resiliency Program (PRP)	42
3.1.3 Resourceful Adolescent Program	46
3.1.4. Adolescents Coping with Emotions (ACE)	47
3.1.5 Leichtigkeit im sozialen Alltag LISA-T	48
3.1.6. Problem Solving for Life (PSFL).....	50
3.1.7. Blues Group	51
3.1.8. FRIENDS	53
3.1.9. Positive Thoughts and Action Program (PTA).....	54
3.1.10. Mind and Health Program.....	55
3.1.11. Προγράμματα Πρόληψης Διαπροσωπικής Θεραπείας	57

3.2. Συμπεράσματα από την εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης της κατάθλιψης στους εφήβους.....	58
Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΜΕΛΕΤΗ.....	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	66
4. Έρευνα 1	66
4.1 Στόχοι και υποθέσεις της Έρευνας 1	66
4.2. Δείγμα.....	68
4.3. Εργαλεία Μέτρησης	71
4.3.1 Αξιολόγηση των Συμπτωμάτων της Κατάθλιψης.....	71
4.3.2. Κλίμακα αξιολόγησης του δεσμού με τους γονείς (Inventory of Parent and Peer Attachment -IPPA-45).....	74
4.3.3. Ερωτηματολόγιο Δεσμού για Παιδιά (Attachment Questionnaire for Children- AC-Q)	76
4.3.4 Κλίμακα Ανοχής στη Δυσφορία (Distress Tolerance Scale- DTS)	76
4.3.5. Ερωτηματολόγιο Ανησυχίας Penn State (Penn State Worry Questionnaire PSWQ- brief version)	77
4.3.6. Κλίμακα Άγχους Κοινωνικής Διαντίδρασης και Κλίμακα Κοινωνικής Φοβίας (Social Interaction Anxiety Scale και Social Phobia Scale - SIAS-6–SPS-6).....	78
4.4. Διαδικασία.....	79
4.4.1. Άδεια χρήσης και μετάφραση των ερευνητικών εργαλείων	79
4.4.2 Άδεια διεξαγωγής της έρευνας	79
4.4.3. Προσέλκυση συμμετεχόντων	80
4.4.4. Συμπλήρωση των ερωτηματολογίων της έρευνας	81

4.5 Στατιστική ανάλυση.....	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	85
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ 1	85
5.1. Διερεύνηση της δομής και της αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων της μελέτης	85
5.1.1. Κλίμακας Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης (<i>Children’s Depression Inventory -CDI</i>).....	85
5.1.2 Κλίμακα Kutcher για την Εφηβική Κατάθλιψη (<i>Kutcher Adolescent’s Depression Scale - KADS-6</i>).....	89
5.1.3 Κλίμακα αξιολόγησης του δεσμού με τη μητέρα (<i>Inventory of Parent and Peer Attachment -IPPA-45</i>).....	91
5.1.4 Κλίμακα αξιολόγησης του δεσμού με τον πατέρα (<i>Inventory of Parent and Peer Attachment -IPPA-45</i>).....	94
5.1.5 Κλίμακα Άγχους Κοινωνικής Διαντίδρασης και Κλίμακα Κοινωνικής Φοβίας (<i>Social Interaction Anxiety Scale και Social Phobia Scale - SIAS-6–SPS-6</i>).....	98
5.1.6 Κλίμακα Ανοχής στη Δυσφορία (<i>Distress Tolerance Scale- DTS</i>).....	100
5.1.7 Ερωτηματολόγιο Ανησυχίας Penn State (<i>Penn State Worry Questionnaire PSWQ- brief version</i>)	103
5.2. Διερεύνηση των επιπέδων των μεταβλητών της μελέτης.....	105
5.3. Διερεύνηση των διαφορών ως προς το φύλο στα συμπτώματα της κατάθλιψης και στις υπόλοιπες μεταβλητές της έρευνας	107
5.4. Διερεύνηση της σχέσης του τύπου του δεσμού με τους συνομηλικούς (ασφαλής- ανασφαλής) με τα συμπτώματα της κατάθλιψης	109
5.5 Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών της μελέτης.....	111

5.6. Η διερεύνηση του διαμεσολαβητικού ρόλου της μεταβλητής του κοινωνικού άγχους στη σχέση ανάμεσα στην ανησυχία, στον ασφαλή δεσμό με τη μητέρα και στην ανοχή στη δυσφορία με την κατάθλιψη	113
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	119
6.ΣΥΖΗΤΗΣΗ	119
6.1 Αξιολόγηση των επιπέδων των μεταβλητών της μελέτης και της επίδρασης του φύλου	119
6.2 Διαφορές φύλου στα επίπεδα των μεταβλητών της μελέτης	120
6.3 Η σχέση του τύπου δεσμού με τους συνομηλίκους με τη κατάθλιψη	123
6.4 Συσχετίσεις ανάμεσα στις μεταβλητές της μελέτης	124
6.5. Η σχέση ανάμεσα στην ανησυχία, την ανοχή στη δυσφορία και τον δεσμό με τη μητέρα και ο διαμεσολαβητικό ρόλος του κοινωνικού άγχους	125
6.6 Από την Έρευνα 1 στην Έρευνα 2	127
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	129
7. Έρευνα 2	129
7.1 Στόχοι και υποθέσεις της Έρευνας 2	133
7.2 Δείγμα.....	135
7.3 Εργαλεία μέτρησης	139
7.3.1. Διαγνωστική Συνέντευξη για τις Διαταραχές Συναισθήματος και τη Σχιζοφρένεια σε Παιδιά Σχολικής Ηλικίας, Μορφή για το Παρόν και Όλη τη Διάρκεια της Ζωής (Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School age Children, Present and Lifetime Version- K-SADS-PL).....	139
7.3.2. Κλίμακες Κατάθλιψης:	140

7.3.3. Κλίμακα Ανοχής στη Δυσφορία (Distress Tolerance Scale- DTS)	143
7.3.4. Ερωτηματολόγιο Ανησυχίας Penn State (Penn State Worry Questionnaire PSWQ- brief version)	144
7.3.5. Κλίμακα Άγχους Κοινωνικής Διαντίδρασης και Κλίμακα Κοινωνικής Φοβίας (Social Interaction Anxiety Scale και Social Phobia Scale - SIAS-6–SPS-6)	144
7.3.6. Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης του Προγράμματος.....	145
7.4 Διαδικασία.....	146
7.5. Παρεμβάσεις	148
7.5.1. Πειραματική Ομάδα 1: Γνωστική Συμπεριφορική Παρέμβαση (ΓΣΘ Ομάδα)	148
7.5.2. Πειραματική Ομάδα 2: Παρέμβαση Εκπαίδευσης σε Δεξιότητες της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας.....	149
7.5.3. Ομάδα ελέγχου	153
7.6. Ανάλυση Δεδομένων.....	153
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	154
8. Αποτελέσματα Έρευνας 2	154
8.1. Τα επίπεδα της κατάθλιψης, του κοινωνικού άγχους, της ανοχής στη δυσφορία και της ανησυχίας, στο σύνολο του δείγματος, πριν την έναρξη της παρέμβασης	154
8.2. Διερεύνηση διαφορών στα επίπεδα των μεταβλητών πριν την έναρξη της παρέμβασης (Time 1).....	155
8.3. Διερεύνηση διαφορών στα επίπεδα των μεταβλητών στη λήξη της παρέμβασης (Time 2).....	155
8.4. Διερεύνηση διαφορών στα επίπεδα των μεταβλητών στους τρεις μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης (Time 3).....	159

8.5. Διερεύνηση διαφορών στα επίπεδα των μεταβλητών στους έξι μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης (Time 4).....	161
8.6. Η διάγνωση της κατάθλιψης στην επαναληπτική διαγνωστική συνέντευξη	164
8.7. Συμμετοχή και ενδιαφέρον για τα προγράμματα παρέμβασης.....	164
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9	166
9. Συζήτηση Έρευνας 2	166
9.1. Σύγκριση μεταξύ των ομάδων (ΓΣΘ – ΔΣΘ- Ομάδα Ελέγχου) στην έναρξη της Έρευνας 2.....	166
9.2. Σύγκριση ανάμεσα στις δυο Πειραματικές Ομάδες (ΓΣΘ -ΔΣΘ) και την Ομάδα Ελέγχου στη λήξη των παρεμβάσεων και στις επαναληπτικές μετρήσεις	166
9.3. Συγκρίσεις ανάμεσα στις δυο Πειραματικές Ομάδες (ΓΣΘ Ομάδα και ΔΣΘ Ομάδα)	170
9.4. Επαναληπτικές διαγνωστικές συνεντεύξεις και η πρόληψη της κατάθλιψης.....	171
9.5. Γενικά συμπεράσματα της Έρευνας 2.....	172
9.2 Αξιολόγηση της συμμετοχής του ενδιαφέροντος και της κατανόησης των θεματικών των παρεμβάσεων.....	173
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10	174
10. Σχόλια για την Έρευνα 1 και 2	174
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11	177
11. Περιορισμοί και προτάσεις.....	177
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	179
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	213
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	219

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Πίνακας 1. 1 Κριτήρια κατά DSM-5 για το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο	4
Γράφημα 1.1 Σχεδιασμός της παρούσας μελέτης (Έρευνα 1 και Έρευνα 2).....	65
Πίνακας 4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της Έρευνας 1 (N=1015).....	70
Πίνακας 5. 1 Ανάλυση κυρίων συνιστωσών της κλίμακας CDI.....	86
Πίνακας 5.2 Επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων πρώτης τάξης της κλίμακας CDI.....	88
Πίνακας 5.3 Επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων δεύτερης τάξης της κλίμακας CDI.....	89
Πίνακας 5.4 Ανάλυση κυρίων συνιστωσών της κλίμακας KADS-6.....	90
Πίνακας 5.5 Επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων της κλίμακας KADS-6.....	91
Πίνακας 5.6 Ανάλυση κυρίων συνιστωσών της κλίμακας IPPA-45 (μητέρα).....	92
Πίνακας 5.7 Επιβεβαιωτική ανάλυση της κλίμακας IPPA-45 (μητέρα).....	94
Πίνακας 5.8 Ανάλυση κυρίων συνιστωσών της κλίμακας IPPA-45 (πατέρας).....	95
Πίνακας 5.9 Επιβεβαιωτική ανάλυση της κλίμακας IPPA-45 (πατέρας).....	97
Πίνακας 5. 10 Ανάλυση κυρίων συνιστωσών της κλίμακας SIAS-6–SPS-6	99
Πίνακας 5. 11 Επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων της κλίμακας SIAS-6–SPS-6.	100
Πίνακας 5. 12 Ανάλυση κυρίων συνιστωσών της κλίμακας DTS.....	101
Πίνακας 5. 13 Επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων της κλίμακας DTS	103

Πίνακας 5. 14 Ανάλυση κυρίων συνιστωσών του ερωτηματολογίου PSWQ.....	10
4	
Πίνακας 5. 15 Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων του ερωτηματολογίου PSWQ	105
Πίνακας 5. 16 Δείγμα (N), Μέσοι Όροι (M.O), Τυπικές Αποκλίσεις (T.A), Διάμεσοι (Δμ) και Εύρος τιμών (χαμηλότερη -υψηλότερη τιμή) των μεταβλητών της Έρευνας 1	106
Πίνακας 5. 17 Ποσοστά υψηλής και χαμηλής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με βάση τις κλίμακες της κατάθλιψης CDI και KADS-6.....	107
Πίνακας 5. 18 Έλεγχοι Mann-Whitney U για την επίδραση του φύλου στα επίπεδα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, του δεσμού με τη μητέρα και τον πατέρα, του κοινωνικού άγχους, της ανησυχίας και της ανοχής στη δυσφορία.....	109
Πίνακας 5. 19 Έλεγχοι Mann-Whitney U για την επίδραση του τύπου δεσμού με τους συνομηλίκους στα επίπεδα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης	111
Πίνακας 5. 20 Συντελεστές συσχέτισης Spearman (r_s) μεταξύ των μεταβλητών της κατάθλιψης, του δεσμού με τους δυο γονείς, του κοινωνικού άγχους, της ανοχής στη δυσφορία και της ανησυχίας στο σύνολο του δείγματος (N= 1015).....	113
Πίνακας 5. 21 Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την κατάθλιψη και ανεξάρτητες την ανησυχία, τον δεσμό με τη μητέρα και την ανοχή στη δυσφορία.....	115
Πίνακας 5. 22 Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το κοινωνικό άγχος και ανεξάρτητες την ανησυχία, τον δεσμό με τη μητέρα και την ανοχή στη δυσφορία	116

Πίνακας 5. 23 Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την κατάθλιψη και ανεξάρτητη το κοινωνικό άγχος.....	117
Πίνακας 5. 24 Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την κατάθλιψη και ανεξάρτητες την ανησυχία, τον δεσμό με τη μητέρα και την ανοχή στη δυσφορία.....	118
Γράφημα 7.1 Γραφική αναπαράσταση του σχεδιασμού της Έρευνας 2.....	137
Πίνακας 7.1 Δημογραφικά στοιχεία για τους συμμετέχοντες στην Έρευνα 2.....	138
Πίνακας 7.2 Θεματικές της Πειραματικής Ομάδας 1:Ομάδα Γνωστικού Συμπεριφορικού Προγράμματος.....	149
Πίνακας 7.3 Θεματικές της Πειραματικής Ομάδας 2: Ομάδα Προγράμματος Εκπαίδευσης σε Δεξιότητες της Διαλεκτικής και Συμπεριφορικής Θεραπείας (Ανοχή στη Δυσφορία και Διαπροσωπική Αποτελεσματικότητα).....	152
Πίνακας 8. 1 Δείγμα (N), Μέσοι Όροι (M.O), Τυπικές Αποκλίσεις (T.A) και Διάμεσοι (Δμ) των Μεταβλητών της Έρευνας.....	155
Πίνακας 8. 2 Μέσοι όροι (M.O.), τυπικές αποκλίσεις (T.A.), και διάμεσοι (Δμ) για τις τρεις ομάδες της Έρευνας στην έναρξη των προγραμμάτων πρόληψης (Time 1)	158
Πίνακας 8. 3 Μέσοι όροι (M.O.), τυπικές αποκλίσεις (T.A.), και διάμεσοι (Δμ) για τις τρεις ομάδες της Έρευνας στη λήξη των προγραμμάτων πρόληψης (Time 2).....	158

Πίνακας 8. 4 Μέσοι όροι (Μ.Ο.), τυπικές αποκλίσεις (Τ.Α.), και διάμεσοι (Δμ) για τις τρεις ομάδες της Έρευνας, τρεις μήνες μετά τη λήξη των προγραμμάτων πρόληψης (Time 3)	163
Πίνακας 8. 5 Μέσοι όροι (Μ.Ο.), τυπικές αποκλίσεις (Τ.Α.), και διάμεσοι (Δμ) για τις τρεις ομάδες της Έρευνας έξι μήνες μετά τη λήξη των προγραμμάτων πρόληψης (Time 4)	163

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1.1 Η κατάθλιψη ως κλινικός όρος

Η έννοια της κατάθλιψης χρησιμοποιείται συχνά στην καθημερινή γλώσσα, για να υποδηλώσει μια αρνητική συναισθηματική κατάσταση, συναισθήματα λύπης, παραίτησης και απελπισίας. Η κλινική κατάθλιψη, όπως και κάθε ψυχική διαταραχή, χαρακτηρίζεται από ανομοιογένεια (Kaltenboeck & Harmer, 2018). Η κλινική της εικόνα επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, χαρακτηρίζεται από διαφορετικούς συνδυασμούς συμπτωμάτων και αποτελείται από διάφορους υπο-τύπους (Fried & Nesse, 2015). Η λυπημένη διάθεση αποτελεί ένα από τα βασικά συμπτώματα της κλινικής κατάθλιψης, ωστόσο μπορεί να απουσιάζει και παρόλα αυτά να πληρούνται τα κριτήρια για την διάγνωση της κατάθλιψης (Mouchet- Mages & Bayle, 2008). Η ένταση των συμπτωμάτων, η παρατεταμένη διάρκεια και οι επιπτώσεις στη λειτουργικότητα του ατόμου, διαφοροποιούν την κλινικά σημαντική καταθλιπτική διάθεση, η οποία χρήζει θεραπείας, από το παροδικό καταθλιπτικό συναίσθημα, που αποτελεί κοινή εμπειρία για όλους τους ανθρώπους (Stefanis & Stefanis, 2002).

Η συστηματική μελέτη της κατάθλιψης, ως κλινικού όρου, θα μπορούσαμε να πούμε ότι ξεκινά στα τέλη του 19^{ου} αιώνα όταν ο όρος «κατάθλιψη» αντικατέστησε τον γενικότερο όρο «μελαγχολία», ο οποίος ήδη από την αρχαιότητα περιλάμβανε διάφορες μορφές φόβου, θλίψης, ψυχοκινητική επιβράδυνση αλλά και παραληρητικές ιδέες (Mouchet- Mages & Bayle, 2008. Paykel, 2008). Η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών με τη μορφή που την γνωρίζουμε σήμερα επηρεάστηκε σε σημαντικό βαθμό από την προσέγγιση του Γερμανού ψυχιάτρου Kraepelin (1856-1926), ο οποίος περιέγραψε τις κυριότερες ψυχικές διαταραχές μέσα από τις κατηγορίες της πρώιμης

άνοιας (σχιζοφρένεια) και της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης (συναισθηματικές διαταραχές) (Hippius & Muller, 2008).

Η ταξινόμηση με όρους του βιολογικού-ιατρικού μοντέλου ερχόταν σε αντίθεση με την επικρατούσα ψυχαναλυτική οπτική, η οποία έδινε έμφαση σε ψυχολογικούς παράγοντες και ερμηνείες για την εκδήλωση της κατάθλιψης, αλλά και με ευρύτερες βιοψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις (Horowitz et al., 2016). Ιστορικά ωστόσο, η ευρεία κατηγορία της μανιο-καταθλιπτικής νόσου του Kraepelin αποτέλεσε τη βάση για τις μετέπειτα προσπάθειες αποσαφήνισης και καθορισμού των επιμέρους συνδρόμων στις διαταραχές της διάθεσης (Mondimore, 2005).

Σήμερα, η Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- ICD) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης, τα δυο κύρια συστήματα ταξινόμησης και περιγραφής των κριτηρίων των ψυχιατρικών διαταραχών, αποτελούν τον κοινώς αποδεκτό από την πλειοψηφία των ειδικών οδηγό για την διάγνωση των ψυχικών διαταραχών (Maj, 2013). Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή εισήχθη το 1980 στην τρίτη έκδοση του DSM και διαχώρισε τις καταθλιπτικές διαταραχές από τις διπολικές διαταραχές (Baldessarini et al., 2016).

Στις πιο πρόσφατες εκδόσεις του ICD (ICD-11, World Health Organization, 2019) και του DSM (DSM 5, American Psychiatric Association, 2013) η κατάθλιψη περιγράφεται ως ένα κλινικό σύνδρομο και εντάσσεται στις διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές διαταραχές) (Luty, 2020). Βασικό κριτήριο για τον προσδιορισμό του τύπου της διαταραχής της διάθεσης είναι η ύπαρξη/απουσία και το είδος των επεισοδίων διαταραχής της διάθεσης (μείζων καταθλιπτικό, μανιακό, μεικτό, υπομανιακό) (APA, 2013).

Στη συνέχεια ακολουθεί η περιγραφή των διαγνωστικών κριτηρίων για τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή και τη Δυσθυμία (ή Εμμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή). Στην παρούσα μελέτη εστιάζουμε σε αυτές τις δυο διαταραχές, με βάση τη συχνότητα εμφάνισής τους στον πληθυσμό και τις σημαντικές επιπτώσεις της πρώιμης εμφάνισής τους κατά τη διάρκεια της εφηβείας (Bernaras, et al., 2019).

1.2 Η διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής και της Δυσθυμίας (DSM)

1.2.1 Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή- ΜΚΔ

Το πρώτο κριτήριο για τη διάγνωση της ΜΚΔ, αφορά στην παρουσία ενός ή περισσότερων Μειζόνων Καταθλιπτικών Επεισοδίων (ΜΚΔ, Μοναδικό Επεισόδιο και ΜΚΔ, Υποτροπιάζουσα, αντίστοιχα), το οποίο ορίζεται με βάση τα εννέα συμπτώματα που αναφέρονται στον Πίνακα 1.1. Τα συμπτώματα της καταθλιπτικής διάθεσης ή της απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης αποτελούν τον πυρήνα της διαταραχής (APA, 2013). Στην προηγούμενη έκδοση του εγχειριδίου (DSM-IV, APA, 1994) σε περιπτώσεις που τα συμπτώματα εμφανίζονται ως αποτέλεσμα της απώλειας ενός αγαπημένου προσώπου (πένθος) ή άλλου παρόμοιας σοβαρότητας γεγονότος, η διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής δεν δίνονταν, παρά μόνο στις περιπτώσεις που η αντίδραση ήταν δυσανάλογη, είχε υπερβολική διάρκεια ή έντονη απώλεια στη λειτουργικότητα του ατόμου (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Το κριτήριο αυτό αφαιρέθηκε στην τελευταία έκδοση του DSM (DSM-5, APA, 2013), ωστόσο διατηρείται στην τελευταία έκδοση του ICD (ICD-11, WHO, 2019).

Πίνακας 1. 1 Κριτήρια κατά DSM-5 για το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο

A. Πέντε ή περισσότερα από τα παρακάτω έχουν υπάρξει κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου 2 εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μια αλλαγή στην προηγούμενη λειτουργικότητα. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε (1) η καταθλιπτική διάθεση είτε (2) η απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης.

1. Καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της μέρας, σχεδόν κάθε μέρα, όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική αναφορά (νιώθει λυπημένος ή άδειος) είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις άλλων (σε παιδιά και εφήβους: ευερέθιστη διάθεση)
2. Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες της δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της μέρας, σχεδόν κάθε μέρα
3. Σημαντική απώλεια βάρους όταν δεν κάνει δίαιτα ή αύξηση βάρους (μεταβολή περισσότερο από 5% του βάρους σε ένα μήνα) ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα
4. Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα
5. Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα (που την παρατηρούν άλλοι)
6. Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας σχεδόν κάθε μέρα
7. Αίσθημα αναξιότητας ή υπερβολικής ή απρόσφορης ενοχής (που μπορεί να είναι παραληρητικά) σχεδόν κάθε μέρα (όχι απλώς αυτομομφή ή ενοχή για το ότι είναι άρρωστος)
8. Ελαττωμένη ικανότητα του ατόμου να σκεφτεί ή να συγκεντρωθεί ή αναποφασιστικότητα σχεδόν κάθε μέρα (υποκειμενική εκτίμηση/παρατηρήσεις άλλων)
9. Υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου (όχι απλώς φόβος θανάτου), υποτροπιάζων αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς κάποιο συγκεκριμένο σχέδιο ή μια απόπειρα αυτοκτονίας ή ένα συγκεκριμένο σχέδιο για αυτοκτονία

B. Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια για Μεικτό Επεισόδιο

Γ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας

Δ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. υποθυρεοειδισμός)

Πηγή : American Psychiatric Association (2013)

1.2.2. Δυσθυμική Διαταραχή

Η Δυσθυμική Διαταραχή ή Δυσθυμία χαρακτηρίζεται από την παρουσία της καταθλιπτικής διάθεσης για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες για ένα διάστημα τουλάχιστον δυο ετών στους ενήλικες και ενός έτους σε παιδιά και εφήβους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Στη νεότερη έκδοση του DSM (DSM-5) η

δυσθυμία ταξινομείται μαζί με την υποτροπιάζουσα κατάθλιψη σε μια ενιαία κατηγορία, ως «εμμένουσα καταθλιπτική διαταραχή» (APA, 2013) και υπογραμμίζεται η πρόωμη εμφάνισή της κατά τη διάρκεια της εφηβείας (Luty, 2020). Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM (APA, 2013) για τη διάγνωση της Εμμένουσας Καταθλιπτικής Διαταραχής/ Δυσθυμίας είναι απαραίτητη η απουσία Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου. Στη Δυσθυμία τα συμπτώματα του ατόμου μοιάζουν με αυτά ενός καταθλιπτικού επεισοδίου, ωστόσο διαφοροποιούνται από την μικρότερη ένταση και την μεγαλύτερη διάρκειά τους (WHO, 2017). Για τη διάγνωση της δυσθυμίας απαιτείται η παρουσία τουλάχιστον δυο συμπτωμάτων από τα εξής: μειωμένη όρεξη ή υπερφαγία, αϋπνία ή υπερυπνία, μειωμένη ενέργεια ή αίσθημα κόπωσης, χαμηλή αυτοεκτίμηση, φτωχή ικανότητα συγκέντρωσης και δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, αίσθημα έλλειψης ελπίδας (APA, 2013). Στη δυσθυμία η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η απαισιοδοξία αποτελούν τα πιο συνήθη συμπτώματα και η διάγνωσή της αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου στο μέλλον (Melrose, 2017).

1.3. Αιτιολογία καταθλιπτικών διαταραχών

Στην αιτιολογία της κατάθλιψης φαίνεται να εμπλέκεται ένας συνδυασμός γενετικών, βιολογικών, περιβαλλοντικών και ψυχολογικών παραγόντων. Η ετερογένεια στην κλινική της εικόνα και το γεγονός ότι επηρεάζει σχεδόν όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου (το συναίσθημα, τη σκέψη, τη συμπεριφορά, τις σωματικές αντιδράσεις) επιτρέπει τη διατύπωση διαφορετικών προσεγγίσεων στη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνισή της κατάθλιψης (Bernaras et al., 2019).

1.3.1. Γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες

Σε ασθενείς με κατάθλιψη έχουν παρατηρηθεί διαταραχές στην παλίνδρομη ρύθμιση για την αποφυγή της υπερενεργοποίησης του άξονα υποθάλαμος- υπόφυση- επινεφρίδια, μετά από έκθεση σε στρεσογόνα ερεθίσματα, καθώς επίσης και διαταραχές στη φυσιολογική λειτουργία νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου, όπως της νορεπινεφρίνης, της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης (μονοαμίνες) (Schatzberg, 2015. Χατζάκη, 2008). Τα επίπεδα της σεροτονίνης στον εγκέφαλο έχει φανεί ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση των συναισθηματικών διαταραχών (θεωρία των βιογενών αμινών) (Delgado, 2000. Kambeitz & Howes, 2015. Zmudzka et al., 2018) και εμπλέκονται σε ένα ευρύ φάσμα της φυσιολογίας του ατόμου (συναίσθημα, ύπνος, όρεξη). Σε αυτό συνηγορεί και η αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στην συμπτωματολογία σημαντικού αριθμού ατόμων με κατάθλιψη (Otte et al., 2016).

Μελέτες έχουν υποστηρίξει επίσης, τη σύνδεση ανάμεσα σε μια γενετική παραλλαγή του μεταφορέα της σεροτονίνης (5-HTTLPR) με την εμφάνιση της κατάθλιψης σε άτομα που έχουν εκτεθεί σε στρεσογόνες καταστάσεις (π.χ. Baumeister et al., 2016. Caspi et al. 2003). Ωστόσο πρόσφατη μετα-αναλυτική έρευνα αμφισβήτησε την γενικευσιμότητα αυτών των αποτελεσμάτων (Culverhouse et al., 2017). Τα αυξημένα ποσοστά εμφάνισης της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής ανάμεσα σε συγγενείς πρώτου βαθμού υποδηλώνουν τη συμμετοχή γενετικών, αλλά και περιβαλλοντικών παραγόντων στην αιτιολογία της κατάθλιψης, όπως φαίνεται από μελέτες διδύμων και υιοθετημένων παιδιών (Shadrina et al., 2018). Η συμβολή των γονιδίων στην ανάπτυξη των ψυχικών διαταραχών αποτελεί ένα πολύ σημαντικό ερευνητικό πεδίο, ωστόσο τα μέχρι τώρα δεδομένα δείχνουν ότι ο βαθμός επίδρασης

μεμονωμένων γονιδίων είναι μικρός και συχνά εμπλέκεται με άλλους πολύπλοκους αιτιολογικούς μηχανισμούς (Keller et al., 2017).

1.3.2. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Παράγοντες που μπορούν να συμβάλλουν στην εκδήλωση της κατάθλιψης αφορούν συνήθως αρνητικά γεγονότα ζωής, όπως ο χωρισμός, ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου ή οποιαδήποτε απότομη δυσάρεστη αλλαγή στη ζωή του ατόμου (Shapiro et al., 2014). Ακόμη, τραυματικά γεγονότα στην παιδική ηλικία σχετίζονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή (Otte et al., 2016). Η εμφάνιση ενός αρνητικού γεγονότος, ωστόσο, δεν προϋποθέτει απαραίτητα την εκδήλωση της κατάθλιψης.

Το μοντέλο ευαλωτότητας- στρες (diathesis-stress model) των Monroe και Simons (1991) παρέχει ένα εννοιολογικό πλαίσιο για τη σχέση ανάμεσα στους στρεσογόνους παράγοντες και την κατάθλιψη, το οποίο έχει μεγάλη ερευνητική υποστήριξη. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, ένα άτομο θα αναπτύξει κατάθλιψη όταν εκτεθεί σε γεγονότα τα οποία ξεπερνούν το επίπεδο αντοχής του στη συγκεκριμένη συνθήκη (Arnau-Soler et al., 2019). Η θεωρία βασίστηκε σε μελέτες όπως των Brown και Harris (1978), οι οποίοι διερεύνησαν τη σύνδεση της κατάθλιψης με την ύπαρξη ενός πρόσφατου αρνητικού γεγονότος ζωής. Αν και η συχνότητα των αρνητικών γεγονότων ζωής είναι αυξημένη στα άτομα με κατάθλιψη, δεν αναπτύσσουν όλοι οι άνθρωποι που βιώνουν αρνητικά γεγονότα τη διαταραχή (Colodro-Conde et al., 2018). Αρχικά η ευαλωτότητα γινόταν κατανοητή με όρους βιολογικής προδιάθεσης, ωστόσο η αλληλεπίδραση της βιολογικής προδιάθεσης του ατόμου με περιβαλλοντικούς παράγοντες φαίνεται ότι είναι αυτή που μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση της καταθλιπτικής διαταραχής (Lopizzo et al., 2015).

1.3.3. Ψυχολογικές θεωρίες

Διάφορες ψυχολογικές θεωρίες έχουν προταθεί για την κατάθλιψη. Ερευνητικά η εμφάνιση της κατάθλιψης έχει συνδεθεί με πλήθος παραγόντων και η αιτιολογία της είναι δύσκολο να εξηγηθεί μέσα από μια θεωρία (Bernaras et al., 2019). Συμπεριφορικοί, γνωστικοί και κοινωνικοί παράγοντες έχουν προταθεί για την εξήγηση της κατάθλιψης (Keller et al., 2017).

Για την ψυχαναλυτική θεωρία του Freud (1917) η κατάθλιψη αποτελεί αντίδραση σε μια πραγματική ή συμβολική απώλεια (Desmet, 2013). Οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις, εκκινώντας από τις θεωρίες της μάθησης εστίασαν στον τρόπο με τον οποίο τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα διαμορφώνουν τη συμπεριφορά του ατόμου. Δυσάρεστα γεγονότα ζωής μπορεί να οδηγήσουν σε συμπεριφορές, όπως η αποφυγή, η οποία με τη σειρά της οδηγεί στη μείωση της θετικής ανατροφοδότησης που μπορεί να λάβει το άτομο μέσα από τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Carvalho & Horoko, 2011). Οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις υπογραμμίζουν τον ρόλο της συμπεριφορικής ενεργοποίησης, μέσα από τη μείωση της αποφυγής και την υιοθέτηση περισσότερο λειτουργικών στρατηγικών αντιμετώπισης για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Martin & Oliver, 2019). Οι γνωστικές προσεγγίσεις από την άλλη μεριά, εστιάζουν στη σημασία της γνωστικής επεξεργασίας των γεγονότων. Ο τρόπος που οι άνθρωποι ερμηνεύουν αυτό που τους συμβαίνει και όχι το ίδιο το γεγονός, μπορεί να οδηγήσει σε δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις, όπως η αποφυγή και η απόσυρση, οι οποίες διατηρούν το αρνητικό συναίσθημα (Gautam et al., 2020). Η γνωστική θεωρία του Beck (1967, 1976) έκανε λόγο για γνωστικές κατασκευές (σχήματα), οι οποίες λειτουργούν ως σταθερά πρότυπα ερμηνείας των εμπειριών του ατόμου και συνδέονται με την επιλεκτική αντίληψη των ερεθισμάτων. Τα γνωστικά

σφάλματα (εσφαλμένη ερμηνεία των ερεθισμάτων) και η λεγόμενη «γνωστική τριάδα» (αρνητικές πεποιθήσεις για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον), συμβάλλουν στη διατήρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και επηρεάζουν αρνητικά τις προσπάθειες επίλυσης των προβλημάτων στην καθημερινότητα του ατόμου (Ευθυμίου και συν., 2015. Kuehlwien, 2002). Άτομα με κατάθλιψη βλέπουν τον εαυτό τους ως ανεπαρκή, τον κόσμο γεμάτο δυσκολίες και εμπόδια και το μέλλον με απαισιοδοξία. Παρόμοιες θεωρίες που εστιάζουν στη γνωστική ευαλωτότητα του ατόμου είναι επίσης η θεωρία μαθημένης αβοηθησίας του Seligman (1975) και η θεωρία του καταθλιπτικού γνωστικού προφίλ των Abramson, Seligman και Teasdale (1978). Η τάση του ατόμου να αποδίδει γνωστικά τις δυσκολίες του σε εσωτερικούς, σταθερούς και γενικούς παράγοντες, ενώ όσα καταφέρνει σε εξωτερικούς, παροδικούς και ειδικούς παράγοντες, χαρακτηρίζει τον καταθλιπτικό τρόπο σκέψης (Henin et al., 2002).

Πέρα από τη γνωστική αποτίμηση των στεσογόνων παραγόντων, η επίδραση παραγόντων όπως η κοινωνική υποστήριξη και οι διαπροσωπικές δεξιότητες έχουν διερευνηθεί στο πλαίσιο των ψυχολογικών θεωριών για την εμφάνιση και τη θεραπεία της κατάθλιψης (Parker, 2019). Μέσα από το πρίσμα της διαπροσωπικής θεωρίας τα ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες όπως και οι δυσλειτουργικές στρατηγικές αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης και επικοινωνίας επηρεάζουν και επηρεάζονται από την κατάθλιψη (Whisman, 2017) Οι φτωχές διαπροσωπικές δεξιότητες και τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις καθιστούν το άτομο περισσότερο ευάλωτο στην εμφάνιση της κατάθλιψης (Young et al., 2019).

Οι ψυχολογικές θεωρίες για την κατάθλιψη, είτε εστιάζουν σε γνωστικούς, συμπεριφορικούς, διαπροσωπικούς ή άλλους παράγοντες παρέχουν ένα πλαίσιο για τη διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση των καταθλιπτικών

συμπτωμάτων και αποτελούν έναν πολύτιμο οδηγό για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης (Brouwer et al., 2019).

1.4. Επιδημιολογικά δεδομένα για την κατάθλιψη

Η κατάθλιψη επηρεάζει περίπου 322 εκατομμύρια ανθρώπους (4.4% του παγκόσμιου πληθυσμού) όλων των ηλικιών (Friedrich, 2017). Το 2009 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προέβλεπε ότι μέχρι το έτος 2020 η κατάθλιψη θα αποτελεί την δεύτερη κύρια αιτία αναπηρίας στον κόσμο (συνολική επιβάρυνση από νοσήματα) μετά την ισχαιμική καρδιακή νόσο (Kessler & Bromet, 2013). Πρόσφατα στοιχεία καθιστούν την κατάθλιψη την πρώτη κύρια αιτία αναπηρίας παγκοσμίως (WHO, 2018).

Μελέτη σε 18 χώρες (N= 89037) έδειξε ότι η εμφάνιση της κατάθλιψης (για όλη τη διάρκεια της ζωής και για τον τελευταίο χρόνο) κυμαινόταν από 5.5- 14,6% σε χώρες υψηλού εισοδήματος και 5,9- 11,1 % σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (Bromet, et al., 2011). Ένα ποσοστό 20-30% στις ηλικίες 15 με 65, θα νοσήσει με κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ζωής του (Kruijhaar et al., 2005). Στην πανελλήνια συγχρονική μελέτη των Economidou και των συνεργατών του (2013) για στοιχεία που συλλέχθηκαν το έτος 2011, αναφέρεται ένα ποσοστό της τάξεως του 8.2% για τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Το ποσοστό αυτό παρουσιάζει σημαντική αύξηση συγκριτικά με τα στοιχεία προηγούμενης μελέτης για το 2008 (3,3%) και το 2009 (6,8%) (Madianos et al., 2011). Χαμηλότερα ποσοστά αναφέρονται στη μελέτη του Skaripnakis και των συνεργατών του (2013), ωστόσο η κατάθλιψη βρέθηκε να αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή διαταραχή, μετά τη γενικευμένη αγχώδη, μεταξύ των συμμετεχόντων οι οποίοι ανέφεραν κλινικά σημαντικά ψυχοπαθολογικά συμπτώματα.

Υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης έχει παρατηρηθεί στις γυναίκες (Kruijhaar et al., 2005. WHO, 2017). Μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Τράπεζας (WHO, 2001) υπολόγισε ότι ένα ποσοστό 5,8% των ανδρών και 9,5% των γυναικών θα βιώσουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο σε ένα διάστημα 12 μηνών, ενώ ο εβδομαδιαίος επιπολασμός των μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων υπολογίστηκε σε 1,9% και 3,2% για τους άνδρες και της γυναίκες, αντίστοιχα. Πιο πρόσφατη μελέτη σε δείγμα 36.309 Αμερικανών έδειξε ότι ένα ποσοστό της τάξεως του 20.6% πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και από αυτούς το 70% έχει αναζητήσει θεραπεία (Hasin et al., 2018).

Η κατάθλιψη μπορεί να διαρκεί πολύ ή να επανεμφανίζεται και λειτουργεί επιβαρυντικά σχεδόν σε όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου (WHO, 2017), ενώ στην πιο βαριά μορφή της μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία (Wahlbeck, 2015). Η σύνδεση της κατάθλιψης με τον αυτοκτονικό ιδεασμό είναι πολύ σημαντική, μιας και η αυτοκτονία αποτελεί μια από τις είκοσι βασικότερες αιτίες θνησιμότητας σε παγκόσμιο επίπεδο (1,5% των θανάτων για το έτος 2015, WHO, 2017).

Η κατάθλιψη συνυπάρχει συχνά με άλλες διαταραχές. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι 85% των ατόμων με κλινική κατάθλιψη πληρούσαν τα κριτήρια στο παρελθόν για κάποια αγχώδη διαταραχή (Ruscio & Khazanov, 2017. Kessler et al., 2003). Μελέτες σε κλινικά δείγματα έχουν δείξει ότι ένα ποσοστό 60-70% πληροί τα κριτήρια και για κάποιον άλλο τύπο ψυχικής διαταραχής (Blazer et al, 1994. Rush et al., 2005). Η συννοσηρότητα της κατάθλιψης με άλλες διαταραχές του άξονα I, συνδέεται με την εμφάνιση ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου σε νεαρότερη ηλικία, με πιο βαριά καταθλιπτική συμπτωματολογία, χειρότερη πρόγνωση, φτωχότερη υγεία και χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή (Wang et al., 2017).

Η κατάθλιψη, ακόμη και σε υποκλινικό επίπεδο συνδέεται με σημαντικές επιπτώσεις στην παραγωγικότητα στην εργασία και στην κοινωνική και οικογενειακή λειτουργικότητα του ατόμου (Clayborn et al., 2019), ενώ σχετίζεται με την εμφάνιση και την πορεία χρόνιων ασθενειών (Darwish et al., 2018. Evans et al., 2005) και με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου (Tuithof et al., 2018). Προοπτική μελέτη διάρκειας 11 χρόνων, των Markkula και συν. (2017) στη Φινλανδία, διερεύνησε την πορεία της ψυχικής υγείας 4057 ατόμων, που στην αρχική μέτρηση δεν πληρούσαν τα κριτήρια για κάποια καταθλιπτική διαταραχή. Έντεκα χρόνια μετά ένα ποσοστό 4,4% έλαβε τη διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής ή της Δυσθυμίας. Παράγοντες όπως η νεαρή ηλικία, το γυναικείο φύλο, οι χρόνιες σωματικές ασθένειες, οι πολλαπλές τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία, καθώς και τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης κατά την αρχική μέτρηση, αύξαναν τον κίνδυνο για την εμφάνιση της καταθλιπτικής διαταραχής.

Οι σημαντικές επιπτώσεις της κατάθλιψης στη ζωή του ατόμου αλλά και το γεγονός ότι η πρόωμη έναρξη συνδέεται με χειρότερη πρόγνωση έχει στρέψει το ερευνητικό ενδιαφέρον στη διερεύνηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην εφηβική ηλικία (Breslau et al., 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

2.1. Το αναπτυξιακό στάδιο της εφηβείας

Η εφηβεία χαρακτηρίζεται από σημαντικές αλλαγές σε επίπεδο ορμονών, νευρωνικών δικτύων, αλλά και κοινωνικών σχέσεων στη ζωή των εφήβων (Guyer et al., 2016). Το αναπτυξιακό στάδιο της εφηβείας, παρουσιάζει ερευνητικό ενδιαφέρον για την εμφάνισή και τη μετέπειτα πορεία διαφόρων εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων συμπτωμάτων (Cummings et al., 2013). Η εφηβεία αποτελεί ταυτόχρονα μια περίοδο ευαλωτότητας για την ανάπτυξη ψυχοπαθολογικών προβλημάτων, αλλά και μια περίοδο ευκαιριών και ανάπτυξης του δυναμικού του ατόμου (Dahl, 2004). Η διερεύνηση της αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε νευροβιολογικούς, συμπεριφορικούς, γνωστικούς και κοινωνικούς παράγοντες είναι κεντρικής σημασίας για την κατανόηση της ψυχοπαθολογίας στην εφηβεία και την ανάπτυξη παρεμβάσεων για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας των εφήβων (Allen, 2010. Dahl, 2004).

2.2. Η κατάθλιψη στην εφηβεία

Για πολλά χρόνια η άτυπη κλινική εκδήλωση της διαταραχής της κατάθλιψης στην εφηβεία συνέβαλε στη μη αναγνώρισή της (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001). Πλέον γνωρίζουμε ότι περίπου το 1/3 των ατόμων που θα λάβουν στο μέλλον τη διάγνωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, βίωσαν το πρώτο επεισόδιο κατάθλιψης πριν από την ηλικία των 21 χρόνων (Andrews, 2001). Η κατάθλιψη στην

εφηβεία φαίνεται ότι αποτελεί μια διαταραχή με σταθερή πορεία, η οποία μπορεί να επιμείνει και στην ενήλικη ζωή (Johnson et al., 2018. Rice et al., 2017).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, στην εφηβεία παρατηρείται σημαντική αύξηση του ποσοστού εμφάνισης των καταθλιπτικών διαταραχών και κάνουν την εμφάνισή τους οι πρώτες διαφορές φύλου, με τα κορίτσια να εμφανίζουν μεγαλύτερη επιβάρυνση (Avenevoli et al., 2015). Το ποσοστό εμφάνισης της κατάθλιψης εκτιμάται γύρω στο 2,8% για τις ηλικίες κάτω των 13 ετών και 5.6% περίπου για τις ηλικίες 13 με 18 ετών (Costello et al., 2006). Οι Cummings και Fristad (2008) αναφέρουν ότι ο επιπολασμός της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στην παιδική ηλικία κυμαίνεται σε ποσοστά από 0.4 μέχρι 2.5 %, ενώ το ποσοστό εμφάνισης στην εφηβεία κυμαίνεται μεταξύ 4 και 24%. Μελέτη στην Ελλάδα σε 5614 εφήβους, ηλικίας 16 με 18 ετών, έδειξε ότι το 5,67% πληρούσε τα κριτήρια για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και ότι μόνο ένα ποσοστό της τάξεως του 17,08% από αυτούς, δήλωσε ότι είχε επισκεφθεί κάποιον ειδικό τον τελευταίο χρόνο (Magklara et al., 2015). Ερευνητικά, ο κίνδυνος εμφάνισης ενός κλινικού επεισοδίου της κατάθλιψης, αυξάνεται δραματικά στην ηλικία των 14 με 15 ετών και σχετίζεται με σημαντικές επιπτώσεις σε διάφορους τομείς της λειτουργικότητας των εφήβων (Breslau et al., 2017. Hankin et al., 2015, Ferro et al., 2015).

Η κατάθλιψη στην εφηβεία μοιάζει αρκετά με την κατάθλιψη των ενηλίκων, παρατηρούνται ωστόσο αναπτυξιακές διαφορές μεταξύ τους (APA 2013. Birmaher et al., 1996). Οι διαφορές στα διαγνωστικά κριτήρια της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής και της Δυσθυμικής Διαταραχής είναι ότι στους εφήβους η ευερέθιστη διάθεση μπορεί να χαρακτηρίζει ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (και όχι το καταθλιπτικό συναίσθημα) και ότι για την διάγνωση της δυσθυμίας η ευερεθιστότητα

ή το καταθλιπτικό συναίσθημα πρέπει να υπάρχει για ένα χρόνο (και όχι για δυο, όπως στους ενήλικες) (Bernaras et al., 2019).

Η κλινική εικόνα της κατάθλιψης στην εφηβεία, συνήθως, χαρακτηρίζεται από ευερεθιστότητα, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, μείωση των δραστηριοτήτων που μέχρι πρότινος προκαλούσαν ευχαρίστηση, σωματικά ενοχλήματα και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001. Mullen, 2018). Η κατάθλιψη στην εφηβεία συνδέεται με χειρότερη σχολική επίδοση, ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες, απόσυρση, υιοθέτηση αρνητικών συμπεριφορών υγείας (όπως κάπνισμα, χρήση ουσιών, αλκοόλ), ενώ πολύ σημαντική είναι η σύνδεση της με τον αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονιών (Clayborn et al., 2019. Nardi et al., 2013). Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το 2015, η αυτοκτονία μαζί με τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν σε παγκόσμιο επίπεδο τις βασικές αιτίες θανάτου στις ηλικίες 15-19 ετών (WHO, 2017).

Η μη έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης της διαταραχής της κατάθλιψης αλλά και άλλων ψυχικών διαταραχών και προβλημάτων στη μετέπειτα ζωή (Kraus et al., 2019).

2.3. Θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης των εφήβων

2.3.1. Φαρμακευτική Αγωγή

Η φαρμακευτική αγωγή συμβάλλει σημαντικά στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους ενήλικες (Ceskova, 2016), ωστόσο στους εφήβους αποτελεί ένα πιο περίπλοκο ζήτημα. Η χρήση τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών δεν συνιστάται στον εφηβικό πληθυσμό εξαιτίας των σημαντικών παρενεργειών τους (Κακουρος & Μανιαδακη, 2005). Μελέτες δείχνουν ότι τα νεότερης γενιάς αντικαταθλιπτικά φάρμακα, όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs), αποτελούν μια

διαδεδομένη φαρμακευτική επιλογή για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους εφήβους (Mullen, 2018. Taurines et al., 2011), απαραίτητη όσο αυξάνει η βαρύτητα της διαταραχής. Η χορήγηση SSRIs έχει βρεθεί ότι βελτιώνει σημαντικά τα καταθλιπτικά συμπτώματα στους εφήβους (σε ποσοστό από 20 έως 25%) συγκρινόμενη με εικονικό φάρμακο (placebo) (Walkup, 2017). Οι παρενέργειες της φαρμακοθεραπείας, κυρίως η σύνδεσή της με τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Cirigliani et al., 2016) υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων και καθιστά κεντρικής σημασίας τη διερεύνηση των παραγόντων που λειτουργούν προστατευτικά για την αντιμετώπιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους εφήβους (Weisz et al., 2017).

Παρακάτω γίνεται αναφορά στη Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία και τη Διαπροσωπική Θεραπεία, οι οποίες εμφανίζουν πολύ καλή ερευνητική τεκμηρίωση για την κατάθλιψη στην εφηβεία. Αναφέρουμε ακόμη την Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία, η οποία εντάσσεται στο τρίτο κύμα των γνωστικών συμπεριφορικών ψυχοθεραπειών και εμφανίζει καλά αποτελέσματα σε πιο «δύσκολους» εφηβικούς πληθυσμούς.

2.3.2. Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία

Πλήθος μετα-αναλυτικών μελετών έχει δείξει την αποτελεσματικότητα της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης (π.χ., Fennell, 2012. Hofmann et al., 2012, Oar et al., 2017). Ο συνδυασμός της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας με τη λήψη φαρμακοθεραπείας έχει βρεθεί ότι υπερτερεί έναντι της αποκλειστικής λήψης φαρμάκου (Cuijpers et al., 2013).

Η συγκεκριμένη προσέγγιση εστιάζει στη σύνδεση ανάμεσα στη σκέψη, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά που πυροδοτούνται ως αντίδραση σε ένα στρεσογόνο

ερέθισμα και στοχεύει στην τροποποίηση των δυσπροσαρμοστικών σκέψεων και συμπεριφορών που αποτελούν τον πυρήνα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Beck, 1995. Curry & Meyer, 2018). Όπως και στην θεραπεία των ενηλίκων, ο έφηβος μαθαίνει να ασκεί έλεγχο στις σκέψεις του και να ενισχύει τον εαυτό του μέσα από την παρατήρηση, την καταγραφή και την αναγνώριση των σκέψεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφορών του (Spirito et al., 2011). Οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους εφήβους έχουν λάβει σημαντική ερευνητική τεκμηρίωση (Weersing et al., 2017). Η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία εστιάζει στην εκπαίδευση σε τεχνικές γνωστικής αναδόμησης και συμπεριλαμβάνει τεχνικές βελτίωσης των κοινωνικών δεξιοτήτων και παραδοσιακές συμπεριφορικές τεχνικές (Oar et al., 2017. Henin et al., 2002). Συνήθεις τεχνικές που συμπεριλαμβάνονται στη θεραπεία είναι ο προγραμματισμός δραστηριοτήτων με στόχο να αυξηθούν οι ευχάριστες δραστηριότητες, ο προγραμματισμός του μέλλοντος για την εφαρμογή των δεξιοτήτων μετά τη λήξη της θεραπείας και τεχνικές χαλάρωσης με στόχο την μείωση του άγχους (Henin et al., 2002. Oud et al., 2019).

2.3.3. Διαπροσωπική θεραπεία

Στη Διαπροσωπική Θεραπεία τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις θεωρείται ότι διατηρούν το καταθλιπτικό συναίσθημα του εφήβου που συνήθως σχετίζεται με τη διαχείριση μιας απώλειας/πένθος, με την μετάβαση σε έναν νέο ρόλο, με τις διαπροσωπικές συγκρούσεις ή με ελλείμματα στις διαπροσωπικές δεξιότητες (Curry, 2014). Η ψυχοεκπαίδευση, η συναισθηματική έκφραση και η εκπαίδευση σε δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων θεωρούνται κεντρικής σημασίας στη διαπροσωπική θεραπεία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης (Lipsitz & Markovitz, 2013). Η βελτίωση της διαπροσωπικής λειτουργικότητας του εφήβου μέσα από τη θεραπεία,

συμβάλλει στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Mufson et al., 2004). Η διαπροσωπική θεραπεία έχει φανεί εξίσου αποτελεσματική με την γνωστική συμπεριφορική θεραπεία στους εφήβους (Duffy et al., 2019. Rossello & Bernal 1999).

2.3.4. Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία

Η Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία (DBT, Linehan, 1993) αναπτύχθηκε για τη θεραπευτική αντιμετώπιση προβλημάτων στη ρύθμιση του συναισθήματος, των ατόμων με έντονο αυτοκτονικό ιδεασμό (Meygoni & Ahadi, 2012). Θεωρείται μια τεκμηριωμένη θεραπευτική προσέγγιση και έχει μελετηθεί κυρίως στο πλαίσιο της Μεταιχμιακής Διαταραχής της Προσωπικότητας στους ενήλικες (Churchill et al., 2014). Η θεραπεία συνδυάζει τεχνικές της γνωστικής επανεκτίμησης, της επίλυσης προβλημάτων και της αποδοχής και περιλαμβάνει τόσο ατομική θεραπεία, ομαδικές συνεδρίες για την εξάσκηση σε συγκεκριμένες δεξιότητες και τηλεφωνικές επικοινωνίες για την αντιμετώπιση κρίσιμων περιόδων (Linehan, 1993. Ξηρού & Γονιδάκης, 2015). Η εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης προβλημάτων ζωής, αποτελεί βασικό στοιχείο της θεραπείας και έχει εφαρμοστεί και στην κατάθλιψη (Lynch, 2003. Meygoni & Ahadi, 2012)). Οι θεματικές της εκπαίδευσης σε δεξιότητες περιλαμβάνουν την ανοχή στη δυσφορία, τη ρύθμιση του συναισθήματος, τη διαπροσωπική αποτελεσματικότητα και την ενσυνειδητότητα (Linehan, 2003).

Οι Neacsiu, Eberle, Kramer, Wiesmann και Linehan (2014) διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής της εκπαίδευσης σε δεξιότητες της διαλεκτικής συμπεριφορικής θεραπείας (DBT skills) ως ξεχωριστή θεραπεία και βρήκαν θετικά αποτελέσματα στη ρύθμιση του συναισθήματος ενηλίκων με αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα. Άλλες μελέτες επίσης έχουν δείξει ότι συμβάλλει στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των ατόμων με κατάθλιψη (Elices et al., 2017. Harley et

al., 2008). Η ριζική αποδοχή (για καταστάσεις που δεν μπορούν να αλλάξουν), η ενσυνειδητότητα (εστίαση της προσοχής σε αυτό που συμβαίνει μέσα μου ή γύρω μου, χωρίς αξιολογική κρίση), η ανοχή στη δυσφορία (ικανότητα να αντέχει κανείς τα αρνητικά συναισθήματα/ερεθίσματα), η αντίθετη πράξη (αντίσταση σε παρορμητικές προβληματικές συμπεριφορές) και η διαπροσωπική αποτελεσματικότητα (δεξιότητες επικοινωνίας), θεωρείται ότι έχουν θεραπευτική χρησιμότητα στην κατάθλιψη (Lynch, 2003).

Η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία έχει λάβει ερευνητική τεκμηρίωση σε εφηβικούς πληθυσμούς με χρόνιο αυτοκτονικό ιδεασμό, διατροφικές διαταραχές και προβλήματα συμπεριφοράς (Groves et al., 2011), ενώ έχει βρεθεί ότι συμβάλλει στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Katz et al., 2004. MacPherson et al., 2013. Rathus & Miller, 2002). Στη μελέτη του Katz και των συνεργατών του (2004) έφηβοι με αυτοκτονικό ιδεασμό, οι οποίοι έλαβαν διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία παρουσίασαν στατιστικά σημαντική βελτίωση σε διάφορες μεταβλητές (αυτοκτονικές σκέψεις, νοσηλείες, αίσθημα απελπισίας) και μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων έως και έναν χρόνο μετά. Η εκπαίδευση σε δεξιότητες της διαλεκτικής συμπεριφορικής θεραπείας έχει προσαρμοστεί στον εφηβικό πληθυσμό με επίσης θετικά αποτελέσματα (Kleiber et al., 2017. Nelson- Gray et al., 2006. Rathus & Miller, 2015).

2.4. Ερευνητικά δεδομένα για την θεραπεία της κατάθλιψης στους εφήβους

Πρόσφατη μελέτη στην Αμερική, σε εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα εφήβων ηλικίας 12 -17 ετών, έδειξε ότι η καταθλιπτική διάθεση αποτελεί τον συχνότερα αναφερόμενο λόγο αναζήτησης θεραπείας, ωστόσο μόνο ένα ποσοστό 40.9% των εφήβων, που βίωσαν ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο τον τελευταίο χρόνο, έλαβαν

το ίδιο χρονικό διάστημα θεραπεία (Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2017). Τα ποσοστά ανάρρωσης από ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο κυμαίνονται μεταξύ 50 με 90%, ενώ η εμφάνιση νέων καταθλιπτικών επεισοδίων στο μέλλον είναι συχνή ακόμη και σε εφήβους οι οποίοι έχουν λάβει αποτελεσματική θεραπεία (Birmaher et al., 2002). Επιπλέον ένα ποσοστό περίπου 30% των εφήβων δεν θα ανταποκριθεί στη θεραπεία (Brent et al., 2008). Όπως φαίνεται, για κάποιους εφήβους η κατάθλιψη θα αποτελέσει μια ασθένεια, η οποία θα επηρεάσει για χρόνια τομείς της ζωής τους, όπως την ψυχική υγεία, την ακαδημαϊκή επίδοση, την εργασία και το εισόδημά τους (Johnson et al., 2018. Fergusson et al., 2007).

Λαμβάνοντας υπόψη την σύνδεση της πρώιμης έναρξης της διαταραχής της κατάθλιψης με τη χειρότερη πρόγνωση (Kovacs, 1996. Kraus et al., 2019), καθώς επίσης και τα δεδομένα που υποδεικνύουν τις μακροχρόνιες συνέπειες της διαταραχής στην μετέπειτα ενήλικη ζωή (Clayborne et al., 2019. Rao et al., 1999), το επιστημονικό ενδιαφέρον έχει στραφεί στην αντιμετώπιση της υψηλής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην παιδική και κυρίως την εφηβική ηλικία, με στόχο την πρόληψη της εμφάνισης της διαταραχής της κατάθλιψης (Garber et al., 2018. Kessler & Walters, 1998. Roberts et al., 1995).

2.5. Η υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία στους εφήβους

Τα υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους προβλεπτικούς δείκτες για την εμφάνιση της κατάθλιψης στην εφηβεία (Fergusson et al., 2005. Keyes et al., 2018) και στη βιβλιογραφία συνδέονται με μεταβλητές, όπως τη χαμηλή επίδοση στο σχολείο, την κοινωνική δυσλειτουργία, την απομόνωση, τη χρήση ουσιών, καθώς και με την αυτοκτονικότητα (Birmaher et al., 1996. Brent 2002. Frojd et al., 2008. Rhode, 1994).

Η Κοκκέβη και οι συνεργάτες της (2019) σε πρόσφατη πανελλήνια έρευνα για την υγεία των εφήβων-μαθητών (Έρευνα HBSC/WHO) αναφέρουν ότι ένα ποσοστό 28,2% από τους εφήβους ηλικίας 11 με 15 ετών, εμφανίζει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται με την ηλικία, με ένα 15% από τους εφήβους 11 ετών να αναφέρουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ το ποσοστό ανεβαίνει στο 37,1% στους εφήβους ηλικίας 15 ετών. Στην ίδια μελέτη, τα κορίτσια του δείγματος εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή συγκριτικά με τα αγόρια. Στη μελέτη των Lazaratou, Dikeos, Anagnostopoulos και Soldatos (2010), για την διερεύνηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε 713 εφήβους που φοιτούσαν σε τάξεις του Λυκείου στην Αθήνα, ένα ποσοστό της τάξεως του 26,2% του δείγματος ανέφερε υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα. Στη μελέτη των Magklara και συν. (2015) ένα ποσοστό 17,43% των εφήβων ανέφερε υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Ο εντοπισμός των εφήβων με υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ή υποκλινική κατάθλιψη, είναι κεντρικής σημασίας για την μείωση του κινδύνου ή της καθυστέρησης της εμφάνισης της κατάθλιψης (Ferro et al., 2015). Επιπρόσθετα, λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω επιδημιολογικά στοιχεία και τις σοβαρές συνέπειες της υψηλής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους εφήβους είναι επίσης σημαντική η διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται και αλληλοεπιδρούν με τα συμπτώματα της κατάθλιψης.

2.6. Παράγοντες που σχετίζονται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα και την κατάθλιψη στην εφηβεία

Όπως ισχύει και για τους ενήλικες, βιολογικοί, γενετικοί, περιβαλλοντικοί και ψυχολογικοί παράγοντες, συνδέονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης στην εφηβεία.

Η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού κατάθλιψης, τα υψηλά ποσοστά ενδοοικογενειακών συγκρούσεων, αρνητικά γεγονότα ζωής, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, οι γνωστικές διαστρεβλώσεις και οι αρνητικοί τρόποι σκέψης, έχει φανεί ότι συμβάλλουν στην ανάπτυξη της καταθλιπτικής διαταραχής σε παιδιά και εφήβους (Schubert et al., 2017. Birmaher et al., 1996).

Παρακάτω ακολουθούν ορισμένοι από τους παράγοντες που ερευνητικά έχουν συνδεθεί, είτε θετικά είτε αρνητικά, με την καταθλιπτική συμπτωματολογία στους εφήβους και τους οποίους θα διερευνήσουμε στην παρούσα μελέτη.

2.6.1 Δεσμός (attachment) και κατάθλιψη στην εφηβεία

Σύμφωνα με τη θεωρία δεσμού (attachment theory- Bowlby, 1969) οι άνθρωποι γεννιούνται με μια γενετική προδιάθεση να αναζητούν την εγγύτητα με πρόσωπα τα οποία μπορούν να τους προσφέρουν προστασία και φροντίδα. Η προδιάθεση αυτή εκφράζεται μέσα από ένα σύστημα συμπεριφορών (attachment behavioral system), το οποίο ρυθμίζει τη σχέση ανάμεσα στο νεογνό και το άτομο που το φροντίζει (πρόσωπο δεσμού) και συμβάλλει στην προστασία του από εξωτερικές απειλές (Mikulincer & Shaver, 2012). Τα παιδιά εσωτερικεύουν στοιχεία από τις αλληλεπιδράσεις με τα πρόσωπα δεσμού, ανάλογα με το βαθμό διαθεσιμότητας και ανταπόκρισης των προσώπων αυτών στις ανάγκες τους (Bowlby, 1973). Οι αλληλεπιδράσεις αυτές διαμορφώνουν και διατηρούν νοητικές αναπαραστάσεις (εσωτερικά μοντέλα δεσμού- internal working models) για τον εαυτό και τους άλλους, οι οποίες επηρεάζουν τη σκέψη, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά του ατόμου (Pietromonaco & Barrett, 2000). Η φύση των εσωτερικών μοντέλων δεσμού με τον γονέα θα επιτρέψει ή θα εμποδίσει το παιδί να αναπτύξει την ικανότητα να εξερευνά το περιβάλλον του, και

θεωρείται ότι διαμορφώνει τις προσδοκίες για τη διαθεσιμότητα και την ανταπόκριση των σημαντικών άλλων στη μετέπειτα ζωή του (Main et al., 1985).

Με βάση τις ατομικές διαφορές στη συμπεριφορά του προσώπου δεσμού (γονέα) και τις αντιδράσεις των παιδιών έχουν καθοριστεί τρεις τύποι δεσμού (Ainsworth et al., 1978). Ο ασφαλής τύπος δεσμού σχετίζεται με την αναζήτηση εγγύτητας σε συνθήκες άγχους και την αίσθηση ανακούφισης. Η συμπεριφορά του γονέα λειτουργεί σαν ασφαλής βάση για το παιδί, δίνοντάς του τη δυνατότητα να εξερευνά το περιβάλλον του και να αισθάνεται ότι μπορεί να επιστρέψει σε αυτόν για υποστήριξη σε συνθήκες που του προκαλούν άγχος (Bowlby, 1988). Ο ανασφαλής δεσμός διακρίνεται στον δεσμό αμφιθυμίας και στον δεσμό αποφυγής και συνδέεται με συμπεριφορές άγχους και αποφυγής (Ainsworth et al., 1978). Ο αμφιθυμικός τύπος δεσμού σχετίζεται με συμπεριφορές υπερ-προσέγγισης και αίσθημα δυσφορίας αναφορικά με το πρόσωπο δεσμού, ενώ ο δεσμός αποφυγής με συμπεριφορές αποστασιοποίησης και αδιαφορίας απέναντι στο πρόσωπο δεσμού σε καταστάσεις που προκαλούν δυσφορία ή άγχος (Cassidy & Kobak, 1988). Η δημιουργία ανασφαλούς δεσμού σε ένα πρώιμο αναπτυξιακό στάδιο αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης φτωχών στρατηγικών αντιμετώπισης, φτωχών στρατηγικών ρύθμισης συναισθήματος και προβλημάτων στην ικανότητα του ατόμου να αναζητά υποστηρικτικές σχέσεις στο μέλλον (Cook et al., 2016)

Η ρύθμιση του συναισθήματος, όπως διαμορφώνεται μέσα από τη σχέση και τη συμπεριφορά παιδιού και γονέα, θεωρείται ότι επηρεάζει σταδιακά την ικανότητα του παιδιού για αυτο-ρύθμιση (Crawford et al., 2007). Η ικανότητα αυτή είναι κεντρικής σημασίας στην εφηβεία. Ο ασφαλής τύπος δεσμού παρέχει στον έφηβο τη συναισθηματική στήριξη, την ασφάλεια, καθώς επίσης και ένα αίσθημα συνέχειας, κατά τη μετάβαση από την παιδική ηλικία στην εφηβεία (Dubois- Comtois et al., 2013).

Από την άλλη μεριά ο ανασφαλής δεσμός, δημιουργεί δυσκολίες στη ρύθμιση του συναισθήματος και αρνητικές προσδοκίες για τον εαυτό, αλλά και τη διαθεσιμότητα των σημαντικών άλλων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Ο ασφαλής δεσμός έχει βρεθεί ότι εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα, τόσο στον γενικό πληθυσμό των εφήβων, όσο και σε εφήβους που έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη (Armsden et al., 1990. Bifulco et al., 2003. Allen et al., 1996). Ο ανασφαλής δεσμός έχει φανεί ότι αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχών συναισθήματος και συμπεριφοράς σε παιδιά και εφήβους (Bosmans, 2016). Επίσης έρευνες έχουν δείξει ότι οι τύποι ανασφαλούς δεσμού σχετίζονται με την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους. Έφηβοι με ανασφαλή δεσμό εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων συμπτωμάτων, ενώ ο δεσμός αποτελεί στατιστικά σημαντική προβλεπτική μεταβλητή για τα εσωτερικευμένα συμπτώματα, όπως το άγχος και η κατάθλιψη (Muris et al., 2003). Μελέτες σχετικά με την ποιότητα του δεσμού με τους γονείς σε ελληνικό δείγμα εμφανίζουν παρόμοια αποτελέσματα, όμως αφορούν κυρίως παιδιά στην προεφηβεία (π.χ., Charalampous et al., 2016) ή άτομα μετεφηβικής ηλικίας (π.χ., Leondari & Kioseoglou, 2000).

Οι περισσότερες μελέτες για τη σχέση του δεσμού και της κατάθλιψης στην εφηβεία, εστιάζουν στον δεσμό με τους γονείς (σαν μονάδα) (Agerup et al., 2015), ενώ μελέτες οι οποίες διερευνούν την επίδραση του δεσμού ξεχωριστά για τον κάθε γονέα, εμφανίζουν αντικρουόμενα αποτελέσματα (π.χ., Hoseinzadeh & Khanjani, 2016. Campos et al., 2010). Στη μελέτη του Puissant και των συνεργατών του (2011) σε εφήβους ηλικίας 13 έως 18 ετών, βρέθηκε ότι ενώ ο τύπος δεσμού και με τους δυο γονείς αποτελούσε σημαντική προβλεπτική μεταβλητή, ο δεσμός με τον πατέρα είχε

την μεγαλύτερη επίδραση στην κατάθλιψη των εφήβων. Αντίθετα, η μακροχρόνια μελέτη του Agerup και των συνεργατών του (2015) έδειξε ότι ο δεσμός με τη μητέρα, σχετίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι ο δεσμός με τον πατέρα, με την εμφάνιση αλλά και την πορεία της κατάθλιψης.

Οι Roberts και συνεργάτες (1996) προτείνουν ότι οι ανασφαλείς τύποι δεσμού οδηγούν στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μέσα από την υιοθέτηση δυσπροσαρμοστικών τρόπων σκέψης που προκύπτουν από τα εσωτερικευμένα μοντέλα για τον εαυτό και τους άλλους. Πρόσφατη μακροχρόνια μελέτη σε εφήβους έδειξε ότι ο ανασφαλής δεσμός σε σχέση με τους γονείς, και ειδικά με τη μητέρα, σχετίζεται με την εμφάνιση αλλά και την πορεία της κατάθλιψης στο διάστημα από την ηλικία των 15 ετών μέχρι την ηλικία των 20 (Agerup et al., 2015). Μεταναλυτική μελέτη της Spruit και των συνεργατών της (2019) επιβεβαιώνει τη σημαντική σχέση ανάμεσα στον ανασφαλή δεσμό με τους γονείς και την αναφορά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε παιδιά και εφήβους.

Σύμφωνα με τη θεωρία δεσμού, τα παιδιά εκτός από τον δεσμό με τους γονείς, αναπτύσσουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους δεσμούς και με άλλα πρόσωπα (Bretherton, 1992). Σε εφηβικούς πληθυσμούς ωστόσο, ο δεσμός με τους συνομηλίκους έχει διερευνηθεί ως ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας για την κοινωνική προσαρμογή και την ψυχική υγεία των εφήβων (Rawatlal et al., 2015). Πρόσφατη μετα-αναλυτική μελέτη έδειξε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στον ανασφαλή δεσμό με τους συνομηλίκους και τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης τόσο στην εφηβεία, αλλά και στην πρώιμη ενήλικη ζωή (Gorrese, 2016). Στη μελέτη των Freeman και Brown (2001) διερευνήθηκε η σημαντικότητα των προσώπων δεσμού στους εφήβους. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αξιολογήσουν το δεσμό με τη μητέρα, τον πατέρα, τους φίλους και την σχέση τους. Τόσο οι συνομηλικοί

τους (φίλοι) όσο και η μητέρα έλαβαν ισάξιες βαθμολογίες, ωστόσο οι περισσότεροι έφηβοι αξιολόγησαν τη μητέρα ως το κυρίαρχο πρόσωπο δεσμού για αυτούς. Στη θεωρία του Bowlby (1969/1982) θεωρείται ότι η μητέρα παραμένει το κυρίαρχο πρόσωπο δεσμού (Cassidy, 1999). Παρόλο που ο δεσμός μεταβάλλεται δομικά καθώς το παιδί μεγαλώνει, θεωρείται ότι ενώ η ανάγκη για αυτονομία αυξάνεται, η ανταπόκριση και η διαθεσιμότητα των γονέων σε στρεσογόνες συνθήκες παραμένει σταθερή (Lieberman et al., 1999. Savins-Williams & Brendt, 1990).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι σε αντίθεση με τη βρεφική ηλικία, κατά την οποία ο δεσμός αναφέρεται σε παρατηρήσιμες αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στο βρέφος και τον γονέα, ο δεσμός στην εφηβεία αφορά κατά κύριο λόγο τις προσδοκίες που έχουν οι έφηβοι για τον βαθμό διαθεσιμότητας και ανταπόκρισης των σημαντικών άλλων στις ανάγκες τους (Roberts et al., 1996. Spruit et al., 2019). Η καταθλιπτική συμπτωματολογία επηρεάζει σημαντικές γνωστικές και συναισθηματικές διαδικασίες, οι οποίες με τη σειρά τους μπορεί να επιδρούν στη γνωστική αξιολόγηση που κάνει το άτομο σχετικά με την ποιότητα του δεσμού (Allen et al., 2007).

2.6.2 Άγχος και κατάθλιψη στην εφηβεία

Οι αγχώδεις διαταραχές συνυπάρχουν συχνά με την κατάθλιψη στην εφηβεία (Cummings et al., 2014. Garber & Weersing, 2010. Karevold & Nilsen, 2018), ενώ έχει βρεθεί ότι τα συμπτώματα του άγχους στην παιδική ηλικία αποτελούν σημαντική προβλεπτική μεταβλητή για την κατάθλιψη στην εφηβεία (Cole et al., 1998. Hausman et al., 2018). Επιδημιολογική μελέτη στην Ελλάδα έδειξε ότι 1 στους 2 εφήβους με κατάθλιψη, εμφανίζει μια τουλάχιστον αγχώδη διαταραχή (Magklara et al., 2015). Μελέτες σε κλινικούς πληθυσμούς έχουν δείξει ότι η συννοσηρότητα άγχους και κατάθλιψης, συνδέεται με την έναρξη των συμπτωμάτων της κατάθλιψης σε νεαρότερη

ηλικία, με περισσότερο βαριά καταθλιπτικά συμπτώματα, χειρότερη πρόγνωση, φτωχότερη υγεία και χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή (Rapee, 2018).

Η βιβλιογραφία για τη σχέση του άγχους με την κατάθλιψη έχει λιγότερο διερευνήσει την επίδραση συγκεκριμένων μορφών άγχους στην κατάθλιψη στους εφήβους (Cummings et al., 2014). Έρευνες όπως αυτή του Bittner και των συνεργατών του (2004) έχουν δείξει ότι η παρουσία συγκεκριμένων αγχωδών διαταραχών (όπως κοινωνική φοβία, ειδική φοβία, αγοραφοβία, διαταραχή γενικευμένου άγχους), σχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ενός πρώτου μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Η ταυτόχρονη παρουσία συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης στους εφήβους έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με μεγαλύτερες επιπτώσεις στη λειτουργικότητα των εφήβων (Cummings et al., 2014). Η παρούσα μελέτη εστιάζει στο κοινωνικό άγχος και την ανησυχία εξαιτίας της υψηλής συσχέτισής τους με την κατάθλιψη στην εφηβεία (Beesdo et al, 2009. Hausman et al., 2018. Muris, 2002. Rabner et al., 2017).

2.6.2.1. Κοινωνικό άγχος και κατάθλιψη

Η έννοια του κοινωνικού άγχους συνδέεται με την αποφυγή των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, εξαιτίας του φόβου αρνητικής αξιολόγησης και σχετίζεται με έντονη δυσφορία σε συνθήκες κοινωνικής αλληλεπίδρασης (La Greca & Stone, 1993. Leigh & Clark, 2018). Έφηβοι με υψηλό κοινωνικό άγχος δίνουν μεγάλη σημασία στην εικόνα που έχουν οι άλλοι για αυτούς και ταυτόχρονα οι ίδιοι αξιολογούν τον εαυτό τους αρνητικά (Leiry, 2001). Σύμφωνα με το γνωστικό μοντέλο των Clark και Wells (1985) το κοινωνικό άγχος συνδέεται με την επικέντρωση του ατόμου σε εσωτερικές πληροφορίες, πράγμα που σε συνδυασμό με συμπεριφορές αποφυγής (όπως το να μην κοιτάζει τους άλλους), αλλά και με την χρήση γνωστικών μηχανισμών όπως η

ανησυχία και ο μηρυκασμός, οδηγεί στην διατήρηση των υψηλών επιπέδων του κοινωνικού άγχους.

Η σχέση του κοινωνικού άγχους με την κατάθλιψη είναι αρκετά τεκμηριωμένη στη βιβλιογραφία. Άτομα με κοινωνική φοβία έχουν διπλάσιες πιθανότητες να πληρούν τα κριτήρια για την κατάθλιψη, συγκριτικά με άτομα τα οποία δεν εμφανίζουν υψηλή συμπτωματολογία κοινωνικού άγχους (Kessler et al., 1999). Η ταυτόχρονη παρουσίαση υψηλών συμπτωμάτων κοινωνικού άγχους και κατάθλιψης φαίνεται επίσης, ότι αυξάνει την επιβάρυνση του ατόμου σε τομείς όπως η γενικότερη υγεία, οι ακαδημαϊκές δυσκολίες, ενώ συνδέεται με χειρότερη πρόγνωση (Young et al., 2006) και χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Rush et al., 2005).

Η κοινωνική φοβία συνήθως εμφανίζεται για πρώτη φορά στην εφηβεία (Kessler et al., 2005) και συνδέεται με δυσκολίες σε βασικές καθημερινές δραστηριότητες: να μιλήσει κανείς στο τηλέφωνο, να συμμετάσχει σε μια συζήτηση, να πει ή να φάει μπροστά σε άλλους (Stein & Stein, 2008). Μελέτες σε εφηβικό πληθυσμό, έχουν δείξει ότι η κοινωνική φοβία σχετίζεται με σοβαρές επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις των εφήβων (La Greca & Harrison, 2005), αλλά και με την εμφάνιση και την πρόγνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (de Jong et al., 2012. Stojiljković & Stanković, 2018). Στη διαχρονική μελέτη του Beesdo, και των συνεργατών του (2007) φάνηκε ότι η κοινωνική φοβία στα πρώτα χρόνια της εφηβείας σχετιζόταν με την εμφάνιση της κατάθλιψης δέκα χρόνια μετά. Οι Stein και συνεργάτες (2001) διερεύνησαν τη σχέση της κοινωνικής φοβίας και της κατάθλιψης σε μια διαχρονική επιδημιολογική μελέτη σε 2548 εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κοινωνική φοβία στην αρχική μέτρηση αποτέλεσε σημαντική προβλεπτική μεταβλητή για την εμφάνιση της καταθλιπτικής διαταραχής. Στις περιπτώσεις στις οποίες είχε δοθεί η διάγνωση της κατάθλιψης, η συννοσηρότητα με

την κοινωνική φοβία συνδέθηκε με την αύξηση της πιθανότητας βίωσης ενός ακόμα καταθλιπτικού επεισοδίου. Ερευνητικά έχει φανεί ότι στις περιπτώσεις που η κοινωνική φοβία συνυπάρχει με κάποια άλλη διαταραχή, οι αναφορές των υποκειμένων τοποθετούν την έναρξη της κοινωνικής φοβίας πρώτη (Lewinsohn et al., 1997). Στη μελέτη των Aune και Stiles (2009) με δείγμα εφήβων ηλικίας 11 με 14 ετών, τα συμπτώματα του κοινωνικού άγχους αποτέλεσαν στατιστικά σημαντική προβλεπτική μεταβλητή για τα καταθλιπτικά συμπτώματα ένα χρόνο μετά.

2.6.2.2. Ανησυχία και κατάθλιψη

Η ανησυχία (worry) αποτελεί μια γνωστική διαδικασία, στην οποία το άτομο προσπαθεί ένα επιλύσει ένα πρόβλημα με αβέβαιο αποτέλεσμα (Borkovec et al., 1983). Συνήθως η ανησυχία αφορά σε φορτισμένες με αρνητικό συναίσθημα σκέψεις και εικόνες για ένα μελλοντικό γεγονός, που το άτομο αισθάνεται ότι δεν μπορεί να ελέγξει (Borkovec & Newman, 1998). Η υπερβολική και δυσανάλογη ως προς την κατάσταση ανησυχία, φαίνεται ότι αντί να συμβάλλει θετικά στην προετοιμασία για την αντιμετώπιση της απειλής, όπως είναι ο αρχικός στόχος, λειτουργεί σαν μηχανισμός συναισθηματικής αποφυγής (Newman, 2000. William, 2002) ή διατηρεί σε ένα σταθερό επίπεδο το αρνητικό συναίσθημα, ως προετοιμασία για κάτι χειρότερο (Newman & Llera, 2011). Η ανησυχία αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής γενικευμένου άγχους (APA, 2013), ωστόσο έχει βρεθεί ότι εμπλέκεται και σε άλλες διαταραχές (Kircanski et al., 2015) και συνδέεται με σημαντική επιβάρυνση, τόσο σε κλινικούς, όσο και σε μη κλινικούς πληθυσμούς (Dupuy et al., 2001. Craske et al., 1992).

Η αυξημένη συχνότητα, ο γενικευμένος χαρακτήρας και η μη ελεγχιμότητα της ανησυχίας φαίνεται ότι διαφοροποιούν τη φυσιολογική από τη δυσλειτουργική ή και

κλινικά σημαντική ανησυχία (Borkovec et al., 1998. Craske et al., 1989). Εδώ, είναι απαραίτητο να επισημάνουμε ότι στο παρόν κείμενο, αναφερόμαστε στην δυσλειτουργική (υπερβολική) ανησυχία. Η φυσιολογική ανησυχία αποτελεί μια προσαρμοστική γνωστική λειτουργία στο άτομο η οποία του επιτρέπει να προετοιμάζεται για την επίλυση προβλημάτων (Watkins, 2008).

Η (δυσπροσαρμοστική) ανησυχία έχει διερευνηθεί κυρίως σε πληθυσμούς ενηλίκων, στο πλαίσιο της διαταραχής του γενικευμένου άγχους (Rabner et al., 2017), ωστόσο έχει φανεί ότι συνδέεται και με την κατάθλιψη, ειδικά σε πληθυσμούς στους οποίους συνυπάρχουν οι καταθλιπτικές και οι αγχώδεις διαταραχές (Gladstone et al., 2005). Η διαταραχή γενικευμένου άγχους συνδέεται με μεγαλύτερη συχνότητα αρνητικών σκέψεων για τις διαπροσωπικές σχέσεις και τα προβλήματα της καθημερινότητας (Breitholz et al., 1999), καθώς επίσης και με υψηλή διαπροσωπική ευαισθησία (Nisita et al., 1990) και δυσκολίες στη ρύθμιση του συναισθήματος (Malpass et al., 1999). Η διαταραχή γενικευμένου άγχους συνυπάρχει συχνά με την κατάθλιψη τόσο σε ενήλικους όσο και σε εφηβικούς πληθυσμούς.

Πρόσφατη μελέτη σε ένα δείγμα 1469 παιδιών ηλικίας 11 έως 17 ετών, έδειξε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και του γενικευμένου άγχους μέσα σε ένα χρονικό διάστημα 2 ετών (Otto et al., 2016). Επίσης στη μελέτη των Pine και συνεργάτες (1998) φάνηκε η σχέση της ύπαρξης υψηλών καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην εφηβεία με την ανάπτυξη της διαταραχής γενικευμένου άγχους στην πρώιμη ενήλικη ζωή. Στην ίδια μελέτη φάνηκε επίσης ότι οι έφηβοι που εμφάνιζαν υψηλό άγχος κατά την εφηβεία, είχαν περισσότερες πιθανότητες να διαγνωστούν με κατάθλιψη ως ενήλικες.

Στην εφηβεία η ανησυχία παρατηρείται και σε μη κλινικούς πληθυσμούς εφήβων (Brown et al., 2006). Τα παιδιά στην εφηβεία, συνήθως, ανησυχούν για τις

διαπροσωπικές σχέσεις, την επίδοση στο σχολείο ή σε άλλες δραστηριότητες, καθώς επίσης και για την υγεία των μελών της οικογένειας (Rapee, 2018). Ερευνητικά έχει φανεί ότι η ανησυχία αποτελεί σημαντική προβλεπτική μεταβλητή για το άγχος στην εφηβεία, ωστόσο υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ανάλογη σύνδεσή της με την κατάθλιψη (Brown et al., 2006. Muris et al., 2004. Starcevic, 1995).

Ένας βασικός μηχανισμός που σχετίζεται με την εμφάνιση και τη διατήρηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι ο μηρυκασμός (Nolen-Hoeksema, 1998). Κατά τον μηρυκασμό, το άτομο επικεντρώνει την προσοχή του σε αρνητικά γεγονότα ή σκέψεις. Ο μηρυκασμός και η ανησυχία σαν γνωστικές διαδικασίες εμφανίζουν ομοιότητες και έχει υποστηριχθεί ότι μπορεί να αποτελούν διαφορετικές πλευρές της ίδιας δυσλειτουργικής γνωστικής διαδικασίας, του αρνητικού επαναλαμβανόμενου τρόπου σκέψης (repetitive thought), ο οποίος σχετίζεται με το άγχος και την κατάθλιψη (Segerstorm et al., 2000).

Πρόσφατη μελέτη των Young και Dietrich (2015) σε εφήβους ηλικίας 11 με 15 ετών, η ανησυχία (σε συνδυασμό με τον μηρυκασμό και τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής) προέβλεψε τα καταθλιπτικά συμπτώματα στους εφήβους, τόσο στην αρχική όσο και στη μέτρηση έξι μήνες αργότερα. Οι Brown, Teufel, Birch και Kancherla (2006) έδειξαν ότι η συχνότητα της ανησυχίας συνδέεται με την κατάθλιψη σε νεαρούς εφήβους. Η ανησυχία φαίνεται να αποτελεί μια σημαντική, αλλά λιγότερο διερευνημένη μεταβλητή, η οποία μπορεί να συμβάλει στην κατανόηση των παραγόντων που σχετίζονται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα στη εφηβεία, αλλά και στην πρόληψη τους (Young & Dietrich, 2015).

2.6.3. Ανοχή στη δυσφορία και κατάθλιψη

Η ανοχή στη δυσφορία αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αντέχει αρνητικές, διαφορούμενες ή αβέβαιες καταστάσεις (Leyro et al., 2010). Στη βιβλιογραφία έχει διερευνηθεί τόσο συμπεριφορικά, όσο και ως συναισθηματικός-γνωστικός παράγοντας.

Στη συμπεριφορική της διάσταση η ανοχή στη δυσφορία αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να παραμένει προσηλωμένος στη στοχο-κατευθυνόμενη συμπεριφορά, κατά τη διάρκεια της έκθεσης σε στρεσογόνα ή δυσάρεστα ερεθίσματα (Zvolensky et al., 2011). Η συμπεριφορική ανοχή στη δυσφορία σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την επίτευξη στόχου και τη θετική συναισθηματικότητα (positive affect) (Kiselica et al., 2014). Αντίστροφα, τα χαμηλά επίπεδα συμπεριφορικής ανοχής στη δυσφορία έχει φανεί ότι σχετίζονται με την αποτυχία διατήρησης των προσπαθειών για τον στόχο (McHuge et al., 2014).

Η ανοχή στη δυσφορία, ως συναισθηματικός- γνωστικός παράγοντας, αφορά στην ικανότητα του ατόμου να ανέχεται αρνητικές/απεχθείς ή διαφορούμενες συναισθηματικές καταστάσεις (Simons & Gaher, 2005) και μελετάται κυρίως μέσα από ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς. Η χαμηλή ανοχή στη δυσφορία ερευνητικά σχετίζεται θετικά με την αρνητική συναισθηματικότητα, την παρορμητικότητα, το στρες και την υιοθέτηση δυσπροσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης (Kiselica et al., 2014). Άτομα με χαμηλή ανοχή στη δυσφορία αξιολογούν τα αρνητικά συναισθήματα ως ανυπόφορα, μη αποδεκτά, τις ικανότητές τους να τα διαχειριστούν ως φτωχές και έχουν την τάση να προσπαθούν να αποφύγουν τα αρνητικά συναισθήματα ή να κάνουν κάτι για να βιώσουν άμεση ανακούφιση (Simons & Gaher, 2005). Η ανοχή στη δυσφορία, έχει διερευνηθεί κυρίως σε ενήλικες και θεωρείται ένας δια-διαγνωστικός μηχανισμός που εμπλέκεται στην ανάπτυξη και τη διατήρηση

διαφόρων μορφών ψυχοπαθολογίας (Michel et al., 2016. Zvolensky & Hogan, 2013). Οι μελέτες σε εφηβικούς πληθυσμούς είναι περισσότερο πρόσφατες και εστιάζουν κυρίως στα συμπτώματα του άγχους (Keough et al., 2010. Norr et al., 2013. Wolitzky-Taylor et al., 2015).

Μελέτες οι οποίες διερευνούν την σχέση της ανοχής στη δυσφορία με τα εσωτερικευμένα συμπτώματα (συμπεριλαμβανομένων των καταθλιπτικών συμπτωμάτων) έχουν δείξει μια σταθερή θετική σχέση ανάμεσα στη χαμηλή ανοχή στη δυσφορία και σε αυξημένα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης (Anestis et al., 2007. Daughters et al., 2008. Ellis et al., 2010). Οι Cohen, Danielson και Adams (2016) βρήκαν ότι έφηβοι (n= 352 άτομα, ηλικίας 12-17 ετών) οι οποίοι είχαν επιβιώσει από μια φυσική καταστροφή εμφάνισαν υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα και χαμηλή ανοχή στη δυσφορία. Αν και η βιβλιογραφία της σχέσης ανάμεσα στην ανοχή στη δυσφορία και την κατάθλιψη είναι ακόμα περιορισμένη, μακροχρόνιες μελέτες έχουν δείξει ότι έφηβοι με χαμηλή ανοχή στη δυσφορία έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν υψηλά συμπτώματα κατάθλιψης στο μέλλον (π.χ., Hashoul- Andary et al., 2015. Lin et al., 2018). Πρόσφατη μελέτη του Felton και των συνεργατών του (2019) έδειξε επίσης ότι τα αρνητικά γεγονότα ζωής αποτελούσαν σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα για την κατάθλιψη στους εφήβους που είχαν χαμηλά επίπεδα ανοχής στη δυσφορία αλλά όχι σε αυτούς με υψηλή ανοχή στη δυσφορία.

Στη βιβλιογραφία για τους εφήβους έχουν παρατηρηθεί διαφορές φύλου στα επίπεδα της ανοχής στη δυσφορία. Τα χαμηλά επίπεδα ανοχής στη δυσφορία φαίνεται ότι στα κορίτσια συνδέονται περισσότερο με την αρνητική αυτοαξιολόγηση και τον μηρυκασμό (Galaif et al., 2003. Hankin & Abramson, 2001. Piko, 2001). Οι εσωτερικές αντιδράσεις των κοριτσιών στην εφηβεία σχετίζονται με την προδιάθεση σε εσωτερικευμένα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα (άγχος, κατάθλιψη) (Compas et al.,

1993. Hankin et al., 2007). Στα αγόρια τα χαμηλά επίπεδα ανοχής στη δυσφορία σχετίζονται συνήθως με μεγαλύτερη πιθανότητα εμπλοκής σε επικίνδυνες συμπεριφορές, όπως η χρήση ουσιών και η παραβατικότητα (Achenbach, 1991. Hankin et al., 2007). Οι εξωτερικές αντιδράσεις των αγοριών στην εφηβεία θεωρείται ότι οδηγούν στην ανάπτυξη εξωτερικευμένων συμπτωμάτων (Compas et al., 1993. Hankin et al., 2007).

Η ανοχή στη δυσφορία έχει διερευνηθεί και ως παράγοντας που σχετίζεται με την έκβαση της θεραπείας σε κλινικούς πληθυσμούς ενηλίκων. Στη μελέτη των Williams, Thompson και Andrews (2013) η συμμετοχή σε ένα διαδικτυακό πρόγραμμα γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας για την κατάθλιψη οδήγησε σε βελτίωση των επιπέδων της ανοχής στη δυσφορία, ωστόσο τα άτομα που χαρακτηρίζονταν από χαμηλά επίπεδα ανοχής στην αρχή της μελέτης, ανέφεραν και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης στη λήξη της. Μόνο μια μελέτη, η οποία αφορά ενήλικους αφορά σε μια παρέμβαση εστιασμένη στην εκπαίδευση σε δεξιότητες της ανοχής στη δυσφορία και περιλαμβάνει επίσης μετρήσεις για τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Η μελέτη των Bornovalova, Gratz, Daughters, Hunt και Lejuez (2012) σε δείγμα ατόμων με προβλήματα χρήσης ουσιών έδειξε σημαντική μείωση στα καταθλιπτικά συμπτώματα της ομάδας που συμμετείχε στην εκπαίδευση σε δεξιότητες ανοχής στη δυσφορία συγκριτικά με αυτούς που έλαβαν υποστηρικτική συμβουλευτική και με αυτούς που δεν έλαβαν καμία θεραπεία. Η μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην ομάδα που εστίαζε στην ανοχή στη δυσφορία ήταν η μόνη που εμφάνισε στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μέτρηση στη λήξη της παρέμβασης.

Αν και η ανοχή στη δυσφορία είναι ελάχιστα διερευνημένη αναφορικά με την κατάθλιψη στην εφηβεία, τα μέχρι τώρα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι θα

μπορούσε να αποτελέσει ένα σημαντικό παράγοντα για την αντιμετώπιση και την πρόληψη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

2.7. Η σχέση του κοινωνικού άγχους με τον τύπο δεσμού με τη μητέρα, την ανησυχία και την ανοχή στη δυσφορία

Όπως αναφέρεται παραπάνω, το κοινωνικό άγχος, η ανησυχία, ο ανασφαλής δεσμός και η χαμηλή ανοχή στη δυσφορία συνδέονται ερευνητικά με την κατάθλιψη. Τα συμπτώματα κοινωνικού άγχους έχει φανεί ότι προηγούνται των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην εφηβεία (Kessler et al., 2005), ωστόσο η σχέση τους με μεταβλητές που επίσης σχετίζονται με την κατάθλιψη όπως ο τύπος δεσμού, η ανησυχία και η ανοχή στη δυσφορία είναι λιγότερο διερευνημένη στους εφήβους.

Στη θεωρία δεσμού του Bowlby (1969-1988), οι πρώιμες αρνητικές εμπειρίες αποτελούν τη βάση για τη διαμόρφωση των εσωτερικών μοντέλων εργασίας (internal working models) του δεσμού. Τα εσωτερικά μοντέλα δεσμού αποτελούνται από σχετικά σταθερές αναπαραστάσεις για τον εαυτό και τους άλλους, σχετικά με το αν το άτομο αξίζει και είναι ικανό και αν οι άλλοι είναι διαθέσιμοι και ανταποκρίνονται στις ανάγκες του ατόμου (Baldwin et al., 1996. Trinke & Bartholomew, 1997. Vertue, 2003). Η κατάλληλη αλληλεπίδραση με τα πρόσωπα του δεσμού (κυρίως με τη μητέρα) προδιαθέτει το άτομο να αναπτύξει μια καλή εικόνα για τον εαυτό και θετικές προσδοκίες για τους γύρω του (Allen et al., 2003. Bosmans, 2016. Mikulincer & Shaver, 2012). Ο ασφαλής δεσμός έχει φανεί ότι αποτελεί σημαντικό προστατευτικό παράγοντα για την εμφάνιση της ψυχοπαθολογίας σε ενήλικες και εφήβους (Mikulincer & Shaver, 2012. Ivarsson et al., 2010). Από την άλλη μεριά ο ανασφαλής δεσμός συνδέεται με την ανάπτυξη αρνητικής εικόνας για τον εαυτό και αρνητικών προσδοκιών από τους άλλους, όσον αφορά στην υποστήριξη και τη διαθεσιμότητά

τους, ακόμα και σε εφήβους χωρίς ψυχοπαθολογία (Roelofs et al., 2006. Roberts et al., 1996). Η αρνητική αυτό-αξιολόγηση και οι προσδοκίες για αρνητική κριτική και απόρριψη από τους άλλους, είναι χαρακτηριστικά της σκέψης των εφήβων με υψηλό κοινωνικό άγχος (Beidel, 1991. Rapee & Lim, 1992. Spence et al., 1999). Μελέτες έχουν δείξει ότι ο ασφαλής δεσμός συσχετίζεται αρνητικά με το κοινωνικό άγχος στην εφηβεία (Brimariu & Kerns, 2008. Papini et al., 1991. Papini & Roggman, 1992). Η μελέτη των Eng και συνεργάτες (2001) σε ενήλικες έδειξε ότι το κοινωνικό άγχος διαμεσολαβεί τη σχέση ανάμεσα στον δεσμό και την κατάθλιψη, επηρεάζοντας τ.

Τόσο η ανησυχία, όσο και το κοινωνικό άγχος παρατηρούνται συχνά στην εφηβεία (Beesdo et al, 2009. Muris, 2002. Rabner et al., 2017). Διάφορα μοντέλα για το κοινωνικό άγχος τονίζουν τη σημασία των γνωστικών διαδικασιών στην ανάπτυξη της κοινωνικής φοβίας/άγχους (Hofmann, 2007). Η ανησυχία αποτελεί έναν σημαντικό γνωστικό παράγοντα του άγχους, ο οποίος επηρεάζει διάφορες αγχώδεις διαταραχές (Borkovec, 1994. Purdon & Harrington, 2016). Κοινό χαρακτηριστικό όλων των αγχωδών διαταραχών είναι η αναγνώριση μιας απειλής, η οποία μπορεί να εμφανιστεί με τη μορφή των αρνητικών σκέψεων, της ανησυχίας, ή του μηρυκασμού (Rapee, 2018). Το περιεχόμενο των σκέψεων είναι αυτό που διαφοροποιεί τις αγχώδεις διαταραχές μεταξύ τους (Breitholz et al., 1999. Rapee, 2018). Το περιεχόμενο της ανησυχίας στην εφηβεία, συχνά, αφορά στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην αξιολόγηση από τους άλλους (Vasey et al., 1994. Weems & Costa, 2005). Στη μελέτη των Boelen και συνεργάτες (2010), έφηβοι ηλικίας 14 έως 18 ετών, οι οποίοι ανέφεραν υψηλά επίπεδα ανησυχίας παρουσίασαν και υψηλό κοινωνικό άγχος.

Μια ακόμη μεταβλητή που σχετίζεται τόσο με το κοινωνικό άγχος αλλά και με την κατάθλιψη είναι η ανοχή στη δυσφορία. Η έννοια της ανοχής στη δυσφορία έχει μελετηθεί στη βιβλιογραφία κυρίως αναφορικά με το άγχος στους ενήλικες. Η ανοχή

στη δυσφορία θεωρείται ότι επηρεάζει τον τρόπο που το άτομο προσλαμβάνει και βιώνει τα αρνητικά συναισθήματα (Keough et al., 2010). Άτομα με χαμηλή ανοχή στη δυσφορία εμφανίζουν υψηλά συμπτώματα άγχους, συμπεριλαμβανομένου του κοινωνικού άγχους (Laposa et al., 2016. Michel et al., 2016). Η ανοχή στη δυσφορία έχει μελετηθεί σαν ένας δια-διαγνωστικός παράγοντας που επηρεάζει τη ρύθμιση του συναισθήματος και σχετίζεται με την αναφορά συμπτωμάτων άγχους (Leyro et al., 2010).

Η αποσαφήνιση της σχέσης μεταξύ των παραπάνω μεταβλητών μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση της εμφάνισης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην εφηβεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η πρόληψη αναφέρεται σε προσπάθειες περιορισμού της εμφάνισης ή των συνεπειών μιας ασθένειας και στην ενίσχυση της υγείας και της ψυχολογικής ευεξίας των ατόμων (Romano & Hage, 2000). Η έγκαιρη αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την εκδήλωση μιας ασθένειας, η ενδυνάμωση προστατευτικών παραγόντων που μπορούν να αποτρέψουν ή να καθυστερήσουν την εμφάνισή της, αλλά και η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων με στόχο την μη επιδείνωσή τους, αποτελούν τα διαφορετικά επίπεδα της πρόληψης (APA, 2013). Οι προληπτικές παρεμβάσεις μπορούν σχηματικά να διαιρεθούν σε τρεις κατηγορίες: στις *καθολικές* (universal), στις *επιλεκτικές* (selective) και στις *ενδεδειγμένες* (indicated), ανάλογα με τον βαθμό επικινδυνότητας του πληθυσμού-στόχου για την ανάπτυξη της διαταραχής (Gordon, 1987. National Research Council & Institute of Medicine, 2009). Οι καθολικές παρεμβάσεις στοχεύουν στην πρόληψη στον γενικό πληθυσμό, ενώ οι επιλεκτικές και οι ενδεδειγμένες παρεμβάσεις πρόληψης αφορούν σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, που είτε μοιράζονται κάποιον βιολογικό, ψυχολογικό ή κοινωνικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη της διαταραχής, είτε εμφανίζουν συμπτώματα της διαταραχής σε υπο-κλινικό επίπεδο (Mrazek & Hagerty, 1994).

3.1. Προγράμματα Πρόληψης της Κατάθλιψης στους Εφήβους

Η βιβλιογραφία για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων πρόληψης της κατάθλιψης επικεντρώνεται κυρίως σε τυχαιοποιημένες μελέτες, οι οποίες εμφανίζουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα (National Research Council & Institute of Medicine, 2009). Παρακάτω ακολουθεί μια σύντομη περιγραφή για τα κυριότερα προγράμματα

πρόληψης της κατάθλιψης τα οποία έχουν εφαρμοστεί σε εφηβικούς πληθυσμούς. Έμφαση δίνεται σε προγράμματα της γνωστικής συμπεριφορικής (cognitive behavioral therapy) και της διαπροσωπικής θεραπείας (interpersonal therapy), μιας και αυτά εμφανίζουν την μεγαλύτερη ερευνητική υποστήριξη (Hettrick et al., 2015).

3.1.1. Coping with Stress (CWS) Course

Το πρόγραμμα CWS του Clarke και των συνεργατών του (1995) αφορά μια ομαδική γνωστική συμπεριφορική παρέμβαση για την πρόληψη της κατάθλιψης σε εφήβους ηλικίας από 13 έως 18 ετών. Στοχεύει στην ψυχοεκπαίδευση των εφήβων για την κατάθλιψη και τους διδάσκει να εντοπίζουν και να αμφισβητούν τις αρνητικές/απαισιόδοξες σκέψεις τους. Βασίστηκε στο πρόγραμμα Adolescent Coping with Depression Course (CWD-A, Clark et al., 1990), το οποίο είχε σχεδιαστεί για τη θεραπεία εφήβων με κατάθλιψη (Cuijpers et al., 2009). Αφορά ομάδες 6-10 ατόμων και περιλαμβάνει εγχειρίδια και για τους συμμετέχοντες, με στόχο την εξάσκηση όσων μαθαίνουν στην ομάδα.

Η μελέτη του Clarke και των συνεργατών του (1995) αφορούσε 150 εφήβους υψηλού κινδύνου (μαθητές της τελευταίας τάξης του γυμνασίου είτε της πρώτης τάξης του λυκείου), οι οποίοι είχαν υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η μελέτη προέβλεπε την παραπομπή των εφήβων που πληρούσαν τα κριτήρια της διαταραχής της κατάθλιψης εκείνη την περίοδο, μέσα από τη χρήση διαγνωστικών συνεντεύξεων. Η διάγνωση της κατάθλιψης στο παρελθόν, ωστόσο, δεν αποτελούσε κριτήριο αποκλεισμού από τη συμμετοχή στη μελέτη. Οι συμμετέχοντες κατανεμήθηκαν σε μια πειραματική ομάδα, η οποία παρακολούθησε ένα πρόγραμμα 15 ομαδικών συνεδριών (τρεις εβδομαδιαίες συναντήσεις διάρκειας 45 λεπτών), και στην ομάδα ελέγχου (ομάδα συνήθους φροντίδας), η οποία συμμετείχε στις μετρήσεις (λήξη, 6 και 12 μήνες

μετά την παρέμβαση). Η αξιολόγηση των συμμετεχόντων ένα χρόνο μετά, έδειξε σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά συναισθηματικών διαταραχών στην ομάδα παρέμβασης, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (14,5% στην ομάδα παρέμβασης και 25,7% στην ομάδα ελέγχου). Ωστόσο, το γεγονός ότι κάποιοι από τους συμμετέχοντες είχαν ήδη ένα καταθλιπτικό επεισόδιο στο ιστορικό τους, μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η αποτελεσματικότητα του συγκεκριμένου προγράμματος αφορά στην αποτροπή της επανεμφάνισης της κατάθλιψης και όχι αποκλειστικά στην πρωτογενή πρόληψη (Amarson & Craighead, 2009).

Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε αργότερα και σε εφήβους οι γονείς των οποίων είχαν διαγνωστεί με κατάθλιψη (Clarke et al., 2001). Με βάση τα ιατρικά αρχεία μιας κοινοτικής δομής ψυχικής υγείας, οι ερευνητές προσέγγισαν τους απογόνους των ληπτών υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι είχαν λάβει τη διάγνωση της κατάθλιψης. Οι έφηβοι υψηλού κινδύνου εντοπίστηκαν, τόσο με βάση τη διάγνωση των γονέων τους, όσο και με βάση την αναφορά υπο-κλινικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων από τους ίδιους. Μετά την υλοποίηση των 15 συνεδριών που καθόριζε το πρόγραμμα και σε αυτή την μελέτη παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των συμμετεχόντων, σε σχέση με τους συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου.

Μια παραλλαγή του προγράμματος εφαρμόστηκε από τον Beardslee και τους συνεργάτες του (2013) σε παιδιά με γονείς οι οποίοι είχαν στο παρελθόν διαγνωστεί με κατάθλιψη. Η παρέμβαση αφορούσε μια τροποποιημένη εκδοχή του προγράμματος Coping with Stress. Αποτελούνταν από 8 εβδομαδιαίες συνεδρίες (διάρκειας 90 λεπτών) στην αρχή και στην συνέχεια ακολουθούσαν 6 μηνιαίες συνεδρίες. Στις ομάδες συμμετείχαν κορίτσια και αγόρια ηλικίας 13 έως 17 ετών και το μέγεθος κάθε ομάδας κυμαινόταν από 3 μέχρι 10 άτομα. Επίσης την πρώτη και την όγδοη εβδομάδα το πρόγραμμα συμπεριλάμβανε μια συνάντηση με τους γονείς των συμμετεχόντων, με

στόχο την ενημέρωσή τους. Η αποτελεσματικότητα του προγράμματος αξιολογήθηκε έως και 33 μήνες μετά τη λήξη του αρχικού πακέτου της παρέμβασης και φάνηκε ότι οι έφηβοι που συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης εμφάνισαν χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης καταθλιπτικών επεισοδίων, από ότι οι έφηβοι της ομάδας ελέγχου.

Μια ακόμη εφαρμογή του προγράμματος συνέκρινε την αποτελεσματικότητα του συγκεκριμένου προγράμματος με μια ακόμη ενεργή παρέμβαση. Οι Horowitz, Garber, Ciesla, Young και Mufson (2007) εφάρμοσαν το πρόγραμμα CWS σε μια ομάδα εφήβων μαθητών γυμνασίου, με υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα και στη μελέτη τους συμπεριλήφθηκε μια ακόμη πειραματική ομάδα. Η δεύτερη ομάδα παρακολούθησε το Πρόγραμμα Διαπροσωπικής Θεραπείας (Interpersonal Psychotherapy- Adolescent Skills Training- IPT-AST) των Young και Mufson (2003). Τα αποτελέσματα της σύγκρισης ανάμεσα στις δυο πειραματικές ομάδες και την ομάδα ελέγχου έδειξαν σημαντική βελτίωση στην καταθλιπτική συμπτωματολογία των συμμετεχόντων των δυο ενεργών παρεμβάσεων, στη μέτρηση αμέσως μετά τη λήξη του προγράμματος. Τα αποτελέσματα, ωστόσο, δεν διατηρήθηκαν στην επαναληπτική μέτρηση 6 μήνες μετά τη λήξη.

Στη μελέτη του Dobson και των συνεργατών του (2010) η παρακολούθηση του προγράμματος CWS δεν φάνηκε να έχει στατιστικά σημαντικές διαφορές από την παρακολούθηση ενός υποστηρικτικού μη ειδικού προγράμματος (Let's Talk) σε ένα δείγμα εφήβων υψηλού κινδύνου (ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς και διαγνωστική συνέντευξη). Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι αυτό μπορεί να οφείλεται στο μικρό μέγεθος του δείγματος (συνολικά 46 συμμετέχοντες).

Τέλος, μια ακόμη παραλλαγή του προγράμματος εφαρμόστηκε σε ένα δείγμα κοριτσιών με υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα στη Σουηδία, από τους Treutiger και Lindberg (Depression in Swedish Adolescents - DISA, 2013). Το πρόγραμμα

αποτελείται από 10 εβδομαδιαίες συνεδρίες, διάρκειας 90 λεπτών. Τα αποτελέσματα έδειξαν οριακά καλύτερα αποτελέσματα για την πειραματική ομάδα. Οι Garmy, οι συνεργάτες του (2015) εφάρμοσαν το πρόγραμμα αυτό σε μια μελέτη πρόληψης στον γενικό πληθυσμό των εφήβων. Η συγκεκριμένη μελέτη αφορούσε 62 εφήβους με μέσο όρο ηλικίας τα 14 έτη. Οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν το πρόγραμμα (μια εβδομαδιαία συνεδρία 1,5 ώρας) για μια περίοδο 10 εβδομάδων. Η έρευνα έδειξε σημαντική μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των κοριτσιών που ανήκαν στην ομάδα παρέμβασης, τόσο στη λήξη όσο και στην μέτρηση ένα χρόνο μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Τα αποτελέσματα αυτά δεν ίσχυσαν για τα αγόρια της ομάδας παρέμβασης.

3.1.2. Penn Resiliency Program (PRP)

Οι Gillham, Jaycox, Reivich, Seligman και Silver (1990) ανέπτυξαν το πρόγραμμα PRP με στόχο την πρόληψη και τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων για εφήβους ηλικίας 10 με 14 ετών. Αποτελείται από δώδεκα 90λεπτες συναντήσεις και οι ομάδες αποτελούνται από 10 με 12 άτομα. Η δομή του προγράμματος βασίζεται στην γνωστική συμπεριφορική θεωρία και στην εκπαίδευση σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και κοινωνικών δεξιοτήτων. Προωθεί έναν αισιόδοξο τρόπο σκέψης μέσα από την εκπαίδευση σε έναν περισσότερο ρεαλιστικό και ευέλικτο τρόπο αντιμετώπισης των καθημερινών προβλημάτων των εφήβων (Gillham et al., 2007).

Το Penn Resiliency Program έχει εφαρμοστεί τόσο σε παρεμβάσεις που αφορούν το γενικό πληθυσμό (π.χ. Cardemil et al., 2002) όσο και σε στοχευμένες μελέτες για εφήβους υψηλού κινδύνου (π.χ. Chaplin et al., 2006. Roberts et al., 2004), εντός αλλά και εκτός σχολικού πλαισίου (Gillham et al., 2006). Αποτελεί μια από τις

πλέον τεκμηριωμένες γνωστικο- συμπεριφορικές παρεμβάσεις για την πρόληψη της κατάθλιψης και έχει εφαρμοστεί σε διαφορετικές χώρες (Brunwasser et al., 2009).

Στη μελέτη των Gillham, Reivich, Jaycox και Seligman (1995) οι συμμετέχοντες ήταν παιδιά που φοιτούσαν στις τελευταίες τάξεις του δημοτικού και είχαν υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία, ή ανέφεραν υψηλή συχνότητα οικογενειακών συγκρούσεων. Τα παιδιά τα οποία συμμετείχαν στην πειραματική ομάδα (N=69) εμφάνισαν λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από ότι τα παιδιά της ομάδας ελέγχου (N=49). Τα θετικά αποτελέσματα διατηρήθηκαν έως και δυο χρόνια μετά τη λήξη του προγράμματος, ωστόσο στον τρίτο χρόνο μετά την παρέμβαση δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων (Gillham & Reivich, 1999).

Οι Yu και Seligman (2002) προσάρμοσαν το συγκεκριμένο πρόγραμμα πρόληψης σε μια ομάδα 220 παιδιών γυμνασίου στην Κίνα. Τόσο μετά τη λήξη του προγράμματος, όσο και στις επαναληπτικές μετρήσεις 3 και 6 μήνες μετά, παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στα συμπτώματα κατάθλιψης ανάμεσα στην ομάδα παρέμβασης και την ομάδα ελέγχου. Οι Quale, Dziurawiec, Roberts και οι συνεργάτες τους (2001) προσάρμοσαν το PRP σε έναν πληθυσμό 47 κοριτσιών σε ένα ιδιωτικό σχολείο στην Αυστραλία. Η συγκεκριμένη μελέτη δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου μετά τη λήξη του προγράμματος, ωστόσο στην μέτρηση έξι μήνες μετά η ομάδα παρέμβασης εμφάνιζε σημαντική μείωση στα αυτο-αναφερόμενα συμπτώματα κατάθλιψης. Στην επαναληπτική αυτή μέτρηση αξίζει να σημειωθεί και το σημαντικό ποσοστό διαρροής των συμμετεχόντων (μόνο 33 ολοκλήρωσαν τη μέτρηση).

Μια ακόμα εφαρμογή του προγράμματος, η οποία περιλαμβάνει ομάδες που αποτελούνται αποκλειστικά από κορίτσια είναι και η παρέμβαση της Chaplin και των

συνεργατών της (2006). Η Charplin και οι συνεργάτες της σε ένα δείγμα 208 παιδιών ηλικίας από 11 έως 14 ετών, διερεύνησαν την τυχόν διαφοροποίηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης μεταξύ ομάδων στις οποίες συμμετείχαν αμιγώς κορίτσια και ομάδων που αποτελούνταν και από τα δυο φύλα. Τόσο οι μικτές ομάδες όσο και οι ομάδες κοριτσιών εμφάνιζαν σημαντική μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά τη λήξη των παρεμβάσεων συγκριτικά με τις ομάδες ελέγχου, στις οποίες δεν δόθηκε κάποια παρέμβαση. Ωστόσο, η μελέτη δεν έδειξε κάποια διαφορά μεταξύ των ομάδων με τη διαφορετική σύνθεση φύλου, ενώ τα θετικά αποτελέσματα υποχώρησαν στην επαναληπτική μέτρηση ένα χρόνο μετά. Παρόλο που δεν υπήρξε διαφοροποίηση στα συμπτώματα κατάθλιψης, οι αποτελούμενες αμιγώς από κορίτσια ομάδες, φάνηκε ότι είχαν περισσότερο θετικά αποτελέσματα σε ζητήματα όπως το αίσθημα του αβοήθητου (hopelessness), η ικανοποίηση από την παρέμβαση και η παραμονή στο πρόγραμμα.

Η Roberts και οι συνεργάτες της (2003, 2004) δεν βρήκαν κάποιο στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σχετικά με την αποτελεσματικότητα του προγράμματος στην κατάθλιψη. Έφηβοι από διάφορα σχολεία στην Αυστραλία, οι οποίοι φοιτούσαν στην πρώτη τάξη του γυμνασίου (Μ.Ο._{ηλικίας} =11,9 έτη) κατανεμήθηκαν στην ομάδα παρέμβασης, στην ομάδα που θα παρακολουθούσε ένα μάθημα αγωγής υγείας και στην ομάδα ελέγχου. Η μελέτη προέβλεπε μετρήσεις τόσο για το άγχος όσο και για την κατάθλιψη. Τόσο μετά τη λήξη του προγράμματος, όσο και στις μετρήσεις 6 και 18 και 30 μήνες μετά, δεν φάνηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στα συμπτώματα της κατάθλιψης. Παρατηρήθηκε, ωστόσο, σημαντική μείωση των συμπτωμάτων άγχους στους συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης.

Μετέπειτα έρευνες προσπάθησαν να διερευνήσουν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος συγκρίνοντας τα γνωστικά συμπεριφορικά στοιχεία του

προγράμματος με ένα εναλλακτικό πρόγραμμα που εστιάζει σε μη ειδικά στοιχεία (Reivich, 1996. Shatte, 1997. Gillham et al, 2007). Το εναλλακτικό αυτό πρόγραμμα ονομάστηκε Penn Enhancement Program και εστιάζει στην εκπαίδευση σε ζητήματα όπως η πίεση από την ομάδα, οι οικογενειακές συγκρούσεις, η θέσπιση στόχων, η αυτοεκτίμηση, η εικόνα του σώματος, καθώς επίσης και σε ζητήματα που σχετίζονται με την επικοινωνία.

Ενδεικτικά είναι τα αποτελέσματα από τη μελέτη των Gillham και συνεργάτες (2007) με συμμετέχοντες 697 παιδιά (Μ.Ο._{ηλικίας}= 12,7 έτη). Οι συμμετέχοντες κατανεμήθηκαν στις τρεις ομάδες της μελέτης. Στην ομάδα που ακολουθούσε το πρωτόκολλο του Penn Resiliency Program (PRP), στην ομάδα που παρακολούθησε την εναλλακτική παρέμβαση Penn Enhancement Program (PEP), και στην ομάδα ελέγχου, οι συμμετέχοντες της οποίας έλαβαν μέρος μόνο στις μετρήσεις. Κάθε ομάδα παρέμβασης αποτελούνταν από 6 έως 14 άτομα και τόσο η συχνότητα, όσο και η διάρκεια των συναντήσεων της κάθε πειραματικής ομάδας ήταν ίδια. Τα αποτελέσματα της μελέτης προσέφεραν περιορισμένη υποστήριξη στο πρόγραμμα. Σε δυο από τα τρία σχολεία φάνηκε ότι το PRP πρόγραμμα είχε καλύτερα αποτελέσματα από τις άλλες δυο ομάδες (μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη μέτρηση 30 μήνες μετά). Στο τρίτο σχολείο δεν φάνηκε να υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων.

Τέλος ακόμη μια παραλλαγή του προγράμματος είναι το Aussie Optimism Program (AOP, Roberts et al., 2010). Αυτή η εκδοχή του προγράμματος απευθύνεται στον γενικό πληθυσμό των παιδιών στις τελευταίες τάξεις του δημοτικού και στις πρώτες τάξεις του γυμνασίου. Για παιδιά στην εφηβεία υπάρχει μια οικογενειακή εκδοχή του προγράμματος, ωστόσο η ερευνητική υποστήριξη του προγράμματος αφορά κυρίως παιδιά μικρότερων ηλικιών (βλ. Rooney et al., 2013).

3.1.3 Resourceful Adolescent Program

Το πρόγραμμα σχεδιάστηκε από τους Shochet, Holland και Whitefield (1997) με στόχο την εφαρμογή του σε εφήβους (12 με 15 ετών), στο πλαίσιο του σχολικού περιβάλλοντος. Απευθύνεται στο γενικό πληθυσμό και η υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ή άλλοι παράγοντες κινδύνου δεν αποτελούν προϋπόθεση για τη συμμετοχή των εφήβων στο πρόγραμμα. Ομάδες έως και 15 εφήβων παρακολουθούν 11 εβδομαδιαίες συνεδρίες διάρκειας 45-50 λεπτών. Αποτελεί μια γνωστική συμπεριφορική παρέμβαση που εστιάζει κυρίως στη γνωστική αναδόμηση, ενώ αντλεί στοιχεία και από τη διαπροσωπική θεραπεία και την εκπαίδευση σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων. Μέσα από το πρόγραμμα οι έφηβοι εκπαιδεύονται στο να εντοπίζουν τις αρνητικές σκέψεις και να αναγνωρίζουν τη σημασία τους στην εμφάνιση και στη διατήρηση των αρνητικών συναισθημάτων (Shochet et al., 1997).

Στην μελέτη του Shochet και των συνεργατών του (2001) συμμετείχαν 260 έφηβοι, ηλικίας 12- 15 ετών, οι οποίοι φοιτούσαν στο ίδιο σχολείο. Η πρώτη ομάδα (Resourceful Adolescent Program- Adolescents (RAP-A), προέβλεπε 11 συνεδρίες. Η δεύτερη ομάδα (Resourceful Adolescent Program – Family (RAP-F) αφορούσε στην εφαρμογή του ίδιου προγράμματος με την προσθήκη τριών συναντήσεων που απευθύνονταν στους γονείς των συμμετεχόντων. Η παρέμβαση στους γονείς εστιαζόταν σε ζητήματα όπως ο γονεϊκός ρόλος, η ανάπτυξη των εφήβων, η διαχείριση του άγχους και η επίλυση συγκρούσεων στην οικογένεια. Τέλος η τρίτη ομάδα (Adolescent Watch) αφορούσε τους εφήβους οι οποίοι δεν έλαβαν κάποιου είδους θεραπεία (ομάδα ελέγχου). Τόσο μετά τη λήξη της παρέμβασης, όσο και στην επαναληπτική μέτρηση 10 μήνες μετά, οι δυο πρώτες ομάδες εμφάνισαν σημαντική μείωση στα συμπτώματα κατάθλιψης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.

Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε και στη Νέα Ζηλανδία σε ένα δείγμα 392 εφήβων, ηλικίας 13-15 ετών (Merry et al., 2004). Στη μελέτη οι έφηβοι κατανεμήθηκαν σε δυο ομάδες. Η πρώτη ομάδα παρακολούθησε το προσαρμοσμένο στα δεδομένα της Νέας Ζηλανδίας πρόγραμμα, το οποίο ονομάστηκε RAP-Kiwi (11 συνεδρίες). Η δεύτερη ομάδα εντάχθηκε σε ένα εναλλακτικό πρόγραμμα (placebo- control group), το οποίο είχε τη ίδια δομή και διάρκεια αλλά είχαν αφαιρεθεί τα γνωστικο-συμπεριφορικά στοιχεία της παρέμβασης και η δομή του στόχευε στην δημιουργία ενός ευχάριστου κλίματος. Μετά τη λήξη της παρέμβασης η πρώτη ομάδα ανέφερε σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Στην επαναληπτική μέτρηση 18 μήνες μετά, οι διαφορές αυτές δεν διατηρήθηκαν.

Μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο διερεύνησε επίσης την αποτελεσματικότητα του προγράμματος σε εφήβους υψηλού κινδύνου (υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα) (Stallard et al., 2010). Οι συμμετέχοντες ήταν έφηβοι που φοιτούσαν σε τάξεις του γυμνασίου και του λυκείου, ηλικίας 12 με 16 ετών. Συνολικά 5030 έφηβοι, κατανεμήθηκαν σε τρεις ομάδες. Η πρώτη αφορούσε την ομάδα παρέμβασης που συμμετείχε στο πρόγραμμα RAP, η δεύτερη ομάδα αφορούσε ένα εναλλακτικό πρόγραμμα το οποίο δεν περιείχε στοιχεία σχετιζόμενα με την πρόληψη καταθλιπτικών συμπτωμάτων (attention group) και τέλος η τρίτη ομάδα αφορούσε την παρακολούθηση μαθημάτων αγωγής υγείας, ενταγμένων στο σχολικό πρόγραμμα. Στην αξιολόγηση ένα χρόνο μετά τη λήξη του προγράμματος δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων (Stallard et al., 2012).

3.1.4. Adolescents Coping with Emotions (ACE)

Το πρόγραμμα ACE των Wignall, Gibson, Bateman και Rappe (1998) αφορά στην πρόληψη της κατάθλιψης σε εφήβους με κατάθλιψη ή σε εφήβους υψηλού

κινδύνου ηλικίας 12-15 ετών. Η παρέμβαση προβλέπει 8 εβδομαδιαίες συναντήσεις διάρκειας 90 λεπτών, για ομάδες μεγέθους 8 με 10 ατόμων. Στους συμμετέχοντες δίνεται και ένα βιβλίο εργασιών, έτσι ώστε να εφαρμόζουν νέες γνώσεις στην καθημερινότητα τους. Στοχεύει στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας και στην ενδυνάμωση θετικών στρατηγικών αντιμετώπισης μέσα από την εκμάθηση τεχνικών που στηρίζονται στη γνωστική συμπεριφορική και τη διαπροσωπική θεραπεία (Kowalenko et al., 2002). Βασικά στοιχεία του προγράμματος αποτελούν η ρεαλιστική σκέψη, η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, η διεκδικητικότητα, η επίλυση προβλημάτων καθώς επίσης και η επίλυση διαπροσωπικών συγκρούσεων (Rapee et al., 2016).

Οι Kowalenko, Rapee, Simmons και συν. (2005) εφάρμοσαν το πρόγραμμα σε ένα δείγμα 143 ατόμων τα οποία κατανεμήθηκαν σε μια ομάδα παρέμβασης και σε μια ομάδα ελέγχου, η οποία λειτούργησε ως λίστα αναμονής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα κορίτσια της πειραματικής ομάδας είχαν σημαντική μείωση στα καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ επίσης παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στις στρατηγικές αντιμετώπισης της ομάδας αυτή συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Τα αποτελέσματα αυτά παρέμειναν στατιστικά σημαντικά και στην επαναληπτική μέτρηση 6 μήνες μετά.

3.1.5 Leichtigkeit im sozialen Alltag LISA-T

Το πρόγραμμα LISA-T από τους Possel, Horn και Hautzinger (2003) βασίζεται στη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Περιλαμβάνει δέκα 90λεπτες συνεδρίες σε μια χρονική περίοδο δέκα εβδομάδων. Κάθε συνεδρία διαρκεί περίπου 1,5 ώρα. Η δομή του προγράμματος περιλαμβάνει την εκπαίδευση σε γνωστικές συμπεριφορικές τεχνικές και σε κοινωνικές δεξιότητες (Possel et al., 2004). Η δομή του προγράμματος βασίζεται στο μοντέλο του Dodge (1993) για την κοινωνική επάρκεια και την

επεξεργασία κοινωνικών πληροφοριών (social information processing model of social competence) (Possel et al., 2008).

Μελέτη σε εφήβους στη Γερμανία, οι οποίοι φοιτούσαν στη δεύτερη τάξη του γυμνασίου, έδειξε ότι το πρόγραμμα αυτό έχει σημαντικά προστατευτικά αποτελέσματα (Possel et al., 2004). Η ομάδα που παρακολούθησε τις συνεδρίες του προγράμματος εμφάνισε σημαντική μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η ομάδα ελέγχου παρουσίασε αύξηση των συμπτωμάτων στις μετρήσεις μετά την παρέμβαση, καθώς επίσης και στις επαναληπτικές μετρήσεις 3 και 6 μήνες αργότερα.

Το πρόγραμμα έχει προσαρμοστεί σε ισπανόφωνο πληθυσμό εφήβων, σε μια μελέτη στην Κολομβία (Gomez et al., 2004 όπως αναφέρεται στο Horz et al., 2014). Η παρέμβαση υλοποιήθηκε σε ένα δείγμα 147 εφήβων, ηλικίας 12-16 ετών, μαθητών γυμνασίου. Τα αποτελέσματα στη λήξη της συγκεκριμένης μελέτης, έδειξαν μια οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα της κατάθλιψης, ανάμεσα στην πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου.

Μια αναθεωρημένη έκδοση του LISA-T είναι το πρόγραμμα LARS&LISA (Lust an realistischer Sicht & Leichtigkeit im sozialen Alltag- Possel et al., 2004). Το δεύτερο αυτό πρόγραμμα αφιερώνει μια συνεδρία στην αρχή του προγράμματος με στόχο την κινητοποίηση των συμμετεχόντων και την ενθάρρυνση τους να θέσουν προσωπικούς στόχους κατά τη διάρκεια της παρέμβασης. Η νέα δομή του προγράμματος εφαρμόστηκε σε ένα δείγμα 301 εφήβων (γενικός πληθυσμός), μαθητών γυμνασίου (Possel et al., 2008). Οι έφηβοι που είχαν κατανεμηθεί τυχαία στην ομάδα παρέμβασης εμφάνισαν σημαντική μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (ιδιαίτερα τα κορίτσια), σε σχέση με τους εφήβους της ομάδας ελέγχου τόσο με την ολοκλήρωση του προγράμματος, όσο και στην αξιολόγηση 6 μήνες αργότερα.

3.1.6. Problem Solving for Life (PSFL)

Το πρόγραμμα έχει σχεδιαστεί από τις Spence, Sheffield και Donovan (2003), για εφαρμογή σε μεγάλα δείγματα του γενικού πληθυσμού των εφήβων. Η παρέμβαση υλοποιείται από δασκάλους κατόπιν εκπαίδευσης και αποτελείται από 8 εβδομαδιαίες συνεδρίες (40-50 λεπτών) στη σχολική τάξη σε ομάδες 25-35 ατόμων. Έμφαση δίνεται τόσο στη γνωστική αναδόμηση, όσο και στην εκπαίδευση στην επίλυση προβλημάτων (Spence & Donovan, 2002).

Στην πρώτη μελέτη αξιολόγησης του προγράμματος συμμετείχαν συνολικά 1500 έφηβοι, μαθητές της δεύτερης τάξης του γυμνασίου, από δεκαέξι σχολεία στην Αυστραλία. 751 έφηβοι συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης και 749 στην ομάδα ελέγχου. Η συγκεκριμένη μελέτη προέβλεπε τη χρήση διαγνωστικών συνεντεύξεων στους εφήβους που ανέφεραν αυξημένη συμπτωματολογία κατάθλιψης στα ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς. Οι μετρήσεις μετά τη λήξη του προγράμματος έδειξαν σημαντική μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους εφήβους υψηλού κινδύνου της ομάδας παρέμβασης, αλλά και μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων του συνόλου των συμμετεχόντων στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (Spence et al., 2003). Η αξιολόγηση του προγράμματος με επαναληπτικές μετρήσεις 2, 3 και 4 χρόνια μετά, ωστόσο, έδειξε ότι οι διαφορές (επίπεδα αναφοράς συμπτωματολογίας, δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων κ.α.) δεν διατηρήθηκαν στο χρόνο (Spence et al., 2005).

Η μελέτη του Sheffield και των συνεργατών του (2006) με ένα δείγμα 2500 εφήβων της τρίτης τάξης του γυμνασίου δεν βρήκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, αν και παρατηρήθηκε μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους εφήβους υψηλής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Τόσο στην μέτρηση μετά τη λήξη του προγράμματος, όσο και στις επαναληπτικές μετρήσεις 3 και

15 μήνες μετά, δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ομάδες.

Τα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αυτόματων αρνητικών σκέψεων, άγχους και κοινωνικής λειτουργικότητας βελτιώθηκαν με την πάροδο του χρόνου, τόσο στην ομάδα παρέμβασης, όσο και στην ομάδα που δεν έλαβε καμία παρέμβαση. Αξίζει να σημειωθεί ότι ενώ στη μελέτη συμπεριλήφθηκε και ένα πιο εντατικό πρόγραμμα γνωστικής- συμπεριφορικής θεραπείας (μεγαλύτερη διάρκεια συναντήσεων και ομάδες με μικρότερο αριθμό συμμετεχόντων) για τους συμμετέχοντες που είχαν υψηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία, ούτε σε αυτή την ομάδα φάνηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μετρήσεις με την ομάδα ελέγχου (Sheffield et al, 2006).

3.1.7. Blues Group

Η μελέτη των Stice, Rohde, Seeley και Gau (2008) έδειξε την αποτελεσματικότητα μιας σύντομης γνωστικής συμπεριφορικής παρέμβασης (6 συνεδρίες), συγκριτικά με τη συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης, τη βιβλιοθεραπεία και την μη θεραπεία. Το πρόγραμμα αφορούσε 341 εφήβους, ηλικίας 15-16 ετών, οι οποίοι εξαιτίας των υψηλών καταθλιπτικών συμπτωμάτων που ανέφεραν, χαρακτηρίστηκαν ως υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση της κατάθλιψης στο μέλλον. Ο σχεδιασμός της μελέτης προέβλεπε την παραπομπή των εφήβων που πληρούσαν τα κριτήρια της διάγνωσης της κατάθλιψης, μέσα από τη χρήση μη δομημένων διαγνωστικών συνεντεύξεων. Στη μελέτη συμμετείχαν μόνο όσοι δεν πληρούσαν τα κριτήρια για τη διάγνωση.

Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες. Η ομάδα παρέμβασης ακολούθησε το σύντομο γνωστικό συμπεριφορικό πρόγραμμα. Η πρώτη συνεδρία εστίαζε στη δημιουργία θετικού κλίματος και στην κινητοποίηση των εφήβων, οι

συνεδρίες 2 -4 έδιναν έμφαση στην εκπαίδευση και στην εφαρμογή τεχνικών γνωστικής αναδόμησης και οι δυο τελευταίες συνεδρίες (5 και 6) αφορούσαν τεχνικές αντιμετώπισης και διαχείρισης στρεσογόνων γεγονότων. Το πρόγραμμα περιείχε τόσο ομαδικές ασκήσεις κατά την διάρκεια των συναντήσεων, όσο και ατομικές ασκήσεις για το σπίτι. Η ομάδα υποστήριξης και έκφρασης (supportive-expressive group) αποτελούνταν επίσης από 6 (έξι) εβδομαδιαίες συναντήσεις μιας ώρας και στόχευε στη δημιουργία ενός ασφαλούς πλαισίου επικοινωνίας μεταξύ των συμμετεχόντων. Δεν προέβλεπε την εκμάθηση συγκεκριμένων τεχνικών, ούτε είχε ενσωματώσει στη δομή της συγκεκριμένα στοιχεία με βάση τις θεωρίες πρόληψης της κατάθλιψης (Stice et al., 2008). Στην τρίτη ομάδα δόθηκαν κάποια κεφάλαια του βιβλίου «Αισθανθείτε καλά» του Burns (1980) με την προτροπή οι συμμετέχοντες να τα διαβάσουν και να ακολουθήσουν όσο θέλουν τις οδηγίες. Τέλος ένα μέρος των συμμετεχόντων αποτέλεσε την ομάδα ελέγχου, και συμμετείχε μόνο στις μετρήσεις χωρίς να λαμβάνει κάποιου είδους θεραπεία.

Μετά τη λήξη του προγράμματος, αλλά και στην επαναληπτική μέτρηση 6 (έξι) μήνες μετά, φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες στην γνωστική συμπεριφορική παρέμβαση εμφάνισαν σημαντική μείωση στα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση με όλες τις υπόλοιπες ομάδες. Ένα σημαντικό ακόμη εύρημα είναι ότι όλες οι ομάδες (γνωστική συμπεριφορική ομάδα, ομάδα βιβλιοθεραπείας, υποστηρικτική ομάδα) είχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην καταθλιπτική συμπτωματολογία των συμμετεχόντων σε σύγκριση με αυτούς που δεν έλαβαν καθόλου θεραπεία (ομάδα ελέγχου) (Stice et al., 2008) Μετρήσεις έως και δυο χρόνια μετά έδειξαν ότι διατηρήθηκαν τα προστατευτικά αποτελέσματα όσον αφορά τα συμπτώματα κατάθλιψης και την εμφάνιση νέων καταθλιπτικών επεισοδίων, για την ομάδα του γνωστικού συμπεριφορικού προγράμματος (Stice et al., 2010) .

3.1.8. FRIENDS

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα αναπτύχθηκε για την πρόληψη του άγχους σε παιδιά και εφήβους, ωστόσο έχει εφαρμοστεί και στην πρόληψη της κατάθλιψης (Lock & Barrett, 2003. Lory-Webster et al., 2001). Η δομή του προγράμματος αποτελείται από 10 εβδομαδιαίες ομαδικές συνεδρίες, διάρκειας 60-70 λεπτών, 2 ενισχυτικές συνεδρίες (booster sessions), καθώς επίσης και 4 συνεδρίες για τους γονείς των συμμετεχόντων. Η παρέμβαση περιλαμβάνει βασικά στοιχεία της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας, εκπαίδευση σε στρατηγικές αντιμετώπισης και ασκήσεις για το σπίτι σε ειδικό τετράδιο που δίνεται σε κάθε συμμετέχοντα (Barrett et al., 1999).

Οι Barrett, Lock και Farrell (2005) εφάρμοσαν το πρόγραμμα σε ένα δείγμα 692 παιδιών και εφήβων (293 παιδιά βρίσκονταν στην τελευταία τάξη του δημοτικού και 399 έφηβοι της τελευταίας τάξης γυμνασίου και της πρώτης τάξης λυκείου). Αν και η παρέμβαση εστίαζε στα αγχώδη συμπτώματα, οι μετρήσεις αφορούσαν και την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Τόσο με τη λήξη της παρέμβασης όσο και στην μέτρηση ένα χρόνο αργότερα, η ομάδα παρέμβασης εμφάνιζε σημαντική μείωση στα αγχώδη αλλά και στα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου που δεν συμμετείχε στο πρόγραμμα.

Επίσης θετικά αποτελέσματα αναφορικά με την προστατευτική λειτουργία του προγράμματος στα συμπτώματα κατάθλιψης εμφανίζει και η μελέτη των Lowry-Webster, Barrett και Lock (2003), η οποία ωστόσο αφορά κυρίως συμμετέχοντες μικρότερης ηλικίας. 594 μαθητές και μαθήτριες (παιδιά που φοιτούν από την πέμπτη δημοτικού μέχρι την πρώτη γυμνασίου). Τα παιδιά που συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων κατάθλιψης μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, αλλά και στην μέτρηση ένα χρόνο μετά σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Το πρόγραμμα εστιάζει περισσότερο στα συμπτώματα άγχους, έχει κυρίως εφαρμοστεί σε παιδιά στην προεφηβεία και σε μελέτες δεν έχει φανεί αποτελεσματικό σχετικά με την κατάθλιψη- ενώ ήταν αποτελεσματικό για το άγχος (π.χ., Barrett & Turner, 2001. Barrett et al., 2006).

3.1.9. Positive Thoughts and Action Program (PTA)

Το PTA είναι ένα ακόμα ομαδικό πρόγραμμα πρόληψης της κατάθλιψης στους εφήβους που ενσωματώνει γνωστικά συμπεριφορικά στοιχεία, αλλά και στοιχεία της διαπροσωπικής και της οικογενειακής θεραπείας. Είναι σχεδιασμένο από τις McCarty, Violette και McCauley (2011) για εφαρμογή στο σχολικό πλαίσιο βάση εγχειριδίου.

Η δομή του προγράμματος εστιάζει σε παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση και την επιδείνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των εφήβων στην αρχή της εφηβείας και περιλαμβάνει σενάρια και παραδείγματα από την καθημερινή ζωή των μαθητών (McCarty et al., 2013). Το πρόγραμμα εμπεριέχει και ένα κομμάτι ψυχοεκπαίδευσης και συναντήσεων για τους γονείς των συμμετεχόντων, με έμφαση στην επικοινωνία και την επίλυση προβλημάτων. Συγκεκριμένα η παρέμβαση αποτελείται από 12 (δώδεκα) εβδομαδιαίες ομαδικές συνεδρίες για τα παιδιά συμμετέχοντες, 2 (δύο) επισκέψεις στο σπίτι για τα παιδιά και τους γονείς τους και 2 (δυο) συναντήσεις για τους γονείς των συμμετεχόντων στο χώρο του σχολείου της απογευματινές ώρες.

Στη μελέτη της McCarty και των συνεργατών της (2013) η παρέμβαση αυτή φάνηκε ότι έχει θετικά αποτελέσματα στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των συμμετεχόντων. Ένα δείγμα 120 εφήβων, ηλικίας 11-15 ετών, οι οποίοι επιλέχθηκαν με βάση τα συμπτώματα της κατάθλιψης, κατανεμήθηκε σε δυο ομάδες. Η πρώτη ομάδα συμμετείχε στο ομαδικό πρόγραμμα PTA και η δεύτερη σε ένα

ατομικό υποστηρικτικό πρόγραμμα (Individual Support Program- ISP), το οποίο προέβλεπε κάποιες συναντήσεις με τον συμμετέχοντα και στη συνέχεια με τους γονείς του σε ένα κλίμα υποστήριξης και ενσυναίσθησης. Στην μέτρηση 5-7 μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης παρατηρήθηκε μεγαλύτερη μείωση στα συμπτώματα κατάθλιψης της πρώτης ομάδας, παρόλο που και το σύντομο ατομικό πρόγραμμα υποστήριξης εμφάνισε θετικά αποτελέσματα συγκριτικά με την αρχική μέτρηση.

Παρόμοια μελέτη (έφηβοι ηλικίας 12-14 ετών, επιλεγμένοι με βάση την αναφορά καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σχετικό ερωτηματολόγιο και συγκρινόμενοι με εφήβους που παρακολούθησαν το ISP πρόγραμμα) έδειξε διατήρηση τους οφέλους της συγκεκριμένης παρέμβασης στην επαναληπτική μέτρηση ένα χρόνο μετά (Duong et al., 2016). Το πρόγραμμα έχει αξιολογηθεί και με βάση μια ομάδα ελέγχου, η οποία δεν έλαβε καμία παρέμβαση (McCarty et al., 2011). Η μελέτη αφορούσε ένα δείγμα 67 εφήβων της πρώτης τάξης του γυμνασίου και εδώ δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην συμπτωματολογία μεταξύ των εφήβων που παρακολούθησαν το πρόγραμμα και αυτών που συμμετείχαν απλά στις μετρήσεις κατά την έναρξη και τη λήξη του προγράμματος.

3.1.10. Mind and Health Program

Το πρόγραμμα αναπτύχθηκε από τους Arnarson και Craighead (2009) και αφορά μια γνωστική συμπεριφορική παρέμβαση σε εφήβους υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση κατάθλιψης στο μέλλον. Η δομή της παρέμβασης προβλέπει 14-15 ομαδικές συνεδρίες, οι οποίες λαμβάνουν χώρα στο σχολικό πλαίσιο, αλλά εκτός του σχολικού προγράμματος. Οι συναντήσεις των ομάδων είναι σχεδιασμένες, έτσι ώστε αρχικά να είναι δυο την εβδομάδα για τις πρώτες 3 (τρεις) εβδομάδες και στη συνέχεια μια την εβδομάδα για τις υπόλοιπες 8 (οκτώ) εβδομάδες. Κάθε ομάδα αποτελείται από 6-8

άτομα. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει δυο εγχειρίδια, ένα που λειτουργεί ως οδηγός για τους εκπαιδευτές και ένα για κάθε συμμετέχοντα, το οποίο χρησιμοποιείται για τις ασκήσεις για το σπίτι (Arnarson & Craighead, 2011).

Η μελέτη των Arnarson και Craighead (2009) διεξήχθη στην Ισλανδία, σε ένα δείγμα 171 εφήβων, ηλικίας 14- 15 ετών. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν με βάση την ένταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που ανέφεραν, καθώς και από τα αποτελέσματα διαγνωστικών συνεντεύξεων με καθένα από αυτούς, έτσι ώστε να διαπιστωθεί ότι δεν πληρούν τα κριτήρια της διάγνωσης της κατάθλιψης. Το δείγμα κατανεμήθηκε σε δυο ομάδες, την ομάδα παρέμβασης. Στην αξιολόγηση μετά τη λήξη της παρέμβασης, οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά στην εμφάνιση επεισοδίων κατάθλιψης και δυσθυμίας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, ενώ στην επαναληπτική αξιολόγηση έξι μήνες μετά τα επεισόδια αυτά για την ομάδα ελέγχου αντιστοιχούσαν στο 13,3%, ενώ για την ομάδα παρέμβασης μόλις 1,6%. Τα προστατευτικά αποτελέσματα του προγράμματος επιβεβαιώθηκαν και στη μέτρηση ένα χρόνο μετά. Μετά την πάροδο των 12 μηνών από τη λήξη του προγράμματος δυο άτομα από την ομάδα παρέμβασης έλαβαν τη διάγνωση Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου/Δυσθυμίας, ενώ ίσχυε το ίδιο για 13 άτομα από την ομάδα ελέγχου (Arnarson & Craighead, 2011).

Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε πρόσφατα σε εφήβους στην Πορτογαλία, και τα πρώτα δεδομένα φαίνεται ότι είναι εξίσου υποστηρικτικά (βλ. Matos et al., 2015). Η προσαρμογή του προγράμματος προέβλεπε και τη συμπερίληψη μια παρέμβασης για τους γονείς των συμμετεχόντων (10 συνεδρίες σε μια χρονική περίοδο πέντε εβδομάδων) όπως περιγράφεται από τους Pinheiro και συνεργάτες (2015).

Το πρόγραμμα των Arnarson και Craighead (2009) χρησιμοποιήθηκε για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης. Αναλυτικές πληροφορίες για την εφαρμογή του και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στα επόμενα κεφάλαια (βλ. Έρευνα 2).

3.1.11. Προγράμματα Πρόληψης Διαπροσωπικής Θεραπείας

Το πρόγραμμα IPT- AST (Interpersonal Therapy- Adolescents Skills Training, Young & Mufson, 2003) βασίζεται στη διαπροσωπική θεραπεία για την κατάθλιψη. Απευθύνεται σε εφήβους και στοχεύει στην μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την πρόληψη εμφάνισης ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Χρησιμοποιεί τεχνικές όπως η ψυχοεκπαίδευση και εστιάζει στην εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας και επίλυσης διαπροσωπικών προβλημάτων (Young et al., 2012).

Πρόσφατη μελέτη των Young, Benas, Schueler, Gallop, Gillham και Mufson (2016) συνέκρινε τα αποτελέσματα της συμμετοχής στο πρόγραμμα με την αποτελέσματα της συμμετοχής σε μια ομάδα σχολικής συμβουλευτικής. Στη μελέτη συμμετείχαν 186 έφηβοι (Μ.Ο.= 14,01 έτη), οι οποίοι κατανεμήθηκαν στις δυο ομάδες της μελέτης. Η ομάδα του προγράμματος IPT αποτελούνταν από δυο ατομικές συνεδρίες (διάρκειας 30-50 λεπτών) πριν από την έναρξη των ομαδικών συναντήσεων, οκτώ ομαδικές συναντήσεις (45-90 λεπτών), μια ατομική συνάντηση στη μέση του προγράμματος στην οποία συμμετείχαν και οι γονείς των συμμετεχόντων, και τέσσερις ατομικές ενισχυτικές συνεδρίες (15-50 λεπτών) 6 μήνες μετά τη λήξη του προγράμματος. Η ομαδική συμβουλευτική αφορούσε προγράμματα που διεξήχθησαν από σχολικούς συμβούλους και τυπικά αποτελούν μέρος των σχολικών προγραμμάτων, αν και υπήρχαν διαφορές στην εφαρμογή τους στις διάφορες σχολικές μονάδες που συμμετείχαν στη μελέτη. Ορισμένα έγιναν εντός σχολικού ωραρίου ενώ άλλα όχι, οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν διέφεραν από τους συμβούλους στα

σχολεία διέφεραν (γνωστικές τεχνικές, ψυχοδυναμικές). Η διάρκεια και η συχνότητα των συναντήσεων των ομαδικών συναντήσεων ήταν η ίδια με την ομάδα που παρακολούθησε το IPT, ωστόσο υπήρχαν διαφορές στον αριθμό των ατομικών συνεδριών πριν την έναρξη των προγραμμάτων (στην ομαδική συμβουλευτική μόνο μια ατομική συνεδρία διεξήχθη πριν την έναρξη του προγράμματος) και επίσης δεν υπήρξε συμμετοχή των γονέων στην ατομική συνάντηση στη μέση του προγράμματος (Young et al, 2016).

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην καταθλιπτική συμπτωματολογία ανάμεσα στις δυο ομάδες, με την ομάδα του IPT να εμφανίζει χαμηλότερα καταθλιπτικά συμπτώματα έως και 6 μήνες μετά την λήξη των παρεμβάσεων. Από την ομάδα IPT πέντε άτομα (5.3%) πληρούσαν τα κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης ή της δυσθυμίας στην μέτρηση με τη λήξη ή 6 μήνες μετά τη λήξη των παρεμβάσεων, ενώ στην ομάδα της συμβουλευτικής δυο άτομα (2.2%). Οι διαφορές αυτές ωστόσο δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.

3.2. Συμπεράσματα από την εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης της κατάθλιψης στους εφήβους

Τα παραπάνω προγράμματα αποτελούν μόνο ένα μέρος των παρεμβάσεων που έχουν εφαρμοστεί σε εφηβικούς πληθυσμούς, για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της κατάθλιψης. Πληθώρα μελετών με διαφορετικές προσεγγίσεις στο θεραπευτικό κομμάτι αναφέρουν θετικά αποτελέσματα.

Η πλειοψηφία των μελετών με την καλύτερη αποτελεσματικότητα, όπως φάνηκε και από την περιγραφή των προγραμμάτων παραπάνω, επιστρατεύει τεχνικές της γνωστικής συμπεριφορικής, ή/ και της διαπροσωπικής θεραπείας (Merry et al., 2011). Μετα-αναλυτικές μελέτες ωστόσο υπογραμμίζουν τα χαμηλά με μεσαία επίπεδα του

μεγέθους της επίδρασης (effect size) των αποτελεσματικών προγραμμάτων (Corrieri et al., 2013. Hetrick et al., 2016). Καλύτερα αποτελέσματα φαίνεται ότι έχουν τα στοχευμένα προγράμματα πρόληψης (επιλεκτικές και ενδεδειγμένες παρεμβάσεις) συγκριτικά με αυτά που απευθύνονται στον γενικό πληθυσμό (Hetrick et al., 2016. Horowitz & Garber, 2006. Stice et al., 2009). Η σύγκριση ανάμεσα στις επιλεκτικές και τις ενδεδειγμένες παρεμβάσεις, φαίνεται ότι ευνοεί τα ενδεδειγμένα προγράμματα, στα οποία οι συμμετέχοντες εμφανίζουν ήδη υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία, χωρίς όμως να πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης (Cohen's d: 21 έως 1.40) (Arnarson & Craighead, 2009. Calear & Christensen, 2010). Επίσης προγράμματα με συμμετέχοντες κορίτσια, προγράμματα που εστιάζουν στην επίλυση προβλημάτων, στη γνωστική αλλαγή, αλλά και περισσότερο σύντομης διάρκειας προγράμματα έχει υποστηριχθεί ότι λειτουργούν καλύτερα (Stice et al., 2009).

Μετα-αναλυτική μελέτη των Raising, Creemers, Janssens και Scholte (2017) για την αποτελεσματικότητα των γνωστικών συμπεριφορικών παρεμβάσεων πρόληψης της κατάθλιψης σε εφήβους «υψηλού κινδύνου» έδειξε στατιστικά σημαντική βελτίωση στα καταθλιπτικά συμπτώματα μόνο στη μέτρηση στη λήξη της παρέμβασης. Προηγούμενη μετα-αναλυτική μελέτη του Stockings και των συνεργατών του (2016) που συμπεριλάμβανε και παρεμβάσεις διαφορετικών προσεγγίσεων, βρήκε παρόμοια αποτελέσματα για τη μείωση των προστατευτικών αποτελεσμάτων των προγραμμάτων πρόληψης στο πέρασμα του χρόνου. Και στις δυο μετα-αναλύσεις η συμπερίληψη ενισχυτικών συνεδριών (booster sessions) προτείνεται ως πιθανή λύση για τη διατήρηση του οφέλους των παρεμβάσεων (Raising et al., 2017. Stockings et al., 2016).

Αρκετές παρεμβάσεις βασίζονται μόνο στις μετρήσεις από ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς και δεν συμπεριλαμβάνουν διαγνωστικές συνεντεύξεις ή συμπεριλαμβάνουν συμμετέχοντες, που στο παρελθόν πληρούσαν τα κριτήρια για τη

διάγνωση της κατάθλιψης (Corrieri, 2016). Κατά συνέπεια, δεν μπορούν να εξαχθούν αξιόπιστα συμπεράσματα για το κατά πόσο η παρέμβαση υπήρξε αποτελεσματική στην πρόληψη της κατάθλιψης ή αν απέτρεψε την επανεμφάνιση ενός καταθλιπτικού επεισοδίου (Arnarson & Craighead, 2009). Τα αποτελέσματα που βασίζονται σε ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, αφορούν διάφορα ερωτηματολόγια για την κατάθλιψη. Οι Horowitz και Garber (2006) στα συμπεράσματα της μετα-αναλυτικής τους μελέτης προτείνουν τη χρήση πολλαπλών εργαλείων μέτρησης για τη διάγνωση και τη μέτρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, με στόχο την μεγαλύτερη αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

Ελάχιστες μελέτες συμπεριλαμβάνουν στον σχεδιασμό τους ενεργές παρεμβάσεις (Merry et al., 2001) και κατά συνέπεια η αποτελεσματικότητά τους αφορά τη σύγκριση μόνο με έφηβους οι οποίοι δεν έχουν λάβει κάποιου είδους θεραπεία (ομάδες ελέγχου). Μελέτες που συγκρίνουν διαφορετικές παρεμβάσεις μεταξύ τους, δεν συμπεριλαμβάνουν ομάδες ελέγχου (Young et al., 2016). Η σύγκριση διαφορετικών παρεμβάσεων μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη εκτίμηση του μεγέθους της επίδρασης (effect size) (Young et al., 2016) και στην αποσαφήνιση της σχέσης συγκεκριμένων παραγόντων και τεχνικών, με τα προστατευτικά αποτελέσματα των προγραμμάτων πρόληψης (Horowitz & Garber, 2006).

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι στη βιβλιογραφία υπογραμμίζεται η αναγκαιότητα της διερεύνησης της αποτελεσματικότητας παραγόντων που δρουν προστατευτικά για την εμφάνιση της κατάθλιψης. Η παρούσα μελέτη περιλαμβάνει στο πρώτο μέρος της (Έρευνα 1) τη διερεύνηση μεταβλητών που συνδέονται στη βιβλιογραφία με τα καταθλιπτικά συμπτώματα στον γενικό πληθυσμό των εφήβων και στο δεύτερο μέρος της (Έρευνα 2) τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας δυο διαφορετικών ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων για την πρόληψη της κατάθλιψης σε

εφήβους με υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία, συγκρινόμενων μεταξύ τους αλλά και με μια Ομάδα Ελέγχου.

Στη συνέχεια ακολουθεί η περιγραφή της παρούσας μελέτης και η αναλυτική περιγραφή της Έρευνας 1 και της Έρευνας 2.

Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΜΕΛΕΤΗ

Με βάση επιδημιολογικές μελέτες για την κατάθλιψη, η διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά και η εφαρμογή προγραμμάτων για την πρόληψή της στην εφηβεία, είναι κεντρικής σημασίας (Friedrich, 2017). Ερευνητικά έχει παρατηρηθεί ότι η εφηβεία αποτελεί μια περίοδο κατά την οποία η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθεί για πρώτη φορά και η εμφάνιση της κατάθλιψης στην εφηβεία μπορεί να έχει σημαντικές αρνητικές, αλλά και μακροχρόνιες επιπτώσεις για τα άτομα (Johnson et al., 2018. Orvaschel et al., 1995. Rice et al., 2017. Pine et al., 1998). Επίσης στην εφηβεία παρατηρούνται αλλαγές σε παράγοντες που επηρεάζουν διάφορους τομείς της λειτουργικότητας των εφήβων, οι οποίοι με τη σειρά τους μπορεί να επηρεάσουν την κατάθλιψη. Η παρούσα μελέτη εστιάζει στον δεσμό (attachment), στην ανησυχία (worry), στην ανοχή στη δυσφορία (distress tolerance) και στο κοινωνικό άγχος (social anxiety). Από τη σχετική βιβλιογραφία γνωρίζουμε ότι τα συμπτώματα της κατάθλιψης αυξάνονται γύρω στη ηλικία των 15 ετών (Avenevoli et al., 2015. Hankin et al., 1998), για το λόγο αυτό η έρευνα επικεντρώθηκε σε εφήβους ηλικίας 14-16 ετών.

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με την κατάθλιψη στο γενικό πληθυσμό των εφήβων, αλλά και στη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας δυο διαφορετικών προγραμμάτων πρόληψης της κατάθλιψης, σε εφήβους «υψηλού κινδύνου» (έφηβοι που εμφανίζουν υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία). Για το λόγο αυτό η μελέτη χωρίστηκε σε δυο έρευνες.

Η πρώτη έρευνα (Έρευνα 1) αφορά στη διερεύνηση των επιπέδων των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ένα δείγμα εφήβων ηλικίας 14-16 ετών, καθώς επίσης και των επιπέδων των μεταβλητών που σχετίζονται ερευνητικά με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία και αναπτύχθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια (ο

δεσμός, το κοινωνικό άγχος, η ανησυχία, η ανοχή στη δυσφορία). Οι παράγοντες αυτοί έχουν μελετηθεί ξεχωριστά στη βιβλιογραφία, ωστόσο δεν γνωρίζουμε κάποια μελέτη που να συμπεριέλαβε το σύνολο των μεταβλητών αυτών για τη διερεύνηση της κατάθλιψης στους εφήβους αλλά και της σχέσης μεταξύ τους.

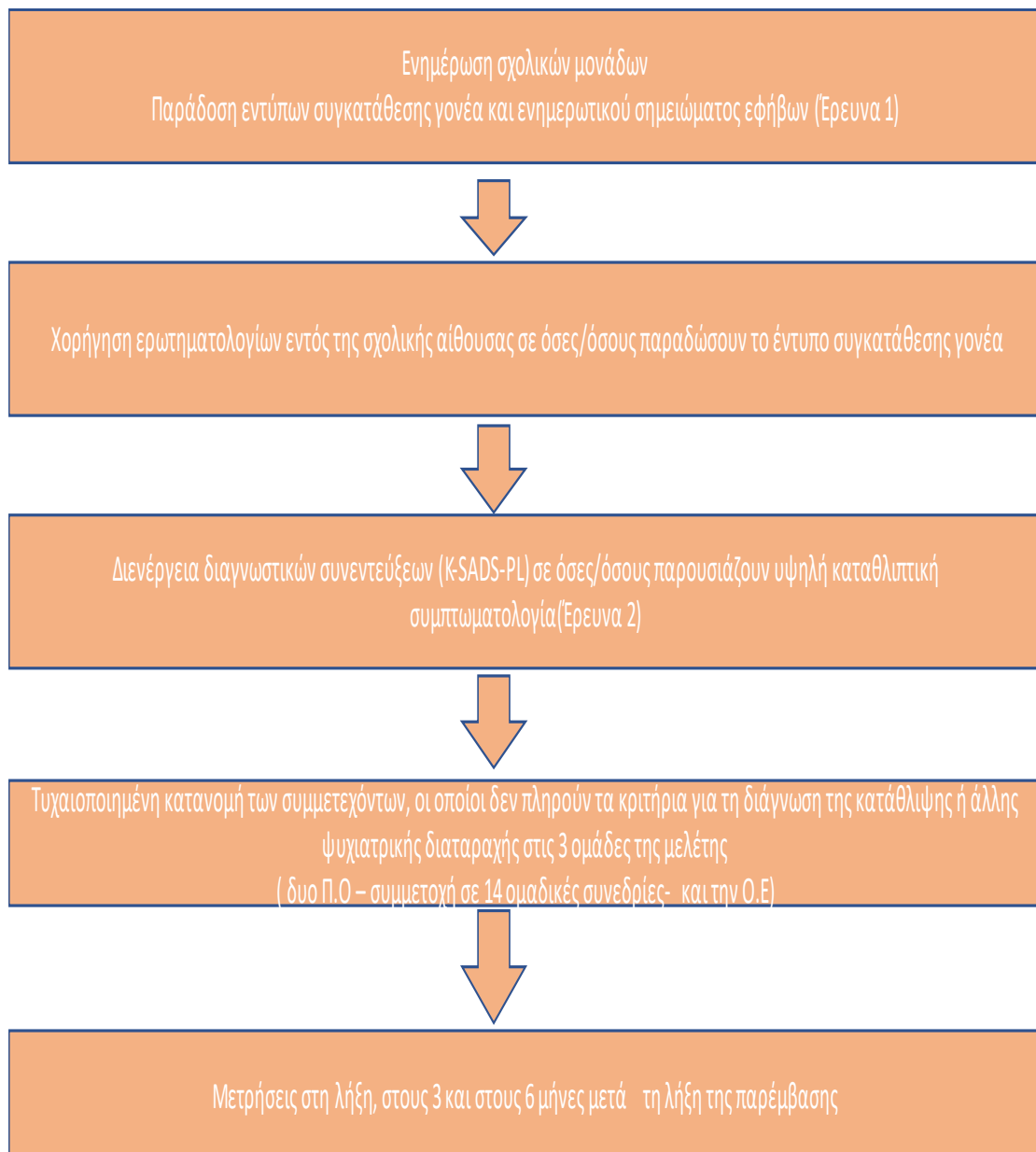
Η δεύτερη έρευνα (Έρευνα 2) προέκυψε από την Έρευνα 1. Με βάση τα επίπεδα αναφερόμενων καταθλιπτικών συμπτωμάτων που παρατηρήθηκαν στο δείγμα της Έρευνας 1 (γενικός πληθυσμός εφήβων) εντοπίστηκαν οι έφηβοι «υψηλού κινδύνου» (έφηβοι με υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία). Η Έρευνα 2 αφορά στην εφαρμογή και τη σύγκριση δυο διαφορετικών προγραμμάτων πρόληψης της κατάθλιψης, σχεδιασμένων για τον εφηβικό πληθυσμό και προσαρμοσμένων στον ελληνικό πληθυσμό για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης.

Διεθνώς, η βιβλιογραφία για τα προγράμματα πρόληψης της κατάθλιψης στους εφήβους εμφανίζει ενθαρρυντικά αποτελέσματα, ωστόσο δεν γνωρίζουμε να έχει γίνει κάποια μελέτη στην Ελλάδα, για την αποτελεσματικότητα κάποιου προγράμματος πρόληψης του πρώτου επεισοδίου της κατάθλιψης. Επιπλέον τα προγράμματα πρόληψης της κατάθλιψης στους εφήβους, τα οποία εφαρμόζονται διεθνώς και εμφανίζουν προστατευτικά αποτελέσματα, συγκρίνονται συνήθως μόνο με ομάδες ελέγχου (Merry et al., 2012) και όταν αφορούν τη σύγκριση ενεργών παρεμβάσεων δεν συμπεριλαμβάνουν στον σχεδιασμό τους ομάδες ελέγχου (Hetrick et al., 2016). Στον σχεδιασμό της Έρευνας 2 περιλαμβάνονται δυο ενεργές παρεμβάσεις και μια ομάδα ελέγχου.

Οι παρεμβάσεις της Έρευνας 2 έχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, τα οποία τις διαφοροποιούν μεταξύ τους, με στόχο την σύγκριση της αποτελεσματικότητας πρωτίστως στην καταθλιπτική συμπτωματολογία και την πρόληψη του πρώτου επεισοδίου της κατάθλιψης και δευτερευόντως στην ανησυχία, το κοινωνικό άγχος και

την ανοχή στη δυσφορία. Πιθανές διαφορές στην αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αναμένεται να συμβάλλουν στην αποσαφήνιση των παραγόντων που σχετίζονται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία και την πρόληψη της κατάθλιψης στην εφηβεία.

Στα κεφάλαια που ακολουθούν παρουσιάζονται διαδοχικά οι δυο έρευνες που απαρτίζουν την παρούσα διατριβή. Στην επόμενη σελίδα ακολουθεί ένα σχεδιάγραμμα (Γράφημα 1) για τον σχεδιασμό της παρούσας μελέτης, με τα στάδια που αφορούν τις δυο έρευνες. Στη συνέχεια ακολουθεί η Έρευνα 1 και μετά η Έρευνα 2.



Γράφημα 1. 1 Σχεδιασμός της παρούσας μελέτης (Έρευνα 1 και Έρευνα 2)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4. Έρευνα 1

4.1 Στόχοι και υποθέσεις της Έρευνας 1

Η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι κεντρικής σημασίας για την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπισή της κατάθλιψης στην εφηβεία. Με βάση ερευνητικά δεδομένα για την κατάθλιψη στην εφηβεία στην παρούσα έρευνα εστιάσαμε στον δεσμό (με τη μητέρα, τον πατέρα και τους συνομηλίκους), στο κοινωνικό άγχος, στην ανησυχία και στην ανοχή στη δυσφορία. Οι στόχοι της Έρευνας 1 ήταν οι εξής: (α) η διερεύνηση των επιπέδων των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους εφήβους, (β) η διερεύνηση της επίδρασης του φύλου στις μεταβλητές της μελέτης, (γ) η επίδραση του τύπου δεσμού με τους συνομηλίκους στα καταθλιπτικά συμπτώματα, (δ) η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ όλων των μεταβλητών της μελέτης, (ε) η διερεύνηση του πιθανού διαμεσολαβητικού ρόλου του κοινωνικού άγχους, στη σχέση ανάμεσα στον δεσμό με την μητέρα, την ανησυχία, την ανοχή στη δυσφορία και την κατάθλιψη. Αναλυτικά οι υποθέσεις που διαμορφώθηκαν ήταν:

1. Μελέτες αναφέρουν την ύπαρξη της υψηλής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ένα ποσοστό 17-37% των εφήβων (Κοκκέβη, 2019. Lazaratou et al., 2010. Magklara et al. 2015). Κατά συνέπεια αναμένεται η πλειοψηφία των εφήβων στο δείγμα της παρούσας μελέτης να εμφανίσει χαμηλά καταθλιπτικά συμπτώματα.
2. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα κορίτσια στην εφηβεία εμφανίζουν περισσότερο επιβαρυσμένη ψυχική υγεία συγκριτικά με τους συνομηλίκους τους (Avenevoli et al., 2015. Hankin et al. 2015). Κατά συνέπεια αναμένεται ότι τα

κορίτσια του δείγματος θα εμφανίσουν α) υψηλότερα καταθλιπτικά συμπτώματα (Avenevoli et al., 2015. Lewinsohn et al. 1993. Petersen et al. 1991), β) χαμηλότερα επίπεδα ανοχής στη δυσφορία (Daughters et al., 2009. Cummings et al., 2013) γ) υψηλότερα επίπεδα ανησυχίας (Bell-Dolan et al., 1990. Danielsson et al., 2012) και δ) υψηλότερα επίπεδα κοινωνικού άγχους (Compton et al., 2000. Ohannessian et al., 2017).

3. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι περισσότεροι έφηβοι αναφέρουν ασφαλή δεσμό με τους γονείς (Aikins et al., 2009) και κατά συνέπεια υποθέτουμε ότι για την πλειοψηφία των εφήβων στο δείγμα μας θα βρεθούν παρόμοια αποτελέσματα (Υπόθεση 3α). Αναφορικά με την ποιότητα του δεσμού με τους δυο γονείς υποθέτουμε ότι δεν θα παρατηρηθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές φύλου (Υπόθεση 3β). Μελέτες έχουν αναφέρει αντικρουόμενα αποτελέσματα ως προς τις διαφορές φύλου, ωστόσο στην πλειοψηφία των μελετών δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στον τύπο του δεσμού με τη μητέρα ή τον πατέρα ως προς το φύλο του παιδιού στην εφηβεία (Armsden et al., 1990. Laible et al., 2004. Wilkinson, 2006). Τέλος, αναφορικά με τον δεσμό με τους συνομηλίκους, με βάση τη βιβλιογραφία που συνδέει τον ανασφαλή δεσμό με τους συνομηλίκους με υψηλότερα καταθλιπτικά συμπτώματα (Armsden et al., 1990) υποθέτουμε ότι οι έφηβοι στο δείγμα μας που αναφέρουν ανασφαλή δεσμό με τους συνομηλίκους θα εμφανίζουν υψηλότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, σε σύγκριση με αυτούς που θα αναφέρουν ασφαλή δεσμό (Υπόθεση 3γ).
4. Όσον αφορά τη σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές με βάση τη βιβλιογραφία αναμένεται ότι η κατάθλιψη θα εμφανίσει α) θετική συσχέτιση με την ανησυχία (Brown et al., 2006. Young & Dietrich, 2015) και β) το κοινωνικό άγχος (Aune

& Stiles, 2009. Beesdo et al., 2007) και γ) αρνητική συσχέτιση με τον ασφαλή δεσμό με την μητέρα και τον πατέρα (Agerup et al., 2015. Kerstis et al., 2018. Muris et al., 2003), αλλά και δ) με την ανοχή στη δυσφορία (Anestis et al., 2007. Daughters et al., 2008. Felton et al., 2019).

5. Τέλος με βάση τη βιβλιογραφία για την σχέση ανάμεσα στον τύπο δεσμού με τη μητέρα (Agerup et al., 2015. Bosmans, 2016), την ανησυχία (Young & Dietrich, 2015) , την ανοχή στη δυσφορία (Felton et al., 2019) , το κοινωνικό άγχος (de Jong et al., 2012) στην εφηβεία, αναμένεται ότι οι μεταβλητές αυτές θα αποτελέσουν σημαντικές προβλεπτικές μεταβλητές για τα επίπεδα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους εφήβους του δείγματος. Επιπλέον λαμβάνοντας υπόψη της σχέση του κοινωνικού άγχους με τον τύπο δεσμού με τη μητέρα (Brimariu & Kerns, 2008), την ανησυχία (Rabner et al., 2017) και την ανοχή στη δυσφορία (Michel et al., 2016) αναμένεται ότι η σχέση των μεταβλητών αυτών με την κατάθλιψη θα διαμεσολαβείται από το κοινωνικό άγχος.

4.2. Δείγμα

Στην Έρευνα 1 συμμετείχαν 1015 έφηβοι, ηλικίας από 14 έως 16 ετών (Μ.Ο_{ηλικίας}= 14,87 έτη, Τ.Α=0.67). Από τους 1015 συμμετέχοντες οι 370 (36,5%) ήταν αγόρια και οι 645 (63,5%) ήταν κορίτσια. Η έρευνα απευθυνόταν αποκλειστικά σε εφήβους/ έφηβες, οι οποίοι/-ες φοιτούσαν είτε στην Γ΄ Γυμνασίου είτε στην Α΄ Λυκείου, σε δημόσια σχολεία (67 σχολεία) στις πόλεις Ξάνθη και Θεσσαλονίκη.

Συγκεκριμένα στο δείγμα μας, 446 άτομα (43,9% του συνόλου των συμμετεχόντων) φοιτούσαν στην τάξη της Γ΄ Γυμνασίου (55,4% των συμμετεχόντων από τα σχολεία της Ξάνθης και 36,8% των συμμετεχόντων από τα σχολεία της

Θεσσαλονίκης) και 569 άτομα (56,1%) ήταν μαθητές της Α΄ Λυκείου (44,6 των συμμετεχόντων από τα σχολεία της Ξάνθης και 62,9% των συμμετεχόντων από τα σχολεία της Θεσσαλονίκης).

Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας, στο σύνολο των συμμετεχόντων, το 6,5% (66 άτομα) ανέφερε ότι οι μητέρες τους ήταν απόφοιτες δημοτικού, το 30,7% (312 άτομα) ότι ήταν απόφοιτες της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 54,8% (556 άτομα) ήταν απόφοιτες πανεπιστημιακής σχολής και το 7,8% (79 άτομα) ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου. Για το επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα, ένα ποσοστό 6% (61 άτομα) ανέφερε ότι ο πατέρας ήταν απόφοιτος δημοτικού, το 37,7% (383 άτομα) ανέφερε ότι ολοκλήρωσε είτε το γυμνάσιο είτε το λύκειο, το 47,9% (486 άτομα) ανέφερε ότι ο πατέρας του ήταν απόφοιτος Πανεπιστημίου και τέλος το 7,6% (77 άτομα) είχε πατέρα κάτοχο μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου. Δυο συμμετέχοντες δεν συμπλήρωσαν το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας του και οκτώ δεν συμπλήρωσαν το επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα τους.

Πίνακας 4. 1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της Έρευνας 1 (N=1015)

Χαρακτηριστικά	Συμμετέχοντες Ξάνθης		Συμμετέχοντες Θεσσαλονίκης		Σύνολο Συμμετεχόντων	
	N	%	N	%	N	%
ΦΥΛΟ						
Αγόρια	123	31,5	247	39,5	370	36,5
Κορίτσια	267	68,5	378	60,5	645	63,5
Σύνολο	390		625		1015	
ΤΑΞΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ						
Γ΄ Γυμνασίου	216	55,4	230	36,8	446	43,9
Α΄ Λυκείου	174	44,6	393	62,9	569	56,1
ΗΛΙΚΙΑ						
14 ετών	161	41,3	143	22,9	304	30
15 ετών	180	46,2	359	57,4	539	53,1
16 ετών	49	12,6	123	19,7	172	16,9
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ						
Δημοτικό	52	13,3	14	2,2	66	6,5
Γυμνάσιο/Λύκειο	138	35,4	174	27,8	312	30,7
Πανεπιστήμιο	182	46,7	374	59,8	556	54,8
Άλλο	17	4,4	62	9,9	79	7,8
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΑΤΕΡΑ						
Δημοτικό	43	11	18	2,9	61	6
Γυμνάσιο/Λύκειο	161	41,3	222	35,5	383	37,7
Πανεπιστήμιο	161	41,3	325	52	486	47,9
Άλλο	20	5,1	57	9,1	77	7,6

4.3. Εργαλεία Μέτρησης

Παρακάτω ακολουθούν οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη για τη μέτρηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, του δεσμού με τους γονείς, του δεσμού με τους συνομηλίκους, της ανοχής στη δυσφορία, της ανησυχίας και του κοινωνικού άγχους. Οι κλίμακες περιγράφονται αναλυτικά παρακάτω και παρατίθενται στο Παράρτημα Β.

4.3.1 Αξιολόγηση των Συμπτωμάτων της Κατάθλιψης

Για την αξιολόγηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων χρησιμοποιήθηκαν δυο ερωτηματολόγια: α) η Κλίμακα Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης (Children's Depression Inventory -CDI) και β) Κλίμακα Kutcher για την Εφηβική Κατάθλιψη με 6 ερωτήματα (Kutcher Adolescent's Depression Scale – KADS-6), τα οποία περιγράφονται αναλυτικά παρακάτω.

4.3.1.1. Κλίμακα Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης (Children's Depression Inventory -CDI)

Πρόκειται για το ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς της Kovacs (1992), το οποίο έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό από τους Giannakopoulos, Kazantzi, Dimitrakaki, Tsiantis, Kolaitis και Tountas (2009).

Αποτελείται από 27 ερωτήματα, τα οποία αξιολογούν ένα ευρύ φάσμα καταθλιπτικών συμπτωμάτων όπως: καταθλιπτική διάθεση, ικανότητα για ευχαρίστηση, διαταραχές στη λειτουργία του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (αλλαγές στον ύπνο, αλλαγές στην όρεξη για φαγητό), αρνητική αξιολόγηση για τον εαυτό και διαπροσωπικές συμπεριφορές. Κάθε ερώτημα αποτελείται από τρεις προτάσεις, από τις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνται να επιλέξουν αυτή που

περιγράφει καλύτερα την ψυχική τους κατάσταση τον τελευταίο μήνα (για παράδειγμα: «Μισώ το εαυτό μου», «Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου», «Μου αρέσει ο εαυτός μου»). Οι απαντήσεις αντιστοιχούν σε μια κλίμακα από το 0 μέχρι το 2 και υποδηλώνουν την μη ύπαρξη των συμπτωμάτων (0), την μέτρια (1) και την σοβαρή (2) παρουσία τους. Υψηλότερη βαθμολογία δείχνει υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και η συνολική βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο κυμαίνεται από το 0 έως το 54.

Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε παιδιά και εφήβους (7 έως 17 ετών), αποτελεί ένα από τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα εργαλεία για την κατάθλιψη στον συγκεκριμένο πληθυσμό (Myers & Winters, 2002). Η Kovacs (1992) αναφέρει πέντε παράγοντες πρώτης τάξης (αρνητική διάθεση, αναποτελεσματικότητα, αρνητική αυτό-εκτίμηση, διαπροσωπικά προβλήματα και ανηδονία), οι οποίοι μαζί σχηματίζουν τον παράγοντα δεύτερης τάξης, Κατάθλιψη. Μελέτες σχετικά με την παραγοντική δομή του CDI εμφανίζουν αντικρουόμενα αποτελέσματα (Gomez & Vance, 2016). Ορισμένες επιβεβαιώνουν την δομή των πέντε παραγόντων πρώτου επιπέδου (Logan et al., 2013), ενώ άλλες αναφέρουν από δυο μέχρι και οκτώ παράγοντες (Carey et al., 1987. Craighead et al., 1998. Saylor et al., 1985). Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε ο παράγοντας της κατάθλιψης με το σύνολο των ερωτημάτων. Αφαιρέθηκε το ερώτημα 9 (αυτοκτονικότητα), για δεοντολογικούς λόγους κατόπιν σύσταση των αρμόδιων φορέων για την έγκριση διεξαγωγής της μελέτης στα σχολεία (βλ. Κεφάλαιο Άδεια διεξαγωγής της έρευνας)

Ερευνητικά η αξιοπιστία του συνόλου του ερωτηματολογίου εμφανίζει από ικανοποιητικές μέχρι πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (οι δείκτες εσωτερικής συνοχής – Cronbach α κυμαίνονται από $\alpha=0.71$ μέχρι $\alpha=0.93$, Arnarson & Craighead, 2009. Brooks & Kutcher, 2001. Kovacs et al., 1984. Nunnally & Bernstein, 1994). Οι φορτίσεις των ερωτημάτων στον παράγοντα της κατάθλιψης έχει φανεί ότι εμφανίζουν

διαφορές ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο των παιδιών (Weiss et al., 1991). Η ελληνική εκδοχή του παρουσιάζει πολύ καλή αξιοπιστία (Cronbach $\alpha = 0.81$) (Giannakopoulos et al., 2009).

4.3.1.2. Κλίμακα Kutcher για την Εφηβική Κατάθλιψη (Kutcher Adolescent's Depression Scale - KADS-6)

Ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς για τη διάγνωση και την αξιολόγηση της σοβαρότητας της κατάθλιψης στους εφήβους, το οποίο κατασκευάστηκε από τους LeBlank, Almudevar, Brucks, και Kutcher (2002). Από όσο γνωρίζουμε το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν είχε μεταφραστεί στα ελληνικά από κάποια προηγούμενη έρευνα. Η μετάφραση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε για την παρούσα μελέτη.

Η αρχική εκδοχή του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 16 ερωτήματα τα οποία βασίζονται στα βασικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης. Δυο σύντομες εκδοχές του ερωτηματολογίου αποτελούν το KADS-11 (Brooks et al., 2003) με έντεκα ερωτήματα και το KADS-6 με έξι ερωτήματα (LeBlank et al., 2002).

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η σύντομη εκδοχή του ερωτηματολογίου με έξι ερωτήματα (KADS-6). Τα ερωτήματα αξιολογούν την καταθλιπτική διάθεση, το αίσθημα αναξιότητας- αβοήθητου, τη μειωμένη ενεργητικότητα- κούραση, την ανηδονία, το άγχος-ένταση και τις σκέψεις αυτοκτονίας – αυτο-τραυματισμού. Το ερώτημα 6 (αυτοκτονικότητα) αφαιρέθηκε και σε αυτό το ερωτηματολόγιο για δεοντολογικούς λόγους (βλ. Διαδικασία: Άδεια διεξαγωγής της έρευνας).

Οι συμμετέχοντες καλούνται να αξιολογήσουν το πόσο συχνά την τελευταία εβδομάδα ένιωσαν τα παραπάνω συμπτώματα, σε μια κλίμακα από το 0 μέχρι το 3 (0= σχεδόν ποτέ, 1= αρκετές φορές, 2= τις περισσότερες φορές, 3= πάντα). Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από το 0 μέχρι το 18. Υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Η συνολική βαθμολογία από 6 και πάνω προτείνεται ως κριτήριο για την αναγκαιότητα περαιτέρω διερεύνησης του εφήβου για τη διάγνωση της κατάθλιψης (LeBlanc et al., 2002).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί σε διάφορες χώρες και αποτελεί ένα σύντομο και αξιόπιστο εργαλείο για τη διάγνωση της κατάθλιψης σε εφήβους ηλικίας από 12 έως 22 ετών (Kutcher & Chehil, 2007). Οι δείκτες εσωτερικής συνοχής έχουν δείξει την ικανοποιητική αξιοπιστία της κλίμακας, σε μελέτες με κλινικά δείγματα και μελέτες στον γενικό πληθυσμό (Cronbach α από .74 μέχρι .80) (Brooks et al., 2003; Quintao et al., 2015).

4.3.2. Κλίμακα αξιολόγησης του δεσμού με τους γονείς (Inventory of Parent and Peer Attachment -IPPA-45)

Το ερωτηματολόγιο IPPA-45 των Wilkinson και Goh (2014) αποτελεί την περισσότερο σύντομη εκδοχή του ερωτηματολογίου IPPA, που δημιούργησαν οι Armsden και Greenberg (1987α) για την αξιολόγηση της ποιότητας του δεσμού με τους γονείς. Από όσο γνωρίζουμε το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν είχε μεταφραστεί στα ελληνικά από κάποια προηγούμενη έρευνα. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης (βλ. Διαδικασία).

Το IPPA περιλαμβάνει 28 ερωτήματα για τον δεσμό με τους γονείς και 25 ερωτήματα για τον δεσμό με τους συνομηλίκους. Το σύνολο των ερωτημάτων κάθε κλίμακας αντικατοπτρίζει την ποιότητα της σχέσης με το πρόσωπο του δεσμού. Οι

κλίμακες μπορούν να αξιολογηθούν με βάση τρεις διαστάσεις: Εμπιστοσύνη, Επικοινωνία και Αποξένωση. Η Εμπιστοσύνη αναφέρεται στην πεποίθηση του εφήβου ότι τα πρόσωπα του δεσμού κατανοούν και σέβονται τις επιθυμίες και τις ανάγκες του, η Επικοινωνία στην ανταποκρισιμότητα και την ποιότητα της λεκτικής επικοινωνίας και η Αποξένωση αναφέρεται σε συναισθήματα θυμού, απομόνωσης και αποσύνδεσης με τους γονείς ή τους συνομηλίκους. Σε προηγούμενες έρευνες η αξιοπιστία των υποκλιμάκων (Cronbach α) κυμαίνεται από $\alpha = 0.72$ έως $\alpha = 0.92$ (Guarnieri et al., 2010).

Μετέπειτα εκδοχές του αρχικού ερωτηματολογίου περιείχαν διαφορετικό αριθμό ερωτημάτων, καθώς και ξεχωριστές κλίμακες για την σχέση με τη μητέρα και τον πατέρα (Armsden & Greenberg, 1987β. Raja et al., 1992). Το IPPA-45, το οποίο χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα διατριβή, αποτελείται από 15 ερωτήματα για τις σχέσεις με τον πατέρα, 15 για τις σχέσεις με τη μητέρα και 15 για τους συνομηλίκους (Wilkinson & Goh, 2014). Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε μια σειρά ερωτημάτων τα οποία αξιολογούν τις τρεις διαστάσεις κάθε κλίμακας (Πατέρας, Μητέρα, Συνομήλικοι): Εμπιστοσύνη («*Η μητέρα μου σέβεται τα συναισθήματά μου*»), Επικοινωνία («*Όταν με προβληματίζει κάτι, θέλω να ακούσω τη γνώμη της μητέρας μου*»), Αποξένωση («*Δεν έχω την προσοχή της μητέρας μου*»). Οι απαντήσεις δίνονται σε μια κλίμακα από το 1 μέχρι το 5 (1= ποτέ/σχεδόν ποτέ, 2= σπάνια, 3= μερικές φορές, 4= συχνά, 5= πάντα/σχεδόν πάντα). Το IPPA-45 έχει δείξει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, τόσο για τα αγόρια όσο και για τα κορίτσια (Wilkinson & Goh, 2014).

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν μόνο οι δυο πρώτες υποκλίμακες του ερωτηματολογίου (δεσμός με μητέρα, δεσμός με πατέρα). Για τη σχέση με τους συνομηλίκους χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Attachment Questionnaire for Children (Muris et al., 2000), η αναλυτική περιγραφή του οποίου ακολουθεί παρακάτω.

4.3.3. Ερωτηματολόγιο Δεσμού για Παιδιά (Attachment Questionnaire for Children- AC-Q)

Το ερωτηματολόγιο δεσμού για παιδιά (AC-Q) δημιουργήθηκε από τους Muris, Mayer και Meesters (2000) για τη αξιολόγηση των αντιλήψεων των μαθητών για τις σχέσεις με τους συνομηλίκους τους. Βασίστηκε στην κλίμακα των Hazan και Shaver (1987) για τη μέτρηση των τριών βασικών τύπων δεσμού (ασφαλής, αποφυγής και αμφιθυμικός). Η μετάφραση και η προσαρμογή του ερωτηματολογίου έχει γίνει από τον Kokkinos (2007) και περιλαμβάνει τρεις σύντομες περιγραφές για τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους τα παιδιά σχετίζονται με τους συνομηλίκους τους («Μου είναι εύκολο να κάνω φίλους τα άλλα παιδιά», «Νιώθω άβολα να είμαι στενός φίλος με άλλα παιδιά», «Συχνά διαπιστώνω ότι τα άλλα παιδιά δεν επιθυμούν να με κάνουν στενό τους φίλο»). Οι συμμετέχοντες καλούνται να επιλέξουν μια από τις τρεις αυτές περιγραφές, η οποία τους εκφράζει περισσότερο (Kokkinos et al., 2014). Το AC-Q εμφανίζει υψηλή συσχέτιση με την κλίμακα για την αξιολόγηση του δεσμού με τους Συνομηλίκους του IPPA (Muris et al., 2000).

4.3.4 Κλίμακα Ανοχής στη Δυσφορία (Distress Tolerance Scale- DTS)

Η κλίμακα ανοχής στη δυσφορία (DTS) των Simons και Gaher (2005) αποτελείται από 15 ερωτήματα και διερευνά το βαθμό στον οποίο τα άτομα βιώνουν τα αρνητικά συναισθήματα ως ανεκτά ή μη ανεκτά. Στα ελληνικά έχει μεταφραστεί από τους Νταφούλη, Δαλάκα, Σίμος και Νομικού (2017).

Οι συμμετέχοντες καλούνται να δηλώσουν τον βαθμό της συμφωνίας τους (σε μια κλίμακα από το 1= συμφωνώ απόλυτα, έως το 5 = διαφωνώ απόλυτα) σε μια σειρά από προτάσεις για καταστάσεις στις οποίες αισθάνθηκαν δυσφορία ή αναστάτωση. Η

παραγοντική δομή της Κλίμακας DTS αποτελείται από τέσσερις παράγοντες πρώτου επιπέδου : Ανοχή («*Το να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση είναι ανυπόφορο για μένα*»), Απορρόφηση («*Όταν νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση το μόνο που μπορώ να σκεφτώ είναι πόσο άσχημα νιώθω*»), Γνωστική Αποτίμηση («*Οι άλλοι άνθρωποι φαίνεται να είναι ικανοί να αντέχουν να νιώθουν συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση καλύτερα απ' ότι μπορώ εγώ*»), Ρύθμιση («*Θα έκανα τα πάντα για να σταματήσω να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση*»).

Τόσο οι υποκλίμακες όσο και το σύνολο της κλίμακας εμφανίζει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. Οι υποκλίμακες στις διάφορες έρευνες εμφανίζουν συντελεστές Cronbach α από $\alpha = 0.72$ μέχρι $\alpha = 0.85$ και το σύνολο της κλίμακας από $\alpha = 0.93$ έως $\alpha = 0.94$ (Allan et al., 2014. Keough et al., 2010. Simons & Gaher, 2005).

4.3.5. Ερωτηματολόγιο Ανησυχίας Penn State (Penn State Worry Questionnaire PSWQ-brief version)

Το ερωτηματολόγιο των Topper, Emmelkamp, Watkins και Ehring (2014) αποτελεί μια σύντομη εκδοχή του αρχικού ερωτηματολογίου PSWQ των Meyer, Miller, Metzger & Borkovec (1990) το οποίο περιλάμβανε 16 ερωτήματα. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και χορηγηθεί σε ελληνικό δείγμα (σε ενήλικες) και εμφανίζει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (Simos, Vaiopoulos, Dimitriou & Paraschos, 1998).

Αποτελείται από πέντε ερωτήματα και αξιολογεί την κλινικά σημαντική ανησυχία ως χαρακτηριστικό χαρακτηριστικό (παρουσία της ανησυχίας σε διάφορες καταστάσεις), την ένταση, και τη δυσκολία ελέγχου της ανησυχίας. Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε μια κλίμακα από το 1 μέχρι το 5 (1= δεν ισχύει καθόλου, 2= ισχύει ελάχιστα, 3= ισχύει κάπως, 4= ισχύει αρκετά, 5= ισχύει πολύ) κατά πόσο οι

σχετικές με την ανησυχία δηλώσεις του ερωτηματολογίου τους χαρακτηρίζουν ή ισχύουν για αυτούς (π.χ. «Πολλές καταστάσεις με κάνουν να ανησυχώ και να αγχώνομαι»). Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί σε ενήλικες και εφήβους και έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (Cronbach α από $\alpha= 0.84$ έως $\alpha= 0.91$) (Topper et al., 2014).

4.3.6. Κλίμακα Άγχους Κοινωνικής Διαντίδρασης και Κλίμακα Κοινωνικής Φοβίας (Social Interaction Anxiety Scale και Social Phobia Scale - SIAS-6-SPS-6)

Πρόκειται για το ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς των Peters, Sunderland, Andrews, Rapee και Mattick (2012), το οποίο αξιολογεί δυο στενά σχετιζόμενες έννοιες του κοινωνικού άγχους, το άγχος κοινωνικής διαντίδρασης και την κοινωνική φοβία. Αποτελεί την περισσότερο σύντομη εκδοχή του αρχικού ερωτηματολογίου των Mattick και Clarke (1998) το οποίο περιλάμβανε 20 ερωτήματα. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά από τους Γαβριηλίδου και Σίμος (2014).

Συνολικά αποτελείται από 12 ερωτήματα και οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν κατά πόσο τους χαρακτηρίζει/ισχύει για αυτούς η κάθε πρόταση, σε μια κλίμακα από το 1 (καθόλου) μέχρι το 5 (πάρα πολύ) Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης το ερώτημα 2 «Δεν νιώθω άνετα να κάνω παρέα με τους συναδέλφους μου στη δουλειά» μετατράπηκε σε «Δεν νιώθω άνετα να κάνω παρέα με τους συμμαθητές μου στο σχολείο».

4.4. Διαδικασία

4.4.1. Άδεια χρήσης και μετάφραση των ερευνητικών εργαλείων

Αρχικά εξασφαλίστηκε από τους δημιουργούς του κάθε ερωτηματολογίου, η άδεια για τη χρήση τους και η άδεια για την μετάφρασή των ερωτηματολογίων που δεν είχαν μεταφραστεί στα ελληνικά. Για τα ερωτηματολόγια που δεν είχαν μεταφραστεί στα ελληνικά, ακολουθήθηκε η εξής διαδικασία μετάφρασης: τα ερωτηματολόγια μεταφράστηκαν από τα αγγλικά στα ελληνικά από την ερευνήτρια και από τα ελληνικά πίσω στα αγγλικά από συνάδελφο με πολύ καλή γνώση της αγγλικής γλώσσας. Ακολούθησε σύγκριση και συμφωνήθηκε η τελική εκδοχή της ελληνικής μετάφρασης από τις δυο μεταφράστριες κατόπιν της έγκρισης από τον επιβλέποντα καθηγητή. Τα μεταφρασμένα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν σε ένα μικρό δείγμα μαθητών της Γ΄ Γυμνασίου (8 άτομα) με στόχο την επιβεβαίωση της κατανόησης του ερωτηματολογίου από παιδιά ηλικίας 14 με 15 ετών.

4.4.2 Άδεια διεξαγωγής της έρευνας

Αρχικά η μεθοδολογία της μελέτης και το περιεχόμενο των ερευνητικών εργαλείων που συμπεριλήφθηκαν έλαβε την άδεια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Μακεδονίας. Για την εξασφάλιση της άδειας από το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων, κατόπιν γνωμοδότησης του Ινστιτούτου Εκπαιδευτικής Πολιτικής (ΙΕΠ), το οποίο είναι υπεύθυνο για την αρχική έγκριση, χρειάστηκε να γίνουν κάποιες αλλαγές στο περιεχόμενο των ερωτηματολογίων. Συγκεκριμένα αφαιρέθηκε μια ερώτηση για το αν οι συμμετέχοντες είχαν επισκεφθεί στο παρελθόν κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, καθώς και δυο ερωτήματα από τα ερωτηματολόγια για την κατάθλιψη (το ερώτημα 9 από το CDI και το ερώτημα 6 από το KADS-6, τα οποία διερευνούν την

αυτοκτονικότητα/αυτο-τραυματισμο). Η τελική μορφή των ερωτηματολογίων χωρίς τα παραπάνω ερωτήματα, έλαβε την έγκριση του Υπουργείου (6/9/2017 αρ. Πρωτ. 146872/Δ2).

4.4.3. Προσέλκυση συμμετεχόντων

Η έρευνα διεξήχθη κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς 2017-2018 και 2018-2019. Το πρώτο στάδιο της έρευνας αφορούσε στην ενημέρωση των σχολικών μονάδων με στόχο την προσέλκυση των συμμετεχόντων. Για τον σκοπό αυτό παραδόθηκαν ενημερωτικά έντυπα σε συνολικά 87 σχολεία της Ξάνθης και της Θεσσαλονίκης. Τα ενημερωτικά έντυπα περιλάμβαναν ένα ενημερωτικό σημείωμα για τους εκπαιδευτικούς και τη διεύθυνση του σχολείου, καθώς και τη θετική γνωμοδότηση του αρμόδιου Υπουργείου, τα οποία παρατίθενται στο Παράρτημα Α. Συνολικά 67 σχολεία συμφώνησαν (κατόπιν έγκρισης από τη διεύθυνση και το σύλλογο των διδασκόντων κάθε σχολικής μονάδας) να παραδοθούν τα ενημερωτικά έντυπα της μελέτης σε μαθητές και μαθήτριες των τάξεων της Γ΄ Γυμνασίου και της Α΄ Λυκείου. Τα έντυπα εκδήλωσης συμμετοχής για τους μαθητές παρατίθενται στο Παράρτημα Α και αποτελούνται από τις βασικές πληροφορίες για την συμμετοχή στην παρούσα μελέτη και το έντυπο συγκατάθεσης γονέα/κηδεμόνα για τη συμμετοχή του παιδιού στη μελέτη. Τη σχολική χρονιά 2017-2018 μοιράστηκαν 4.448 έντυπα εκδήλωσης συμμετοχής (σε 57 σχολεία) και 2.203 τη σχολική χρονιά 2018-2019 (σε 16 νέα σχολεία και 10 σχολεία που συμμετείχαν στην έρευνα και την προηγούμενη χρονιά). Συνολικά 67 σχολικές μονάδες συμμετείχαν στην μελέτη.

4.4.4. Συμπλήρωση των ερωτηματολογίων της έρευνας

Στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων της μελέτης συμμετείχαν μόνο όσα παιδιά είχαν παραδώσει στο σχολείο τους, υπογεγραμμένο από τους γονείς ή τους κηδεμόνες τους, το έντυπο συγκατάθεσης. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων διεξήχθη, κατόπιν συνεννόησης με τις σχολικές μονάδες, εντός του σχολικού ωραρίου (2 διδακτικές ώρες) και σε όλες τις περιπτώσεις με την παρουσία της ερευνήτριας και την παρουσία ενός ή δυο καθηγητών από τις εκάστοτε σχολικές μονάδες ανάλογα με τον αριθμό των συμμετεχόντων. Συνολικά συμπληρώθηκαν 1.025 ερωτηματολόγια, εκ των οποίων τα 1.018 ήταν έγκυρα (680 ερωτηματολόγια τον πρώτο χρόνο και 338 τον δεύτερο χρόνο).

4.5 Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα στατιστικά πακέτα SPSS, έκδοση 20 και AMOS, έκδοση 21 (IBM Statistics).

Αρχικά διερευνήθηκε η κανονικότητα της κατανομής των υπό μελέτη μεταβλητών με τη χρήση των ελέγχων Kolmogorov–Smirnov, Shapiro-Wilk και οι τιμές λοξότητας και κύρτωσης. Πριν από τις αναλύσεις αξιολογήθηκε η παρουσία ακραίων τιμών μέσα από το εύρος τιμών Mahalanobis d^2 . Εντοπίστηκαν 3 ακραίες τιμές οι οποίες και αφαιρέθηκαν από το δείγμα (από τα 1018 ερωτηματολόγια στις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν τα 1015, τα οποία αποτελούν και το τελικό δείγμα της μελέτης).

Ακολούθησαν οι παραγοντικές αναλύσεις των ερωτηματολογίων. Η παραγοντική ανάλυση στοχεύει στην ψυχομετρική αξιολόγηση ερωτηματολογίων με πολλά ερωτήματα/ μεταβλητές (Kyriazos, 2018). Για την αξιολόγηση της παραγοντικής δομής το δείγμα χωρίστηκε σε δυο μέρη. Στο πρώτο μέρος (N= 484) διενεργήθηκε η

Ανάλυση Κυρίων Συνιστωσών (Principal Component Analysis- PCA) και το δεύτερο μέρος του δείγματος (N= 531) χρησιμοποιήθηκε για την επιβεβαίωση της παραγοντικής δομής, που προέκυψε από την παραπάνω διαδικασία, μέσα από την Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων (Confirmatory Factor Analysis-CFA).

Για την Ανάλυση Κυρίων Συνιστωσών χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης δειγματικής καταλληλότητας Keiser-Meyer-Olkin (KMO), ο οποίος αξιολογεί την επάρκεια του δείγματος (τιμές πάνω από .70 θεωρούνται ικανοποιητικές) (Hutcheson & Sofroniou, 1999). Χρησιμοποιήθηκε επίσης ο έλεγχος Bartlett's Test of Sphericity, η στατιστική σημαντικότητα ($p < .05$) του οποίου αποδεικνύει ότι οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών επιτρέπουν την εφαρμογή της ανάλυσης παραγόντων (Field, 2013).

Σε περιπτώσεις που τα δεδομένα αποκλίνουν από την πολυμεταβλητή κανονικότητα προτείνεται η αναλογία 15:1 για το μέγεθος του δείγματος (Hair, et al., 2010). Στην παρούσα μελέτη το μέγεθος του δείγματος είναι αρκετά μεγάλο και επιπλέον χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος bootstrap των Bollen και Stine (1992) για την προσαρμογή της τιμής p εξαιτίας της παραβίασης της πολυμεταβλητής κανονικότητας.

Για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της Επιβεβαιωτικής Ανάλυσης Παραγόντων στη βιβλιογραφία προτείνεται ένα εύρος δεικτών καλής προσαρμογής (Goodness of Fit Indices) του μοντέλου στα δεδομένα (Byrne, 2010). Οι δείκτες καλής προσαρμογής αποτελούν ενδείξεις της απόκλισης των παρατηρούμενων δεδομένων από το υποθετικό θεωρητικό μοντέλο. Η καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα είναι καλό να αξιολογείται με βάση τις ικανοποιητικές τιμές σε μια σειρά δεικτών, οι οποίοι αξιολογούν διαφορετικές ιδιότητες του μοντέλου (Ζαφειρόπουλος, 2012).

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες: η αναλογία του χ^2 με τους βαθμούς ελευθερίας (χ^2/df ratio), ο Συγκριτικός Δείκτης Προσαρμογής (Comparative

Fit Index, -CFI), ο Δείκτης Καλής Προσαρμογής (Goodness of Fit, - GFI), ο Δείκτης Τετραγωνική Ρίζα του Μέσου του Σφάλματος Προσέγγισης (Root Mean Square Error of Approximation-, RMSEA) και η Τυποποιημένη Τετραγωνική Ρίζα του Μέσου των Υπολοίπων (Standardized Root Mean Square Residual, -SRMR).

Ο λόγος του χ^2 με τους βαθμούς ελευθερίας και οι δείκτες RMSEA, GFI και SRMR, αξιολογούν την απόλυτη προσαρμογή του μοντέλου συγκριτικά με το υποθετικό μοντέλο (Byrne, 2010). Για το λόγο του χ^2 με τους βαθμούς ελευθερίας τιμές ίσες ή κατώτερες του 3 θεωρούνται ικανοποιητικές (Iacobucci, 2009) ενώ σύμφωνα με κάποιους ερευνητές ακόμη και τιμές κάτω του 5 μπορούν να θεωρηθούν αποδεκτές (Hair et al., 2010). Ο δείκτης GFI συγκρίνει το υποθετικό με το μηδενικό μοντέλο και οι επιθυμητές τιμές του είναι μεγαλύτερες από .90 και κοντά στο 1 (Byrne, 2010). Σε αντίθεση με τον δείκτη GFI ο οποίος είναι ευαίσθητος στο μέγεθος του δείγματος, ο δείκτης RMSEA λαμβάνει υπόψη του την πολυπλοκότητα του μοντέλου και το μέγεθος του δείγματος (Hu & Bentler, 1999). Κατά συνέπεια θεωρείται ότι αποτελεί έναν καλό δείκτη για μεγάλα δείγματα ($n=500$) ή πολλές παρατηρούμενες μεταβλητές (Hair et al., 2010). Ιδανικές τιμές θεωρούνται οι χαμηλότερες του .05 ενώ οι τιμές μεταξύ .05 και .08 δηλώνουν ικανοποιητική προσαρμογή (Kline, 2005). Ο δείκτης RMSEA και ο SRMR χαρακτηρίζονται επίσης δείκτες μη καταλληλότητας του μοντέλου (badness of fit). Και για την αξιολόγηση του SRMR χαμηλότερες τιμές ($< .05$) υποδηλώνουν καλύτερη προσαρμογή του μοντέλου (Hu & Bentler, 1999).

Ο Συγκριτικός Δείκτης Εφαρμογής (CFI) αξιολογεί την επαυξητική προσαρμογή του μοντέλου συγκριτικά με άλλα μοντέλα, οι τιμές που μπορεί να πάρει κυμαίνονται από 0 έως 1 και οι τιμές πάνω από .90 ή .95 υποδηλώνουν καλύτερη προσαρμογή (Byrne, 2010. Hu & Bentler, 1999).

Μετά την διερεύνηση της δομής των ερωτηματολογίων της μελέτης ακολούθησε η διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων. Χρησιμοποιήθηκαν οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις και οι διάμεσοι για τη διερεύνηση των επιπέδων των μεταβλητών της μελέτης. Πραγματοποιήθηκαν επίσης αναλύσεις συσχέτισης (Spearman rho) για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ τους. Ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney U χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση των διαφορών στην καταθλιπτική συμπτωματολογία, μεταξύ των εφήβων με ασφαλή δεσμό και αυτών με ανασφαλή δεσμό με τους συνομηλίκους. Τέλος, ο διαμεσολαβητικός ρόλος του κοινωνικού άγχους στη σχέση ανάμεσα στην ανησυχία, τον δεσμό με τη μητέρα, την ανοχή στη δυσφορία με την κατάθλιψη ελέγχθηκε μέσα από μια σειρά αναλύσεων παλινδρόμησης σύμφωνα με το στατιστικό μοντέλο των Baron και Kenny (1986). Βασικό κριτήριο για την εκτίμηση του διαμεσολαβητικού ρόλου μιας μεταβλητής είναι οι μεταβλητές πρόβλεψης (ανησυχία, δεσμός με τη μητέρα, ανοχή στη δυσφορία) να προβλέπουν τη μεταβλητή αποτελέσματος (κατάθλιψη) με λιγότερη ισχύ στο μοντέλο που συμπεριλαμβάνεται η διαμεσολαβούσα μεταβλητή (κοινωνικό άγχος) από ότι στο αρχικό μοντέλο, στο οποίο απουσιάζει (Field, 2013). Στην ανάλυση συμπεριλήφθηκε και μια παλινδρόμηση με μόνη μεταβλητή πρόβλεψης το κοινωνικό άγχος και μεταβλητή αποτελέσματος την κατάθλιψη για να διαπιστωθεί η ξεχωριστή συμβολή του κοινωνικού άγχους ως προβλεπτική μεταβλητή για την κατάθλιψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ 1

5.1. Διερεύνηση της δομής και της αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων της μελέτης

Για τη διερεύνηση της παραγοντικής δομής των ερωτηματολογίων το δείγμα μας (N=1015) χωρίστηκε σε δυο μέρη. Στο πρώτο δείγμα (N= 483) διενεργήθηκαν οι αναλύσεις κυριών συνιστωσών και στο δεύτερο οι επιβεβαιωτικές αναλύσεις (N= 532) για την επιβεβαίωση του μοντέλου που αναδείχθηκε από την αρχική ανάλυση.

5.1.1. Κλίμακας Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης (*Children's Depression Inventory -CDI*)

Πέντε παράγοντες αναδείχθηκαν από την Ανάλυση Κυριών Συνιστωσών στο ερωτηματολόγιο της κατάθλιψης, οι οποίοι εξηγούσαν το 43,94% της συνολικής διακύμανση. Το κρημνογράφημα (scree plot) ωστόσο υποδεικνυε την ύπαρξη ενός μόνο παράγοντα. Ο στατιστικός έλεγχος KMO είχε τιμή .89, η οποία είναι αρκετά υψηλή σε σχέση με το ελάχιστο κριτήριο του .5. Επίσης ο έλεγχος Bartlett's Sphericity Test ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2 (325) = 2618,643, p = .000$).

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι το δείγμα μας είναι επαρκές και τα δεδομένα κατάλληλα για την εφαρμογή της ανάλυσης. Παρακάτω ακολουθεί ο Πίνακας 5.1 με τις φορτίσεις των ερωτημάτων του ερωτηματολογίου στους παράγοντες που προέκυψαν από την ανάλυση.

Πίνακας 5. 1 Ανάλυση κυρίων συνιστωσών της κλίμακας CDI

Μεταβλητές	Παράγοντες				
	1	2	3	4	5
10. Με ανησυχούν συνέχεια διάφορα πράγματα	.73				
9. Κάθε μέρα κλαίω	.65				
18. Πάντα ανησυχώ για πόνους στο σώμα	.61				
8. Νομίζω πάντα ότι φταίω εγώ όταν κάτι πάει στραβά	.55				
1. Είμαι συνέχεια λυπημένος/-η	.51				
16. Συνέχεια αισθάνομαι κουρασμένος/-η	.51				
6. Είμαι σίγουρος/-η ότι κάτι τρομερό θα μου συμβεί	.48				
12. Δεν μπορώ να αποφασίσω για τίποτα	.46				
5. Νιώθω πάντοτε ότι είμαι κακός/-ιά	.45				
13. Η εμφάνισή μου είναι απαίσια	.45				
2. Δεν είμαι σίγουρος/-η αν τα πράγματα θα πάνε καλά για μένα	.45				
7. Μισώ τον εαυτό μου	.41				
20. Ποτέ δεν διασκεδάζω στο σχολείο		.76			
21. Δεν έχω κανένα φίλο		.70			
11. Ποτέ δεν θέλω να είμαι με άλλους		.69			
4. Τίποτα από όσα κάνω δεν με διασκεδάζει		.69			
19. Συνέχεια αισθάνομαι μόνος/-η		.54			
24. Κανένας δεν με αγαπάει πραγματικά		.52			
22. Τα πάω πολύ άσχημα σε μαθήματα που ήμουν καλός			.86		
14. Πρέπει να πιέζομαι συνέχεια για να μελετήσω για το σχολείο			.74		
23. Ποτέ δεν είμαι τόσο καλός/-η όσο τα άλλα παιδιά			.48		
3. Τα κάνω όλα λάθος			.45		
17. Τις περισσότερες μέρες δεν πεινάω				.80	
15. Κάθε βράδυ δυσκολεύομαι να κοιμηθώ				.45	
25. Ποτέ δεν κάνω ό,τι μου λένε					.69
26. Μου φαίνεται ότι συνέχεια τσακώνομαι					.58
Ποσοστό εξηγούμενης διακύμανσης	23.133	5.815	5.500	4.870	4.619
Ιδιοτιμή	6.014	1.512	1.430	1.266	1.201
Cronbach α	.78	.72	.57	.40	.28

Στη συνέχεια για την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων το μοντέλο από την Ανάλυση Κυρίων Συνιστωσών ελέγχθηκε με την Επιβεβαιωτική Ανάλυση στο δεύτερο μισό του δείγματος (N= 532). Τα αποτελέσματα έδειξαν καλή προσαρμογή του μοντέλου για τους περισσότερους δείκτες, εκτός από τον CFI και την τιμή p της μέθοδου Bollen - Stine bootstrap η οποία βρέθηκε στατιστικά σημαντική. Αναλυτικά : $\chi^2/289= 2.112$,

CFI= .869, GFI= .917, SRMR= .047, CI_{90%}= .041- .051, RMSEA= .046, AIC= 734.236). Για τη βελτίωση του μοντέλου, συσχετίσαμε τα σφάλματα μέτρησης (Barrett, 2007) ανάμεσα στα ερωτήματα 13-7, 2-5, 1-6, 11-20, μιας και θεωρητικά μπορεί να υποστηριχθεί η συσχέτισή τους. Επίσης διερευνήσαμε την ύπαρξη ενός παράγοντα δεύτερης τάξης (Κατάθλιψη). Με την συσχέτιση των σφαλμάτων μέτρησης που αναφέραμε και την προσθήκη ενός παράγοντα δεύτερης τάξης, τα αποτελέσματα έδειξαν καλή προσαρμογή του μοντέλου: $\chi^2/290= 1.831$, CFI= .902, GFI= .929, SRMR= .045, CI_{90%}= .034- .045, RMSEA= .040, AIC= 653.045. Τα αποτελέσματα αυτού του μοντέλου παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες (Πίνακας 5.2 και Πίνακας 5.3).

Πίνακας 5. 2 Επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων πρώτης τάξης της κλίμακας CDI

Μεταβλητές	Παράγοντες					E	R ²
	1	2	3	4	5		
10. Με ανησυχούν συνέχεια διάφορα πράγματα	.51					.743	.257
9. Κάθε μέρα θέλω να κλαίω	.57					.669	.331
18. Πάντα ανησυχώ για πόνους στο σώμα	.16					.973	.027
8. Νομίζω πάντα ότι φταίω εγώ όταν κάτι πάει στραβά	.36					.871	.129
1. Είμαι συνέχεια λυπημένος/-η	.65					.579	.421
16. Συνέχεια αισθάνομαι κουρασμένος/-η	.47					.774	.226
6. Είμαι σίγουρος/-η ότι κάτι τρομερό θα μου συμβεί	.36					.871	.129
12. Δεν μπορώ να αποφασίσω για τίποτα	.28					.919	.081
5. Νιώθω πάντοτε ότι είμαι κακός	.38					.858	.142
13. Η εμφάνισή μου είναι απαίσια	.50					.753	.247
2. Τίποτα δεν πάει καλά για μένα	.53					.722	.278
7. Μισώ τον εαυτό μου	.60					.640	.360
20. Ποτέ δεν διασκεδάζω στο σχολείο		.43				.815	.185
21. Δεν έχω κανένα φίλο		.47				.775	.225
11. Ποτέ δεν θέλω να βρίσκομαι με άλλους ανθρώπους		.42				.825	.175
4. Τίποτα από όσα κάνω δεν με διασκεδάζει		.46				.791	.209
19. Συνέχεια αισθάνομαι μόνος/-η		.74				.450	.550
24. Κανένας δεν με αγαπάει πραγματικά		.52				.730	.270
22. Τα πάω πολύ άσχημα σε μαθήματα που ήμουν καλός/-η			.58			.660	.340
14. Πρέπει να πιέζομαι συνέχεια να μελετήσω για το σχολείο			.48			.766	.234
23. Ποτέ δεν είμαι τόσο καλός/-η όσο τα άλλα παιδιά			.54			.708	.292
3. Τα κάνω όλα λάθος			.49			.760	.240
17. Τις περισσότερες μέρες δεν πεινάω				.45		.799	.201
15. Κάθε βράδυ δυσκολεύομαι να κοιμηθώ				.67		.548	.452
25. Ποτέ δεν κάνω αυτό που μου λένε					.24	.942	.058
26. Μου φαίνεται ότι συνέχεια τσακώνομαι					.85	.274	.726
Συσχετίσεις Παραγόντων							
F1-F2 .865							
F1-F3 .623							
F1-F4 .707							
F1-F5 .354							
F2-F3 .566							
F2-F4 .678							
F2-F5 .380							
F3-F4 .494							
F3-F5 .282							
F4-F5 .237							

Πίνακας 5. 3 Επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων δεύτερης τάξης της κλίμακας CDI

Παράγοντες	Κατάθλιψη	E	R ²
1.	.98	.039	.961
2.	.90	.190	.819
4.	.65	.574	.426
5.	.74	.460	.548
3.	.39	.847	.153

5.1.2 Κλίμακα Kutcher για την Εφηβική Κατάθλιψη (Kutcher Adolescent's Depression Scale - KADS-6)

Από την Ανάλυση Κυρίων Συνιστωσών αναδείχθηκε ένα παράγοντας, ο οποίος εξηγούσε το 52,69% της συνολικής διακύμανσης. Το κρημογράφημα (scree plot) επίσης υποδείκνυε την ύπαρξη ενός μόνο παράγοντα. Ο στατιστικός έλεγχος KMO είχε τιμή .80, η οποία είναι αρκετά υψηλή σε σχέση με το ελάχιστο κριτήριο του .5. Επίσης ο έλεγχος Bartlett's Sphericity Test ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2 (10) = 613.793, p = .000$).

Παρακάτω ακολουθεί ο Πίνακας 5.4 με τις φορτίσεις των ερωτημάτων του ερωτηματολογίου στον παράγοντα της κατάθλιψης.

Πίνακας 5. 4 Ανάλυση κυρίων συνιστωσών της κλίμακας KADS-6

Μεταβλητές	Παράγοντας
1. Πесμένη διάθεση, θλίψη, ότι βαριέσαι και τίποτα δεν σου κινεί το ενδιαφέρον, καταθλιπτικός/-ή, ότι δεν έχεις όρεξη να κάνεις πράγματα	.84
2. Αίσθημα ότι δεν αξίζεις, ότι είσαι αβοήθητος/-η, ότι απογοητεύεις τους γύρω σου, ότι δεν είσαι καλός/-ή	.77
4. Ότι δεν περνάς καλά, δεν νιώθεις τόσο καλά όσο παλιότερα, ότι πράγματα που σε ευχαριστούσαν δεν σε ευχαριστούν πλέον	.75
5. Αίσθημα ανησυχίας, νευρικότητα, ότι τρομάζεις εύκολα, έχεις ένταση, άγχος	.64
3. Αίσθημα κούρασης, εξουθενωμένος/-η, ότι δεν έχεις ενέργεια, δυσκολεύεσαι να κινητοποιήσεις τον εαυτό σου να κάνει πράγματα, πιέζεσαι να ολοκληρώσεις αυτά που πρέπει, θέλεις να κοιμάσαι πολύ	.59
Ποσοστό εξηγούμενης διακύμανσης	52.691
Ιδιοτιμή	2.635
Cronbach α	.76

Τα αποτελέσματα της Επιβεβαιωτικής Ανάλυσης στο δεύτερο μισό του δείγματος έδειξαν την καλή προσαρμογή του : $\chi^2/5 = 2.592$, CFI= .984, GFI= .991, SRMR= .026, CI_{90%}= .018- .092, RMSEA= .050, Bollen- Stine p = .081. Στον παρακάτω Πίνακα 5.5 παρουσιάζονται οι φορτίσεις των ερωτημάτων.

Πίνακας 5. 5 Επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων της κλίμακας KADS-6

Μεταβλητές	Παράγοντας	E	R ²
1.Πεσμένη διάθεση, θλίψη, ότι βαριέσαι και τίποτα δεν σου κινεί το ενδιαφέρον, καταθλιπτικός/-ή, ότι δεν έχεις όρεξη να κάνεις πράγματα	.80	.367	.633
2.Αίσθημα ότι δεν αξίζεις, ότι είσαι αβοήθητος/-η, ότι απογοητεύεις τους γύρω σου, ότι δεν είσαι καλός/-ή	.58	.662	.338
4. Ότι δεν περνάς καλά, δεν νιώθεις τόσο καλά όσο παλιότερα, ότι πράγματα που σε ευχαριστούσαν δεν σε ευχαριστούν πλέον	.59	.651	.349
5.Αίσθημα ανησυχίας, νευρικότητα, ότι τρομάζεις εύκολα, έχεις ένταση, άγχος	.51	.736	.264
3.Αίσθημα κούρασης, εξουθενωμένος/-η, ότι δεν έχεις ενέργεια, δυσκολεύεσαι να κινητοποιήσεις τον εαυτό σου να κάνει πράγματα, πιέζεσαι να ολοκληρώσεις αυτά που πρέπει, θέλεις να κοιμάσαι πολύ	.49	.757	.243

5.1.3 Κλίμακα αξιολόγησης του δεσμού με τη μητέρα (Inventory of Parent and Peer Attachment -IPPA-45)

Η Ανάλυση Κυρίων Συνιστωσών έδειξε ότι ένα παράγοντας εξηγούσε το 43,63 % της συνολικής διακύμανσης. Επειδή το ερώτημα 12 παρουσίασε φόρτιση κάτω του .40 η ανάλυση επαναλήφθηκε μετά την αφαίρεσή του. Τα νέα αποτελέσματα έδειξαν ότι με την αφαίρεση του ερωτήματος 12 τα αποτελέσματα εξηγούσαν το 44,94 % της συνολικής διακύμανσης. Το κρημνογράφημα αναδείκνυε επίσης έναν παράγοντα. Ο δείκτης του ελέγχου KMO ήταν πολύ καλός, KMO= .930, το ίδιο και τα αποτελέσματα από τον έλεγχο Bartlett's Sphericity Test: $\chi^2 (91) = 2883,384$, $p = 0.000$. Οι φορτίσεις των ερωτημάτων στον παράγοντα Δεσμός με τη μητέρα εμφανίζονται στον Πίνακα 5.6 που ακολουθεί παρακάτω.

Πίνακας 5. 6 Ανάλυση κυρίων συνιστωσών της κλίμακας IPPA-45 (μητέρα)

Μεταβλητές	Παράγοντας
14. Μπορώ να βασιστώ στη μητέρα μου όταν χρειάζεται να μιλήσω για κάτι που με απασχολεί	.79
1. Η μητέρα μου σέβεται τα συναισθήματά μου	.76
4. Όταν με προβληματίζει κάτι, θέλω να ακούσω τη γνώμη της μητέρας μου για αυτό	.75
9. Μιλώ στη μητέρα μου για τα προβλήματα και τις δυσκολίες μου	.75
11. Η μητέρα μου με ενθαρρύνει να μιλάω για οτιδήποτε με δυσκολεύει	.70
8. Η μητέρα μου εμπιστεύεται την κρίση μου	.69
7. Όταν συζητάμε, η μητέρα μου ενδιαφέρεται για την άποψή μου	.69
13R. Η μητέρα μου δεν καταλαβαίνει τι περνάω αυτές τις μέρες	.65
2. Αισθάνομαι ότι η μητέρα μου είναι επιτυχημένη σαν γονιός	.64
5. Η μητέρα μου καταλαβαίνει ότι είμαι αναστατωμένος/-η, χωρίς να της το πω	.62
3. Η μητέρα μου με δέχεται όπως είμαι	.60
15R. Το να συζητώ με τη μητέρα μου με κάνει να αισθάνομαι ανόητος/-η και ντροπή	.60
10R. Αισθάνομαι θυμό για τη μητέρα μου	.59
6R. Αναστατώνομαι για πράγματα πολύ περισσότερο από όσο ξέρει η μητέρα μου	.47
Ποσοστό εξηγούμενης διακύμανσης	44.948
Ιδιοτιμή	6.293
Cronbach α	.90

Τα αποτελέσματα της Επιβεβαιωτικής Ανάλυσης στο δεύτερο μισό του δείγματος έδειξαν ότι το μοντέλο δεν είχε καλή προσαρμογή : $\chi^2/77= 5.863$, CFI= .853 GFI= .877, SRMR= .060, CI_{90%}= .087- .104, RMSEA= .096, AIC= 507,451, Bollen- Stine p = .000.

Για την βελτίωση του μοντέλου αφαιρέθηκε το ερώτημα 6 το οποίο παρουσίαζε πολύ χαμηλή φόρτιση και συσχετίσαμε τα σφάλματα μέτρησης (Barrett, 2007) ανάμεσα στα ερωτήματα 8-7, 9-3, 4-9, 1-2, 5-1, 14-3, 14-1, 2-4, γιατί παρουσίαζαν εννοιολογική συνάφεια και εμφάνιζαν υψηλούς δείκτες MI. Τα αποτελέσματα έδειξαν καλή προσαρμογή του μοντέλου: $\chi^2/57= 2.832$, CFI= .957 GFI= .954, SRMR= .042, CI_{90%}=

.048- .70, RMSEA= .059, AIC= 229,422, Bollen- Stine $p = .000$. Στον Πίνακα 5.7 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης.

Πίνακας 5. 7 Επιβεβαιωτική ανάλυση της κλίμακας IPPA-45 (μητέρα)

Μεταβλητές	Παράγοντας	E	R ²
14. Μπορώ να βασιστώ στη μητέρα μου όταν χρειάζεται να μιλήσω για κάτι που με απασχολεί	.81	.345	.655
1. Η μητέρα μου σέβεται τα συναισθήματά μου	.72	.487	.513
4. Όταν με προβληματίζει κάτι, θέλω να ακούσω τη γνώμη της μητέρας μου για αυτό	.67	.545	.455
9. Μιλώ στη μητέρα μου για τα προβλήματα και τις δυσκολίες μου	.66	.566	.434
11. Η μητέρα μου με ενθαρρύνει να μιλάω για οτιδήποτε με δυσκολεύει	.66	.560	.440
8. Η μητέρα μου εμπιστεύεται την κρίση μου	.61	.631	.369
7. Όταν συζητάμε, η μητέρα μου ενδιαφέρεται για την άποψή μου	.61	.629	.371
13R. Η μητέρα μου δεν καταλαβαίνει τι περνάω αυτές τις μέρες	.48	.770	.230
2. Αισθάνομαι ότι η μητέρα μου είναι επιτυχημένη σαν γονιός	.54	.702	.298
5. Η μητέρα μου καταλαβαίνει ότι είμαι αναστατωμένος/-η, χωρίς να της το πω	.57	.669	.331
3. Η μητέρα μου με δέχεται όπως είμαι	.58	.662	.338
15R. Το να συζητώ με τη μητέρα μου με κάνει να αισθάνομαι ανόητος/-η και ντροπή	.48	.767	.233
10R. Αισθάνομαι θυμό για τη μητέρα μου	.36	.867	.133

5.1.4 Κλίμακα αξιολόγησης του δεσμού με τον πατέρα (Inventory of Parent and Peer Attachment -IPPA-45)

Τα αποτελέσματα της Ανάλυσης Κυρίων Συνιστωσών έδειξαν ότι ένα παράγοντας εξηγεί το 49,58% της συνολικής διακύμανσης. Ο έλεγχος KMO είχε τιμή .944, και ο έλεγχος Bartlett's Sphericity Test ήταν στατιστικά σημαντικός : $\chi^2(105)=3679,907$, $p=0.000$. Στον Πίνακα 5.8 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης.

Πίνακας 5. 8 Ανάλυση κυρίων συνιστωσών της κλίμακας IPPA-45 (πατέρας)

Μεταβλητές	Παράγοντας
1. Ο πατέρας μου σέβεται τα συναισθήματά μου	.82
7. Όταν συζητάμε, ο πατέρας μου ενδιαφέρεται για την άποψή μου	.77
14. Μπορώ να βασιστώ στον πατέρα μου όταν χρειάζεται να μιλήσω για κάτι που με απασχολεί	.77
4. Όταν με προβληματίζει κάτι, θέλω να ακούσω τη γνώμη του πατέρα μου για αυτό	.77
11. Ο πατέρας μου με ενθαρρύνει να μιλάω για οτιδήποτε με δυσκολεύει	.76
5. Ο πατέρας μου καταλαβαίνει ότι είμαι αναστατωμένος/-η, χωρίς να του το πω	.74
2. Αισθάνομαι ότι ο πατέρας μου είναι επιτυχημένος ως γονιός	.74
8. Ο πατέρας μου εμπιστεύεται την κρίση μου	.74
9. Μιλώ στον πατέρα μου για τα προβλήματα και τις δυσκολίες μου	.73
3. Ο πατέρας μου με δέχεται όπως είμαι	.69
12R. Δεν έχω την προσοχή του πατέρα μου	.66
10R. Αισθάνομαι θυμό για τον πατέρα μου	.64
13R. Ο πατέρας μου δεν καταλαβαίνει τι περνάω αυτές τις μέρες	.63
15R. Το να συζητώ με τον πατέρα μου με κάνει να αισθάνομαι ανόητος/-η και ντροπή	.56
6R. Αναστατώνομαι για πράγματα πολύ περισσότερο από όσο ξέρει ο πατέρας μου	.45
Ποσοστό εξηγούμενης διακύμανσης	49.579
Ιδιοτιμή	7.437
Cronbach α	.90

Τα αποτελέσματα της Επιβεβαιωτικής Ανάλυσης στο δεύτερο μισό του δείγματος έδειξαν ότι το μοντέλο δεν είχε καλή προσαρμογή : $\chi^2/90= 6.377$, CFI= .872 GFI= .847, SRMR= .060, CI_{90%}= .094- .110, RMSEA= .102, AIC= 633,938, Bollen-Stine $p = .000$. Για την βελτίωση του μοντέλου αφαιρέθηκε το ερώτημα 6 το οποίο παρουσίαζε πολύ χαμηλή φόρτιση και συσχετίσαμε τα σφάλματα μέτρησης (Barrett, 2007) ανάμεσα στα ερωτήματα 1-7, 1-3, 4-9, 2-10, 9-3, 7-8, 1-8, 10-11, 10-15, γιατί παρουσίαζαν εννοιολογική συνάφεια και εμφάνιζαν υψηλούς δείκτες MI. Τα αποτελέσματα έδειξαν καλή προσαρμογή του μοντέλου για τους περισσότερους

δείκτες: $\chi^2/68= 3.614$, CFI= .952 GFI= .933, SRMR= .042, CI_{90%}= .061- .080, RMSEA= .071, AIC= 319,769, Bollen- Stine $p = .000$. Τα αποτελέσματα της Επιβεβαιωτικής Ανάλυσης παρουσιάζονται αναλυτικά παρακάτω, στον Πίνακα 5.9.

Πίνακας 5. 9 Επιβεβαιωτική ανάλυση της κλίμακας IPPA-45 (πατέρας)

Μεταβλητές	Παράγοντας	E	R ²
1. Ο πατέρας μου σέβεται τα συναισθήματά μου	.78	.396	.604
7. Όταν συζητάμε, ο πατέρας μου ενδιαφέρεται για την άποψή μου	.68	.542	.458
14. Μπορώ να βασιστώ στον πατέρα μου όταν χρειάζεται να μιλήσω για κάτι που με απασχολεί	.77	.406	.594
4. Όταν με προβληματίζει κάτι, θέλω να ακούσω τη γνώμη του πατέρα μου για αυτό	.77	.414	.586
11. Ο πατέρας μου με ενθαρρύνει να μιλάω για οτιδήποτε με δυσκολεύει	.74	.455	.545
5. Ο πατέρας μου καταλαβαίνει ότι είμαι αναστατωμένος/-η, χωρίς να του το πω	.66	.558	.442
2. Αισθάνομαι ότι ο πατέρας μου είναι επιτυχημένος ως γονιός	.71	.488	.512
8. Ο πατέρας μου εμπιστεύεται την κρίση μου	.66	.561	.439
9. Μιλώ στον πατέρα μου για τα προβλήματα και τις δυσκολίες μου	.75	.444	.556
3. Ο πατέρας μου με δέχεται όπως είμαι	.62	.616	.384
12R. Δεν έχω την προσοχή του πατέρα μου	.53	.719	.281
10R. Αισθάνομαι θυμό για τον πατέρα μου	.56	.688	.312
13R. Ο πατέρας μου δεν καταλαβαίνει τι περνάω αυτές τις μέρες	.54	.703	.297
15R. Το να συζητώ με τον πατέρα μου με κάνει να αισθάνομαι ανόητος/-η και ντροπή	.56	.690	.310

5.1.5 Κλίμακα Άγχους Κοινωνικής Διαντίδρασης και Κλίμακα Κοινωνικής Φοβίας (Social Interaction Anxiety Scale και Social Phobia Scale - SIAS-6–SPS-6)

Τα αποτελέσματα της πρώτης ανάλυσης έδειξαν ότι ένα παράγοντας εξηγεί το 39,11% της συνολικής διακύμανσης. Εξαιτίας της χαμηλής φόρτισης του ερωτήματος 6, επαναλάβαμε τη διαδικασία της ανάλυσης. Τα αποτελέσματα της Ανάλυσης Κυρίων Συνιστωσών με την αφαίρεση του ερωτήματος 6, έδειξαν ότι ο παράγοντας εξηγεί το 41,60% της συνολικής διακύμανσης. Ο έλεγχος KMO είχε τιμή $. = .910$ και ο έλεγχος Bartlett's Sphericity Test ήταν στατιστικά σημαντικός : $\chi^2(55) = 1554,503, p = 0.000$. Στον Πίνακα 5.10 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης.

Πίνακας 5. 20 Ανάλυση κυρίων συνιστωσών της κλίμακας SIAS-6-SPS-6

Μεταβλητές	Παράγοντας
3. Σφίγγομαι όταν συναντώ κάποιον γνωστό στον δρόμο	.70
9. Θα αγχωνόμουν αν έπρεπε να καθίσω απέναντι από άλλους στο λεωφορείο	.69
7. Με πιάνει νευρικήτητα στην ιδέα ότι οι άλλοι με κοιτούν καθώς περπατάω στον δρόμο	.68
11. Αγχώνομαι όταν βρίσκομαι μέσα στο ασανσέρ και με κοιτούν οι άλλοι	.67
8. Ανησυχώ μήπως αρχίσω να τρέμω όταν με κοιτούν οι άλλοι	.67
4. Αγχώνομαι όταν βρίσκομαι μόνος/-η με ένα άλλο άτομο	.65
10. Ανησυχώ μήπως κάνω κάτι που θα τραβήξει την προσοχή των άλλων	.65
5. Δυσκολεύομαι όταν συζητώ με άλλους	.62
2. Δεν νιώθω άνετα να κάνω παρέα με τα άλλα παιδιά στο σχολείο	.60
1. Δυσκολεύομαι να κοιτάξω τους άλλους στα μάτια	.58
12. Νιώθω ότι τραβάω την προσοχή των άλλων όταν στέκομαι στην ουρά	.55
Ποσοστό εξηγούμενης διακύμανσης	41.599
Ιδιοτιμή	4.576
Cronbach α	.86

Τα αποτελέσματα της Επιβεβαιωτικής Ανάλυσης στο δεύτερο μισό του δείγματος έδειξαν ότι το μοντέλο δεν είχε καλή προσαρμογή σύμφωνα με αρκετούς δείκτες: $\chi^2/44= 4.558$, CFI= .910, GFI= .928, SRMR= .050, CI_{90%}= .071- .094, RMSEA= .082, AIC= 244,548, Bollen- Stine p = .000. Για την βελτίωση του μοντέλου συσχετίσαμε τα σφάλματα μέτρησης (Barrett, 2007) ανάμεσα στα ερωτήματα 4-5, 4-3, 9-11, 5-7, 3-5, γιατί παρουσίαζαν εννοιολογική συνάφεια και εμφάνιζαν υψηλούς δείκτες MI. Τα αποτελέσματα έδειξαν καλή προσαρμογή του μοντέλου: $\chi^2/39= 2.653$, CFI= .963, GFI= .928, SRMR= .037, CI_{90%}= .043- .069, RMSEA= .056, AIC= 157,477, Bollen- Stine p = .000. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 5.11 που ακολουθεί.

Πίνακας 5. 3 Επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων της κλίμακας SIAS-6-SPS-6

Μεταβλητές	Παράγοντας	E	R ²
3. Σφίγγομαι όταν συναντώ κάποιον γνωστό στον δρόμο	.60	.643	.357
9. Θα αγγωνόμουν αν έπρεπε να καθίσω απέναντι από άλλους στο λεωφορείο	.64	.590	.410
7. Με πιάνει νευρικότητα στην ιδέα ότι οι άλλοι με κοιτούν καθώς περπατάω στον δρόμο	.68	.534	.466
11. Αγχώνομαι όταν βρίσκομαι μέσα στο ασανσέρ και με κοιτούν οι άλλοι	.59	.653	.347
8. Ανησυχώ μήπως αρχίσω να τρέμω όταν με κοιτούν οι άλλοι	.70	.512	.488
4. Αγχώνομαι όταν βρίσκομαι μόνος/-η με ένα άλλο άτομο	.58	.658	.342
10. Ανησυχώ μήπως κάνω κάτι που θα τραβήξει την προσοχή των άλλων	.61	.623	.377
5. Δυσκολεύομαι όταν συζητώ με άλλους	.55	.694	.306
2. Δεν νιώθω άνετα να κάνω παρέα με τα άλλα παιδιά στο σχολείο	.44	.804	.196
1. Δυσκολεύομαι να κοιτάξω τους άλλους στα μάτια	.49	.762	.238
12. Νιώθω ότι τραβάω την προσοχή των άλλων όταν στέκομαι στην ουρά	.57	.674	.326

5.1.6 Κλίμακα Ανοχής στη Δυσφορία (Distress Tolerance Scale- DTS)

Τα αποτελέσματα της πρώτης ανάλυσης έδειξαν ότι ένα παράγοντας εξηγεί το 36,70% της συνολικής διακύμανσης. Εξαιτίας της χαμηλής φόρτισης τα ερωτήματα 7 και 14 αφαιρέθηκαν και επαναλήφθηκε η διαδικασία της ανάλυσης. Τα αποτελέσματα της δεύτερης Ανάλυσης Κυρίων Συνιστωσών, έδειξαν ότι ο παράγοντας εξηγεί το 39,16% της συνολικής διακύμανσης. Ο έλεγχος KMO είχε τιμή .862 και ο έλεγχος Bartlett's Sphericity Test ήταν στατιστικά σημαντικός : $\chi^2(78)= 2607,186, p=0.000$. Στον Πίνακα 5.12 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης.

Πίνακας 5. 12 Ανάλυση κυρίων συνιστωσών της κλίμακας DTS

Μεταβλητές	Παράγοντας
10. Το να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση είναι πάντα μεγάλη ταλαιπωρία για μένα	.74
4. Τα συναισθήματα της στενοχώριας μου είναι τόσο έντονα ώστε με κυριεύουν τελείως	.69
15. Όταν νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση, δεν μπορώ να κάνω τίποτε άλλο από το να επικεντρώνομαι στο πόσο άσχημα στην πραγματικότητα με κάνει να νιώθω αυτή η δυσφορία	.68
3. Δεν μπορώ να διαχειριστώ το να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση	.68
2. Όταν νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση το μόνο που μπορώ να σκεφτώ είναι πόσο άσχημα νιώθω	.66
12. Το να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση με τρομάζει	.66
11. Ντρέπομαι για τον εαυτό μου όταν νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση	.62
9. Οι άλλοι άνθρωποι φαίνεται να είναι ικανοί να αντέχουν να νιώθουν συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση καλύτερα απ' ότι εγώ	.60
8. Θα έκανα τα πάντα για να αποφύγω να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση	.59
13. Θα έκανα τα πάντα για να σταματήσω να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση	.59
5. Δεν υπάρχει τίποτα χειρότερο από το να νιώθει συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση	.56
1. Το να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση είναι ανυπόφορο για μένα	.54
6. Μπορώ να ανεχτώ να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση όπως μπορούν οι περισσότεροι άνθρωποι	-.45
Ποσοστό εξηγούμενης διακύμανσης	39.157
Ιδιοτιμή	5.090
Cronbach α	.87

Τα αποτελέσματα της Επιβεβαιωτικής Ανάλυσης στο δεύτερο μισό του δείγματος έδειξαν ότι το μοντέλο δεν είχε καλή προσαρμογή σύμφωνα με αρκετούς δείκτες: $\chi^2/65= 14.164$, CFI= .651, GFI= .818, SRMR= .090, CI_{90%}= .149- .167, RMSEA= .157, AIC= 972,639, Bollen- Stine p = .000. Για την βελτίωση του μοντέλου συσχετίσαμε τα σφάλματα μέτρησης (Barrett, 2007) ανάμεσα στα ερωτήματα 15-2, 10-12,15-1, 2-11,

3-13,12-11 και 13-8, γιατί παρουσίαζαν εννοιολογική συνάφεια και εμφάνιζαν υψηλούς δείκτες MI. Τα αποτελέσματα έδειξαν καλή προσαρμογή του μοντέλου: $\chi^2/58 = 2.960$, CFI= .954, GFI= .948, SRMR= .047, CI_{90%}= .050- .071, RMSEA= .061, AIC= 237,704, Bollen- Stine p = .000 και παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 5.13 που ακολουθεί.

Πίνακας 5. 4 Επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων της κλίμακας DTS

Μεταβλητές	Παράγοντας	E	R ²
10. Το να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση είναι πάντα μεγάλη ταλαιπωρία για μένα	.70	.508	.492
4. Τα συναισθήματα της στενοχώριας μου είναι τόσο έντονα ώστε με κυριεύουν τελείως	.69	.521	.479
15. Όταν νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση, δεν μπορώ να κάνω τίποτε άλλο από το να επικεντρώνομαι στο πόσο άσχημα στην πραγματικότητα με κάνει να νιώθω αυτή η δυσφορία	.61	.625	.375
3. Δεν μπορώ να διαχειριστώ το να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση	.65	.572	.428
2. Όταν νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση το μόνο που μπορώ να σκεφτώ είναι πόσο άσχημα νιώθω	.65	.583	.417
12. Το να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση με τρομάζει	.48	.770	.230
11. Ντρέπομαι για τον εαυτό μου όταν νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση	.45	.797	.203
9. Οι άλλοι άνθρωποι φαίνεται να είναι ικανοί να αντέχουν να νιώθουν συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση καλύτερα απ' ό τι εγώ	.51	.743	.257
8. Θα έκανα τα πάντα για να αποφύγω να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση	.39	.846	.154
13. Θα έκανα τα πάντα για να σταματήσω να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση	.42	.823	.177
5. Δεν υπάρχει τίποτα χειρότερο από το να νιώθεις συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση	.53	.719	.281
1. Το να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση είναι ανυπόφορο για μένα	.56	.681	.319
6. Μπορώ να ανεχτώ να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση όπως μπορούν οι περισσότεροι άνθρωποι	-.35	.876	.124

5.1.7 Ερωτηματολόγιο Ανησυχίας Penn State (Penn State Worry Questionnaire PSWQ-brief version)

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι ένας παράγοντας εξηγεί το 59,32% της συνολικής διακύμανσης. Ο έλεγχος KMO είχε τιμή .837 και ο έλεγχος Bartlett's Sphericity Test ήταν στατιστικά σημαντικός : $\chi^2(10)= 813,890$, $p=0.000$. Στον Πίνακα 5.14 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης.

Πίνακας 5. 14 Ανάλυση κυρίων συνιστωσών του ερωτηματολογίου PSWQ

Μεταβλητές	Παράγοντας
1. Πολλές καταστάσεις με κάνουν να ανησυχώ και να αγχώνομαι	.82
4. Είμαι αγχώδης σε όλη μου τη ζωή	.78
2. Ξέρω ότι δεν θα έπρεπε να ανησυχώ για διάφορα πράγματα, αλλά είναι πάνω από τις δυνάμεις μου	.76
3. Όποτε είμαι κάτω από πίεση, αγχώνομαι αρκετά	.75
5. Προσέχω/ Παρατηρώ, ότι ανησυχώ για διάφορα πράγματα	.73
Ποσοστό εξηγούμενης διακύμανσης	59,321
Ιδιοτιμή	2.966
Cronbach α	.83

Τα αποτελέσματα της Επιβεβαιωτικής Ανάλυσης στο δεύτερο μισό του δείγματος έδειξαν ότι το μοντέλο είχε καλή προσαρμογή σύμφωνα με όλους τους δείκτες: $\chi^2/5=1.766$, CFI= .995, GFI= .993 SRMR= .019, CI_{90%}= .000- .078, RMSEA= .038, AIC= 28.830, Bollen- Stine p = .239. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 5.15 που ακολουθεί.

Πίνακας 5. 5 Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων του ερωτηματολογίου PSWQ

Μεταβλητές	Παράγοντας	E	R ²
1. Πολλές καταστάσεις με κάνουν να ανησυχώ και να αγχώνομαι	.74	.448	.552
4. Είμαι αγχώδης σε όλη μου τη ζωή	.74	.447	.553
2. Ξέρω ότι δεν θα έπρεπε να ανησυχώ για διάφορα πράγματα, αλλά είναι πάνω από τις δυνάμεις μου	.66	.562	.438
3. Όποτε είμαι κάτω από πίεση, αγχώνομαι αρκετά	.39	.845	.155
5. Προσέχω/ Παρατηρώ, ότι ανησυχώ για διάφορα πράγματα	.69	.518	.482

5.2. Διερεύνηση των επιπέδων των μεταβλητών της μελέτης

Αρχικά διερευνήθηκαν τα επίπεδα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, της ποιότητας του δεσμού (με τη μητέρα, τον πατέρα και τους συνομηλίκους), του κοινωνικού άγχους, της ανησυχίας και της ανοχής στη δυσφορία στο σύνολο του δείγματος της μελέτης. Στον Πίνακα 5.16 που ακολουθεί αναφέρονται οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις και οι διάμεσοι για κάθε μεταβλητή.

Πίνακας 5. 6 Δείγμα (N), Μέσοι Όροι (M.O), Τυπικές Αποκλίσεις (T.A), Διάμεσοι (Δμ) και Εύρος τιμών (χαμηλότερη -υψηλότερη τιμή) των μεταβλητών της Έρευνας 1

<i>Μεταβλητές</i>	<i>N</i>	<i>M.O</i>	<i>T.A</i>	<i>Δμ</i>	<i>Εύρος</i>
Κατάθλιψη (CDI)	1015	13,85	7,04	13	0-44
Κατάθλιψη (KADS)	1015	4,55	3,18	4	0-14
Δεσμός με Μητέρα	1006	3,97	0,72	4,07	1.08-5
Δεσμός με Πατέρα	981	3,66	0,86	3,86	1-5
Κοινωνικό άγχος	1015	20,60	7,82	19	11-50
Ανοχή στη Δυσφορία	1015	2,82	0,66	2,77	1,08-4,77
Ανησυχία	1015	15,87	4,93	15	5-52

Για την διάκριση ανάμεσα στα υψηλά και τα χαμηλά επίπεδα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η ποσοστιαία κατανομή των συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας των ερωτηματολογίων της κατάθλιψης (CDI και KADS). Οι συνολικές βαθμολογίες μεγαλύτερες του 17 για το CDI και μεγαλύτερες του 6 για το KADS (πάνω από το 75%) υποδηλώνουν υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία και τα ποσοστά των συμμετεχόντων που εμφάνισαν υψηλά και χαμηλά καταθλιπτικά συμπτώματα παρουσιάζονται παρακάτω, στον Πίνακα 5.17. Τα αποτελέσματα για το CDI έδειξαν ότι 701 συμμετέχοντες ανέφεραν χαμηλά καταθλιπτικά συμπτώματα και 314 ανέφεραν υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα.

Πίνακας 5. 7 Ποσοστά υψηλής και χαμηλής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με βάση τις κλίμακες της κατάθλιψης CDI και KADS-6

	CDI		KADS-6	
	Υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα	Χαμηλά καταθλιπτικά συμπτώματα	Υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα	Χαμηλά Καταθλιπτικά συμπτώματα
Αγόρια (n=370)	17,8%	82,2%	18,9%	81,1%
Κορίτσια (n=645)	38,4%	61,6%	39,2%	60,8%
Σύνολο (N=1015)	30,9%	69,1%	31,8%	68,2%

5.3. Διερεύνηση των διαφορών ως προς το φύλο στα συμπτώματα της κατάθλιψης και στις υπόλοιπες μεταβλητές της έρευνας

Για τη διερεύνηση των διαφορών στα επίπεδα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών που συμμετείχαν στη μελέτη, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Mann-Whitney U. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 5.18. Για τα συμπτώματα της κατάθλιψης φάνηκε ότι υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα στο ερωτηματολόγιο CDI, τα κορίτσια ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων ($\Delta\mu=14$) σε σχέση με τα αγόρια ($\Delta\mu=11$), $U=80372$, $z= -8.676$, $p= 0.000$, $r= -.27$. Το ίδιο και στο ερωτηματολόγιο KADS ($\Delta\mu_{\text{κορίτσια}}=5$, $\Delta\mu_{\text{αγόρια}}=3$), $U=77616$, $z= -9.337$, $p= 0.000$, $r= -.29$. Στα επίπεδα της ασφάλειας του δεσμού με τη μητέρα δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των κοριτσιών ($\Delta\mu= 4,15$) και των αγοριών ($\Delta\mu=4,07$) του δείγματος, $U=110852$, $z= -1.385$, $p= 0.166$, $r= -.04$. Σε σχέση με τον δεσμό με τον πατέρα τα κορίτσια ανέφεραν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ασφάλειας ($\Delta\mu= 3,71$) συγκριτικά με τα αγόρια ($\Delta\mu= 3,93$), $U=97108,5$, $z= -3.374$, $p= 0.001$, $r= -.11$. Στο κοινωνικό άγχος τα κορίτσια

παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ($\Delta\mu= 19$) από ότι τα αγόρια ($\Delta\mu= 18$), $U=104379$, $z= -3.329$, $p= 0.001$, $r= .11$. Για τα επίπεδα ανοχής στη δυσφορία βρέθηκε ότι τα κορίτσια εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη ανοχή ($\Delta\mu= 2,77$) από ότι τα αγόρια ($\Delta\mu= 2,99$), $U=95116,5$, $z= -5.196$, $p= 0.001$, $r= .16$. Τέλος φάνηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα της ανησυχίας ανάμεσα στα κορίτσια και τα αγόρια της μελέτης, με τα κορίτσια να εμφανίζουν υψηλότερη ανησυχία ($\Delta\mu= 17$), συγκριτικά με τα αγόρια ($\Delta\mu= 14$), $U=66412$, $z= -11.797$, $p= 0.001$, $r= .37$.

Πίνακας 5.18 Έλεγχοι Mann-Whitney U για την επίδραση του φύλου στα επίπεδα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, του δεσμού με τη μητέρα και τον πατέρα, του κοινωνικού άγχος, της ανησυχίας και της ανοχής στη δυσφορία

	Αγόρια		Κορίτσια		U	Asymp.Sig.
	M.O.(T.A.)	Δμ	M.O.(T.A.)	Δμ		
Κατάθλιψη (CDI)	11,43 (6.12)	11	15,24 (7.15)	14	80372	.000
Κατάθλιψη (KADS)	3,37 (2.65)	3	5,22 (3.27)	5	77616	.000
Δεσμός με Μητέρα	3,95 (0.67)	4,07	3,98 (0.74)	4,15	110852	.166
Δεσμός με Πατέρα	3,78 (0.81)	3,93	3,59 (0.88)	3,71	97108,5	.001
Κοινωνικό άγχος	19,47 (7.04)	18	21,24 (8.17)	19	104379	.001
Ανοχή στη Δυσφορία	2,97 (0.67)	2,92	2,73 (0.65)	2,77	95116,5	.000
Ανησυχία	13,59 (4.73)	14	17,17 (4.57)	17	66412	.000

5.4. Διερεύνηση της σχέσης του τύπου του δεσμού με τους συνομηλίκους (ασφαλής-ανασφαλής) με τα συμπτώματα της κατάθλιψης

Για τη διερεύνηση της σχέσης του τύπου του δεσμού με τους συνομηλίκους ομαδοποιήσαμε τις απαντήσεις των εφήβων που δήλωσαν αμφιθυμικό και αποφευκτικό δεσμό στην κατηγορία του ανασφαλούς δεσμού. Έτσι, στο δείγμα της μελέτης συνολικά 690 έφηβοι ανέφεραν ασφαλή δεσμό (264 αγόρια και 426 κορίτσια) με τους συνομηλίκους και 324 (105 αγόρια και 219 κορίτσια) ανασφαλής δεσμό. Τα αποτελέσματα του ελέγχου Mann – Whitney U. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 5.19. Οι έφηβοι με ανασφαλής δεσμό ανέφεραν υψηλότερα καταθλιπτικά συμπτώματα ($\Delta\mu_{CDI}= 17$ και $\Delta\mu_{KADS}= 5$) από ότι οι έφηβοι με ασφαλή δεσμό με τους συνομηλίκους ($\Delta\mu_{CDI}= 11$ και $\Delta\mu_{KADS}=3$) και οι διαφορές αυτές βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικές και στα δυο ερωτηματολόγια της κατάθλιψης

που συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη, $U_{CDI} = 59106,50$, $z_{CDI} = -12,127$, $p = 0.000$, $r = -.38$
και $U_{KADS} = 74138$, $z_{CDI} = -8,711$, $p = 0.000$, $r = -.27$.

Πίνακας 5. 8 Έλεγχοι Mann-Whitney U για την επίδραση του τύπου δεσμού με τους συνομηλίκους στα επίπεδα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης

	Ασφαλής Δεσμός N= 690		Ανασφαλής Δεσμός N= 324		U	Asymp.Sig.
	M.O.(T.A.)	Δμ	M.O.(T.A.)	Δμ		
Κατάθλιψη (CDI)	11,95 (5.85)	11	17,90 (7.63)	17	59106,50	.000
Κατάθλιψη (KADS)	3,92 (2.81)	3	5,89 (3.50)	5	74138	.000

5.5 Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών της μελέτης

Για τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην κατάθλιψη, τον δεσμό (με μητέρα, πατέρα), το κοινωνικό άγχος, την ανοχή στη δυσφορία και την ανησυχία χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman. Όλες οι μεταβλητές εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ τους. Αναλυτικά στο σύνολο του δείγματος η κατάθλιψη εμφάνισε θετική, μέτρια προς υψηλή συσχέτιση με το κοινωνικό άγχος ($r_{S_CDI} = .49, p = 0.000$ και $r_{S_KADS} = .49, p = 0.000$) και την ανησυχία ($r_{S_CDI} = .49, p = 0.000$ και $r_{S_KADS} = .56, p = 0.000$), ενώ εμφάνισε μέτρια αρνητική συσχέτιση με τις μεταβλητές της ασφάλειας του δεσμού με τη μητέρα ($(r_{S_CDI} = -.45, p = 0.000$ και $r_{S_KADS} = -.32, p = 0.000)$), με τον πατέρα ($r_{S_CDI} = -.42, p = 0.000$ και $r_{S_KADS} = -.32, p = 0.000$). Τα ερωτηματολόγια της κατάθλιψης μεταξύ τους εμφάνισαν θετική και υψηλή συσχέτιση ($r_S = .74, p = 0.000$). Η ανοχή στη δυσφορία εμφάνισε στατιστικά σημαντικές μέτριες αρνητικές συσχετίσεις τόσο με την κατάθλιψη ($r_{S_CDI} = -.46 p = 0.000$ και $r_{S_KADS} = -.44, p = 0.000$), αλλά και το άγχος (κοινωνικό άγχος: $r_S = -.43, p = 0.000$, ανησυχία: $r_S = -.44, p = 0.000$). Ο δεσμός με τη μητέρα εμφάνισε μέτρια αρνητική συσχέτιση με την κατάθλιψη ($r_{S_CDI} = -.45 p = 0.000$ και $r_{S_KADS} = -.32, p = 0.000$), και το κοινωνικό άγχος ($r_S = -.29 p = 0.000$), ενώ πολύ χαμηλή, αν και στατιστικά σημαντική, αρνητική συσχέτιση με την ανησυχία: $r_S = -.09, p = 0.000$. Το

ίδιο ίσχυε και για τον δεσμό με τον πατέρα (κατάθλιψη: $r_{S_CDI} = -.42$ $p = 0.000$ και $r_{S_KADS} = -.32$, $p = 0.000$, κοινωνικό άγχος: $r_S = -.30$ $p = 0.000$, ανησυχία: $r_S = -.17$ $p = 0.000$). Τα αποτελέσματα για το σύνολο του δείγματος παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.20 που ακολουθεί.

Πίνακας 5. 9 Συντελεστές συσχέτισης Spearman (r_s) μεταξύ των μεταβλητών της κατάθλιψης, του δεσμού με τους δυο γονείς, του κοινωνικού άγχους, της ανοχής στη δυσφορία και της ανησυχίας στο σύνολο του δείγματος (N= 1015)

	Κατάθλιψη CDI	Κατάθλιψη KADS	Δεσμός με Μητέρα	Δεσμός με Πατέρα	Κοινωνικό Άγχος	Ανοχή στη Δυσφορία
Κατάθλιψη CDI						
Κατάθλιψη KADS	.74**					
Δεσμός με Μητέρα	-.45**	-.32**				
Δεσμός με Πατέρα	-.42**	-.32**	.50**			
Κοινωνικό Άγχος	.49**	.49**	-.29**	-.30**		
Ανοχή στη Δυσφορία	-.46**	-.44**	.18**	.20**	-.43**	
Ανησυχία	.49**	.56**	-.09**	-.17**	.42**	-.44**

Σημείωση: ** στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις σε επίπεδο $p < 0.01$

5.6. Η διερεύνηση του διαμεσολαβητικού ρόλου της μεταβλητής του κοινωνικού άγχους στη σχέση ανάμεσα στην ανησυχία, στον ασφαλή δεσμό με τη μητέρα και στην ανοχή στη δυσφορία με την κατάθλιψη

Λαμβάνοντας υπόψη προηγούμενες μελέτες ελέγξαμε τον ρόλο του κοινωνικού άγχους ως πιθανής διαμεσολαβητικής μεταβλητής στη σχέση ανάμεσα στην ανησυχία, τον ασφαλή δεσμό με τη μητέρα και την ανοχή στη δυσφορία με την κατάθλιψη. Για τη διερεύνηση της παραπάνω σχέσης μεταξύ των μεταβλητών έγιναν μια σειρά από αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης. Στο πρώτο βήμα ελέγχθηκε αν οι ανεξάρτητες μεταβλητές προβλέπουν την εξαρτημένη μεταβλητή. Στο δεύτερο βήμα ελέγχθηκε αν οι ανεξάρτητες μεταβλητές προβλέπουν σημαντικά την διαμεσολαβούσα μεταβλητή. Στο τρίτο βήμα ελέγχθηκε αν η διαμεσολαβούσα μεταβλητή προβλέπει σημαντικά την εξαρτημένη και τέλος στο τέταρτο βήμα ελέγχθηκε αν οι ανεξάρτητες μεταβλητές προβλέπουν την εξαρτημένη μεταβλητή με λιγότερη ισχύ από ότι στο βήμα 1. Με βάση

την εκτίμηση της έμμεσης επίδρασης και των διαστημάτων εμπιστοσύνης εκτιμήθηκε ο βαθμός διαμεσολάβησης που παρατηρήθηκε (Field, 2013).

Τα αποτελέσματα στο πρώτο βήμα (Πίνακας 5.21) έδειξαν ότι το σύνολο των τριών ανεξάρτητων μεταβλητών εξηγούν το 48% της διακύμανσης της μεταβλητής της κατάθλιψης ($R^2 = .477$, $F(3-998) = 303,334$, $p = 0.000$). Και οι τρεις μεταβλητές είχαν στατιστικά σημαντική επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή (κατάθλιψη), αναλυτικά: Ανοχή στη Δυσφορία με συντελεστές: $b = -2,828$, 95% BCa CI [-3,383 - -2,250], $\beta = -.267$ ($t = -10,371$, $p = 0,000$). Ο δεσμός με τη μητέρα με συντελεστές $b = -0,298$, 95% BCa CI [-0,338 - -0,260], $\beta = -.394$ ($t = -16,956$, $p = 0,000$). Η ανησυχία με συντελεστές: $b = 0,477$, 95% BCa CI [0,413 - 0,547], $\beta = .334$ ($t = 13,120$, $p = 0,000$).

Πίνακας 5. 10 Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την κατάθλιψη και ανεξάρτητες την ανησυχία, τον δεσμό με τη μητέρα και την ανοχή στη δυσφορία

	B	SE B	β	BCa 95% C.I.	
				lower	upper
Κατάθλιψη					
Ανοχή στη Δυσφορία	-2,828	0,273	-0,267**	-3,383	-2,250
Δεσμός με Μητέρα	-0,298	0,018	-0,394**	-0,338	-0,260
Ανησυχία	0,477	0,036	0,334**	0,413	0,547

Σημείωση: ** στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $p < 0.001$

Τα αποτελέσματα στο δεύτερο βήμα (Πίνακας 5.22) έδειξαν ότι το σύνολο των τριών ανεξάρτητων μεταβλητών εξηγούν το 33% της διακύμανσης της μεταβλητής του κοινωνικού άγχους ($R^2 = .332$, $F(3-998) = 165,208$, $p = 0.000$). Και οι τρεις μεταβλητές του μοντέλου φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντικές προβλεπτικές μεταβλητές για το κοινωνικό άγχος. Συγκεκριμένα η Ανοχή στη Δυσφορία με συντελεστές: $b = -3,321$ 95% BCa CI [-3,999 - -2,587], $\beta = -.282$ ($t = -9,714$, $p = 0,000$). Ο δεσμός με τη μητέρα με συντελεστές $b = -0,193$ 95% BCa CI [-0,245 - -0,136], $\beta = -.230$ ($t = -8,747$, $p = 0,000$). Η Ανησυχία με συντελεστές: $b = 0,476$, 95% BCa CI [0,387 - 0,567], $\beta = .300$ ($t = 10,433$, $p = 0,000$). Από τα διαστήματα εμπιστοσύνης διαπιστώνεται ότι οι εκτιμήσεις του μοντέλου είναι πιθανό να είναι αντιπροσωπευτικές των τιμών του πραγματικού πληθυσμού, αφού κανένα διάστημα εμπιστοσύνης δεν περιλαμβάνει το 0.

Πίνακας 5. 11 Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το κοινωνικό άγχος και ανεξάρτητες την ανησυχία, τον δεσμό με τη μητέρα και την ανοχή στη δυσφορία

	B	SE B	β	BCa 95% C.I.	
				lower	upper
Κοινωνικό Άγχος					
Ανοχή στη Δυσφορία	-3,321	0,342	-0,282**	-3,999	-2,587
Δεσμός με Μητέρα	-0,193	0,026	-0,230**	-0,245	-0,136
Ανησυχία	0,476	0,002	0,300**	0,387	0,567

Σημείωση: ** στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $p < 0.001$

Τα αποτελέσματα στο τρίτο βήμα (Πίνακας 5.23) έδειξαν ότι το κοινωνικό άγχος εξηγεί το 30% της διακύμανσης της κατάθλιψη ($R^2 = .305$, $F(1-1013) = 44,038$, $p = 0.000$). Συγκεκριμένα οι συντελεστές της προβλεπτικής μεταβλητής στο μοντέλο ήταν: $b = 0,497$ 95% BCa CI [0,449 – 0,544], $\beta = .552$ ($t = 21,072$, $p = 0,000$). Από τα διαστήματα εμπιστοσύνης διαπιστώνεται ότι οι εκτιμήσεις του μοντέλου είναι πιθανό να είναι αντιπροσωπευτικές των τιμών του πραγματικού πληθυσμού, αφού κανένα διάστημα εμπιστοσύνης δεν περιλαμβάνει το 0.

Πίνακας 5. 12 Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την κατάθλιψη και ανεξάρτητη το κοινωνικό άγχος

	B	SE B	β	BCa 95% C.I.	
				lower	upper
Κατάθλιψη					
Κοινωνικό Άγχος	0,497	0,025	0,552**	0,449	0,544

Σημείωση: ** στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $p < 0.001$

Τα αποτελέσματα στο τέταρτο βήμα (Πίνακας 5.24) έδειξαν ότι το σύνολο των τεσσάρων ανεξάρτητων μεταβλητών εξηγούν το 52% της διακύμανσης της μεταβλητής του κοινωνικού άγχους ($R^2 = .517$, $F(4-997) = 266,918$, $p = 0.000$). Όλες οι μεταβλητές του μοντέλου φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντικές προβλεπτικές μεταβλητές για την κατάθλιψη. Συγκεκριμένα η Ανοχή στη Δυσφορία με συντελεστές: $b = -2,094$, 95% BCa CI [-2,612 - -1,508], $\beta = -.197$ ($t = -7,635$, $p = 0,000$). Ο δεσμός με τη μητέρα με συντελεστές $b = -0,255$, 95% BCa CI [-0,292 - -0,217], $\beta = -.338$ ($t = -14,568$, $p = 0,000$). Η Ανησυχία με συντελεστές: $b = 0,372$, 95% BCa CI [0,300 - 0,447], $\beta = .260$ ($t = 10,433$, $p = 0,000$). Το Κοινωνικό άγχος με συντελεστές $b = 0,221$, 95% BCa CI [0,168 - 0,270], $\beta = .245$ ($t = 9,108$, $p = 0,000$). Από τα διαστήματα εμπιστοσύνης διαπιστώνεται ότι οι εκτιμήσεις του μοντέλου είναι πιθανό να είναι αντιπροσωπευτικές των τιμών του πραγματικού πληθυσμού, αφού κανένα διάστημα εμπιστοσύνης δεν περιλαμβάνει το 0.

Πίνακας 5. 13 Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την κατάθλιψη και ανεξάρτητες την ανησυχία, τον δεσμό με τη μητέρα και την ανοχή στη δυσφορία

	B	SE B	β	BCa 95% C.I.	
				lower	upper
Κατάθλιψη					
Κοινωνικό Άγχος	0,221	0,024	0.245**	0,168	0,270
Ανοχή στη Δυσφορία	-2,094	0,274	-0,197**	-2,612	-1,508
Δεσμός με Μητέρα	-0,255	0,018	-0,338**	-0,292	-0,217
Ανησυχία	0,372	0,037	0,260**	0,300	0,447

Σημείωση: ** στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $p < 0.001$

Οι συγκρίσεις της επίδρασης των μεταβλητών από το πρώτο βήμα στο τελευταίο έδειξαν σημαντική μείωση. Συγκεκριμένα ο συντελεστή για την επίδραση της ανοχής στη δυσφορία στο πρώτο βήμα ήταν: $b = -2,828$, $[-3,383 - -2,250]$, ενώ με την προσθήκη του κοινωνικού άγχους στο τελευταίο βήμα: $b = -2,094$, $[-2,612 - -1,508]$. Η επίδραση του δεσμού με τη μητέρα στο πρώτο βήμα ήταν $b = -0,298$, $[-0,338 - -0,260]$, ενώ στο τελευταίο $b = -0,255$, $[-0,292 - -0,217]$. Στην επίδραση της ανησυχίας επίσης παρατηρήθηκε μείωση από : $b = 0,477$ $[0,413 - 0,547]$, σε : $b = 0,372$ $[0,300 - 0,447]$. Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι το κοινωνικό άγχος διαμεσολαβεί μερικώς τη σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές που εξετάσαμε (δεσμός με μητέρα, ανοχή στη δυσφορία, ανησυχία) και την κατάθλιψη.

Επίσης ο σημαντικότερος προβλεπτικός δείκτης για την κατάθλιψη, φάνηκε ότι ήταν η ποιότητα του δεσμού με τη μητέρα (πρώτο βήμα: $\beta = -.394$ ($t = -16,956$, $p = 0,000$), τέταρτο βήμα: $\beta = -.338$ ($t = -14,568$, $p = 0,000$)).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1 Αξιολόγηση των επιπέδων των μεταβλητών της μελέτης και της επίδρασης του φύλου

Τα αποτελέσματα της Έρευνας 1 έδειξαν, ότι οι έφηβοι στο δείγμα μας ανέφεραν μέτρια συμπτώματα κατάθλιψης ($M.O.CDI= 13,85$, $\Delta\mu.= 13$ και $M.O.CDI= 13,85$, $\Delta\mu.= 13$), αν και υψηλότερα από άλλες αναφορές στη βιβλιογραφία. Η μελέτη των Giannakopoulos και συν. (2009) αναφέρει μέσο όρο 8.97 στο ερωτηματολόγιο CDI, ωστόσο το δείγμα αφορά εφήβους 12 ετών. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία συμμετέχοντες ηλικίας 14-15 ετών, όπως στην παρούσα μελέτη, παρουσιάζουν αυξημένα συμπτώματα συγκριτικά με εφήβους μικρότερων ηλικιών. Οι Weiss και συνεργάτες (1991) αναφέρουν μέσο όρο 12.39 για το ερωτηματολόγιο CDI, στον γενικό πληθυσμό των εφήβων ηλικίας 13 έως 16 ετών. Σε σχετικά πρόσφατη μελέτη στην οποία χρησιμοποιήθηκαν και τα δυο ερωτηματολόγια της κατάθλιψης που περιλαμβάνονται και στην παρούσα έρευνα, αναφέρεται ο μέσος όρος για το $CDI= 10.75$ και για το $KADS=2.23$ (Quintao et al., 2015). Οι συμμετέχοντες σε αυτή τη μελέτη ήταν από 12 έως 18 ετών ($MO_{\text{ΗΛΙΚΙΑΣ}}= 15.07$). Στο δείγμα της παρούσας μελέτης παρατηρήθηκαν πιο υψηλοί μέσοι όροι ($CDI= 13,85$ και $KADS= 4,55$).

Αναφορικά με τη διάκριση ανάμεσα στην υψηλή και τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία, στο δείγμα μας φάνηκε ότι η πλειοψηφία ανέφερε χαμηλά καταθλιπτικά συμπτώματα ($CDI= 68,2\%$, $KADS= 69,1$) επιβεβαιώνοντας έτσι την αρχική μας υπόθεση (Υπόθεση 1). Η Κοκκέβη και οι συνεργάτες της (2018) αναφέρουν ένα ποσοστό 28.2% σε εφήβους ηλικίας 11 έως 15 ετών, ενώ μόνο για τους εφήβους με ηλικία τα 15 έτη το ποσοστό ανέρχεται στο 37,1%. Παλαιότερη μελέτη αναφέρει

ένα ποσοστό 17,43% για την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία εφήβων ηλικίας από 16 έως 18 ετών (Magklara et al., 2015).

Ένα ποσοστό 30,9% (σύμφωνα με την Κλίμακα CDI) και 31,8% (σύμφωνα με την Κλίμακα KADS-6) εμφάνισε υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα στο δείγμα μας. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι τα ποσοστά διάκρισης υψηλής και χαμηλής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι παρόμοια στις δυο Κλίμακες για την κατάθλιψη που χρησιμοποιήθηκαν, κάτι που βοηθά στην ασφαλέστερη εξαγωγή συμπερασμάτων με βάση τα αποτελέσματα στην παρούσα μελέτη.

6.2 Διαφορές φύλου στα επίπεδα των μεταβλητών της μελέτης

Σχετικά με τις διαφοροποιήσεις του φύλου στα επίπεδα των μεταβλητών, τα κορίτσια του δείγματος εμφάνισαν μεγαλύτερη επιβάρυνση στις περισσότερες μεταβλητές, επιβεβαιώνοντας έτσι την Υπόθεση 2 της έρευνας. Συγκεκριμένα τα κορίτσια εμφάνισαν περισσότερο υψηλότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από ότι τα αγόρια, κάτι που συμφωνεί με την σχετική βιβλιογραφία (Κοκκέβη και συν., 2018. Lewinsohn et al., 1993. Petersen et al., 1991) και οι διαφορές αυτές υπήρξαν στατιστικά σημαντικές λαμβάνοντας υπόψη τις αναλύσεις και με τα δυο ερωτηματολόγια για την κατάθλιψη της παρούσας μελέτης.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές υπήρξαν επίσης στα επίπεδα του κοινωνικού άγχους, αν και η διαφορά στη βαθμολογία ανάμεσα στα δυο φύλα ήταν μικρή. Τα κορίτσια φάνηκε ότι αποφεύγουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό περισσότερο από τα αγόρια κοινωνικές καταστάσεις και έχουν μεγαλύτερο άγχος μήπως αξιολογηθούν αρνητικά κατά τη διάρκειά τους. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τη βιβλιογραφία που υποστηρίζει ότι τα κορίτσια εμφανίζουν υψηλότερα συμπτώματα κοινωνικού άγχους στην εφηβεία (Compton et al., 2000. Ranta et al., 2007). Αρκετά

υψηλότερη ανησυχία εκδήλωσαν τα κορίτσια, πράγμα που συμφωνεί με τη βιβλιογραφία και δείχνει ότι τους απασχολούν περισσότερο μικροπροβλήματα της καθημερινότητας, ανησυχούν για ενδεχόμενη αρνητική έκβαση σε διάφορα ζητήματα και αισθάνονται ότι δεν μπορούν να ελέγξουν αυτές τις ανησυχίες σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι τα αγόρια (Chorpita et al., 1997. Robischaud et al., 2003. Topper et al., 2014).

Επίσης στατιστικά σημαντικές διαφορές φύλου, αναδείχθηκαν για την ανοχή στη δυσφορία. Τα κορίτσια ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα από ότι τα αγόρια. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία διαφορές φύλου επισημαίνονται τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες, με τα κορίτσια/γυναίκες να εμφανίζουν σταθερά χαμηλότερη ανοχή σε δυσφορικά συναισθήματα (Daughters et al., 2009. Leyro et al., 2010. Perkins et al., 2012. Simons & Gaher, 2005). Τα κορίτσια φαίνεται ότι εκτιμούν ως χαμηλότερη την ικανότητα τους να αντέχουν τη δυσφορία, αισθάνονται περισσότερο αρνητικά συναισθήματα, όπως ντροπή ή φόβος, όταν τη βιώνουν, προσπαθούν να αποφύγουν τα δυσφορικά συναισθήματα και επικεντρώνονται σε αυτά σε βαθμό που τους ενοχλεί.

Αναφορικά με τον τύπο δεσμού με τους γονείς, τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια ανέφεραν στο σύνολο τους υψηλά επίπεδα ασφαλούς δεσμού και με τους δυο γονείς, πράγμα που συμφωνεί με τη βιβλιογραφία και με την Υπόθεση 3α της έρευνας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η ποιότητα του δεσμού μπορεί να εμφανίσει μείωση στην εφηβική ηλικία, σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου (Weinfield et al., 2000), ωστόσο στον γενικό πληθυσμό των εφήβων η βιβλιογραφία υψηλά επίπεδα ποιότητας δεσμού με τους γονείς (Aikins et al., 2009. Allen et al., 2004. Ruhl et al., 2015). Στους Wilkinson και Goh (2014) αναφέρονται μέσες βαθμολογίες της τάξεως του 3.44 με 3.56, χαμηλότερες από ότι στο δείγμα μας και για τα κορίτσια και για τα αγόρια. Στο σύνολο τους οι συμμετέχοντες στο δείγμα μας, φαίνεται ότι θεωρούν ότι η μητέρα τους

ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους και την εμπιστεύονται. Εδώ, χρειάζεται να σημειώσουμε ότι έχουν αφαιρεθεί τα ερωτήματα που διερευνούσαν το επίπεδο της αποξένωσης με τη μητέρα (λόγω χαμηλής φόρτισης των ερωτημάτων στην παραγοντική ανάλυση). Μπορούμε να συμπεράνουμε, όμως, ότι τουλάχιστον σε ζητήματα που αφορούν την επικοινωνία και την εμπιστοσύνη, οι έφηβοι (αγόρια και κορίτσια) στο δείγμα αξιολογούν θετικά τη σχέση τους με τη μητέρα. Όσον αφορά τον δεσμό με τη μητέρα δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα. Ωστόσο, βρέθηκε ότι τα κορίτσια αναφέρουν λιγότερο ασφαλή δεσμό με τον πατέρα, από ότι τα αγόρια, και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική. Η αρχική μας υπόθεση (Υπόθεση 3β) ήταν ότι δεν θα παρατηρηθούν διαφορές φύλου στον τύπου δεσμού και με τους δυο γονείς, το οποίο επιβεβαιώθηκε μόνο όσον αφορά τον δεσμό με τη μητέρα. Οι περισσότερες μελέτες δεν βρίσκουν στατιστικά σημαντικές διαφορές φύλου στο δεσμό των εφήβων με τους γονείς (Armsden et al., 1990. Laible et al., 2004. Leondari & Kioseoglou, 2000. Wilkinson, 2006). Στο δείγμα μας αν και το παραπάνω φάνηκε ότι ισχύει για τη μητέρα, δεν βρέθηκε για τον δεσμό με τον πατέρα. Τα κορίτσια του δείγματος εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας δεσμού με τον πατέρα, από ότι τα αγόρια. Τα αγόρια ανέφεραν θετικότερες εμπειρίες στη σχέση με τον πατέρα, όσον αφορά την επικοινωνία, την αποδοχή και την εμπιστοσύνη. Ερευνητικά έχει υποστηριχθεί ότι οι έφηβοι αναφέρουν καλύτερα επίπεδα ποιότητας του δεσμού με τον γονέα του ίδιου φύλου (Kerstis et al., 2018). Ωστόσο δεν φάνηκε κάτι ανάλογο για τον δεσμό με τη μητέρα στο δείγμα μας, και τα αγόρια ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα δεσμού με τη μητέρα και όχι με τον πατέρα τους, αν και ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα δεσμού με τον πατέρα από αυτόν που ανέφεραν τα κορίτσια του δείγματος.

6.3 Η σχέση του τύπου δεσμού με τους συνομηλίκους με τη κατάθλιψη

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα ανέφεραν ασφαλή δεσμό με τους συνομηλίκους (68% δήλωσαν ότι έχουν ασφαλή δεσμό και 31,9% αποφυγής ή αμφιθυμίας). Από τα 369 αγόρια του δείγματος ένα ποσοστό 28,4% δήλωσε ανασφαλή δεσμό και ένα ποσοστό 34% από τα κορίτσια. Στο σύνολο του δείγματος φαίνεται ότι οι έφηβοι αξιολογούν με θετικό τρόπο την σχέση με τους συνομηλίκους τους, πράγμα που συμφωνεί με τη βιβλιογραφία για τη σημασία των συνομηλίκων στην εφηβεία ως πηγή στήριξης ή ασφαλούς βάσης (Gorresse & Ruggieri, 2012. Liable et al., 2000).

Οι έφηβοι με ανασφαλή δεσμό με τους συνομηλίκους φάνηκε ότι αναφέρουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, από τους εφήβους με ασφαλή δεσμό, επιβεβαιώνοντας την αρχικής μας υπόθεση (Υπόθεση 3γ). Ο ανασφαλής δεσμός με τους συνομηλίκους έχει συνδεθεί με τα συμπτώματα κατάθλιψης στην εφηβεία (Armsden et al., 1990. Strahan, 1995). Έφηβοι που εκδηλώνουν αρνητικό συναίσθημα για τη σχέση τους με τους άλλους, αποφυγή ή καχυποψία θεωρείται ότι είναι περισσότερο ευάλωτοι σε καταθλιπτικά συμπτώματα (Larose & Bernier, 2001). Ο ασφαλής δεσμός με τους συνομηλίκους βιβλιογραφικά συνδέεται με την κοινωνική συμπεριφορά των εφήβων (Dykas et al., 2008. Kokkinos, 2013) και την καλύτερη ρύθμιση του συναισθήματος στις διαπροσωπικές σχέσεις (Zimmermann et al., 2001) και με μεγαλύτερη αυτονομία και καλύτερη ποιότητα στις διαπροσωπικές στενές σχέσεις (Allan et al., 2007). Έφηβοι με ασφαλή δεσμό με τους συνομηλίκους σε μελέτη των Allen, Moore, Kuperminc και Bell (1998) αξιολογήθηκαν θετικότερα και θεωρήθηκαν περισσότερο κοινωνικά αποδεκτοί από τους φίλους τους. Το κοινωνικό πλαίσιο στην εφηβεία είναι πολύ σημαντικό και έφηβοι με καταθλιπτικά συμπτώματα φαίνεται ότι έχουν την τάση να ερμηνεύουν με αρνητικό τρόπο τις πληροφορίες από το

περιβάλλον, με αποτέλεσμα να βιώνουν αρνητικά συναισθήματα/ απόρριψη πιο συχνά (Hale et al., 2008).

6.4 Συσχετίσεις ανάμεσα στις μεταβλητές της μελέτης

Όλες οι μεταβλητές συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά στο δείγμα μας, τόσο στο σύνολο του πληθυσμού των εφήβων σε συμφωνία με τις ερευνητικές μας υποθέσεις (Υπόθεση 4). Τα δυο ερωτηματολόγια της κατάθλιψης έδειξαν στατιστικά σημαντικές και υψηλές συσχετίσεις μεταξύ τους. Από τα αποτελέσματα συμπεραίνουμε ότι ο ασφαλής δεσμός ανεξάρτητα από το πρόσωπο δεσμού με το οποίο συνδέεται (μητέρα, πατέρας) παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με την κατάθλιψη (και στα δυο ερωτηματολόγια), αποτελέσματα το οποίο έρχεται σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία για τη σχέση του δεσμού με την κατάθλιψη (Agerup et al., 2015. Laible et al., 2000. Muris et al., 2003). Το υψηλό κοινωνικό άγχος και η υψηλή ανησυχία συνδέονται θετικά με τα καταθλιπτικά συμπτώματα, στο σύνολο του δείγματος, όπως είχαμε υποθέσει με βάση προηγούμενες μελέτες για τη σχέση μεταξύ τους (Muris, 2002. Rabner et al., 2017. Beesdo et al., 2009). Παρατηρήθηκε επίσης, ότι η σχέση τους είναι ισοδύναμη. Τα χαμηλά επίπεδα της ανοχής στη δυσφορία, από την άλλη, φάνηκε ότι σχετίζονται με υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως έχει φανεί και σε προηγούμενες μελέτες σε ενήλικο αλλά και εφηβικό πληθυσμό (Anestis et al., 2012. Cummings et al., 2013. Daughters et al., 2009. Dehnhardt & Murphy, 2011. Ellis et al., 2010). Στατιστικά σημαντικές ήταν και οι συσχετίσεις ανάμεσα στον δεσμό, το κοινωνικό άγχος, την ανησυχία και την ανοχή στη δυσφορία. Η χαμηλότερη συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στον δεσμό με τους γονείς και την ανησυχία, αλλά και με την ανοχή στη δυσφορία. Η σχέση μεταξύ τους βρέθηκε στατιστικά σημαντική, αλλά όπως φαίνεται η ικανότητα ανοχής δύσκολων συναισθημάτων και οι ανήσυχες σκέψεις

παρουσίαζαν μια περισσότερο αδύναμη σχέση συγκριτικά με τις υπόλοιπες μεταβλητές.

6.5. Η σχέση ανάμεσα στην ανησυχία, την ανοχή στη δυσφορία και τον δεσμό με τη μητέρα και ο διαμεσολαβητικό ρόλος του κοινωνικού άγχους

Τα αποτελέσματα από τις αναλύσεις παλινδρόμησης έδειξαν ότι ο συνδυασμός της ανησυχίας, του δεσμού με τη μητέρα και της ανοχής στη δυσφορία προβλέπουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης και εξηγούν ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό της συνολικής διακύμανσης ($R= 48\%$). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η υπερβολική ανησυχία, ο δεσμός με τη μητέρα, και η ανοχή στη δυσφορία αποτελούν μεταβλητές που θεωρείται ότι σχετίζονται την κατάθλιψη (Armsden et al., 1990. Otto et. al., 2016. Daughters et al., 2010).

Η ανησυχία αποτελεί μια γνωστική διαδικασία, που στη βιβλιογραφία σχετίζεται με τη ρύθμιση του συναισθήματος και τον μηρυκασμό, ο οποίος παρατηρείται συχνά στην κατάθλιψη (Young et al., 2015). Ο δεσμός με τη μητέρα επηρεάζει τις προσδοκίες που θα διαμορφώσει το άτομο στη ζωή του, για τον εαυτό και τους άλλους (Pietromonaco & Barrett, 2000) και η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από αρνητικό τρόπο σκέψης και γνωστικές διαστρεβλώσεις (Henin, 2002). Η ανοχή στη δυσφορία αποτελεί ένα παράγοντα που συνδέεται άμεσα με την υιοθέτηση προσαρμοστικών ή δυσπροσαρμοστικών (υψηλή ή χαμηλή ανοχή στη δυσφορία) στρατηγικών αντιμετώπισης σε δύσκολες συναισθηματικά καταστάσεις (Kiselica et al., 2014), ενώ συνδέεται με την αρνητική αυτοαξιολόγηση και τον μηρυκασμό (Galaf et al., 2003), κάτι που μπορεί να συμβάλλει με τη σειρά του στην κατάθλιψη (Anestis et al., 2007).

Στην τελευταία παλινδρόμηση, με την προσθήκη του κοινωνικού άγχους/ άγχους κοινωνικής διαντίδρασης, διαπιστώθηκε επίσης ότι οι παραπάνω σχέσεις

αποδυναμώθηκαν, αν και παρέμειναν στατιστικά σημαντικές. Η προσθήκη του κοινωνικού άγχους στο μοντέλο αύξησε κάπως το ποσοστό της συνολικής διακύμανσης ($R=52$), ενώ αποδυνάμωσε τη σχέση και των τριών μεταβλητών με την κατάθλιψη. Από ότι φαίνεται το κοινωνικό άγχος διαμεσολαβεί μερικώς αυτή τη σχέση. Κατά συνέπεια η αρχική μας υπόθεση για τον διαμεσολαβητικό ρόλο του κοινωνικού άγχους στη σχέση των υπολοίπων μεταβλητών με την κατάθλιψη επιβεβαιώθηκε εν μέρει (Υπόθεση 5).

Προηγούμενες μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι η ανησυχία επηρεάζει το κοινωνικό άγχος (Brown, 2006. Rabner et al., 2017. Robischaud et al., 2003) και το ίδιο έχει υποστηριχθεί για τον δεσμό με τη μητέρα (Agerup et al., 2015. Muris et al., 2003) και για την ανοχή στη δυσφορία (Laposa et al., 2016). Η ανησυχία αποτελεί μια γνωστική διαδικασία που προετοιμάζει συνέχεια το άτομο για κάποια πιθανή απειλή (Rapee, 2018) και έχει υποστηριχθεί ότι προδιαθέτει το άτομο για διάφορες μορφές άγχους (Borkovec, 1994. Muris et al., 2004. Starcevic, 1995). Ο δεσμός με τη μητέρα θεωρείται ότι αποτελεί σημαντική μεταβλητή που διαμορφώνει την εικόνα και τις προσδοκίες του ατόμου, για τον εαυτό του και για τους άλλους (Allen et al., 2003. Mikulincer et al., 2012) και οι προσδοκίες για αρνητική αξιολόγηση και φόβοι για τη σχέση με τους άλλους, αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά των συμπτωμάτων κοινωνικού άγχους (La Greca & Stone, 1993). Η ανοχή στη δυσφορία επηρεάζει τον τρόπο που το άτομο προσλαμβάνει και βιώνει τα αρνητικά συναισθήματα (Keough, 2010). Αρνητικές γνωστικές εκτιμήσεις και αρνητικά συναισθήματα χαρακτηρίζουν την εμπειρία του εφήβου με υψηλό κοινωνικό άγχος (Beidel, 1991. Rapee & Lim, 1992). Τέλος, το κοινωνικό άγχος έχει φανεί ότι προηγείται της κατάθλιψης (Beesdo et al., 2007. Kessler et al., 1999) και συνδέεται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα στην εφηβεία (Stein et al., 2008).

Έτσι από ότι φαίνεται, ο ανασφαλής δεσμός με τη μητέρα, η ανησυχία και η χαμηλή ανοχή στη δυσφορία μπορεί να αποτελούν παράγοντες που σε έναν βαθμό προδιαθέτουν τους εφήβους για το κοινωνικό άγχος και εκτός από την άμεση σχέση που έχουν με την κατάθλιψη, την επηρεάζουν και μέσα από αυτό. Ο δεσμός με τη μητέρα παρέμεινε η μεταβλητή με τη σημαντικότερη επίδραση στα συμπτώματα της κατάθλιψης τόσο στην πρώτη όσο και στην τελευταία παλινδρόμηση. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με ευρήματα που υποστηρίζουν την σημαντική επίδραση της σχέσης με τη μητέρα στην κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εφηβείας (Agerup et al., 2015). Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη τον μερικώς διαμεσολαβητικό ρόλο του κοινωνικού άγχους θα λέγαμε ότι στο δείγμα μας η προστατευτική επίδραση του ασφαλούς δεσμού με τη μητέρα (όπως και της ανησυχίας και της ανοχής στη δυσφορία) μειώνεται σε καταστάσεις που οι έφηβοι βιώνουν υψηλό κοινωνικό άγχος. Μια εξήγηση μπορεί να είναι ότι οι έφηβοι που βιώνουν αυξημένο άγχος κοινωνικής διαντίδρασης δεν λαμβάνουν θετική ανατροφοδότηση από τις κοινωνικές συναναστροφές και αυτό μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης (Eng et al., 2001).

6.6 Από την Έρευνα 1 στην Έρευνα 2

Τα αποτελέσματα της Έρευνας 1 έδειξαν ότι ένα ποσοστό 30,9% στο δείγμα της μελέτης ανέφερε υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Με βάση τη βιβλιογραφία οι έφηβοι που εμφανίζουν υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να ωφεληθούν σημαντικά από τη συμμετοχή τους σε προγράμματα πρόληψης της κατάθλιψης (Oud et al., 2019). Η Έρευνα 2 που ακολουθεί εστιάζει στους εφήβους του δείγματος που εμφάνισαν υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα με πρωταρχικό στόχο την εφαρμογή και τη σύγκριση δυο διαφορετικών παρεμβάσεων (Γνωστική Συμπεριφορική και

Διαλεκτική Συμπεριφορική Προσέγγιση) για την πρόληψη του πρώτου επεισοδίου της κατάθλιψης και τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7. Έρευνα 2

Η Έρευνα 2 αφορά στην εφαρμογή και στη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας δυο διαφορετικών ενεργών παρεμβάσεων που στοχεύουν στην πρόληψη του πρώτου επεισοδίου της κατάθλιψης και τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε εφήβους «υψηλού κινδύνου». Η μελέτη επικεντρώθηκε σε εφήβους που εμφανίζουν υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία και αποτελεί συνέχεια της Έρευνας 1 της παρούσας μελέτης μέσα από την οποία κατέστη εφικτός ο εντοπισμός των εφήβων «υψηλού κινδύνου» για την εκδήλωση της κατάθλιψης στο μέλλον. Με βάση τη βιβλιογραφία τα υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα στην εφηβεία συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης (Ferro et al., 2015. Fergusson et al., 2005. Pine et al., 1999). Επιπλέον μετα-αναλυτικές μελέτες υπογραμμίζουν τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης της κατάθλιψης τα οποία απευθύνονται σε εφήβους με υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία (Gilham et al., 2012. Horowitz & Garber, 2006). Επίσης, έχει υποστηριχθεί ότι η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μπορεί να συμβάλλει στη κινητοποίηση για τη συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης, αλλά και στην εφαρμογή του περιεχομένου των παρεμβάσεων στην καθημερινότητα των εφήβων, αυξάνοντας έτσι τις πιθανότητες της αποτελεσματικότητάς τους (Stice et al., 2007).

Η βιβλιογραφία για την πρόληψη της κατάθλιψης στους εφήβους αφορά κατά κύριο λόγο τυχαιοποιημένες μελέτες οι οποίες συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων παρέμβασης με ομάδες εφήβων που δεν λαμβάνουν κάποια παρέμβαση (ομάδες ελέγχου) (Hetrick et al., 2016). Λιγότερες έρευνες αφορούν τη σύγκριση ανάμεσα σε δυο διαφορετικές ενεργές παρεμβάσεις μεταξύ τους (Young et

al., 2016). Η παρούσα μελέτη ευελπιστεί να συμβάλλει στη κάλυψη αυτού του κενού στη βιβλιογραφία περιλαμβάνοντας στο σχεδιασμό της τη σύγκριση δυο ενεργών παρεμβάσεων μεταξύ τους, αλλά και μια ομάδα ελέγχου. Επίσης περιλαμβάνει τη διενέργεια διαγνωστικών συνεντεύξεων στην έναρξη και στην τελική μέτρηση μετά τη λήξη των παρεμβάσεων. Πολλές έρευνες δεν περιλαμβάνουν στον σχεδιασμό τους τη χρήση διαγνωστικών συνεντεύξεων πριν και μετά τις παρεμβάσεις, με αποτέλεσμα τα προστατευτικά τους αποτελέσματα να μην μπορούν να αποδοθούν με ασφάλεια στην πρόληψη της κατάθλιψης (Craighead et al., 2017).

Με βάση τη βιβλιογραφία οι γνωστικές συμπεριφορικές παρεμβάσεις και οι παρεμβάσεις που βασίζονται στη διαπροσωπική θεραπεία εμφανίζουν μεγαλύτερη ερευνητική τεκμηρίωση για την αποτελεσματικότητά τους (Merry et al., 2012. Hetrick et al., 2016). Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν δυο διαφορετικά προγράμματα παρέμβασης. Η πρώτη παρέμβαση αφορά στο Γνωστικό Συμπεριφορικό Πρόγραμμα των Arnason και Craighead (Mind & Health, 2009).

Το πρόγραμμα των Arnason και Craighead (2009) περιλαμβάνει τα βασικά στοιχεία της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας και επιπλέον ενσωματώνει δεξιότητες της διαπροσωπικής θεραπείας. Αναλυτικότερα, το συγκεκριμένο γνωστικό συμπεριφορικό πρόγραμμα εστιάζει στην γνωστική αναδόμηση ως ένα μέσο για την αλλαγή και περιλαμβάνει στοιχεία επίλυσης προβλημάτων στη διαπροσωπική επικοινωνία. Η γνωστική αναδόμηση εστιάζει στην τροποποίηση των δυσλειτουργικών σκέψεων (Brent et al, 1997). Αν και η γνωστική αναδόμηση είναι από τα βασικότερα στοιχεία της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας, μελέτες έχουν αμφισβητήσει τον κεντρικό ρόλο της αλλαγής του περιεχομένου των σκέψεων, στην αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους εφήβους. Οι Weisz, McCarty, και Valer (2006) συνέκριναν θεραπείες που επικεντρωνόταν στην γνωστική αλλαγή και θεραπείες που

δεν εστίαζαν σε αυτή. Τα αποτελέσματα τους έδειξαν μη στατιστικές διαφορές σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία ξεκίνησε δίνοντας έμφαση σε συμπεριφορικούς παράγοντες και στη συνέχεια εστίασε στη σύνδεση ανάμεσα σε δυσλειτουργικούς τρόπους σκέψης και τη συμπεριφορά (Hayes & Hofmann, 2017). Το τρίτο κύμα της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας δίνει σημασία σε άλλους παράγοντες. Θεραπείες όπως η Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης (Acceptance and Commitment Therapy-ACT, Hayes, 2004), η Θεραπεία του Συμπονετικού Νου (Compassionate Mind Therapy, Gilbert, 2005), η Μετα-γνωστική Θεραπεία (Metacognitive Therapy, Wells, 2008), αλλά και η Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία (Dialectical Behavioral Therapy- DBT) (Linehan, 1993), έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό ότι στοχεύουν στην αλλαγή της συναισθηματικής αντίδρασης που έχει το άτομο απέναντι στην κατάσταση (Churchill et al., 2010). Μελέτες για την αποτελεσματικότητα της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας στην καταθλιπτική συμπτωματολογία των εφήβων έχουν δείξει θετικά αποτελέσματα (James et al., 2011. Mehlum et al., 2014.). Η εκπαίδευση σε δεξιότητες της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας (DBT- skills) σε ομάδες εφήβων (συνήθως περιλαμβάνουν την ενσυνειδητότητα, την ανοχή στη δυσφορία, τη ρύθμιση συναισθήματος και τη διαπροσωπική αποτελεσματικότητα) έχει βρεθεί ότι μπορεί να βελτιώσει τα επίπεδα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε κλινικούς πληθυσμούς εφήβων (π.χ., Katz et al., 2004. Nelson-Gray et al., 2006. Rathus & Miller, 2002).

Η εκπαίδευση σε δεξιότητες της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας, από όσο γνωρίζουμε, δεν έχει διερευνηθεί στο πλαίσιο των προγραμμάτων πρόληψης για την κατάθλιψη στους εφήβους. Εξαίρεση αποτελεί η πρόσφατη μελέτη του Burckhardt και των συνεργατών του (2017), η οποία επικεντρωνόταν κυρίως στην εκπαίδευση σε

τεχνικές ενσυνειδητότητας (mindfulness), αφορούσε σε εργαστήρια δεξιοτήτων (workshops) συνολικής διάρκειας 5 ωρών και η οποία δεν βρήκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου. Πολλές μελέτες καταδεικνύουν τη σπουδαιότητα της σχέσης ανάμεσα στην ανοχή σε δυσφορικά συναισθήματα με την κατάθλιψη στους εφήβους (π.χ., Daughters et al., 2009. Peterson et al., 2014. Williams et al., 2013). Επίσης, η βελτίωση των δεξιοτήτων διαπροσωπικής επικοινωνίας στους εφήβους συνδέεται με την πρόληψη της κατάθλιψης (Young et al., 2017).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, η δεύτερη παρέμβαση της Έρευνας 2 εστίασε στην εκπαίδευση στις δεξιότητες της ανοχής στη δυσφορία και της διαπροσωπικής αποτελεσματικότητας. Η παρέμβαση βασίστηκε στο πρόγραμμα εκπαίδευσης δεξιοτήτων της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας DBT-STEPS-A των Mazza, Dexter-Mazza, Miller, Rathus και Murphy (2016). Τέλος, στη μελέτη συμπεριλήφθηκε και μια ομάδα ελέγχου (συμμετέχοντες που δεν έλαβαν καμία παρέμβαση).

Η Έρευνα 2 μέσα από τη σύγκριση ενός προγράμματος το οποίο έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό στην πρόληψη της κατάθλιψης στους εφήβους (Πειραματική Ομάδα 1: Γνωστική Συμπεριφορική Παρέμβαση, με βάση την παρέμβαση των Arnason & Craihgead, 2009), με μια παρέμβαση διαφορετικής θεραπευτικής προσέγγισης (Πειραματική Ομάδα 2: Παρέμβαση εκπαίδευσης σε δεξιότητες της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας με βάση το εγχειρίδιο του Mazza και των συνεργατών του, 2016), αλλά και με συμμετέχοντες οι οποίοι δεν λαμβάνουν κάποια θεραπεία (Ομάδα Ελέγχου) ευελπιστεί να συμβάλλει στην αποσαφήνιση των παραγόντων για την πρόληψη της κατάθλιψης και την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους εφήβους. Παρακάτω ακολουθούν οι στόχοι και οι υποθέσεις, ο σχεδιασμός, η στατιστική ανάλυση και τα αποτελέσματα της Έρευνας 2.

7.1 Στόχοι και υποθέσεις της Έρευνας 2

Η Έρευνα 2 αφορά στη σύγκριση της αποτελεσματικότητας δυο ενεργών παρεμβάσεων με στόχο την πρόληψη της κατάθλιψης και τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε εφήβους με υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία (έφηβοι «υψηλού κινδύνου»). Αναλυτικά οι στόχοι της έρευνας ήταν: (α) η διερεύνηση των πιθανών προστατευτικών αποτελεσμάτων της συμμετοχής στις δυο πειραματικές ομάδες, έναντι της συμμετοχής στην ομάδα ελέγχου (με βάση τα αποτελέσματα των μεταβλητών της έρευνας) (β) η διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ των δυο πειραματικών ομάδων και (γ) η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των δυο προγραμμάτων παρέμβασης στην πρόληψη του πρώτου επεισοδίου της κατάθλιψης.

Συγκεκριμένα κριτήριο για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων παρέμβασης αποτέλεσαν τα επίπεδα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και ο αριθμός των ατόμων που έλαβαν τη διάγνωση της κατάθλιψης στην τελευταία μέτρηση (6 μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης). Στη παρούσα μελέτη διερευνήθηκαν επίσης οι αλλαγές στα επίπεδα των μεταβλητών : ανοχή στη δυσφορία, ανησυχία και κοινωνικό άγχος. Μετα-αναλυτικές μελέτες για την επίδραση των ψυχοθεραπειών για την κατάθλιψη σε άλλες μεταβλητές (όπως το άγχος), έχουν δείξει ότι παρατηρείται αλλαγή και σε άλλους παράγοντες, οι οποίοι δεν είναι ο αρχικός στόχος της παρέμβασης (Weisz, et al., 2006).

Οι υποθέσεις της Έρευνας 2 ήταν:

1. Με βάση τη βιβλιογραφία για την αποτελεσματικότητα των γνωστικών συμπεριφορικών προγραμμάτων στην αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Hetrick et al., 2016. Merry et al., 2012), αλλά και με βάση τη βιβλιογραφία για τη σχέση της ανοχής στη δυσφορία και των δεξιοτήτων της διαπροσωπικής επικοινωνίας με την κατάθλιψη στην εφηβεία (Gladstone et al.,

2011. Peterson et al., 2014. Williams et al., 2013. Young et al., 2017) αναμένεται ότι οι συμμετέχοντες και στις δυο Πειραματικές Ομάδες (ΓΣΘ Ομάδα και ΔΣΘ Ομάδα) θα εμφανίσουν μείωση στα επίπεδα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (Υπόθεση 1α). Στηριζόμενοι σε μελέτες που έχουν δείξει ότι η συμμετοχή σε προγράμματα για την κατάθλιψη, οδηγεί σε βελτίωση και σε μεταβλητές που σχετίζονται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία (Weisz et al., 2006), υποθέτουμε ότι τα επίπεδα της ανησυχίας και του κοινωνικού άγχους θα μειωθούν στις ομάδες της παρέμβασης, ενώ τα επίπεδα της ανοχής στη δυσφορία θα αυξηθούν σε αυτές τις δυο ομάδες, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (Υπόθεση 1β). Λαμβάνοντας υπόψη ότι η δεύτερη πειραματική ομάδα εστιάζει στην εκπαίδευση σε δεξιότητες της ανοχής στη δυσφορία, υποθέτουμε ότι θα εμφανίσει και υψηλότερα επίπεδα συγκριτικά με τις άλλες δυο ομάδες (Υπόθεση 1γ).

2. Αναφορικά με τη σύγκριση ανάμεσα στις δυο Πειραματικές Ομάδες αναμένεται και τα δυο προγράμματα θα εμφανίσουν προστατευτικά αποτελέσματα. Το γνωστικό συμπεριφορικό πρόγραμμα της παρούσας μελέτης που αφορά την παρέμβαση της Πειραματικής Ομάδας 1 έχει λάβει ερευνητική τεκμηρίωση (Arnarson & Craighead, 2011. Matos et al., 2018), ωστόσο δεν έχει συγκριθεί με άλλη ενεργή παρέμβαση σε προηγούμενη μελέτη. Η εκπαίδευση σε δεξιότητες της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας δεν έχει διερευνηθεί στο πλαίσιο της πρόληψης της κατάθλιψης στους εφήβους. Λαμβάνοντας υπόψη τη βιβλιογραφία για τη σχέση της ανοχής στη δυσφορία και της διαπροσωπικής αποτελεσματικότητας με την κατάθλιψη η υπόθεση της παρούσας μελέτης είναι ότι και η παρέμβαση της Πειραματικής Ομάδας 2 θα

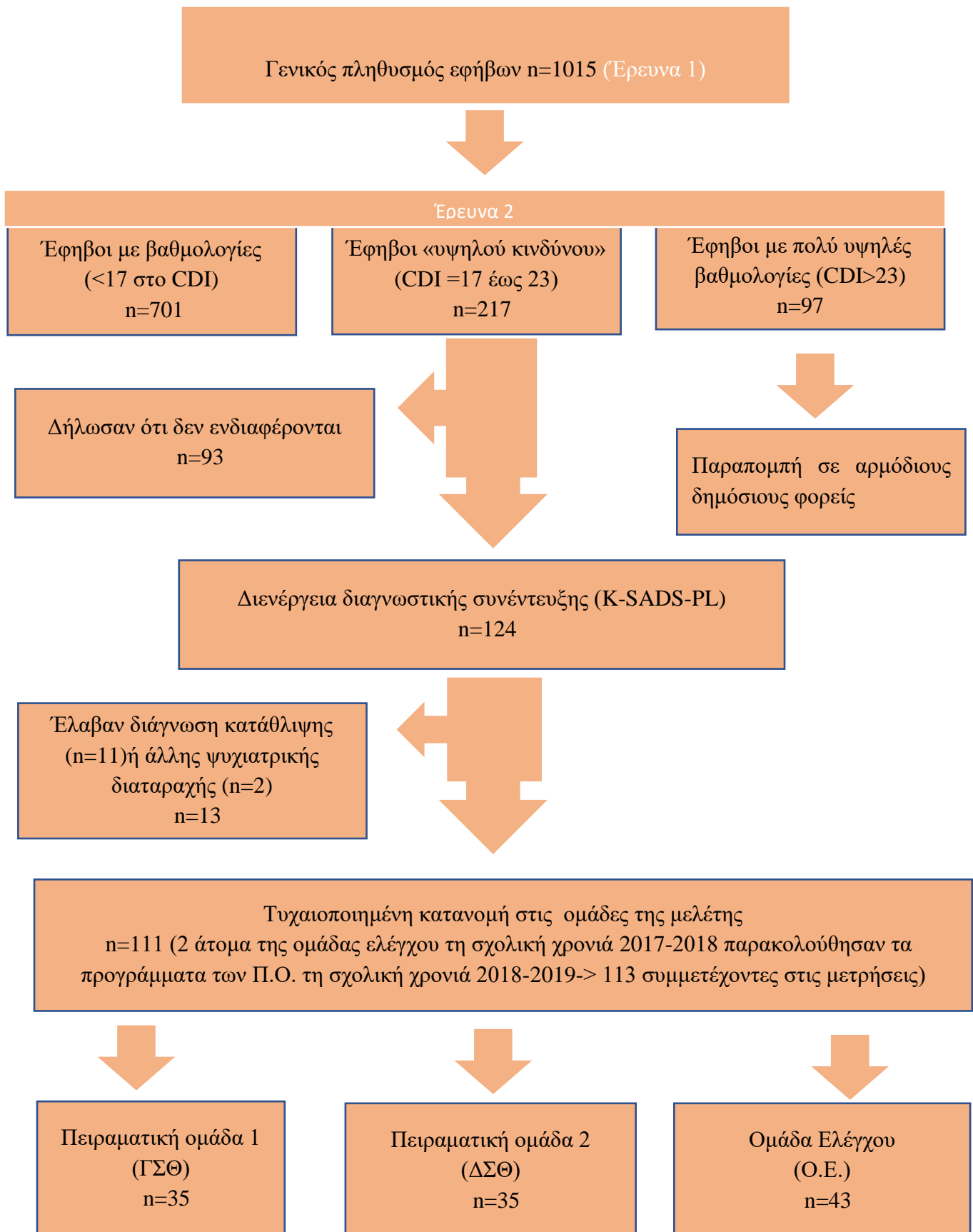
έχει προστατευτικά αποτελέσματα. Αναμένεται λοιπόν ότι δεν θα υπάρξουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο Πειραματικών Ομάδων αναφορικά με τα συμπτώματα της κατάθλιψης, της ανησυχίας και του κοινωνικού άγχους (Υπόθεση 2). Η διερεύνηση των πιθανών διαφοροποιήσεων μεταξύ τους, ωστόσο αποτελεί τον βασικό στόχο της παρούσας μελέτης.

3. Με βάση τη βιβλιογραφία για την αποτελεσματικότητα της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας (Horowitz & Garber, 2006. Mrazek & Haggerty, 1994. Rasing, 2017) και της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας (McPherson et al., 2013. Rathus & Miller, 2014) στην κατάθλιψη στους εφήβους υποθέτουμε ότι λιγότεροι συμμετέχοντες στις δυο Πειραματικές Ομάδες (ΓΣΘ Ομάδα και ΔΣΘ Ομάδα) θα λάβουν τη διάγνωση της κατάθλιψης ή της δυσθυμίας στην επαναληπτική διαγνωστική συνέντευξη, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες στην Ομάδα Ελέγχου (Υπόθεση 3).

7.2 Δείγμα

Οι συμμετέχοντες της Έρευνας 2 προέκυψαν από την Έρευνα 1. Από τους αρχικούς 1015 συμμετέχοντες της πρώτης φάσης της μελέτης (γενικός πληθυσμός εφήβων), οι 217 πληρούσαν τα κριτήρια να συνεχίσουν στη δεύτερη φάση της μελέτης, με βάση τις βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο CDI για την κατάθλιψη. Από τους 217 οι 93 είτε δεν ενδιαφέρονταν να συνεχίσουν, είτε δεν είχαν σημειώσει τηλέφωνο επικοινωνίας. Στην διαγνωστική συνέντευξη συμφώνησαν 124 άτομα. Δόθηκαν 13 διαγνώσεις και τα άτομα αυτά παραπέμφθηκαν σε αρμόδιους δημόσιους φορείς, με στόχο την καλύτερη κάλυψη των αναγκών τους. Οι τελικοί συμμετέχοντες ήταν 113

παιδιά εφηβικής ηλικίας, με μέσο όρο ηλικίας στην αρχή της έρευνας τα 14,87 χρόνια. Δυο άτομα από τους 113 συμμετείχαν αρχικά στην ομάδα ελέγχου στον πρώτο κύκλο της εφαρμογής των παρεμβάσεων (σχολική χρονιά 2017-2018) και στη συνέχεια κατανεμήθηκαν στις δυο πειραματικές ομάδες της μελέτης (σχολική χρονιά 2018-2019). Συνεπώς προκύπτουν 113 παρατηρήσεις για κάθε μέτρηση, Μετρήσεις έγιναν στην έναρξη της παρέμβασης, στη λήξη, στους 3 και στους 6 μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης. Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην Έρευνα 2 ήταν κορίτσια (83,2%).



Γράφημα 7. 1 Γραφική αναπαράσταση του σχεδιασμού της Έρευνας 2

Πίνακας 7. 1 Δημογραφικά στοιχεία για τους συμμετέχοντες στην Έρευνα 2

	<i>ΓΣΘ ΟΜΑΔΑ</i>	<i>ΔΣΘ ΟΜΑΔΑ</i>	<i>ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ</i>	<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>
ΦΥΛΟ				
Αγόρια	5 (14,3%)	5 (14,3)	9	19 (16,8%)
Κορίτσια	30 (85,7%)	30 (85,7)	34	94 (83,2%)
Σύνολο	35	35	43	113
ΗΛΙΚΙΑ				
14 ετών	8 (22,9%)	12 (34,3%)	12 (27,9)	32 (28,3%)
15 ετών	22 (62,9%)	19 (54,3%)	23 (53,5%)	64 (56,6%)
16 ετών	5 (14,3%)	4 (11,4%)	8 (18,6%)	17 (15%)
ΤΑΞΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ				
Γ΄ Γυμνασίου	12 (34,3%)	17 (48,6%)	22 (51,2%)	51 (45,1%)
Α΄ Λυκείου	22 (62,9%)	17 (48,6%)	21 (48,8%)	60 (53,1%)
Β΄ Λυκείου	1 (2,9%)	1 (2,9)	-	2 (1,8%)
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ				
Δημοτικό	4 (11,4)	1 (2,9)	3 (7%)	8 (7,1%)
Γυμνάσιο/Λύκειο	14 (40%)	8 (22,9)	14 (32,6%)	36 (31,9%)
Πανεπιστήμιο	16 (45,7%)	24 (68,6)	22 (51,2%)	62 (54,9%)
Άλλο	1 (2,9)	2 (5,7)	4 (9,3%)	7 (6,2%)
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΑΤΕΡΑ				
Δημοτικό	3 (8,6%)	2 (5,7%)	3 (7%)	8 (7,1%)
Γυμνάσιο/Λύκειο	19 (54,3%)	9 (25,7%)	19 (44,2%)	47 (41,6)
Πανεπιστήμιο	12 (34,3)	22 (62,9%)	19 (44,2%)	53 (46,9)
Άλλο	1 (2,9)	2 (5,7%)	2 (4,7%)	5 (4,4)

7.3 Εργαλεία μέτρησης

7.3.1. Διαγνωστική Συνέντευξη για τις Διαταραχές Συναισθήματος και τη Σχιζοφρένεια σε Παιδιά Σχολικής Ηλικίας, Μορφή για το Παρόν και Όλη τη Διάρκεια της Ζωής (Kiddie- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School age Children, Present and Lifetime Version- K-SADS-PL)

Για την αξιολόγηση του αν οι συμμετέχοντες πληρούν τα κριτήρια για κάποια ψυχιατρική διαταραχή, χρησιμοποιήθηκε η ημι-δομημένη διαγνωστική συνέντευξη για τις Διαταραχές Συναισθήματος και τη Σχιζοφρένεια σε Παιδιά Σχολικής Ηλικίας, Μορφή για το Παρόν και Όλη τη Διάρκεια της Ζωής, K-SADS-PL των Kaufman, Birmaher, Brent, Rao, Flynn, Moreci και των συνεργατών τους (1997), η οποία έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από τους Κολαΐτης, Κόρπα και Τσιάντης (2001). Η συγκεκριμένη διαγνωστική συνέντευξη χρησιμοποιείται διεθνώς και θεωρείται ότι είναι ένα αξιόπιστο εργαλείο για τα παιδιά και τους εφήβους. Για την χρήση της η ερευνήτρια έλαβε την κατάλληλη εκπαίδευση στο Γ. Ν. Παίδων Αγία Σοφία, πριν από την έναρξη της μελέτης.

Το K-SADS-PL περιλαμβάνει μια μη δομημένη εισαγωγική συνέντευξη στην αρχή, τη διαγνωστική ανιχνευτική συνέντευξη, ένα συμπληρωματικό ερωτηματολόγιο, τα διαγνωστικά παραρτήματα (Διαταραχές Συναισθήματος, Ψυχωτικές Διαταραχές, Διαταραχές Άγχους, Διαταραχές Συμπεριφοράς, Κατάχρηση Ουσιών και Άλλες Διαταραχές), ένα ερωτηματολόγιο συνοπτικών διαγνώσεων και το ερωτηματολόγιο της παιδική κλίμακας ολικής αξιολόγησης. Βασικό κριτήριο για την συμμετοχή στην Έρευνα 2, ήταν η διασφάλιση ότι οι ανάγκες των συμμετεχόντων θα μπορούν να καλυφθούν από την παρέμβαση πρόληψης που θα προσφερθεί. Για αυτό το λόγο,

αποτελέσει λόγο αποκλεισμού από τη μελέτη η διάγνωση για κάποια ψυχιατρική διαταραχή.

7.3.2. Κλίμακες Κατάθλιψης:

7.3.2.1. Κλίμακα Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης (*Children's Depression Inventory -CDI*)

Πρόκειται για το ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς της Kovacs (1992), το οποίο έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό από τον Γιαννακόπουλο και τους συνεργάτες του (Giannakopoulos et al., 2009).

Αποτελείται από 27 ερωτήματα, τα οποία αξιολογούν ένα ευρύ φάσμα καταθλιπτικών συμπτωμάτων όπως: καταθλιπτική διάθεση, ικανότητα για ευχαρίστηση, διαταραχές στη λειτουργία του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (αλλαγές στον ύπνο, αλλαγές στην όρεξη για φαγητό), αρνητική αξιολόγηση για τον εαυτό και διαπροσωπικές συμπεριφορές. Κάθε ερώτημα αποτελείται από τρεις προτάσεις, από τις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνται να επιλέξουν αυτή που περιγράφει καλύτερα την ψυχική τους κατάσταση τον τελευταίο μήνα (για παράδειγμα: «Μισώ το εαυτό μου», «Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου», «Μου αρέσει ο εαυτός μου»). Οι απαντήσεις αντιστοιχούν σε μια κλίμακα από το 0 μέχρι το 2 και υποδηλώνουν την μη ύπαρξη των συμπτωμάτων (0), την μέτρια (1) και την σοβαρή (2) παρουσία τους. Υψηλότερη βαθμολογία δείχνει υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και η συνολική βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο κυμαίνεται από το 0 έως το 54.

Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε παιδιά και εφήβους (7 έως 17 ετών), αποτελεί ένα από τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα εργαλεία για την κατάθλιψη στον συγκεκριμένο πληθυσμό (Myers & Winters, 2002). Η Kovacs (1992) αναφέρει πέντε

παράγοντες πρώτης τάξης (αρνητική διάθεση, αναποτελεσματικότητα, αρνητική αυτο-εκτίμηση, διαπροσωπικά προβλήματα και ανηδονία), οι οποίοι μαζί σχηματίζουν τον παράγοντα δεύτερης τάξης (Κατάθλιψη). Μελέτες σχετικά με την παραγοντική δομή του CDI εμφανίζουν αντικρουόμενα αποτελέσματα (Gomez & Vance, 2016). Ορισμένες επιβεβαιώνουν την δομή των πέντε παραγόντων πρώτου επιπέδου (Logan, et al., 2013), ενώ άλλες αναφέρουν από δυο μέχρι και οκτώ παράγοντες (Carey et al., 1987. Craighead et al., 1998. Saylor et al., 1985). Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε ο παράγοντας της κατάθλιψης με το σύνολο των ερωτημάτων. Αφαιρέθηκε το ερώτημα 9 (αυτοκτονικότητα), για δεοντολογικούς λόγους κατόπιν σύσταση των αρμόδιων φορέων για την έγκριση διεξαγωγής της μελέτης στα σχολεία (βλ. Κεφάλαιο Άδεια διεξαγωγής της έρευνας).

Ερευνητικά η αξιοπιστία του συνόλου του ερωτηματολογίου εμφανίζει από ικανοποιητικές μέχρι πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (οι δείκτες εσωτερικής συνοχής – Cronbach α κυμαίνονται από $\alpha = 0.71$ μέχρι $\alpha = 0.93$ στους Arnarson & Craighead, 2009. Brooks & Kutcher, 2001. Kovacs et al., 1984. Nunnally & Bernstein, 1994). Οι φορτίσεις των ερωτημάτων στον παράγοντα της κατάθλιψης έχει φανεί ότι εμφανίζουν διαφορές ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο των παιδιών (Weiss et al., 1991). Η ελληνική εκδοχή του παρουσιάζει πολύ καλή αξιοπιστία (Cronbach $\alpha = 0.81$) (Giannakopoulos et al. 2009).

7.3.2.2. Κλίμακα Kutcher για την Εφηβική Κατάθλιψη (Kutcher Adolescent's Depression Scale - KADS-6)

Ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς για τη διάγνωση και την αξιολόγηση της σοβαρότητας της κατάθλιψης στους εφήβους, το οποίο κατασκευάστηκε από τους LeBlank, Almudevar, Brucks, και Kutcher (2002). Από όσο γνωρίζουμε το

συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν είχε μεταφραστεί στα ελληνικά από κάποια προηγούμενη έρευνα. Η μετάφραση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε για την παρούσα μελέτη.

Η αρχική εκδοχή του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 16 ερωτήματα τα οποία βασίζονται στα βασικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης. Δυο σύντομες εκδοχές του ερωτηματολογίου αποτελούν το KADS-11 (Brooks et al., 2003) με έντεκα ερωτήματα και το KADS-6 με έξι ερωτήματα (LeBlanc et al., 2002).

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η σύντομη εκδοχή του ερωτηματολογίου με έξι ερωτήματα (KADS-6). Τα ερωτήματα αξιολογούν την καταθλιπτική διάθεση, το αίσθημα αναξιότητας- αβοήθητου, τη μειωμένη ενεργητικότητα- κούραση, την ανηδονία, το άγχος-ένταση και τις σκέψεις αυτοκτονίας – αυτο-τραυματισμού. Το ερώτημα 6 (αυτοκτονικότητα) αφαιρέθηκε και σε αυτό το ερωτηματολόγιο για δεοντολογικούς λόγους (βλ. Διαδικασία βλ. Κεφάλαιο Άδεια διεξαγωγής της έρευνας).

Οι συμμετέχοντες καλούνται να αξιολογήσουν το πόσο συχνά την τελευταία εβδομάδα ένιωσαν τα παραπάνω συμπτώματα, σε μια κλίμακα από το 0 μέχρι το 3 (0= σχεδόν ποτέ, 1= αρκετές φορές, 2= τις περισσότερες φορές, 3= πάντα). Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από το 0 μέχρι το 18. Υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Η συνολική βαθμολογία από 6 και πάνω προτείνεται ως κριτήριο για την αναγκαιότητα περαιτέρω διερεύνησης του εφήβου για τη διάγνωση της κατάθλιψης (LeBlanc et al., 2002).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί σε διάφορες χώρες και αποτελεί ένα σύντομο και αξιόπιστο εργαλείο για τη διάγνωση της κατάθλιψης σε εφήβους ηλικίας από 12 έως 22 ετών (Kutcher & Chehil, 2007). Οι δείκτες εσωτερικής συνοχής έχουν δείξει την ικανοποιητική αξιοπιστία της κλίμακας,

σε μελέτες με κλινικά δείγματα και μελέτες στον γενικό πληθυσμό (Cronbach α από .74 μέχρι .80) (Brooks et al., 2003. Quintao et al., 2015).

7.3.3. Κλίμακα Ανοχής στη Δυσφορία (Distress Tolerance Scale- DTS)

Η κλίμακα ανοχής στη δυσφορία (DTS) των Simons και Gaher (2005) αποτελείται από 15 ερωτήματα και διερευνά το βαθμό στον οποίο τα άτομα βιώνουν τα αρνητικά συναισθήματα ως ανεκτά ή μη ανεκτά. Στα ελληνικά έχει μεταφραστεί από τους Νταφούλη, Δαλάκα, Σίμος και Νομικού (2017).

Οι συμμετέχοντες καλούνται να δηλώσουν τον βαθμό της συμφωνίας τους (σε μια κλίμακα από το 1= συμφωνώ απόλυτα, έως το 5 = διαφωνώ απόλυτα) σε μια σειρά από προτάσεις για καταστάσεις στις οποίες αισθάνθηκαν δυσφορία ή αναστάτωση. Η παραγοντική δομή της Κλίμακας DTS αποτελείται από τέσσερις παράγοντες πρώτου επιπέδου : Ανοχή («*Το να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση είναι ανυπόφορο για μένα*»), Απορρόφηση («*Όταν νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση το μόνο που μπορώ να σκεφτώ είναι πόσο άσχημα νιώθω*»), Γνωστική Αποτίμηση («*Οι άλλοι άνθρωποι φαίνεται να είναι ικανοί να αντέχουν να νιώθουν συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση καλύτερα απ' ότι μπορώ εγώ*»), Ρύθμιση («*Θα έκανα τα πάντα για να σταματήσω να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση*»).

Τόσο οι υποκλίμακες όσο και το σύνολο της κλίμακας εμφανίζει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. Οι υποκλίμακες στις διάφορες έρευνες εμφανίζουν συντελεστές Cronbach α από $\alpha= 0.72$ μέχρι $\alpha= 0.85$ και το σύνολο της κλίμακας από $\alpha= 0.93$ έως $\alpha= 0.94$ (Allan et al., 2014. Keough et al., 2010. Simons & Gaher, 2005).

7.3.4. Ερωτηματολόγιο Ανησυχίας Penn State (Penn State Worry Questionnaire PSWQ-brief version)

Το ερωτηματολόγιο των Topper, Emmelkamp, Watkins και Ehring (2014) αποτελεί μια σύντομη εκδοχή του αρχικού ερωτηματολογίου PSWQ των Meyer, Miller, Metzger & Borkovec (1990) το οποίο περιλάμβανε 16 ερωτήματα. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και χορηγηθεί σε ελληνικό δείγμα (σε ενήλικες) και εμφανίζει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (Simos, Vaioroulos, Dimitriou & Paraschos, 1998).

Αποτελείται από πέντε ερωτήματα και αξιολογεί την κλινικά σημαντική ανησυχία ως χαρακτηριστικό χαρακτηριστικό (παρουσία της ανησυχίας σε διάφορες καταστάσεις), την ένταση, και τη δυσκολία ελέγχου της ανησυχίας. Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε μια κλίμακα από το 1 μέχρι το 5 (1= δεν ισχύει καθόλου, 2= ισχύει ελάχιστα, 3= ισχύει κάπως, 4= ισχύει αρκετά, 5= ισχύει πολύ) κατά πόσο οι σχετικές με την ανησυχία δηλώσεις του ερωτηματολογίου τους χαρακτηρίζουν ή ισχύουν για αυτούς (π.χ. «Πολλές καταστάσεις με κάνουν να ανησυχώ και να αγχώνομαι»). Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί σε ενήλικες και εφήβους και έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (Cronbach α από $\alpha= 0.84$ έως $\alpha= 0.91$) (Topper et al., 2014).

7.3.5. Κλίμακα Άγχους Κοινωνικής Διαντίδρασης και Κλίμακα Κοινωνικής Φοβίας (Social Interaction Anxiety Scale και Social Phobia Scale - SIAS-6-SPS-6)

Πρόκειται για το ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς των Peters, Sunderland, Andrews, Rapee και Mattick (2012), το οποίο αξιολογεί δυο στενά σχετιζόμενες έννοιες του κοινωνικού άγχους, το άγχος κοινωνικής διαντίδρασης και την κοινωνική

φοβία. Αποτελεί την περισσότερο σύντομη εκδοχή του αρχικού ερωτηματολογίου των Mattick και Clarke (1998) το οποίο περιλάμβανε 20 ερωτήματα. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά από τους Γαβριηλίδου και Σίμος (2014).

Συνολικά αποτελείται από 12 ερωτήματα και οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν κατά πόσο τους χαρακτηρίζει/ισχύει για αυτούς η κάθε πρόταση, σε μια κλίμακα από το 1 (καθόλου) μέχρι το 5 (πάρα πολύ) Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης το ερώτημα 2 *«Δεν νιώθω άνετα να κάνω παρέα με τους συναδέλφους μου στη δουλειά»* μετατράπηκε σε *«Δεν νιώθω άνετα να κάνω παρέα με τους συμμαθητές μου στο σχολείο»*.

7.3.6. Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης του Προγράμματος

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκε και ένα ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση του ενδιαφέροντος του προγράμματος. Συμπεριλήφθηκαν θεματικές που διδάχθηκαν και στα δυο προγράμματα καθώς και τρία ερωτήματα, τα οποία δεν αφορούσαν τις θεματικές των προγραμμάτων παρέμβασης (π.χ, «Να προσέχω τη διατροφή και τον ύπνο μου, για να βελτιώσω τη διάθεσή μου»), με στόχο τη διερεύνηση της κατανόησης των θεματικών των παρεμβάσεων. Οι συμμετέχοντες καλούνται να αναγνωρίσουν θεματικές που συζητήθηκαν στις παρεμβάσεις (π.χ., «Να θέτω σαφείς και ρεαλιστικούς στόχους για τη βελτίωση της διάθεσής μου» (ΓΣΘ παρέμβαση), «Να παρατηρώ τις σκέψεις μου, χωρίς να κρίνω αν είναι σωστές ή λάθος, καλές ή κακές και χωρίς να προσπαθώ να τις διώξω ή να τις αλλάξω» (ΔΣΘ παρέμβαση) και να αξιολογήσουν το πόσο ενδιαφέρουσες τους φάνηκαν σε μια κλίμακα από το 0 (καθόλου) έως το 4 (πάρα πολύ).

7.4 Διαδικασία

Ο σχεδιασμός της μελέτης προέβλεπε τον εντοπισμό των εφήβων, οι οποίοι εμφάνιζαν υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία αλλά δεν πληρούσαν τα κριτήρια για τη διαταραχή της κατάθλιψης ή της δυσθυμίας. Για τον λόγο αυτό επιλέχθηκαν οι συμμετέχοντες που στην Έρευνα 1 είχαν συνολικές βαθμολογίες μεταξύ του 70^{ου} και 90^{ου} εκατοστημορίου, στην Κλίμακα Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης (CDI). Στη συνέχεια όσοι ενδιαφέρονταν να συνεχίσουν στην Έρευνα 2 (παρακολούθηση του προγράμματος πρόληψης) και είχαν την άδεια από τους γονείς τους για αυτό, κλήθηκαν να συμμετάσχουν στην ατομική διαγνωστική συνέντευξη με τη χρήση του K-SADS-PL. Όσα άτομα πληρούσαν τα κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης, της δυσθυμίας ή άλλης ψυχιατρικής διαταραχής παραπέμφθηκαν σε δημόσιους φορείς για την καταλληλότερη κάλυψη των αναγκών τους.

Από τους 1015 συμμετέχοντες της Έρευνας 1, 217 άτομα είχαν βαθμολογίες μεταξύ του 17 και του 23 στο ερωτηματολόγιο της κατάθλιψης (CDI). Οι βαθμολογίες αυτές ήταν μεταξύ του 75^{ου} και του 90^{ου} εκατοστημορίου (συγκεκριμένα η βαθμολογία 17 αντιστοιχεί στο 73,4% και η βαθμολογία 23 στο 90,4%). Άτομα με βαθμολογίες που αντιστοιχούν στο ανώτερο 10% του ερωτηματολογίου έχουν αυξημένες πιθανότητες να πληρούν τα κριτήρια για τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (Kovacs, 1992). Συνολικά 97 συμμετέχοντες είχαν τόσο υψηλές βαθμολογίες στο αρχικό δείγμα της μελέτης (Έρευνα 1) και 58 από αυτούς είχαν δηλώσει έγκυρο τηλέφωνο επικοινωνίας. Οι γονείς τους ενημερώθηκαν και προτάθηκε να επισκεφθούν κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας. Για δεοντολογικούς λόγους στις τηλεφωνικές επικοινωνίες με τις οικογένειες των εφήβων αυτών δεν δόθηκε διάγνωση. Οι γονείς/κηδεμόνες ενημερώθηκαν για την πιθανή ύπαρξη κάποιων δυσκολιών των παιδιών τους, οι οποίες κατά τη γνώμη μας θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθούν. Όπως

αποδείχθηκε κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό λάμβανε ήδη θεραπεία για την κατάθλιψη.

Από τα 217 άτομα που πληρούσαν τα κριτήρια για να συνεχίσουν στην παρέμβαση, 124 προσήλθαν για τη διαγνωστική συνέντευξη. Δόθηκαν 13 διαγνώσεις και τα 111 άτομα που παρέμειναν κατανεμήθηκαν τυχαία στις ομάδες της παρέμβασης. (2 άτομα συμμετείχαν αρχικά ως ομάδα ελέγχου και την επόμενη χρονιά συμμετείχαν στις ομάδες παρέμβασης, κατά συνέπεια στο δείγμα έχουμε 113 παρατηρήσεις για κάθε μέτρηση). Οι συμμετέχοντες στη συνέχεια κατανεμήθηκαν τυχαία στις τρεις ομάδες της μελέτης: Πειραματική Ομάδα 1 (Ομάδα Γνωστικού Συμπεριφορικού Προγράμματος-ΓΣΘ), Πειραματική Ομάδα 2 (Ομάδα Εκπαίδευσης σε Δεξιότητες της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας-ΔΣΘ), Ομάδα Ελέγχου (Συμμετέχοντες που δεν συμμετείχαν σε καμία παρέμβαση).

Το εγχειρίδιο της παρέμβασης των Amarson και Craighead (2009), το οποίο χρησιμοποιήθηκε και στην παρούσα μελέτη, αποτελείται από 14 ομαδικές συνεδρίες διάρκειας 1,5 ώρας. Οι συναντήσεις λαμβάνουν χώρα 2 φορές την εβδομάδα για τις πρώτες 8 εβδομάδες και στη συνέχεια 1 φορά την εβδομάδα μέχρι τη λήξη της παρέμβασης. Κάθε τμήμα (ομάδα εφήβων) αποτελείται από 6 έως 9 άτομα. Στην παρούσα μελέτη ακολουθήθηκαν οι οδηγίες του εγχειριδίου αναφορικά με τα παραπάνω και για τις δυο παρεμβάσεις (ΓΣΘ Ομάδα και ΔΣΘ Ομάδα) και επιπλέον προστέθηκε μια ενισχυτική συνεδρία μετά τη λήξη των 14 συναντήσεων (μετά την επαναληπτική μέτρηση 3 μήνες μετά). Η επανάληψη της διαγνωστικής συνέντευξης έλαβε χώρα στην επαναληπτική μέτρηση 6 μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης και σε αυτή συμμετείχαν οι έφηβοι και των τριών ομάδων της μελέτης (Πειραματική 1: ΓΣΘ Ομάδα, Πειραματική 2: ΔΣΘ Ομάδα, Ομάδα Ελέγχου).

7.5. Παρεμβάσεις

7.5.1. Πειραματική Ομάδα 1: Γνωστική Συμπεριφορική Παρέμβαση (ΓΣΘ Ομάδα)

Η γνωστική συμπεριφορική παρέμβαση, βασίστηκε στη μελέτη των Arnason και Craighead (2009) για την πρόληψη του πρώτου επεισοδίου της κατάθλιψης σε παιδιά ηλικίας 14 με 15 ετών. Η παρέμβασή βασίζεται στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας των συμμετεχόντων, στα πλαίσια μιας γνωστικής-συμπεριφορικής ομαδικής θεραπείας εφήβων. Η παρέμβαση των Arnason και Craighead (2009) εστιάζει σε εφήβους οι οποίοι είτε εμφανίζουν υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα ή χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ενός τρόπου σκέψης αρνητικής γνωσιακής απόδοσης (attributional style). Στην παρούσα μελέτη το κριτήριο που επιλέχθηκε ήταν η υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία με βάση την ανάλυση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στον γενικό πληθυσμό των εφήβων της Έρευνας 1.

Οι πρώτες 9 ομαδικές συναντήσεις του προγράμματος αφορούν στη σύνδεση ανάμεσα στη σκέψη, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά, τη συμπεριφορική ενεργοποίηση μέσα από την προσθήκη ευχάριστων δραστηριοτήτων, τη θέσπιση καλών στόχων, τον εντοπισμό των γνωστικών διαστρεβλώσεων στη σκέψη και την γνωστική αναδόμηση. Στη συνέχεια οι υπόλοιπες 4 συναντήσεις αφιερώνονται στην εκπαίδευση σε δεξιότητες της επικοινωνίας. Συγκεκριμένα εστιάζουν στην εκπαίδευση στη διεκδικητικότητα, μέσα από την επίλυση προβλημάτων και την περαιτέρω εξάσκηση στην αμφισβήτηση των δυσπροσαρμοστικών γνωστικών διαστρεβλώσεων στην επικοινωνία. Στον Πίνακα 7.2 που ακολουθεί περιγράφονται αναλυτικά οι θεματικές των συναντήσεων του προγράμματος για την Πειραματική Ομάδα 1.

Πίνακας 7. 2 Θεματικές της Πειραματικής Ομάδας 1: Ομάδα Γνωστικού Συμπεριφορικού Προγράμματος

Συνάντηση 1	Αρχές επικοινωνίας- Σκέψη, Συναίσθημα, Συμπεριφορά I
Συνάντηση 2	Σκέψη, Συναίσθημα, Συμπεριφορά II (φαύλος κύκλος)
Συνάντηση 3	Συμπεριφορά και Συναίσθημα I (χαλάρωση και μέτρηση αναφοράς)
Συνάντηση 4	Συμπεριφορά και Συναίσθημα II (συχνότητα ευχάριστων δραστηριοτήτων)
Συνάντηση 5	Θέσπιση στόχων (χαρακτηριστικά καλών στόχων και ανταμοιβή)
Συνάντηση 6	Σκέψη και Συναίσθημα I (εισαγωγή)
Συνάντηση 7	Σκέψη και Συναίσθημα II (γνωστικές διαστρεβλώσεις)
Συνάντηση 8	Σκέψη και Συναίσθημα III (επανεκτίμηση και αντεπιχειρήματα)
Συνάντηση 9	Σκέψη και Συναίσθημα IV (αυτο-αντίληψη)
Συνάντηση 10	Επικοινωνία I (ενεργητική ακρόαση)
Συνάντηση 11	Επικοινωνία II (επίλυση προβλημάτων επικοινωνίας)
Συνάντηση 12	Επικοινωνία III (ορισμός προβλήματος και επιλογής πιθανών λύσεων)
Συνάντηση 13	Επικοινωνία IV (δοκιμή της λύσης, μακροπρόθεσμοι στόχοι)
Συνάντηση 14	Ανακεφαλαίωση και λήξη του προγράμματος
Ενισχυτική συνεδρία	Ανασκόπηση όσων αναφέρθηκαν στις συναντήσεις του προγράμματος και ανατροφοδότηση για τη χρησιμότητα και την επιτυχία στην εφαρμογή τους στην καθημερινότητα (3 μήνες μετά τη λήξη του προγράμματος)

7.5.2. Πειραματική Ομάδα 2: Παρέμβαση Εκπαίδευσης σε Δεξιότητες της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας

Η δεύτερη παρέμβαση βασίστηκε στο πρόγραμμα εκπαίδευσης δεξιοτήτων DBT-STEPS-A, των Mazza, Dexter-Mazza, Miller, Rathus, και Murphy (2016). Οι θεματικές του προγράμματος στοχεύουν στην επίλυση συναισθηματικών

προβλημάτων στην εφηβική ηλικία μέσα από την εκπαίδευση σε τεχνικές της διαλεκτικής συμπεριφορικής θεραπείας, οι οποίες ερευνητικά έχει φανεί ότι είναι αποτελεσματικές στους εφήβους (Mehlum et al., 2014. Miller et al., 2007). Το πρόγραμμα έχει σχεδιαστεί για τον γενικό πληθυσμό και εκπαιδεύει τους εφήβους σε βασικές δεξιότητες ζωής. Ερευνητικά έχει μελετηθεί η αποτελεσματικότητα της ομαδικής εκπαίδευσης στις δεξιότητες της διαλεκτικής συμπεριφορικής θεραπείας, και η συμβολή της στη θεραπευτική αλλαγή (Niecsiu et al., 2010).

Η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία τυπικά αποτελείται από τις εξής βασικές θεματικές: α) την ανοχή στη δυσφορία με έμφαση στην αποδοχή, β) την διαπροσωπική αποτελεσματικότητα με έμφαση στην αλλαγή, και γ) τη ρύθμιση του συναισθήματος (James et al., 2008). Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκαν οι θεματικές της εκπαίδευσης στις δεξιότητες της ανοχής στη δυσφορία και της διαπροσωπικής αποτελεσματικότητας. Η εκπαίδευση σε δεξιότητες ανοχής στη δυσφορία έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία στους εφήβους (Peterson et al., 2014. Williams et al., 2013). Οι δεξιότητες της διαπροσωπικής αποτελεσματικότητας επιλέχθηκαν με βάση την βιβλιογραφία για την σημαντική επίδραση της βελτίωσης των διαπροσωπικών δεξιοτήτων στην κατάθλιψη (Young et al., 2017), αλλά και ως ισοδύναμο κομμάτι για τις θεματικές διαπροσωπικής επικοινωνίας και επίλυσης προβλημάτων στην Πειραματική Ομάδα 1 (ΓΣΘ Ομάδα) της μελέτης.

Αναλυτικότερα, η Πειραματική Ομάδα 2 (ΔΣΘ Ομάδα) παρακολούθησε 14 ομαδικές συναντήσεις, σε συχνότητα και διάρκεια αντίστοιχη με την Πειραματική Ομάδα 1 (ΓΣΘ Ομάδα). Οι πρώτες 9 συναντήσεις εστίαζαν στην θέσπιση προσωπικών στόχων για το πρόγραμμα, την αποσαφήνιση της έννοιας της ανοχής στη δυσφορία και στην εκπαίδευση σε αυτή μέσα από την αποδοχή, την αυτο-φροντίδα και την απόσπαση της προσοχής για σύντομο χρονικό διάστημα (και όπου αυτό είναι λειτουργικό). Στη

συνέχεια οι υπόλοιπες 5 συναντήσεις επικεντρώθηκαν στην εκπαίδευση στις δεξιότητες της διαπροσωπικής αποτελεσματικότητας και στην εφαρμογή των δεξιοτήτων των πρώτων συναντήσεων στις διαπροσωπικές σχέσεις. Οι συμμετέχοντες της ΔΣΘ Ομάδας παρακολούθησαν επίσης και μια ενισχυτική συνεδρία στους 3 μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης, όπως συνέβη και με τους συμμετέχοντες της ΓΣΘ Ομάδας. Στον Πίνακα 7.3 που ακολουθεί περιγράφονται αναλυτικά οι θεματικές των συναντήσεων του προγράμματος για την Πειραματική Ομάδα 2.

Πίνακας 7. 3 Θεματικές της Πειραματικής Ομάδας 2: Ομάδα Προγράμματος Εκπαίδευσης σε Δεξιότητες της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας (Ανοχή στη Δυσφορία και Διαπροσωπική Αποτελεσματικότητα)

Συνάντηση 1	Αρχές επικοινωνίας- Εισαγωγή στους στόχους του προγράμματος
Συνάντηση 2	«Δύσκολα» συναισθήματα και δεξιότητες ανοχής της δυσφορίας: εισαγωγή
Συνάντηση 3	Δεξιότητες επιβίωσης σε δύσκολες καταστάσεις
Συνάντηση 4	Αυτο-φροντίδα
Συνάντηση 5	Προβληματικές παρορμητικές συμπεριφορές – Υπέρ και Κατά
Συνάντηση 6	Δεξιότητες αποδοχής I
Συνάντηση 7	Δεξιότητες αποδοχής II: Βήματα για τον «δρόμο της αποδοχής»
Συνάντηση 8	Δεξιότητες αποδοχής II: παρατηρώ τις σκέψεις μου χωρίς να κρίνω
Συνάντηση 9	Δεξιότητες επιβίωσης και δεξιότητες αποδοχής ανασκόπηση
Συνάντηση 10	Δεξιότητες διαπροσωπικής αποτελεσματικότητας I
Συνάντηση 11	Δεξιότητες διαπροσωπικής αποτελεσματικότητας I: αποτελεσματικότητα στόχου
Συνάντηση 12	Δεξιότητες διαπροσωπικής αποτελεσματικότητας II: αποτελεσματικότητα διατήρησης της σχέσης
Συνάντηση 13	Δεξιότητες διαπροσωπικής αποτελεσματικότητας I: αποτελεσματικότητα διατήρησης του αυτό-σεβασμού
Συνάντηση 14	Αξιολόγηση των επιλογών στην διαπροσωπική αποτελεσματικότητα και λήξη του προγράμματος
Ενισχυτική συνεδρία	Ανασκόπηση όσων αναφέρθηκαν στις συναντήσεις του προγράμματος και ανατροφοδότηση για τη χρησιμότητα και την επιτυχία στην εφαρμογή των δεξιοτήτων του προγράμματος στην καθημερινότητα των συμμετεχόντων (3 μήνες μετά τη λήξη του προγράμματος)

7.5.3. Ομάδα ελέγχου

Οι συμμετέχοντες στην Ομάδα Ελέγχου, αποτέλεσαν την τρίτη ομάδα της έρευνας, με στόχο την σύγκριση των δυο παρεμβάσεων με μια ομάδα εφήβων που δεν έλαβαν κάποιου είδους παρέμβαση. Οι συμμετέχοντες της Ομάδας Ελέγχου, συμμετείχαν μόνο στις μετρήσεις της έρευνας και λειτούργησαν ως λίστα αναμονής. Κατά τη διάρκεια της μελέτης ενημερώθηκαν, ωστόσο, ότι μπορούσαν να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας σε περίπτωση που ένιωθαν ότι χρειαζόταν.

7.6. Ανάλυση Δεδομένων

Για τις στατιστικές αναλύσεις της έρευνας έγινε χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS, 20 (IBM STATISTICS). Αρχικά πραγματοποιήθηκαν οι έλεγχοι Kolmogorov-Smirnoff και Shapiro Wilk, οι οποίοι έδειξαν ότι η πλειοψηφία των μεταβλητών της έρευνας δεν ακολουθούσε κανονική κατανομή. Μη παραμετρικές αναλύσεις για ανεξάρτητα δείγματα χρησιμοποιήθηκαν στη συνέχεια με στόχο τη διερεύνηση της στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών μεταξύ των ομάδων. Για τη διερεύνηση των διαφορών ανάμεσα στις τρεις ομάδες της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Kruskal- Wallis, ο οποίος προτείνεται για συγκρίσεις πάνω από δυο ομάδων (Field, 2013). Στη συνέχεια χρησιμοποιήσαμε διομαδικούς ελέγχους Mann-Whitney για να διαπιστώσουμε ανάμεσα σε ποιες από τις τρεις ομάδες της έρευνας παρατηρήθηκαν οι διαφορές αυτές. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην ανάλυση για τις συγκρίσεις κατά ζεύγη στους επαναληπτικούς ελέγχους χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση της τιμής p με βάση τον αριθμό των συγκρίσεων ($0.05/3= 0.016$) (Field, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8. Αποτελέσματα Έρευνας 2

8.1. Τα επίπεδα της κατάθλιψης, του κοινωνικού άγχους, της ανοχής στη δυσφορία και της ανησυχίας, στο σύνολο του δείγματος, πριν την έναρξη της παρέμβασης

Στον Πίνακα 8.1 παρουσιάζονται τα βασικά στοιχεία (μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και διάμεσοι) για τα επίπεδα των μεταβλητών της μελέτης στο δείγμα της Έρευνας 2 στην έναρξη της μελέτης. Το δείγμα της Έρευνας 2 αποτελείται από εφήβους με υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία και κατά συνέπεια και μεταβλητές που σχετίζονται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα όπως το κοινωνικό άγχος, η ανησυχία και η ανοχή στη δυσφορία παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Τα υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα αποτέλεσαν κριτήριο για τη συμμετοχή των εφήβων του δείγματος στην Έρευνα 2. Το κοινωνικό άγχος (μ.ο.= 24,63) και η ανησυχία (μ.ο.= 18,17) είναι επίσης σε αρκετά υψηλά επίπεδα στους συμμετέχοντες του δείγματος. Τέλος, η ανοχή στη δυσφορία με μέσο όρο 2,65 στο δείγμα δείχνει ότι οι έφηβοι της Έρευνας 2 αξιολογούν κάπως χαμηλά την ικανότητά τους να ανέχονται τα δυσφορικά συναισθήματα.

Πίνακας 8. 1 Δείγμα (N), Μέσοι Όροι (M.O), Τυπικές Αποκλίσεις (T.A) και Διάμεσοι (Δμ) των Μεταβλητών της Έρευνας

<i>Μεταβλητές</i>	<i>N</i>	<i>M.O</i>	<i>T.A</i>	<i>Δμ</i>
Κατάθλιψη (CDI)	113	19,47	2,02	19
Κατάθλιψη (KADS)	113	6,83	2,64	6
Κοινωνικό άγχος	113	24,63	8,54	25
Ανοχή στη Δυσφορία	113	2,65	0,62	2,61
Ανησυχία	113	18,17	4,21	19

8.2. Διερεύνηση διαφορών στα επίπεδα των μεταβλητών πριν την έναρξη της παρέμβασης (Time 1)

Για να διερευνήσουμε αν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μετά την τυχαιοποιημένη κατανομή των συμμετεχόντων στις τρεις ομάδες της μελέτης χρησιμοποιήσαμε τον έλεγχο Kruskal -Wallis (ανάλυση η οποία ενδείκνυται όταν γίνονται συγκρίσεις για περισσότερες από δυο ομάδες). Δεν φάνηκε να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα των μεταβλητών μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα της κατάθλιψης ($H_{CDI}(2) = 0.227, p = 0.893, H_{KADS}(2) = 0.279, p = 0.870$), στο κοινωνικό άγχος ($H(2) = 1.185, p = 0.553$), στην ανοχή στη δυσφορία ($H(2) = 0.972, p = 0.615$), και στην ανησυχία, αν και η μη στατιστική σημαντικότητα στα επίπεδα της ανησυχίας ήταν οριακή ($H(2) = 5.985, p = 0.05$).

8.3. Διερεύνηση διαφορών στα επίπεδα των μεταβλητών στη λήξη της παρέμβασης (Time 2)

Οι έλεγχοι Kruskal -Wallis έδειξαν ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων (Πειραματική Ομάδα 1 (ΓΣΘ)- Πειραματική Ομάδα 2 (ΔΣΘ)- Ομάδα Ελέγχου) στα επίπεδα της κατάθλιψης, όπως αυτά αξιολογήθηκαν και από τα

δυο ερωτηματολόγια της μελέτης ($H_{CDI}(2) = 6.661, p = 0.036, H_{KADS}(2) = 12.975, p = 0.002$), στα επίπεδα της ανοχής στη δυσφορία ($H(2) = 18.924, p = 0.000$), στα επίπεδα της ανησυχίας ($H(2) = 9.913, p = 0.007$), όχι όμως στα επίπεδα του κοινωνικού άγχους ($H(2) = 0.613, p = 0.736$).

Στη συνέχεια χρησιμοποιήσαμε διομαδικούς ελέγχους Mann-Whitney για να διαπιστώσουμε ανάμεσα σε ποιες από τις τρεις ομάδες της έρευνας παρατηρήθηκαν οι διαφορές αυτές. Όπως αναφέρεται και παραπάνω στην ανάλυση για τις συγκρίσεις κατά ζεύγη στους επαναληπτικούς ελέγχους έγινε διόρθωση της τιμής p ($0.05/3 = 0.016$).

Στη σύγκριση ανάμεσα στην Πειραματική Ομάδα 1 (ΓΣΘ) και την Πειραματική Ομάδα 2 (ΔΣΘ) φάνηκε ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης ($\Delta\mu_{CDI-ΓΣΘ}=15, \Delta\mu_{CDI-ΔΣΘ}=13, U=512,000, z = -1.183, p = 0.237, r = -.14$ και $\Delta\mu_{KADS-ΓΣΘ}=4, \Delta\mu_{KADS-ΔΣΘ}= 3, U=447.000, z = -1.975, p = 0.048, r = -.23$), όπως επίσης και στα επίπεδα της ανησυχίας ($\Delta\mu_{ΓΣΘ}=17, \Delta\mu_{-ΔΣΘ}=15, U=498.000, z = -1.349, p = 0.177, r = -.16$). Όσον αφορά στα επίπεδα της ανοχής στη δυσφορία, φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες στην Πειραματική Ομάδα 2 (ΔΣΘ) εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ανοχής στη δυσφορία ($\Delta\mu = 3,31$) συγκριτικά με τους συμμετέχοντες Πειραματική Ομάδα 1 (ΓΣΘ) ($\Delta\mu = 2,92$), $U = 389.500, z = -2.623, p = 0.009, r = -.31$).

Στη σύγκριση ανάμεσα στην Πειραματική Ομάδα 1 (ΓΣΘ) και την ομάδα Ελέγχου (ΟΕ) δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία από τις μεταβλητές της μελέτης. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες και στις δυο ομάδες δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα καταθλιπτικά συμπτώματα ($\Delta\mu_{CDI-ΓΣΘ}=15, \Delta\mu_{CDI-ΕΛΕΓΧΟΥ}=18, U=578,500, z = -1.451, p = 0.147, r = -.16$ και $\Delta\mu_{KADS-ΓΣΘ}=4, \Delta\mu_{KADS-ΕΛΕΓΧΟΥ}=6, U=560.000, z = -1.654, p = 0.098, r = -.18$), στα επίπεδα της

ανησυχίας ($\Delta\mu_{\Gamma\Sigma\Theta}=17$, $\Delta\mu_{\text{ΕΛΕΓΧΟΥ}}=19$, $U=555.000$, $z= -1.699$, $p= 0.089$, $r= -.19$) και στα επίπεδα της ανοχής στη δυσφορία ($\Delta\mu_{\Gamma\Sigma\Theta}=2,92$, $\Delta\mu_{\text{ΕΛΕΓΧΟΥ}}=2,46$, $U=531.500$, $z= -1.940$, $p= 0.052$, $r= -.22$).

Τέλος, στη σύγκριση ανάμεσα στην Πειραματική Ομάδα 2 ($\Delta\Sigma\Theta$) και στην Ομάδα Ελέγχου (ΟΕ) βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Συγκεκριμένα υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα καταθλιπτικά συμπτώματα ($\Delta\mu_{\text{CDI-}\Delta\Sigma\Theta}=13$, $\Delta\mu_{\text{CDI-ΕΛΕΓΧΟΥ}}=18$, $U=477.000$, $z= -2,511$, $p= 0.012$, $r= -.28$ και $\Delta\mu_{\text{KADS-}\Delta\Sigma\Theta}=3$, $\Delta\mu_{\text{CDI-ΕΛΕΓΧΟΥ}}=6$, $U=380.500$, $z= -3.548$, $p= 0.000$, $r= -.40$), στα επίπεδα της ανησυχίας ($\Delta\mu_{\Delta\Sigma\Theta}=15$, $\Delta\mu_{\text{CDI-ΕΛΕΓΧΟΥ}}=19$, $U=417.000$, $z= -3.141$, $p= 0.002$, $r= -.36$) και στα επίπεδα της ανοχής στη δυσφορία ($\Delta\mu_{\Delta\Sigma\Theta}=3,31$, $\Delta\mu_{\text{CDI-ΕΛΕΓΧΟΥ}}=2,46$, $U=316.500$, $z= -4.183$, $p= 0.000$, $r= -.48$).

Συμπερασματικά οι διομαδικές συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων της μελέτης έδειξαν ότι κατά τη λήξη της παρέμβασης στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν ανάμεσα στην $\Delta\Sigma\Theta$ Ομάδα και την Ομάδα Ελέγχου στα συμπτώματα της κατάθλιψης, της ανησυχίας και στην ανοχή στη δυσφορία. Η $\Gamma\Sigma\Theta$ ομάδα δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντικές διαφορές με την Ομάδα Ελέγχου σε αυτή τη μέτρηση. Μεταξύ των δυο πειραματικών ομάδων φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο στα επίπεδα της ανοχής της δυσφορίας με την $\Delta\Sigma\Theta$ ομάδα να υπερτερεί.

Πίνακας 8. 2 Μέσοι όροι (Μ.Ο.), τυπικές αποκλίσεις (Τ.Α.), και διάμεσοι (Δμ) για τις τρεις ομάδες της Έρευνας στην έναρξη των προγραμμάτων πρόληψης (Time 1)

	<i>Κατάθλιψη- CDI</i>		<i>Κατάθλιψη- KADS</i>		<i>Κοινωνικό Άγχος</i>		<i>Ανοχή στη Δυσφορία</i>		<i>Ανησυχία</i>	
	M.O. (T.A.)	Δμ	M.O. (T.A)	Δμ	M.O. (T.A)	Δμ	M.O. (T.A)	Δμ	M.O. (T.A)	Δμ
Γ.Σ.Θ.(N=35)	19,57 (1.93)	19	6,88 (2.48)	7	25,91 (8.76)	25	2,76 (0,62)	2,54	17,54 (4.56)	18
Δ.Σ.Θ.(N=35)	19,4 (2.12)	19	6,68 (2,68)	6	24,57 (8,44)	25	2,6 (0,60)	2,61	17,23 (4.24)	17
Ο.Ε. (N=43)	19,44 (2.06)	19	6,9 (2.80)	6	23,63 (8.50)	23	2,61 (0.63)	2,54	19,44 (3.61)	19

Πίνακας 8. 3 Μέσοι όροι (Μ.Ο.), τυπικές αποκλίσεις (Τ.Α.), και διάμεσοι (Δμ) για τις τρεις ομάδες της Έρευνας στη λήξη των προγραμμάτων πρόληψης (Time 2)

	<i>Κατάθλιψη- CDI</i>		<i>Κατάθλιψη- KADS</i>		<i>Κοινωνικό Άγχος</i>		<i>Ανοχή στη Δυσφορία</i>		<i>Ανησυχία</i>	
	M.O. (T.A.)	Δμ	M.O. (T.A)	Δμ	M.O. (T.A)	Δμ	M.O. (T.A)	Δμ	M.O. (T.A)	Δμ
Γ.Σ.Θ.(N=35)	15,06 (5.09)	15	5,11 (2.69)	4	24,57 (10.21)	22	2,89 (0,60)	2,92	16,54 (4.61)	17
Δ.Σ.Θ.(N=35)	14 (4.52)	13	4 (2,18)	3	22,54 (8,22)	21	3,32 (0,60)	3,31	15,34 (3.84)	15
Ο.Ε. (N=41)	17,02 (6.09)	18	6,1 (2.74)	6	22,19 (7.45)	21	2,63 (0.66)	2,46	18,24 (3.53)	19

8.4. Διερεύνηση διαφορών στα επίπεδα των μεταβλητών στους τρεις μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης (Time 3)

Οι έλεγχοι Kruskal -Wallis έδειξαν ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων στα επίπεδα της κατάθλιψης ($H_{CDI}(2) = 29.020, p = 0.000$, $H_{KADS}(2) = 26.893, p = 0.000$), στα επίπεδα ανοχής στη δυσφορία ($H(2) = 30.505, p = 0.000$), στα επίπεδα της ανησυχίας ($H(2) = 10.826, p = 0.004$). Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα του κοινωνικού άγχους μεταξύ των ομάδων ($H(2) = 2.721, p = 0.256$).

Οι διομοαδικοί έλεγχοι Mann-Whitney έδειξαν ότι ανάμεσα στην Πειραματική Ομάδα 1 (ΓΣΘ) και την Πειραματική Ομάδα 2 (ΔΣΘ) υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά, αν και οριακή, όσον αφορά στην ανοχή στη δυσφορία. Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες στην ΔΣΘ ομάδα ($\Delta\mu = 3,46$), εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα ανοχής στη δυσφορία συγκριτικά με τους συμμετέχοντες στην ΓΣΘ ομάδα ($\Delta\mu = 2,92$), $U = 380.000, z = -2.427, p = 0.015, r = -.29$. Σε καμία άλλη μεταβλητή δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δυο αυτές ομάδες ($\Delta\mu_{CDI_ΓΣΘ} = 13$, $\Delta\mu_{CDI_ΔΣΘ} = 15, U = 450.500, z = -1.565, p = 0.118$, $\Delta\mu_{KADS_ΓΣΘ} = 4, \Delta\mu_{KADS_ΔΣΘ} = 4, U = 486.000, z = -1.139, p = 0.255$, $\Delta\mu_{ΑΝΗΣΥΧΙΑ_ΓΣΘ} = 16, \Delta\mu_{ΑΝΗΣΥΧΙΑ_ΔΣΘ} = 16, U = 566.000, z = -0.142, p = 0.887$).

Στις συγκρίσεις ανάμεσα στην Πειραματική Ομάδα 1 (ΓΣΘ) και την Ομάδα Ελέγχου (ΟΕ) όλες οι μεταβλητές παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές τρεις μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης. Αναλυτικά, οι συμμετέχοντες στην ΓΣΘ ομάδα εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων, σύμφωνα και με τα δυο ερωτηματολόγια της κατάθλιψης ($\Delta\mu_{CDI_ΓΣΘ} = 13$, $\Delta\mu_{CDI_ΕΛΕΓΧΟΥ} = 20, U = 299.000, z = -4.471, p = 0.000, r = -.50$ και $\Delta\mu_{KADS_ΓΣΘ} = 4$, $\Delta\mu_{KADS_ΕΛΕΓΧΟΥ} = 6, U = 294.000, z = -4.547, p = 0.000, r = -.51$). Οι συμμετέχοντες της

ΓΣΘ ομάδας εμφάνισαν επίσης, σημαντικά χαμηλότερη ανησυχία ($\Delta\mu_{\text{ΑΝΗΣΥΧΙΑ}_{\text{ΓΣΘ}}}=16$, $\Delta\mu_{\text{ΑΝΗΣΥΧΙΑ}_{\text{ΕΛΕΓΧΟΥ}}}=19$, $U=451.500$, $z= -2.783$, $p= 0.005$, $r= -$.31) και υψηλότερα επίπεδα ανοχής στη δυσφορία ($\Delta\mu_{\text{ΓΣΘ}}= 2,92$) από ότι η Ομάδα Ελέγχου ($\Delta\mu_{\text{ΕΛΕΓΧΟΥ}}= 2,46$, $U=411.500$, $z= -3.313$, $p= 0.001$, $r= -.37$).

Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και ανάμεσα στην Πειραματική Ομάδα 2 (ΔΣΘ) και την Ομάδα Ελέγχου (ΟΕ). Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες στην ΔΣΘ ομάδα εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και στα δυο ερωτηματολόγια της κατάθλιψης ($\Delta\mu_{\text{CDI}_{\text{ΔΣΘ}}}= 15$, $\Delta\mu_{\text{CDI}_{\text{ΕΛΕΓΧΟΥ}}}= 20$, $U=268.000$, $z= -4.548$, $p= 0.000$, $r= -.52$ και $\Delta\mu_{\text{KADS}_{\text{ΔΣΘ}}}= 4$, $\Delta\mu_{\text{CDI}_{\text{ΕΛΕΓΧΟΥ}}}= 6$, $U=308.500$, $z= -4.146$, $p= 0.000$, $r= -.48$). Εμφάνισαν επίσης, χαμηλότερα επίπεδα στην ανησυχία ($\Delta\mu_{\text{ΑΝΗΣΥΧΙΑ}_{\text{ΔΣΘ}}}=16$, $\Delta\mu_{\text{ΑΝΗΣΥΧΙΑ}_{\text{ΕΛΕΓΧΟΥ}}}=19$, $U=418.500$, $z= -2.815$, $p= 0.005$, $r= -.32$) και υψηλότερα στην ανοχή στη δυσφορία από ότι η Ομάδα Ελέγχου ($\Delta\mu_{\text{ΔΣΘ}}= 3,46$, $\Delta\mu_{\text{ΕΛΕΓΧΟΥ}}= 2,46$, $U=197.500$, $z= -5.295$, $p= 0.000$, $r= -.61$). Στην σύγκριση αυτή, όπως φαίνεται, διαπιστώθηκε και ένα μεγάλο μέγεθος επίδρασης για τη διαφορά μεταξύ των ομάδων.

Με λίγα λόγια, στη μέτρηση 3 μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης, η ΔΣΘ Ομάδα διατήρησε τα στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα στην ανοχή στη δυσφορία συγκριτικά με την Ομάδα Ελέγχου και την ΓΣΘ Ομάδα. Στις μεταβλητές της κατάθλιψης και της ανησυχίας βρέθηκε επίσης ότι διατηρήθηκε η στατιστικά σημαντική διαφορά με την Ομάδα Ελέγχου. Η ΓΣΘ Ομάδα επίσης εμφάνισε στατιστικά σημαντικές διαφορές με την Ομάδα Ελέγχου, στα καταθλιπτικά συμπτώματα, την ανησυχία και την ανοχή στη δυσφορία, σε αυτό το χρονικό σημείο.

8.5. Διερεύνηση διαφορών στα επίπεδα των μεταβλητών στους έξι μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης (Time 4)

Οι έλεγχοι Kruskal -Wallis, στην τελική μέτρηση, έδειξαν ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων σε όλες τις μεταβλητές της μελέτης. Συγκεκριμένα, στα επίπεδα της κατάθλιψης ($H_{CDI}(2) = 22.643$, $p = 0.000$, $H_{KADS}(2) = 21.918$, $p = 0.000$), στα επίπεδα ανοχής στη δυσφορία ($H(2) = 30.683$, $p = 0.000$), στα επίπεδα της ανησυχίας ($H(2) = 15.090$, $p = 0.001$) και στα επίπεδα του κοινωνικού άγχους ($H(2) = 8.005$, $p = 0.018$).

Οι έλεγχοι Mann-Whitney έδειξαν ότι στη σύγκριση ανάμεσα στην Πειραματική Ομάδα 1 (ΓΣΘ) και την Πειραματική Ομάδα 2 (ΔΣΘ) στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρξε μόνο όσον αφορά στην ανοχή στη δυσφορία. Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες στην ΔΣΘ ομάδα εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ανοχής στη δυσφορία ($\Delta\mu = 3,54$), συγκριτικά με τους συμμετέχοντες στην ΓΣΘ ομάδα ($\Delta\mu = 2,81$), $U = 262,000$, $z = -3.359$, $p = 0.001$, $r = -.41$. Σε καμία άλλη μεταβλητή δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές ($\Delta\mu_{CDI_{\Gamma\Sigma\Theta}} = 13$, $\Delta\mu_{CDI_{\Delta\Sigma\Theta}} = 14$, $U = 494.500$, $z = -0.236$, $p = 0.814$, $\Delta\mu_{KADS_{\Gamma\Sigma\Theta}} = 4$, $\Delta\mu_{KADS_{\Delta\Sigma\Theta}} = 5$, $U = 420.000$, $z = -1.248$, $p = 0.212$, $\Delta\mu_{\text{ΑΝΗΣΥΧΙΑ}_{\Gamma\Sigma\Theta}} = 15$, $\Delta\mu_{\text{ΑΝΗΣΥΧΙΑ}_{\Delta\Sigma\Theta}} = 15$, $U = 502.000$, $z = -0.135$, $p = 0.893$, $\Delta\mu_{\text{ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΓΧΟΣ}_{\Gamma\Sigma\Theta}} = 20,5$, $\Delta\mu_{\text{ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΓΧΟΣ}_{\Delta\Sigma\Theta}} = 17,5$, $U = 492.000$, $z = -0.269$, $p = 0.788$).

Στις συγκρίσεις ανάμεσα στην Πειραματική Ομάδα 1 (ΓΣΘ) και στην Ομάδα Ελέγχου (ΟΕ) όλες οι μεταβλητές παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές 6 μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης. Αναλυτικά, οι συμμετέχοντες στην ΓΣΘ ομάδα εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων, σύμφωνα και με τα δυο ερωτηματολόγια της κατάθλιψης ($\Delta\mu_{CDI_{\Gamma\Sigma\Theta}} = 13$, $\Delta\mu_{CDI_{\text{ΕΛΕΓΧΟΥ}}} = 22$, $U = 231.500$, $z = -4.130$, $p = 0.000$, $r = -.50$ και $\Delta\mu_{KADS_{\Gamma\Sigma\Theta}} = 4$, $\Delta\mu_{KADS_{\text{ΕΛΕΓΧΟΥ}}} = 8$,

U=219.500, z= -4.299, p= 0.000, r= -.52 Οι συμμετέχοντες της ΓΣΘ ομάδας εμφάνισαν επίσης, σημαντικά χαμηλότερη ανησυχία ($\Delta_{\text{ΜΑΝΗΣΥΧΙΑ_ΓΣΘ}}=15$, $\Delta_{\text{ΜΑΝΗΣΥΧΙΑ_ΕΛΕΓΧΟΥ}}=19$, U=286.500, z= -3.448, p= 0.001, r= -.42), χαμηλότερο κοινωνικό άγχος $\Delta_{\text{ΜΚΟΙΝΩΝΙΚΟ_ΑΓΧΟΣ_ΓΣΘ}}= 20,5$, $\Delta_{\text{ΜΚΟΙΝΩΝΙΚΟ_ΑΓΧΟΣ_ΟΕ}}= 26$, U=364.000, z=-2.464, p=0.014, r=-.30) και υψηλότερα επίπεδα ανοχής στη δυσφορία ($\Delta_{\text{ΜΓΣΘ}}= 2,81$) από ότι η Ομάδα Ελέγχου ($\Delta_{\text{ΜΕΛΕΓΧΟΥ}}= 2,54$, U=362.500, z= -2.482, p= 0.013, r= -.30).

Στις συγκρίσεις ανάμεσα στην στην Πειραματική Ομάδα 2 (ΔΣΘ) και στην Ομάδα Ελέγχου (ΟΕ) επίσης, όλες οι μεταβλητές παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές 6 μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης. Αναλυτικά, οι συμμετέχοντες στην ΔΣΘ ομάδα εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων, σύμφωνα και με τα δυο ερωτηματολόγια της κατάθλιψης ($\Delta_{\text{ΜCDI_ΔΣΘ}}= 14$, $\Delta_{\text{ΜCDI_ΕΛΕΓΧΟΥ}}= 22$, U=240.000, z= -4.025, p= 0.000, r= -.49 και $\Delta_{\text{ΜΚΑΔΣ_ΔΣΘ}}= 5$, $\Delta_{\text{ΜΚΑΔΣ_ΕΛΕΓΧΟΥ}}= 8$, U=282.000, z= -3.509, p= 0.000, r= -.42 Οι συμμετέχοντες της ΔΣΘ ομάδας εμφάνισαν επίσης, σημαντικά χαμηλότερη ανησυχία ($\Delta_{\text{ΜΑΝΗΣΥΧΙΑ_ΔΣΘ}}=15$, $\Delta_{\text{ΜΑΝΗΣΥΧΙΑ_ΕΛΕΓΧΟΥ}}=19$, U=305.000, z= -3.212, p= 0.001, r= -.39), χαμηλότερο κοινωνικό άγχος $\Delta_{\text{ΜΚΟΙΝΩΝΙΚΟ_ΑΓΧΟΣ_ΔΣΘ}}= 17,5$, $\Delta_{\text{ΜΚΟΙΝΩΝΙΚΟ_ΑΓΧΟΣ_ΟΕ}}= 26$, U=370.500, z=-2.382, p=0.017, r=-.29) και υψηλότερα επίπεδα ανοχής στη δυσφορία ($\Delta_{\text{ΜΔΣΘ}}= 3,54$) από ότι η Ομάδα Ελέγχου ($\Delta_{\text{ΜΕΛΕΓΧΟΥ}}= 2,54$, U=136.500, z= -5.320, p= 0.000, r= -.65).

Εν κατακλείδι, στην τελευταία μέτρηση και οι δυο Πειραματικές Ομάδες είχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με την Ομάδα Ελέγχου όσον αφορά στα επίπεδα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, της ανησυχίας, της ανοχής στη δυσφορία, αλλά και του κοινωνικού άγχους. Και σε αυτή τη μέτρηση η μόνη στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο Πειραματικών Ομάδων (ΓΣΘ και ΔΣΘ) βρέθηκε στα επίπεδα της ανοχής στη δυσφορία.

Πίνακας 8. 4 Μέσοι όροι (Μ.Ο.), τυπικές αποκλίσεις (Τ.Α.), και διάμεσοι (Δμ) για τις τρεις ομάδες της Έρευνας, τρεις μήνες μετά τη λήξη των προγραμμάτων πρόληψης (Time 3)

	Κατάθλιψη- CDI		Κατάθλιψη- KADS		Κοινωνικό Άγχος		Ανοχή στη Δυσφορία		Ανησυχία	
	Μ.Ο. (Τ.Α.)	Δμ	Μ.Ο. (Τ.Α.)	Δμ	Μ.Ο. (Τ.Α.)	Δμ	Μ.Ο. (Τ.Α.)	Δμ	Μ.Ο. (Τ.Α.)	Δμ
Γ.Σ.Θ.(N=35)	13,91 (4.97)	13	4,43 (2.95)	4	22,37 (8.82)	19	2,99 (0,60)	2,92	15,91 (4.07)	16
Δ.Σ.Θ.(N=33)	14,72 (3.50)	15	4,75 (2,22)	4	21,90 (7,18)	21	3,38 (0,56)	3,46	15,85 (4.2)	16
Ο.Ε. (N=42)	19,02 (4.17)	20	6,88 (2.01)	6	24,14 (7.64)	23	2,38 (0.57)	2,46	19,44 (7.47)	19

Πίνακας 8. 5 Μέσοι όροι (Μ.Ο.), τυπικές αποκλίσεις (Τ.Α.), και διάμεσοι (Δμ) για τις τρεις ομάδες της Έρευνας έξι μήνες μετά τη λήξη των προγραμμάτων πρόληψης (Time 4)

	Κατάθλιψη- CDI		Κατάθλιψη- KADS		Κοινωνικό Άγχος		Ανοχή στη Δυσφορία		Ανησυχία	
	Μ.Ο. (Τ.Α.)	Δμ	Μ.Ο. (Τ.Α.)	Δμ	Μ.Ο. (Τ.Α.)	Δμ	Μ.Ο. (Τ.Α.)	Δμ	Μ.Ο. (Τ.Α.)	Δμ
Γ.Σ.Θ.(N=32)	13,62 (5.57)	13	4,16 (2.57)	4	21,56 (8.62)	20,5	2,89 (0,65)	2,81	15,25 (4.02)	15
Δ.Σ.Θ.(N=32)	13,84 (5.39)	14	4,97 (2,5)	5	21,19 (8,49)	17,5	3,48 (0,63)	3,54	15,44 (3.93)	15
Ο.Ε. (N=35)	20,31 (6.02)	22	7,43 (3.01)	8	25,94 (8.6)	26	2,5 (0.55)	2,54	18,63 (3.46)	19

8.6. Η διάγνωση της κατάθλιψης στην επαναληπτική διαγνωστική συνέντευξη

Στην επαναληπτική διαγνωστική συνέντευξη οι συμμετέχοντες συμμετείχαν ξανά στη διαγνωστική συνέντευξη K-SADS-PL. Συνολικά για την επαναληπτική διαγνωστική συνέντευξη προσήλθαν 99 άτομα από τους αρχικά 113 συμμετέχοντες κατά την έναρξη της Έρευνας 2. Δόθηκαν συνολικά 9 διαγνώσεις και όλες αφορούσαν στη διάγνωση της κατάθλιψης εκτός από μια που αφορούσε τη διάγνωση της διαταραχής του γενικευμένου άγχους. Από αυτές οι 6 διαγνώσεις αφορούσαν συμμετέχοντες της Ομάδας Ελέγχου και οι 3 τους συμμετέχοντες των δυο Πειραματικών Ομάδων.

Συγκεκριμένα, από τους συμμετέχοντες στη ΓΣΘ ομάδα, προσήλθαν για την επαναληπτική διαγνωστική συνέντευξη συνολικά 32 άτομα (από τους 35 στην έναρξη της μελέτης). Ένα άτομο από την ΓΣΘ Ομάδα πληρούσε τα κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης στη μέτρηση 6 μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης. Από την ΔΣΘ ομάδα προσήλθαν 32 άτομα (35 ξεκίνησαν το πρόγραμμα) και 2 από τους συμμετέχοντες έλαβαν τη διάγνωση της κατάθλιψης. Τέλος, στην Ομάδα Ελέγχου από τα 35 άτομα (43 συμμετέχοντες στην έναρξη της μελέτης) 6 άτομα έλαβαν κάποια διάγνωση. Μια διάγνωση αφορούσε στη Διαταραχή του Γενικευμένου Άγχους και οι υπόλοιπες στην Κατάθλιψη.

8.7. Συμμετοχή και ενδιαφέρον για τα προγράμματα παρέμβασης

Για τη ΓΣΘ Ομάδα ο μέσος όρος παρουσιών ήταν 9.83 και για τη ΔΣΘ Ομάδα 9.66. Η μέση τιμή, για το πόσο ενδιαφέρον τους φάνηκε το πρόγραμμα, ήταν 34,83 στην πρώτη ομάδα και 34,92 στη δεύτερη. Η μέση τιμή στα ερωτήματα που αφορούσαν θεματικές του προγράμματος που δεν παρακολούθησαν ήταν 1.38 στην ΓΣΘ Ομάδα (για θεματικές της ΔΣΘ Ομάδας) και 1,46 στην ΔΣΘ Ομάδα (για θεματικές της ΓΣΘ

Ομάδας). Η μέση τιμή για τα 3 ερωτήματα που συμπεριλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο και δεν αφορούσαν ούτε τη μια ούτε την άλλη παρέμβαση, η μέση τιμή στην ΓΣΘ Ομάδα ήταν 0,83 και στην ΔΣΘ 0,71.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9. Συζήτηση Έρευνας 2

9.1. Σύγκριση μεταξύ των ομάδων (ΓΣΘ – ΔΣΘ- Ομάδα Ελέγχου) στην έναρξη της Έρευνας 2

Πριν την έναρξη της παρέμβασης δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία από τις υπό μελέτη μεταβλητές (κατάθλιψη, ανησυχία, ανοχή στη δυσφορία, κοινωνικό άγχος) μεταξύ των τριών ομάδων της Έρευνας 2 (ΓΣΘ Ομάδα, ΔΣΘ Ομάδα, Ομάδα Ελέγχου). Στις επαναληπτικές μετρήσεις που έγιναν στη λήξη της παρέμβασης, στους 3 μήνες και στους 6 μήνες μετά, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων. Η μη ύπαρξή τους στην έναρξη της παρέμβασης μας βοηθά να αποδώσουμε με μεγαλύτερη ασφάλεια τις μετέπειτα αλλαγές που παρατηρήθηκαν στη συμμετοχή των εφήβων στις ομάδες της έρευνας. Παρακάτω ακολουθεί η αναλυτική περιγραφή των στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των ομάδων στη λήξη των παρεμβάσεων και στις επαναληπτικές μετρήσεις καθώς επίσης και ο σχολιασμός τους.

9.2. Σύγκριση ανάμεσα στις δυο Πειραματικές Ομάδες (ΓΣΘ -ΔΣΘ) και την Ομάδα Ελέγχου στη λήξη των παρεμβάσεων και στις επαναληπτικές μετρήσεις

Οι συμμετέχοντες στη ΔΣΘ Ομάδα, ήδη από τη λήξη της παρέμβασης, εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ανησυχίας και υψηλότερα επίπεδα ανοχής στη δυσφορία από τους συμμετέχοντες της Ομάδας Ελέγχου. Τα αποτελέσματα αυτά διατηρήθηκαν σε όλες τις μετρήσεις της έρευνας (3 και 6 μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης). Στη λήξη της παρέμβασης δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της ΓΣΘ Ομάδας και της Ομάδας Ελέγχου, ωστόσο στις μετρήσεις στους 3 και στους 6 μήνες η ΓΣΘ Ομάδα παρουσίασε

αντίστοιχα αποτελέσματα με την ΔΣΘ Ομάδα στη σύγκρισή της με την Ομάδα Ελέγχου για την κατάθλιψη, την ανησυχία και την ανοχή στη δυσφορία.

Στη παρούσα μελέτη οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα εκπαίδευσης σε Δεξιότητες της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας (ΔΣΘ Ομάδα) ήταν οι μόνοι από τις δυο Πειραματικές Ομάδες που είχαν στατιστικά σημαντική βελτίωση στα συμπτώματα της κατάθλιψης, της ανησυχίας και στην ανοχή στη δυσφορία στη λήξη της παρέμβασης, συγκριτικά με την Ομάδα Ελέγχου. Η εκπαίδευση σε δεξιότητες της ανοχής στη δυσφορία μαζί με αυτές τις διαπροσωπικής αποτελεσματικότητας αποτελούσαν τις θεματικές που επιλέχθηκαν στη παρέμβαση της ΔΣΘ Ομάδας. Η επικέντρωση της προσοχής στο παρόν, η εκπαίδευση στην ανοχή της δυσφορίας και η αποδοχή, έχει υποστηριχθεί ερευνητικά ότι συνδέονται με τη θεραπευτική αλλαγή (Hayes et al., 2004). Στην παρούσα μελέτη το πρόγραμμα της ΔΣΘ Ομάδας εστίαζε στην βελτίωση της ανοχής στη δυσφορία μέσα από την αποδοχή και την επικέντρωση στο παρόν. Η επικέντρωση στο παρόν αποτελεί μια πιο απλή μορφή της κλασικής εκπαίδευσης στην ενσυνειδητότητα, την οποία μαθαίνουν γρήγορα οι έφηβοι (Jennings & Arpsche, 2014) και η οποία υποστηρίζεται ότι συνδέεται με την αποφυγή και τη μείωση του μηρυκασμού (Brass et al., 2014). Η αποδοχή (η οποία αποτελεί βασικό κομμάτι της εκπαίδευσης στην ανοχή στη δυσφορία) εστιάζει στην περισσότερο άμεση αλλαγή της σχέσης με τις δυσλειτουργικές σκέψεις, συγκριτικά με την αλλαγή του περιεχομένου τους (Hayes et al., 2004). Από τα αποτελέσματα στη λήξη των παρεμβάσεων φάνηκε ότι η εκπαίδευση σε αυτές τις δεξιότητες είχαν περισσότερο άμεσα αποτελέσματα.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές με την Ομάδα Ελέγχου εμφανίζονται ωστόσο και στους συμμετέχοντες της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας από τη μέτρηση στους 3 μήνες μετά την παρέμβαση. Τόσο η αρχική έρευνα στην οποία βασίστηκε το πρόγραμμα της ΓΣΘ Ομάδας (Arnarson & Craighead, 2009), όσο και άλλες έρευνες για παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν γνωστικά συμπεριφορικά στοιχεία στα προγράμματά τους έχουν δείξει την αποτελεσματικότητα της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας στην αντιμετώπιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Beardslee et al., 2013. Cuijpers et al., 2009) αλλά και του άγχους (Wong et al., 2014) στην εφηβεία. Η ανησυχία έχει μελετηθεί λιγότερο, ωστόσο έρευνες έχουν δείξει βελτίωση στα επίπεδα της ανησυχίας σε εφήβους που συμμετείχαν σε γνωστικά συμπεριφορικά προγράμματα πρόληψης (Topper et al., 2017), ενώ η ανοχή στη δυσφορία έχει βρεθεί ότι μπορεί να παρουσιάσει βελτίωση μετά από γνωστικές συμπεριφορικές παρεμβάσεις (Williams et al., 2013).

Τα παραπάνω συνηγορούν στην επιβεβαίωση της Υπόθεσης 1 ότι οι δυο Πειραματικές Ομάδες θα εμφανίσουν καλύτερα αποτελέσματα στις υπό μελέτη μεταβλητές σε σύγκριση με την Ομάδα Ελέγχου. Στις υποθέσεις μας για την προστατευτική λειτουργία των παρεμβάσεων στις υπό μελέτη μεταβλητές δεν συμπεριλήφθηκε ο χρόνος εμφάνισης των προστατευτικών αποτελεσμάτων της κάθε παρέμβασης.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι σχετικές μελέτες, που περιλαμβάνουν κυρίως γνωστικά συμπεριφορικά προγράμματα, παρουσιάζουν αντικρουόμενα αποτελέσματα αναφορικά με τον χρόνο εμφάνισης των θετικών αποτελεσμάτων. Στη μετααναλυτική μελέτη του Raising και των συνεργατών του (2017) βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των στοχευμένων προγραμμάτων (προγράμματα πρόληψης σε εφήβους «υψηλού κινδύνου») εμφανίζουν θετικά αποτελέσματα στη λήξη, αλλά τα αποτελέσματα αυτά

δεν διατηρούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά από αυτή. Άλλες μελέτες έχουν δείξει την εμφάνιση των προστατευτικών αποτελεσμάτων, αλλά σε διαφορετικά χρονικά σημεία μέτρησης (π.χ. Stocking et al., 2016).

Από την άλλη μεριά, η εκπαίδευση σε δεξιότητες ανοχής στη δυσφορία είναι ελάχιστα διερευνημένη στο πλαίσιο των παρεμβάσεων για την κατάθλιψη. Η μια μελέτη που αναφέρεται στη βιβλιογραφία και περιλαμβάνει μια παρέμβαση εστιασμένη στη βελτίωση των δεξιοτήτων ανοχής στη δυσφορία αφορά ενήλικες με προβλήματα χρήσης ουσιών (Bornoalova et al., 2012). Στη μελέτη της Bornoalova και των συνεργατών της φάνηκε επίσης ότι υπήρξε βελτίωση στα συμπτώματα της κατάθλιψης στους συμμετέχοντες που έλαβαν την παρέμβαση για την ανοχή στη δυσφορία στη λήξη της παρέμβασης. Καμία άλλη από της δυο ομάδες της μελέτης (συμμετέχοντες σε ομάδες συμβουλευτικής και ομάδα ελέγχου) δεν εμφάνισε διαφορές στην καταθλιπτική συμπτωματολογία σε αυτή τη μέτρηση. Από την άλλη μεριά, η παρέμβαση του Bruckhardt και των συνεργατών του (2017) που αφορούσε στην εφαρμογή ενός προγράμματος εκπαίδευσης σε δεξιότητες της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας με στόχο την πρόληψη προβλημάτων ψυχικής υγείας στο γενικό πληθυσμό των εφήβων δεν βρήκε στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ των εφήβων της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου. Ωστόσο αξίζει να σημειωθεί ότι η παρέμβαση στη συγκεκριμένη μελέτη αφορούσε το σύνολο των δεξιοτήτων της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας (συμπεριλαμβανομένων και στοιχείων της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας) και αποτελούνταν συνολικά από εργαστήρια δεξιοτήτων (workshops) συνολικής διάρκειας 5 ωρών.

Αξιοσημείωτα είναι και τα αποτελέσματα για τις διαφοροποιήσεις στα επίπεδα του κοινωνικού άγχους μεταξύ των δυο Πειραματικών Ομάδων και της Ομάδας

Ελέγχου. Μέχρι τη μέτρηση στους 3 μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα του κοινωνικού άγχους μεταξύ των ομάδων. Τα επίπεδα του κοινωνικού άγχους των συμμετεχόντων στη ΓΣΘ και τη ΔΣΘ Ομάδα φάνηκε ότι μειώθηκαν στατιστικά σημαντικά συγκριτικά με αυτά των συμμετεχόντων στην Ομάδα Ελέγχου μόνο στην τελευταία μέτρηση. Η βελτίωση των επιπέδων του κοινωνικού άγχους στους συμμετέχοντες που έλαβαν τη ΓΣΘ και τη ΔΣΘ παρέμβαση, επιβεβαιώνει τις προβλέψεις μας για το κοινωνικό άγχος στην Υπόθεση 1, αλλά ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι στατιστικά σημαντική βελτίωση βρέθηκε μόνο στους 6 μήνες μετά την παρέμβαση. Το κοινωνικό άγχος συνδέεται με σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση στην εφηβεία (Hebert et al., 2013. Leigh & Clark, 2018), εμφανίζεται συνήθως κατά τη διάρκεια των εφηβικών χρόνων (Kessler et al., 2005) και σχετίζεται ερευνητικά με την κατάθλιψη στους εφήβους (Beesdo et al., 2007). Η υπερβολική εστίαση στον εαυτό (self awareness) σε κοινωνικές καταστάσεις σχετίζεται με την πυροδότηση αρνητικών αξιολογήσεων για τον εαυτό (Hofmann, 2007). Η συμμετοχή στις παρεμβάσεις της μελέτης φάνηκε ότι βελτίωσε την ικανότητα των εφήβων στη διαχείριση του άγχους κοινωνικής διαντίδρασης και τους έκανε να αξιολογούν τον εαυτό τους λιγότερο αρνητικά σε αυτές τις καταστάσεις αφού είχε παρέλθει σημαντικό χρονικό διάστημα από τις παρεμβάσεις (6 μήνες από τη λήξη της παρέμβασης και 3 μήνες από την ενισχυτική συνεδρία που περιλάμβαναν τα προγράμματα παρέμβασης των δυο Πειραματικών Ομάδων).

9.3. Συγκρίσεις ανάμεσα στις δυο Πειραματικές Ομάδες (ΓΣΘ Ομάδα και ΔΣΘ Ομάδα)

Είναι σημαντικό να υπογραμμίσουμε ότι οι δυο ομάδες (ΓΣΘ και ΔΣΘ) δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους στα καταθλιπτικά

συμπτώματα, την ανησυχία και το κοινωνικό άγχος, σε καμία μέτρηση (Υπόθεση 2). Η σύγκριση των δυο Πειραματικών Ομάδων έδειξε ότι η Ομάδα της Εκπαίδευσης σε Δεξιότητες της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας (ΔΣΘ Ομάδα) εμφάνισε στατιστικά σημαντική διαφορά με την Ομάδα της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας (ΓΣΘ Ομάδα) μόνο στα επίπεδα της ανοχής της δυσφορίας τόσο στη λήξη, όσο και στις μετρήσεις στους 3 και στους 6 μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει την αρχική μας υπόθεση. Η ανοχή στη δυσφορία αποτελούσε κεντρικό στοιχείο στις θεματικές των συναντήσεων της ΔΣΘ Ομάδας στην παρούσα μελέτη και φαίνεται ότι η συμμετοχή τους στο πρόγραμμα βοήθησε σημαντικά τους συμμετέχοντες να βελτιώσουν την ικανότητά τους να αντέχουν καλύτερα τα αρνητικά συναισθήματα τόσο σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στην ΓΣΘ Ομάδα όσο και με αυτούς της Ομάδας Ελέγχου.

9.4. Επαναληπτικές διαγνωστικές συνεντεύξεις και η πρόληψη της κατάθλιψης

Αναφορικά με τις διαγνώσεις στην τελευταία μέτρηση, 1 άτομο από την ΓΣΘ ομάδα έλαβε τη διάγνωση της κατάθλιψης, 2 άτομα από την ΔΣΘ ομάδα και 6 άτομα από την Ομάδα Ελέγχου. Η Υπόθεση 3 της έρευνας φαίνεται να επιβεβαιώνεται μιας και οι συμμετέχοντες της Ομάδας Ελέγχου που πληρούσαν τα κριτήρια για τη διάγνωση της Κατάθλιψης ή άλλης ψυχιατρικής διαταραχής είναι ο διπλάσιος από αυτών των δυο Πειραματικών Ομάδων. Ο αριθμός των συμμετεχόντων στις ομάδες της Έρευνας 2 είναι αρκετά μικρός, ωστόσο με βάση τα δεδομένα της έρευνας φαίνεται ότι επιβεβαιώνεται η προστατευτική λειτουργία και των δυο προγραμμάτων παρέμβασης στην πρόληψη της κατάθλιψης. Εξαιτίας του μικρού αριθμού των συμμετεχόντων δεν μπορεί να εξαχθεί ασφαλές συμπέρασμα για τη διαφορά μεταξύ των δυο Πειραματικών Ομάδων, ωστόσο είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι στην ΓΣΘ Ομάδα μόνο ένα άτομο

πληρούσε τα κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης στους 6 μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης, ενώ στην ΔΣΘ Ομάδα δυο άτομα έλαβαν τη διάγνωση της κατάθλιψης.

9.5. Γενικά συμπεράσματα της Έρευνας 2

Συμπερασματικά η ομάδα που παρακολούθησε το πρόγραμμα εκπαίδευσης σε δεξιότητες της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας (ΔΣΘ ομάδα) επέδειξε υψηλότερα επίπεδα ανοχής στα δυσφορικά συναισθήματα από την λήξη μέχρι την τελευταία μέτρηση τόσο σε σύγκριση με την ομάδα του Γνωστικού Συμπεριφορικού Προγράμματος (ΓΣΘ Ομάδα) όσο και με την Ομάδα Ελέγχου. Επίσης η ΔΣΘ Ομάδα ήταν η μόνη που παρουσίασε στατιστικά σημαντική βελτίωση στα επίπεδα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, της ανοχής της δυσφορίας και της ανησυχίας σε σύγκριση με την Ομάδα Ελέγχου στη λήξη της παρέμβασης. Αργότερα παρόμοια αποτελέσματα στις συγκρίσεις με την Ομάδα Ελέγχου έδειξε και η ΓΣΘ Ομάδα. Και η ΔΣΘ και η ΓΣΘ ομάδα φάνηκε ότι βελτίωσαν τα επίπεδα κοινωνικού άγχους στους συμμετέχοντες μόνο στους 6 μήνες μετά τη λήξη των παρεμβάσεων.

Τόσο η εκπαίδευση σε δεξιότητες της διαλεκτικής συμπεριφορικής θεραπείας όσο και η παρακολούθηση του γνωστικού συμπεριφορικού προγράμματος, φάνηκαν ότι έχουν θετικά αποτελέσματα συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Η περισσότερο άμεση προστατευτική λειτουργία της ΔΣΘ ομάδας αποτελεί ένα σημαντικό εύρημα. Η εκπαίδευση σε δεξιότητες ανοχής στη δυσφορία είναι ελάχιστα διερευνημένη στο πλαίσιο των παρεμβάσεων για την κατάθλιψη στους . Από την άλλη μεριά η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία θεωρείται μια ερευνητικά τεκμηριωμένη. Συνήθως τα γνωστικά συμπεριφορικά προγράμματα περιλαμβάνουν τεχνικές όπως η γνωστική

αναδόμηση, η συμπεριφορική ενεργοποίηση, η εκπαίδευση σε δεξιότητες επίλυσης προβλήματος και η χαλάρωση (McCarty & Weisz, 2007. Weersing et al., 2012).

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν τα προστατευτικά αποτελέσματα των γνωστικών συμπεριφορικών προγραμμάτων και υπογραμμίζουν τη σπουδαιότητα της περαιτέρω διερεύνησης της εφαρμογής προγραμμάτων που εστιάζουν στη βελτίωση της ανοχής της δυσφορίας στη πρόληψη της κατάθλιψης στους εφήβους.

9.2 Αξιολόγηση της συμμετοχής του ενδιαφέροντος και της κατανόησης των θεματικών των παρεμβάσεων

Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων παρακολούθησε τουλάχιστον τις μισές συναντήσεις του προγράμματος και αξιολόγησε θετικά το περιεχόμενό του (Μ.Ο._{ΓΣΘ}= 9.83 και Μ.Ο._{ΔΣΘ}= 9.66). Επιπλέον φάνηκε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων μπόρεσε να διαχωρίσει τις θεματικές που διδάχτηκε από αυτές που δεν υπήρξαν στις θεματικές της κάθε παρέμβασης και από αυτές που δεν αναφέρθηκαν σε καμία από τις δυο παρεμβάσεις. Επίσης οι συμμετέχοντες και στις δυο ομάδες αξιολόγησαν υψηλά το πόσο ενδιαφέρον τους φάνηκε το πρόγραμμα (Μ.Ο._{ΓΣΘ}= 34,83 και Μ.Ο._{ΔΣΘ}= 34,92).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10. Σχόλια για την Έρευνα 1 και 2

Τα αποτελέσματα της Έρευνας 1 έδειξαν ότι από το γενικό δείγμα των εφήβων, ένα ποσοστό γύρω στο 30% εμφάνισε υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Το ποσοστό αυτό υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα της διερεύνησης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στο γενικό πληθυσμό των εφήβων. Η πλειοψηφία των εφήβων στο δείγμα μας εμφάνισε χαμηλά καταθλιπτικά συμπτώματα, ωστόσο το ποσοστό αυτών που είχαν βαθμολογίες πάνω από το 17, καταδεικνύει την ανάγκη της εφαρμογής προγραμμάτων που στοχεύουν στην πρόληψη της κατάθλιψης.

Από τα αποτελέσματα της πρώτης μελέτης παρατηρήθηκε ότι τα κορίτσια του δείγματος (τα οποία όμως αποτελούσαν την πλειοψηφία του δείγματος) εμφάνισαν υψηλότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, κοινωνικό άγχος, ανησυχία, χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας του δεσμού με τον πατέρα και χαμηλότερη ανοχή στη δυσφορία από ότι τα αγόρια. Ο δεσμός με τους δυο γονείς και με τους συνομηλίκους, η ανησυχία, η ανοχή στη δυσφορία, το κοινωνικό άγχος φάνηκε ότι σχετίζονται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα των εφήβων. Επιπλέον παράγοντες ευαλωτότητας, όπως ο ανασφαλής δεσμός με τη μητέρα, τα υψηλά επίπεδα ανησυχίας και η χαμηλή ανοχή στη δυσφορία φάνηκε ότι συνδέονται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία τόσο άμεσα όσο και μέσα από την επίδρασή τους στο κοινωνικό άγχος των εφήβων. Τέλος ο δεσμός με τη μητέρα φάνηκε να είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας σε αυτή τη σχέση ακόμη και μετά την συμπερίληψη του κοινωνικού άγχους στο μοντέλο.

Στην Έρευνα 2 οι δυο Πειραματικές Ομάδες φάνηκε ότι είχαν θετικά αποτελέσματα τόσο στα συμπτώματα της κατάθλιψης των συμμετεχόντων όσο και στην ανησυχία, την ανοχή στη δυσφορία και μόνο στην τελευταία μέτρηση στο

κοινωνικό άγχος των εφήβων. Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν η στατιστικά σημαντική διαφορά της ομάδας της ΔΣΘ Ομάδας συγκρινόμενη με την Ομάδα Ελέγχου, αναφορικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την ανοχή στη δυσφορία και την ανησυχία αμέσως μετά τη λήξη των παρεμβάσεων. Καθώς επίσης και το ότι τα αποτελέσματα αυτά διατηρήθηκαν σε όλες τις μετρήσεις της έρευνας. Η ΓΣΘ Ομάδα δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, της ανησυχίας και της ανοχής στη δυσφορία με την Ομάδα Ελέγχου πριν τους 3 μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης.

Εξαιτίας του μικρού δείγματος της μελέτης, η πιο άμεση προστατευτική λειτουργία της εκπαίδευσης σε δεξιότητες της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας δεν μπορεί να αποδοθεί με ασφάλεια στις διαφορετικές στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος μεταξύ των δυο παρεμβάσεων. Ωστόσο η στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στη ΔΣΘ Ομάδα και την Ομάδα Ελέγχου αποτελεί ένα σημαντικό εύρημα που υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα της εφαρμογής προγραμμάτων που βασίζονται στη Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία ή συμπερίληψης δεξιοτήτων της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας και συγκεκριμένα δεξιοτήτων που εστιάζουν στη βελτίωση της ανοχής στη δυσφορία σε ήδη αποτελεσματικά προγράμματα πρόληψης της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας με στόχο την ενίσχυση της αποτελεσματικότητά τους.

Επίσης φάνηκε ότι ένα αρκετά μικρότερο ποσοστό των συμμετεχόντων στις δυο Πειραματικές Ομάδες έλαβε διάγνωση για την κατάθλιψη ή άλλη διαταραχή, συγκριτικά με τους εφήβους που συμμετείχαν μόνο στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων της μελέτης. Το εύρημα αυτό υποστηρίζει την προστατευτική λειτουργία των δυο ενεργών παρεμβάσεων της μελέτης (Έρευνα 2) ως προς την πρόληψη του πρώτου επεισοδίου της κατάθλιψης. Η συμμετοχή των εφήβων στις

ομάδες παρέμβασης, είτε αυτή αφορούσε την Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία είτε την εκπαίδευση σε δεξιότητες της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας, φαίνεται ότι μακροπρόθεσμα είχε θετικά αποτελέσματα συγκριτικά με όσους/ όσες δεν έλαβαν μέρος σε καμία παρέμβαση.

Η αξιολόγηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων του δείγματος έγινε μέσα από δυο διαφορετικές κλίμακες για την κατάθλιψη (CDI και KADS-6) δεν έδειξαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στα αποτελέσματα τους σε καμία από τις αναλύσεις της Έρευνας 1 και της Έρευνας 2. Το γεγονός αυτό προσθέτει αξιοπιστία στα αποτελέσματα της μελέτης (Horowitz & Garber, 2006). Κάτι ακόμη που αξίζει να παρατηρηθεί για την παρούσα μελέτη είναι η σχετικά μικρή διαρροή των συμμετεχόντων στην Έρευνα 2. Συγκεκριμένα στις δυο Πειραματικές Ομάδες, 3 άτομα σε κάθε μια παρέμβαση δεν συμμετείχαν στην τελευταία μέτρηση. Αξιοσημείωτο είναι και το ποσοστό συμμετοχής των εφήβων στις συναντήσεις των προγραμμάτων παρέμβασης με τους περισσότερους να έχουν παρακολουθήσει πάνω από τις μισές συναντήσεις (Μ.Ο._{ΓΣΘ}= 9.83 και Μ.Ο._{ΔΣΘ}= 9.66). Ερευνητικά, σε προγράμματα πρόληψης της κατάθλιψης, αναφέρεται ένα μεγάλο εύρος στα ποσοστά διαρροών σε μελέτες με εφήβους. Οι διαρροές μπορεί να κυμανθούν από το 0% μέχρι το 71%, με μέση τιμή το 12,8% (Weisz et al., 2006). Στην παρούσα έρευνα το μεγαλύτερο ποσοστό διαρροής παρατηρήθηκε στην ομάδα ελέγχου (8 άτομα από τα 45 δεν προσήλθαν στην τελευταία μέτρηση). Οι έφηβοι και οι έφηβες που συμμετείχαν μόνο στις μετρήσεις φάνηκε ότι ήταν πιο εύκολο να χάσουν το ενδιαφέρον τους για το πρόγραμμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

11. Περιορισμοί και προτάσεις

Για την αξιολόγηση των παραπάνω συμπερασμάτων χρειάζεται να γίνει αναφορά σε κάποιους περιορισμούς της παρούσας μελέτης. Οι περιορισμοί αυτοί θα συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων και μπορούν να συνεισφέρουν στη βελτίωση του σχεδιασμού μελλοντικών ερευνών.

Στην παραγοντική ανάλυση των ερωτηματολογίων της μελέτης βασιστήκαμε στην πλειοψηφία των δεικτών καλής προσαρμογής για να εξάγουμε το συμπέρασμα ότι είναι αξιόπιστα, ωστόσο επειδή τα δεδομένα μας δεν πληρούσαν τα αυστηρά κριτήρια της πολυμεταβλητής κανονικότητας, η εξαγωγή συμπερασμάτων από αυτά χρειάζεται προσοχή. Ωστόσο ένα θετικό της μελέτης ήταν ότι χρησιμοποιήσαμε δυο κλίμακες για την μέτρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η επιβεβαιωτική ανάλυση για το ερωτηματολόγιο KADS έδειξε καλή προσαρμογή του μοντέλου στο σύνολο των δεικτών, όχι όμως και το CDI (η τιμή p του Bollen-Stine δεν βρέθηκε στατιστικά μη σημαντική και κάποια ερωτήματα είχαν χαμηλή φόρτιση στους παράγοντες του πρώτου επιπέδου). Ωστόσο, όπως παρατηρήθηκε από τις αναλύσεις, τα δυο ερωτηματολόγια δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές στα αποτελέσματα. Τα παρόμοια συμπεράσματα των δυο ερωτηματολογίων της κατάθλιψης, συνηγορούν επίσης στην αξιοπιστία των αποτελεσμάτων για τα καταθλιπτικά συμπτώματα των εφήβων στο δείγμα μας.

Επιπλέον χρειάζεται να αναφέρουμε, ότι αν και η Έρευνα 1 αποτελείται από ένα αρκετά μεγάλο δείγμα (1015 συμμετέχοντες), οι μεταβλητές της δεν παρουσίασαν κανονική κατανομή. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να χρησιμοποιηθούν μη παραμετρικοί έλεγχοι για την ανάλυση και για τις πιο σύνθετες αναλύσεις (διαμεσολάβηση)

παραμετρικές αναλύσεις με την χρήση της μεθόδου bootstrap (ανθεκτική παλινδρόμηση, Field, 2014). Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι στην παλινδρόμηση δεν χρησιμοποιήσαμε τον έλεγχο Sobel (Sobel, 1982) ή ένα ανάλογο έλεγχο για να επιβεβαιώσουμε την σημαντικότητα της επίδρασης που διαπιστώθηκε.

Ένα σημαντικό στοιχείο για την εξαγωγή συμπερασμάτων από την παρούσα μελέτη είναι ότι το δείγμα μας αποτελούνταν κατά την πλειοψηφία του από κορίτσια. Κατά συνέπεια τα αποτελέσματα για τις διαφορές φύλου στα επίπεδα των μεταβλητών της έρευνας χρειάζεται να επιβεβαιωθούν από εξίσου μεγάλα δείγματα με μια πιο ισορροπημένη αναλογία φύλου. Τέλος, αν και το δείγμα μας είναι αρκετά μεγάλο συγκριτικά με άλλες μελέτες, δεν μπορεί να υποστηριχθεί ότι είναι αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού των εφήβων στην Ελλάδα.

Σχετικά με την Έρευνα 2, το μικρό μέγεθος του δείγματος των ομάδων και το μικρό χρονικό διάστημα των έξι μηνών μετά τη λήξη της παρέμβασης δεν επέτρεψε την διερεύνηση περισσότερο μακροχρόνιων αποτελεσμάτων στις ομάδες. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα θετικά αποτελέσματα της πλειοψηφίας των προγραμμάτων μειώνονται σε επαναληπτικές μετρήσεις με μεγαλύτερη χρονική απόσταση. Επίσης οι παρεμβάσεις υλοποιήθηκαν από την ίδια/ίδιες θεραπεύτρια/-ες και στις δυο ομάδες παρέμβασης, ενώ και η αρχική και η τελική διαγνωστική συνέντευξη έγινε από το ίδιο άτομο. Τυφλές μελέτες, με μεγαλύτερο δείγμα και διαφορετικούς θεραπευτές/ -τριες για κάθε Πειραματική Ομάδα θα μπορούν να συνεισφέρουν σημαντικά στην διερεύνηση πιθανών διαφοροποιήσεων ανάμεσα στις δυο προσεγγίσεις που συνέκρινε η παρούσα μελέτη και να συμβάλλουν στην αποσαφήνιση των αποτελεσμάτων.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., & Martens, P. J. (2005). Investigating health correlates of adolescent depression in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96 (6), 427–431.
- Agerup, T., Lydersen, S., Wallander, J., & Sund, A. M. (2015). Associations between parental attachment and course of depression between adolescence and young adulthood. *Child Psychiatry & Human Development*, 46, 632-642.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217–237.
- Allan, N. P., Macatee, R. J., Norr, A. M., & Schmidt, N. B. (2014). Direct and Interactive Effects of distress tolerance and anxiety sensitivity on generalized anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 38, 530-540.
- Allen, J. P. (2010). Experience, development, and resilience: The legacy of Stuart Hauser’s explorations of the transition from adolescence into early adulthood. *Research in Human Development*, 7 (4), 241-256.
- Allen, J. P., McElhaney, K. B., Land, D. J., Kuperminc, G. P., Moore, C. W., O’ Beirne- Kelly, H., & Kilmer, S. L. (2003). A secure base in adolescence: Markers of attachment security in the mother- adolescent relationship, *Child Development*, 74, 292- 307.
- Allen, J.P., Porter, M., McFarland, C., McElhaney, K. B., & Marsh, P. (2007). The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child Development*, 78 (4), 1222-39.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders* (4th Ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders* (5th Ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (2013). Guidelines for prevention in Psychology. *American Psychologist*, 69 (3), 285-296.
- Andrews, G. (2001). Should depression be managed as a chronic disease? *British Medical Journal*. 17, 322(7283):419-21. doi: 10.1136/bmj.322.7283.419.

- Anestis, M. D., Selby, E., Fink, E., & Joiner, T. (2007). The multifaceted role of distress tolerance in dysregulated eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 718–726.
- Angold, A., Costello, E. J., Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 57–87.
- Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 577-585.
- Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2011). Prevention of depression among Icelandic adolescents: A 12-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 170-174.
- Arnau-Soler, A., Adams, M. J., Clarke, T. K., MacIntyre, D. J., Milburn, K., Navrady, L., Generation Scotland-Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Hayward, C., McIntosh, A., & Thomson, P. A. (2019). A validation of the diathesis-stress model for depression in Generation Scotland. *Translational Psychiatry*, 18, 9(1):25. doi: 10.1038/s41398-018-0356-7.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987 α). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 5, 427- 454.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987 β). *The Inventory of Parent and Peer Attachment: Mother, Father, and Peer Attachment- Revised*. Seattle, WA: Department of Psychology, University of Washington, Seattle.
- Armsden, G. C., McCauley, E., Greenberg, M. T., Burke, P. M., & Mitchell, J. R. (1990). Parent and peer attachment in early adolescent depression, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18 (6), 683-697.
- Aune, T., & Stiles, T. C. (2009). The effects of depression and stressful life events on the development and maintenance of syndromal social anxiety: Sex and age differences. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38, 501–512.
- Avenevoli S, Swendsen J, He, J. P., Burstein, M., Merikangas, K. R. (2015). Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54, 37–44 e2.

- Baldessarini, R. J., Forte, A., Selle, V., Sim, K., Tondo, L., Undurraga, J., & Vasquez, G. H. (2016). Morbidity in depressive disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86, 65-72.
- Baldwin, M. W., Keelan, J. P. R., Fehr, B., Enns, V., & Koh-Rangarajoo, E. (1996). Social-cognitive conceptualisation of attachment working models: Availability and accessibility effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 94- 109.
- Barrett, P. M., Farrell, L. J., Ollendick, T. H., & Dadds, M. (2006). Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the Friends program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35 (3), 403-411.
- Barrett, P. M., Lock, S., & Farrell, L. J. (2005). Developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10 (4), 539- 555.
- Barrett, P. M., Lowry-Webster, H., & Turner, C. M. (1999). *FRIENDS for children group leader manual*. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.
- Bass, C., van Nevel, J., & Swart, J. (2014). A comparison between dialectical behavior therapy, mode deactivation therapy, cognitive behavioral therapy, and acceptance and commitment therapy in the treatment of adolescents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9 (2), 1555-7855.
- Baumeister, D., Lightman, S. L., & Pariante, C. M. (2016). The HPA Axis in the pathogenesis and treatment of depressive disorders: Integrating clinical and molecular findings. *Psychopathology Review*, 3, 1, 64-76.
- Beardslee, W. R., Brent, D. A., Weersing, V. R., Clarke, G. N., Porta, G., Hollon, S. D., Gladstone, T. R. G., Gallop, R., Lynch, F. L., Ivengar, S., De Bar, L., Garber, J. (2013). Prevention of depression in at-risk adolescents: Long- term effects. *JAMA Psychiatry*, 70 (11), 1161-1170.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guildford Press.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Hofler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64 (8), 903-912.

- Beidel DC. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 545–552.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., Garaigordobil M. (2019). Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. *Frontiers in Psychology*, 10. DOI=10.3389/fpsyg.2019.00543.
- Birmaher, B., Arbelaez, C., & Brent, D. (2002). Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11 (3), 619-637.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J., & Nelson, B. (1996). Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35 (11), 1427–1439.
- Birmaher, B., Williamson, D. E., Dahl, R. E., Axelson, D. A., Kaufman, J., Dorn, L. D., & Ryan, N. D. (2004). Child presentation and course of depression in youth: Does onset in childhood differ from onset in adolescents? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (1), 63-70.
- Bittner, A., Goodwin, R. D., Wittchen, H. U., Beesdo, K., Hofler, M., & Lieb, R. (2004). What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (5), 618-626.
- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A., and Swartz, M. S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample—the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 151, 979–986.
- Bollen, K. A., & Stine, R. A. (1992). Bootstrapping goodness-of-fit measures in structural equation models. *Sociological Methods and Research*, 21, 205-229.
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions and origins of worry. In G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on Theory, Assessment and Treatment*. (pp. 5-33). Chichester: John Wiley and Sons Ltd.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9–16.

- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stöber, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavior processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 561-576.
- Bornolova, M. A., Gratza, K. L., Daughters, S. B., Hunt, E. D., & Lejuez, C. W. (2012). Initial RCT of a distress tolerance treatment for individuals with substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 122 (1-2), 70-76.
- Bosmans, G. (2016). Cognitive-behaviour therapy for children and adolescents: Can attachment theory contribute to its efficacy? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19, 310-328.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment*. London: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Books.
- Brady, E. U., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111, 244–55.
- Bradley, K. L., Bagnell, A. L., & Brannen, C. L. (2010). Factorial validity of the Center for Epidemiological Studies Depression 10 in adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, 31 (6), 408-412.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwangm I., Sampson, N. A., Alonso, J., Girolamo, G., Graaf, R., et al. (2011). Cross—national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9-90.
- Bronisch, T., & Hecht, H. (1990). Major depression with and without a coexisting anxiety disorder: social dysfunction, social integration, and personality features. *Journal of Affective Disorders*, 20, 151 – 157.
- Brown, G. W., Harris, T. (1978). *Social origins of depression: a study of psychiatric disorders in women*. Tavistock, London.
- Brown, S. L., Teufel, J. A., Birch, D. A., & Kancherla, V. (2006). Gender, Age, and Behavior Differences in Early Adolescent Worry. *Journal of School Health*, 76 (8), 430–437.
- Breitholz, E., Johansson, B., & Ost, L. G. (1999). Cognitions in generalized anxiety disorder and panic disorder patients. A prospective approach. *Behaviour Research and Therapy*, 37 (6), 533-544.
- Brent, D. A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., Asarnow, J. R., Keller, M., Vitiello, B., Ritz, L., Iyengar, S., Abebe, K., Birmaher, B., Ryan, N., Kennard, B., Hughes, C.,

- DeBar, L., McCracken, J., Strober, M., Suddath, R., Spirito, A., Leonard, H., Melhem, N., Porta, G., Onorato, M., & Zelazny, J. (2008). Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: The TORDIA randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 299 (8), 901-913.
- Breslau, J., Gilman, S. E., Stein, B. D., Ruder, T., Gmelin, T., & Miller, E. (2017). Sex differences in recent first-onset depression in an epidemiological sample of adolescents. *Translational Psychiatry*, 30, 7(5):e1139. doi: 10.1038/tp.2017.105. PMID: 28556831; PMCID: PMC5534940.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759–775.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N.A., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J. P., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M. E., Browne, M. O., Posada-Villa, J., Viana, M. C., Williams, D. R., Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 26 (9), 90. doi: 10.1186/1741-7015-9-90.
- Brooks, S. J., Krulewicz, S. P., & Kutcher, S. (2003). The Kutcher Adolescent Depression Scale: Assessment of its evaluative properties over the course of an 8-week pediatric pharmacotherapy trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13 (3), 337-349.
- Brooks, S. J., & Kutcher, S. (2001). Diagnosis and measurement of adolescent depression: A review of commonly utilized instruments. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 11, 341-376.
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2008). Mother- child attachment and social anxiety symptoms in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29 (5), 393-402.
- Brunwasser, S. M., Gillham, J. E., & Kim, E. (2009). A meta-analytic review of the Penn Resiliency Program's effects on depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (6), 1042-1054.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural Equation Modelling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. 2nd ed., Multivariate Application Series. New York/London: Routledge.

- Calear, A. L., & Christensen, H. (2010). Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *Journal of Adolescence*, 33, 429-438.
- Carballo, J. J., Munoz-Lorenzo, L., Blasco-Fontecilla, H., Lopez-Castroman, J., Garcia-Neto, R., Dervic, K., Oquendo, M. A., Baca-Garcia, E. (2011). Continuity of depressive disorders from childhood and adolescence to adulthood: A naturalistic study in community mental health centers. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 13 (5), doi: [10.4088/PCC.11m01150](https://doi.org/10.4088/PCC.11m01150)
- Cardemil, E. V., Reivich, K. J. & Seligman, M. E. P. (2002). The prevention of depressive symptoms in low- income minority middle-school students. *Prevention & Treatment*, 5 (7).
- Carey, M. P., Faulstich, M., Gresham, F. M., Ruggiero, L., & Enyart, P. (1987). Children's Depression Inventory: Construct and discriminant validity across clinical and nonreferred (control) populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5), 755-761.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 386-389.
- Cassidy, J., & Kobak, R. R. (1988). *Avoidance and its relationship with other defensive processes*. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 300-323). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Γαβρηλίδου, Κ., & Σίμος, Γ. (2014). *Ο φόβος του νεαρού ενήλικα μπροστά στην κοινωνική διαντίδραση, οι εμπειρίες κοροϊδίας στην παιδική ηλικία και η τρέχουσα αυτοεκτίμηση*. Παρουσίαση σε Συμπόσιο με τίτλο «Το σπίτι και το σχολείο ως πλαίσιο αρνητικών εμπειριών: Η ασυνεπής γονεϊκή ανατροφή και οι εμπειρίες κοροϊδίας στην παιδική ηλικία και η σχέση τους με ποικίλη ψυχοπαθολογία στον νέο ενήλικα». 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εξελικτικής Ψυχολογίας, Κλάδος Εφαρμοσμένης Ψυχολογίας της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας και Τμήμα Ψυχολογίας, Παιδαγωγικό Τμήμα Προσχολικής Εκπαίδευσης, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο 8-11 Μαΐου 2014. CD: Βιβλίο Περιλήψεων.
- Center for Behavioral Health Statistics and Quality (2017). *2016 National survey on drug use and health: Detailed tables*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Rockville, MD.

- Ceskova, E. (2016) Current pharmacotherapy of depression – focused on multimodal/multifunctional antidepressants, *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 17:14, 1835-1837
- Chaplin, T. M., Gillham, J. E., Reivich, K. J., Elkon, A. G. L., Samuels, B., Freres, D. R., Winder, B. & Seligman, M. E. P. (2006). Depression prevention for early adolescent girls: a pilot study of all girls versus co-ed groups. *The Journal of Early Adolescence*, 26, 110-126.
- Charney, D. S., Menkes, D. B., & Heninger, G. R. (1981). Receptor sensitivity and the mechanism of action of antidepressant treatment. *Archives of General Psychiatry*, 38 (10). 1160- 1180.
- Churchill, R., Moore, T. M., Davies, P., Caldwell, D., Jones, H., Lewis, G., & Hunot, V. (2010). Mindfulness- based “third-wave” cognitive and behavioral therapies versus treatment as usual for depression, *Cochrane Library Systematic Review*, 8 (9): doi: [10.1002/14651858.CD008705](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008705).
- Cipriani, A., Zhou, X., Del Giovane, C., Hetrick, S. E., Qin, B., Whittington, C., et al. (2016). Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Lancet*, 388, 881–90.
- Clark, G. N., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (1990). *Adolescent Coping with Depression Course*. Eugene, Oregon: Castalia Press.
- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 313-321.
- Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., O’Connor, E., & Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1127-1134.
- Cole, D. A., Peeke, L. G., Martin, J. M., Truglio, R., & Seroczynski, A. D. (1998). A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (3), 451-460.
- Colodro-Conde, L., Couvy-Duchesne, B., Zhu, G., Coventry, W. L., Byrne, E. M., Gordon, S., Wright, M. J., Montgomery, G.W., Madden, P. A. F. et al. (2018). A direct test of the

diathesis-stress model for depression. *Molecular Psychiatry*, 23(7), 1590-1596. doi: 10.1038/mp.2017.130.

- Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., Konig, H.-H., Riedel-Heller, S. G. (2013). School -based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review. *Health Promotion International*, 29 (3), 427-433.
- Craske, M. G., Barlow, D. H., & O’Leary, T. (1992). *Mastery of your anxiety and worry*. Albany, New York: Graywind Publications.
- Craske, M. G., Rapee, R., Jakel, L., & Et Barlow, D. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 397–402.
- Craighead, W. E., Smucker, M. R., Craighead-Wilcoxon, L., & Illardi, S. S. (1998). Factor analysis of the Children’s Depression Inventory in a community sample. *Psychological Assessment*, 10 (2), 156-165.
- Crawford, T. N., Shaver, P. R., & Coldsmith, H. H. (2007). How affect regulation moderates the association between anxious attachment and neuroticism. *Attachment and Human Development*, 9 (2), 95-109.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58 (7), 376-85.
- Cuijpers, P., Munoz, R. F., Clarke, G. N., & Lewinsohn, P. M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The “coping with depression” course thirty years later. *Clinical Psychology Review*, 29, 449-458.
- Culverhouse, R. C., Saccone, N. L., Horton, A. C., Ma, Y., Anstey, K. J., Banaschewski, T., Burmeister, M., Cohen-Woods, S., Etain, B., Fisher, H. L., Goldman, N., Guillaume, S., Horwood, J., Juhasz, G., Lester, K. J., Mandelli, L., Middeldorp, C. M., Olie, E., Villafuerte, S., Air T. M, et al. (2017). Collaborative meta-analysis finds no evidence of a strong interaction between stress and 5-HTTLPR genotype contributing to the development of depression. *Molecular Psychiatry*, 23 (1), 133-142.
- Cummings, J. R., Bornovalova, M. A., Ojanen, T., Hunt, E., MacPherson, L., & Lejuez, C. (2013). Time doesn’t change everything: The longitudinal course of distress tolerance

and its relationship with externalizing and internalizing symptoms during early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41 (5), 735-748.

Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140 (3), 816-845.

Cummings, C., & Fristad, M. (2008). Mood disorders in childhood. In R. G. Steele, T. D. Elkin, & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: Bridging science and practice* (pp. 145–160). New York, NY: Springer.

Curry, J. F. (2014). Future Directions in Research on Psychotherapy for Adolescent Depression, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43:3, 510-526.

Curry, J. F., & Meyer, A. E. (2018). Treatment of depression. In P. C. Kendall (Ed.), *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice* (pp. 94–121). Guilford Press.

Dahl, R. E. (2004). Adolescent Brain Development: A period of vulnerabilities and opportunities: Keynote Address. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 1-22.

Danielsson, N. S., Harvey, A. G., MacDonald, S., Jansson-Frojmark, M., & Linton, S. J. (2012). Sleep disturbance and depressive symptoms in adolescence: the role of catastrophic worry. *Journal of Youth and Adolescents*, DOI 10.1007/s10964-012-9811-6.

De Jong, P., Sportel, B., De Hullu, E., & Nauta, M. (2012). Co-occurrence of social anxiety and depression symptoms in adolescence: Differential links with implicit and explicit self-esteem? *Psychological Medicine*, 42(3), 475-484.

Delgado, P.L. (2000). Depression: the case for a monoamine deficiency. *Journal of Clinical Psychiatry*. 61, 6:7-11.

Desmet, M. (2013). Some preliminary notes on an empirical test of Freud's theory on depression. *Frontiers in Psychology*, 4: 158.

Dobson, K. S., Hopkins, J. A., Fata, L., Scherrer, M., & Allan, L. C. (2010). The prevention of depression and anxiety in a sample of high- risk adolescents: A randomized controlled trial. *Canadian Journal of School Psychology*, 25 (4): 291-310.

Dodge, K. A. (1993). Social cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology*, 44, 559-584.

- Dubois- Comtois, K., Cyr, C., Pascuzzo, K., Lessard, M., & Poulin, C. (2013). Attachment theory in clinical work with adolescents. *Journal of Child & Adolescent Behavior, 1* (3), 111. doi:10.4172/2375-4494.1000111.
- Duong, M. T., Cruz, R. A., King, K. M., Violette, H. D., & McCarty, C. A. (2016). Twelvemonth outcomes of a randomized trial of the positive thoughts and action program for depression among early adolescents. *Prevention Science, 17* (3), 295-305.
- Dupuy, J. B., Beaudoin, S., Rhéaume, J., Ladouceur, R., & Dugas, M. (2001). Worry: daily self-report in clinical and non-clinical populations. *Behavioral Research and Therapy, 39*, 1249–1255.
- Dykas, M. J., Ziv, Y., & Cassidy, J. (2008). Attachment and peer relations in adolescence, *Attachment & Human Development, 10* (2), 123-141.
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E., Patelakis, A., & Stefanis, C. N. (2013). Major depression in the Era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders, 145* (3), 308–314.
- Ευθυμίου, Κ., Κακλαμάνη, Γ., & Καπνογιάννη, Σ. (2015). *Νικήστε την κατάθλιψη: Ένα δομημένο πρόγραμμα γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας κατά P. M. Lewinsohn*. Εκδόσεις ΙΕΣΘ.
- Evans, J., Heron, J., Lewis, G., Araya, R., Wolke, D., ALSPAC study team. (2005). Negative self-schemas and the onset of depression in women: longitudinal study. *British Journal of Psychiatry, 186*, 302-7. doi: 10.1192/bjp.186.4.302.
- Fennell, M. (2012). Cognitive behaviour therapy for depressive disorders. In M. Gelder, N. Andreasen, J. Lopez-Ibor, J. Geddes, (Eds.). *New Oxford Textbook of Psychiatry* (1304–12), New York: Oxford University Press.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2007). Recurrence of major depression in adolescence and early adulthood, and later mental health, educational and economic outcomes. *British Journal of Psychiatry, 191*, 335-342.
- Ferro, M. A., Gorter, J. W., & Boyle, M. H. (2015). Trajectories of depressive symptoms in Canadian emerging adults. *American Journal of Public Health, 105*(11), 2322–2327.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics using IBM SPSS STATISTICS*. 4th edition, Los Angeles: Sage.

- Freud S. (1917). "Mourning and melancholia," in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol. 14, (ed.) Stratchey J., London: Hogarth, 237–260.
- Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2015). Depression is not a consistent syndrome: An investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study. *Journal of Affective Disorders*, 1 (172), 96-102.
- Friedrich, M. (2017). Depression is the leading cause of disability around the world. *Journal of the American Medical Association*, 317 (15), 1517. doi:10.1001/jama.2017.3826.
- Frojd, S. A., Nissinen, E. S., Pelkonen, M. U. I., Marttunen, M. J., Koivisto, A-M., & Kaltiala-Heino, R. (2008). Depression and school performance in middle adolescent boyw and girls. *Journal of Adolescence*, 31 (4), 485-498.
- Garber, J., & Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology*, 17, 293–306.
- Garmy, P., Jakobsson, U., Carlsson, K. S., Berg, A., & Clausson, E. K. (2015). Evaluation of a school- based program aimed at preventing depressive symptoms in adolescents. *The Journal of School Nursing*, 31, 2, 117-125.
- Gautam, M., Tripathi, A., Deshmukh, D., & Gaur, M. 2020. Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(Suppl.2): S223-S229. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_772_19.
- Giannakopoulos, G., Kazantzi, M., Dimitrakaki, C., Tsiantis, J., Kolaitis, G., & Tountas, Y. (2009). Screening for children's depression symptoms in Greece: The use of the Children's Depression Inventory in a nation-wide school-based sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18 (8), 485-492.
- Gilbert, P. J. (2005). *Compassion: conceptualizations, research and use in psychotherapy*. Brunner-Routledge; New York; Hove.
- Gillham, J. E., Hamilton, J., Freres, D. R., Patton, K. & Gallop, R. (2006). Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: A randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 195-211.
- Gillham, J. E., Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Seligman, M. E. P., & Silver, T. (1990). *The Penn Resiliency Program*. Philadelphia: University of Pennsylvania, unpublished manual.

- Gillham, J. E. & Reivich, K. (1999). Prevention of depressive symptoms in school children: A research update. *Psychological Science*, 10: 461-462.
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Chaplin, T. M., Shatte, A. J., Samuels, B., Elkon, A. G. L., Litzinger, S., Lascher, M., Gallop, R. & Seligman, M. E. P. (2007). School-based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (1), 9-19.
- Gillham, J. E., Reivich, K., Jaycox, L. H., & Seligman, M. E. P. (1995). Prevention of depressive symptoms in schoolchildren: Two-year follow up. *Psychological Science*, 6 (6), 343-351.
- Gladstone, G. L, Parker, G.B., Mitchell, P. B., Malhi, G. S., Wilhelm, K. A., Austin M.P. (2005). A brief measure of worry severity (BMWS): Personality and clinical correlates of severe worriers. *Journal of Anxiety Disorders*. 19, 877–892.
- Glied, S., & Pine, D. S. (2002). Consequences and correlates of adolescent depression. *Archives of Adolescent and Pediatrics Medicine*, 156, 1009-1014.
- Gorresse, A. & Ruggieri, R. (2012). Peer attachment: A meta-analytic review of gender and age differences and associations with parent attachment, *Journal of Youth Adolescence*, 41, 650-672.
- Gourion, D. (2009). Events of life and links with severe depression at different ages. *Encephale*, 7, 250-256.
- Grammatikopoulos, I. A., Skapinakis, P., Bellos, S., Koupidis, S. A., Theodorakis, P., & Mavreas, V. (2013). Common mental disorders and use of mental health services in the general population in Greece. *European Psychiatry*, 28, 1. doi:10.1016/s0924-9338(13)77109-8.
- Gomez, R., & Vance, A. (2016). Children's Depression Inventory: Testing measurement invariance for the hierarchical factor model across children and adolescents in a clinic-referred sample. *Journal of Childhood and Developmental Disorders*, 2 (3), 24, DOI: [10.4172/2472-1786.100032](https://doi.org/10.4172/2472-1786.100032)
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In J. A. Sternberg & M. M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

- Guarnieri, S., Ponti, L., & Tani, F. (2010). The Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA): A study on the validity of styles of adolescent attachment to parents and peers in an Italian sample. *TPM- Testing Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 17 (3), 103-130.
- Guyer, A. E., Silk, J. S., & Nelson, E. E. (2016). The neurobiology of the emotional adolescent: From the inside out. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 70, 74-85.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis*, 7th ed, New York: Pearson.
- Hankin, B. L., Abramsohn, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10 year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128-140.
- Hankin, B. L., Young, J. F., Abela, J. R. Z., Smolen, A., Jenness, J. L., Gulley, L. D., Technow, J. R., Barrocas Gottlieb, A., Cohen J. R. & Oppenheimer, C. W. (2015). Depression from childhood into late adolescence: Influence of gender, development, genetic susceptibility and peer stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 124 (4). 803-816.
- Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., et al. (2018). Epidemiology of Adult *DSM-5* Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, 75(4):336–346. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4602.
- Hausman, E. M., Kotov, R., Perlman, G., Hajcak, G., Kessel, E. M., Klein, D. N. (2018). Prospective predictors of first-onset depressive disorders in adolescent females with anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 1, 235:176-183. doi: 10.1016/j.jad.2018.04.005.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bassett, R., Luoma, J., Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*. 2004;35(1):35–54
- Hale, W., Raaijmakers, Q., Muris, P., van Hoof, A., & Meeus, W. (2008). Developmental trajectories of adolescent anxiety disorder symptoms: A 5-year prospective community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 556–564.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 511-524.

- Henin, A., Warman, M., & Kendall, P. C. (2002). *Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία σε παιδιά και εφήβους*. Στο Γ. Σίμος (Εκδ.) *Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία: Ένας οδηγός για την κλινική πράξη*. Εκδόσεις Πατάκη.
- Hetrick, S. H., Cox, G. R., & Merry, S. N. (2015). Where to go from here? An exploratory meta-analysis of the most promising approaches to depression prevention programs for children and adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 4758-4795.
- Hetrick, S.E., Cox, G. R., Witt, K.G., Bir, J. J., & Merry, S. N. (2016). Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. Art. No.: CD003380.
- Hettema, J. M. (2010). Genetics of depression. *Focus*, 8, 316-322.
- Hippius, H., & Muller, N. (2008). The work of Emil Kraepelin and his research group in Munich. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258 (2), 3-11.
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behavioral Therapy*, 36 (4), 193-209.A
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I.J., Sawyer, A.T., Fang. A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 36 (5), 427-440.
- Horn, A. B., Canizares, C., & Gomez, Y. (2014). Prevention of adolescent depression in the Spanish-speaking world. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11, 5665-5683.
- Horowitz, J. L., & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (3), 401-415.
- Horowitz, J. L., Garber, J., Ciesla, J. A., Young, J. F., & Mufson, L. (2007). Prevention of depression symptoms in adolescents: A randomized trial of cognitive- behavioral and interpersonal prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, (5), 693-706.

- Horwitz, A. V., Wakefield, J. C., & Lorenzo-Luaces, L. (2016). *History of depression*. In R. J. DeRubeis & D. R. Strunk (Eds). *The Oxford Handbook of Mood Disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Hu, L.-T., & Bentler, P. M. (1999). Cut-off criteria for fit indexes in covariance analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modelling: A Multidisciplinary Journal*, 6 (1), 1-55.
- Hutcheson, C., & Sofroniou, N. (1999). *The multivariate social scientist*. London: Sage.
- Iacobucci, D. (2009). Structural Equations Modeling: Fit Indices, sample size and advanced topics. *Journal of Consumer Psychology*, 20, 90-98.
- Ivarsson, T., Granqvist, P., Gillberg, C., Broberg, A. G. (2010). Attachment states of mind in adolescents with obsessive-compulsive disorder and/or depressive disorders: a controlled study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 845- 53.
- James, A. C., Taylor A, Winmill, L., Alfoadari, K. (2008). A preliminary community study of dialectical behaviour therapy (DBT) with adolescent females demonstrating persistent, deliberate self-harm (DSH), *Children and Adolescent Mental Health*. 13 (3), 148–52.
- Jennings, J. L., & Apsche, J. A. (2014). The evolution of a fundamentally mindfulness-based treatment methodology: From DBT and ACT to MDT and beyond. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9 (2), 1-3.
- Johnson, D., Dupuis, G., Piché, J., Clayborne, Z., & Colman, I. (2018). Adult mental health outcomes of adolescent depression: A systematic review. *Depression and Anxiety*. 35. 10.1002/da.22777.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Maser, J. D., Zeller, P. J., Endicott, J., Coryell, W., Paulus, M. P., Kunovac, J. L., Leon, A. C., Mueller, T. I., Rice, J. A., and Keller, M. B. (1998). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 694–700.
- Kaltenboeck, A. & Harmer, C. (2018). The neuroscience of depressive disorders: A brief review of the past and some considerations about the future. *Brain and Neuroscience Advances*. 2, 1-6.
- Karevold, E. B., & Nilsen, W. (2018). Symptoms of anxiety and depression in adolescence. In K. S. Mathiesen, A. V. Sanson, & E. B. Karevold (Eds.), *Tracking opportunities and problems from infancy to adulthood: 20 years with the TOPP study* (pp. 55–66). Hogrefe Publishing.

- Kambeitz, J. P., & Howes, O. D. (2015). The serotonin transporter in depression: Meta-analysis of in vivo and post mortem findings and implications for understanding and treating depression, *Journal of Affective Disorders*, 186, 358-366, ISSN 0165-0327.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2005). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδάνος.
- Katz, L.Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., Miller, A. L. (2004). Feasibility of Dialectical Behaviour Therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 43 (3), 276-82.
- Keller, J., Gomez, R., Williams, G., Lembke, A., Lazzeroni, L., Murphy, G.M., Schatzberg, A. F. (2017). HPA axis in major depression: cortisol, clinical symptomatology and genetic variation predict cognition. *Molecular Psychiatry*, 22, 4, 527-536. doi: 10.1038/mp.2016.120.
- Kendler, K. S. (2005). “A gene for...”: The nature of gene action in psychiatric disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 162 (7), 1243-1252.
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*, 41, 567–574.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289 (23), 3095 – 3105.
- Kessler, R. C. & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119-138.
- Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H. U., Stein, M., & Walters, E. E. (1999). Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 29, 555–567.
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: the association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*, 41(4), 567–574.
- Keyes, K. M., Gary, D., O'Malley, P.M., Hamilton, A., Schulenberg, J. (2019). Recent increases in depressive symptoms among US adolescents: trends from 1991 to 2018. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54 (8), 987-996. doi: 10.1007/s00127-019-01697-8.

- Kircanski, K., Thompson, R. J., Sorenson, J., Sherdell, L., & Gotlib, I. H. (2015). Rumination and worry in daily life: examining the naturalistic validity of theoretical constructs. *Clinical Psychological Science*, 3, 926–939.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modelling*. 2nd ed. New York: The Guilford Press.
- Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., Καναβού, Ε., Σταύρου, Μ. (2019). Η ψυχοκοινωνική υγεία των εφήβων. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές και Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, Νευροεπιστημών και Ιατρικής Ακρίβειας (ΕΠΨΥ).
- Kokkinos, C. M. (2007). Elementary school children's involvement in bullying and victimization: The role of attachment style and internalizing and externalizing symptomatology. *Scientia Paedagogica Experimentalis*, XLIV, 1, 33-49.
- Kokkinos, C. M. (2013). Bullying and victimization in early adolescence: Associations with attachment style and perceived parenting. *Journal of School Violence*, 12, 174-192.
- Kokkinos, C. M., Voulgaridou, I. & Koukoutsis, N. (2015). Εκφοβισμός, προσωπικότητα και δεσμός προσκόλλησης σε μαθητές προεφηβικής ηλικίας. *Preschool and Primary Education*, 3 (1), 53-79.
- Κολαΐτης, Γ. & Λιακοπούλου, Μ. (2005). Συναισθήματα, εικόνα εαυτού και συμπεριφορά εφήβων σε σχέση με τη λειτουργικότητα της οικογένειας. *Ψυχιατρική*, 16 (4), 351- 362.
- Kovacs, M. (1992). Manual for the Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-998.
- Kovacs, M., Feinberg, T. L., Crouse- Novak, M. A., Paulaskas, S. L., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood. I A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41, 229-237.
- Kowalenko, N., Rapee, R. M., Simmons, J., Wignall, A., Hoge, R., Whitefield, K., Starling, J., Stonehouse, R., & Baillie, A. J. (2005). Short-term effectiveness of a school-based early intervention program for adolescent depression, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10 (4), 493-507.
- Kowalenko, N., Wignall, A., Rapee, R., Simmons, J., Whitefield, K., & Stonehouse, R. (2002). The ACE program: Working with schools to promote emotional health and prevent depression. *Youth Studies Australia*, 21 (2), 36-50.

- Kruijhaar, M E., Barendregt, J., Graaf , R., Spijker, J., Andrews, G. (2005). Lifetime estimates of major depression: an indirect estimation method and a quantification of recall bias. *European Journal of Epidemiology*, 20 (1), 103-111.
- Kuehlwien, K. T .(2002). *Η γνωστική θεραπεία της κατάθλιψης*. Στο Γ. Σίμος (εκδ) Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία: Ένας οδηγός για την κλινική πράξη. Εκδόσεις Πατάκη.
- Kutcher, S., & Chehil, S. (2007). *Suicide risk management: A manual for health professionals*. Oxford, UK: Blackwell Pub.
- La Greca, A. M., & Stone, W. L. (1993). Social anxiety scale for children- revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 17-27.
- Λαζαράτου, Ε., & Αναγνωστόπουλος, Δ. Κ. (2001). Ανασκόπηση: Εφηβεία και κατάθλιψη. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18 (5), 466-474.
- LeBlank, J. C., Almudevar, A., Brucks, S. J., & Kutcher, S. (2002). Screening for Adolescent Depression: Comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12 (2), 113-126.
- Leigh, E., Clark, D. M. (2018). Understanding Social Anxiety Disorder in Adolescents and Improving Treatment Outcomes: Applying the Cognitive Model of Clark and Wells (1995). *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(3):388-414. doi: 10.1007/s10567-018-0258-5.
- Liable, D. J., Carlo, G., & Raffaelli, M. (2000). The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment, *Journal of Youth and Adolescence*, 29 (1), 45-59.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press: New York.
- Lipsitz, J. D. & Markovitz, J. C. (2013). Mechanisms of change in interpersonal therapy (IPT). *Clinical Psychology Review*, 8, 1134-1147.
- Lock, S., & Barrett, P. M. (2003). A longitudinal study of developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Behaviour Change*, 20, 183–199.
- Logan, D. E., Claar, R. L., Guite, J. W., Kashikar-Zuck, S., Lynch-Jordan, A., Palermo, T. M., Wilson, A. C., & Zhou, C. (2013). Factor structure of the Children’s Depression Inventory in a multisite sample of children and adolescents with chronic pain. *Journal of Pain*, 14 (7), 689-698.

- Lopizzo, N., Bocchio Chiavetto, L., Cattane, N., Plazzotta, G., Tarazi, F. I., Pariante, C. M., Riva, M. A., & Cattaneo, A. (2015). Gene-environment interaction in major depression: focus on experience-dependent biological systems. *Frontiers in Psychiatry*, 6, 68. Doi: 10.3389/fpsyt.2015.00068.
- Lowry-Webster, H. M., Barrett, P. M., & Dadds, M. R. (2001). A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. *Behaviour Change*, 18 (1), 36–50.
- Lewinsohn, P. M., Zinbarg, R., Seeley, J. R., Lewinsohn, M., & Sack, W. H. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 11 (4), 377–394.
- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 2, 173-187.
- Luty, J. (2020). Bordering on the bipolar: a review of criteria for ICD-11 and DSM-5. *British Journal of Psychological Advances*, 26, 50-57.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical Behavior Therapy for Depressed Older Adults: A Randomized Pilot Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11 (1), 33–45.
- McCarty, C. A., Weisz, J. R. (2007). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: what we can (and can't) learn from meta-analysis and component profiling. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46:879–86.
- MacPherson, H. A., Cheavens, J. S., & Fristad, M. A. (2013). Dialectical Behavior Therapy for adolescents: Theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16 (1), 59–80.
- Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T., & Stefanis, C. N. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 943–952.
- Magklara, K., Bellos, S., Niakas, D., Stylianidis, S., Kolaitis, G., Mavreas, V., & Skapinakis, P. (2015). Depression in late adolescence: A cross-sectional study in senior high schools in Greece. *BMC Psychiatry*, 15 (199). Doi:10.1186/s12888-015-0584-9.
- Main, M., Kaplan, K., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society of Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial No. 209).

- Maj, M. (2013). 2922 – Mood Disorders in ICD-11 and DSM-5: A Brief Overview. *European Psychiatry*, 28, 1 - 1.
- Malpass, J. R, Neil, H. F., & Hocevar, D. (1999). Self-regulation, goal orientations, self-efficacy, worry, and high tasks mathematically gifted high school students. *Roeper Review*, 21 (4), 281–8.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Markkula, N., Marola, N., Nieminen, T., Koskinen, S., Saarni, S. I., Harkanen, T., & Suvisaari, J. (2017). Predictors of new-onset depressive disorders- Results from longitudinal Finnish Health 2011 Study. *Journal of Affective Disorders*, 208, 255-264.
- Martin, F., & Oliver, T. (2018). Behavioral activation for children and adolescents: a systematic review of progress and promise. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(4): 427-441. doi: 10.1007/s00787-018-1126-z.
- Matos, A. P., Pinheiro, M. R., Costa, J.J., Salvador, M. C., Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2018). Prevention of Initial Depressive Disorders among “At-Risk” Portuguese Adolescents. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.11.005>
- McCarty, C. A., Violette, H. D., Duong, M. T., Cruz, R. A., McCauley, E. (2013). A randomized trial of the positive thoughts and action program for depression among early adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 42 (4), 554-563.
- McCarty, C. A., Violette, H. D., & McCauley, E. (2011). Feasibility of the Positive Thoughts and Actions Prevention Program for middle schoolers at risk for depression. *Depression Research and Treatment*. doi:10.1155/2011/241386.
- Melrose, S. (2017) Persistent Depressive Disorder or Dysthymia: An Overview of Assessment and Treatment Approaches. *Open Journal of Depression*, 6, 1-13. doi: [10.4236/ojd.2017.61001](https://doi.org/10.4236/ojd.2017.61001).
- Melvin, G. A., Dudley, A. L., Gordon, M. S., Ford, S., Taffe, J., & Tonge, B. J. (2013). What happens to depressed adolescents? A follow-up study into early adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 151, 298-305.
- Merry, S. N., Hetrick, S. E., Cox, G. R., Brudevold, T., Bir, J. J., & McDowell, H. (2011). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Library, Cochrane Reviews*, 7 (12): CD003380.

- Merry, S., McDowell, H., Wild, C. J., Bir, J., & Cunliffe, R. (2004). A randomized placebo-controlled trial of a school-based depression prevention program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (5): 538-547.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Meygoni, A. K. M., & Ahadi, H. (2012). Declining the rate of Major Depression: Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy, *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 35, 230-236.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11 (11), 11-15.
- Michel, N. M., Rowa, K., Young, L., & McCabe, R. E. (2016). Emotional distress tolerance across anxiety disorders, *Journal of Anxiety Disorders*, 40, 94-103.
- Mondimore, F. M. (2005). Kraepelin and manic-depressive insanity: An historical perspective. *International Review of Psychiatry*, 17 (1), 49-52.
- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110 (3), 406-425.
- Mouchet-Mages, S., & Bayle, F. J. (2008). Sadness as an integral part of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10 (3), 321-327.
- Mrazek, P. J., & Hagerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.
- Mullen S. (2018). Major depressive disorder in children and adolescents. *The Mental Health Clinician*. 8(6), 275-83. DOI: 10.9740/mhc.2018.11.275.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol 1), Cambridge, MA: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank.

- Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, 32(2), 337–348.
- Muris, P., Mayer, B., & Meesters C. (2000). Self-reported attachment style, anxiety, and depression in children. *Social Behavior and Personality*, 28, 157-162.
- Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, S. (2003). Internalizing and externalizing problems as correlates of self-reported attachment style and perceived parental rearing in normal adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 12 (2), 171-183.
- Muris, P., Roelofs, J., Meesters, C., Boomsma, P. (2004). Rumination and worry in nonclinical adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 28 (4), 539-554.
- Myers, K., & Winters, N. C. (2002). Ten-year review of rating scales. II: Scales for internalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (6), 634-659.
- Nardi, B., Francesconi, G., Dell’osso, M., & Bellantuono, C. (2013). Adolescent depression: Clinical features and therapeutic strategies. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 17 (11), 1546-1551.
- National Research Council & Institute of Medicine. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions. (Eds). M. E. O. Connell, T. Boat, & K. E. Warner. Washington, DC: The National Academic Press.
- Newman, M. G. (2000). *Generalized anxiety disorder*. In M. Hersen and M. Biaggio (Eds.): *Effective brief therapies: A clinician’s guide*. (pp.157- 178). San Diego, CA: Academic Press.
- Newman, M. G., & Erickson, T. M. (2010). Generalized anxiety disorder. In J. G. Beck (Ed.), *Interpersonal processes in the anxiety disorders: Implications for understanding psychopathology and treatment* (pp. 235-259). Washington, DC: American Psychological Association.
- Newman, M. G., & Erickson, T. M. (2010). *Generalized anxiety disorder*. In J. G. Beck (Ed.), *Interpersonal processes in the anxiety disorders: Implications for understanding psychopathology and treatment* (pp.235-259). Washington, DC: American Psychological Association.

- Νταφούλη Μ., Δαλάκα Σ., Σίμος Γ., Νομικού Μ. (2017). Συναισθηματική ρύθμιση και ανοχή στη δυσφορία. 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών 10 - 12 Νοεμβρίου 2017, Πάτρα. ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ, σελ. 101.
- Norr, A. M., Oglesby, M. E., Capron, D. W., Raines, A. M., Korte, K. J., & Schmidt, N. B. (2013). Evaluating the unique contribution of intolerance of uncertainty relative to other cognitive vulnerability factors in anxiety psychopathology. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 136–142.
- Nolen-Hoeksema, S. (1998). *Ruminative coping with depression*. In J. Heckhausen, & C. S. Dweck (Eds.), *Motivation and self-regulation across the life span* (pp. 237–256). New York: Cambridge University Press.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw- Hill Book.
- Ξηρού, Ε., & Γονιδάκης, Φ. (2015). Η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία για τη θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής, *Γνωσιακή- Συμπεριφορική Έρευνα & Θεραπεία*, 1 (2), 105-113.
- Oar, E. L., Johnco, C., & Ollendick, T. H. (2017). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Children and Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, Dec 40, 4, 661-674. doi: 10.1016/j.psc.2017.08.002.
- 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. doi: 10.1007/s10964-016-0619-7.
- Orvaschel, H., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Continuity of psychopathology in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1525-1535.
- Otte, C., Gold, S., Penninx, B.W., Pariante, C., Etkin, A., Fava, M., Mohr, D., & Schatzberg, A. (2016). Major depressive disorder. *Nature reviews. Disease primers*. 2. 16065. 10.1038/nrdp.2016.65.
- Otto, C., Petermann, F., Barkmann, C., Schipper, M., Kriston, L., Holling, H., Ravens-Sieberer, U., & Klasen, F. (2016). Risk and protective factors for general anxiety symptoms in children and adolescents. Results of the BELLA cohort study. *Kindheit and Entwicklung*, 25 (1).

- Oud, M., de Winter, L., Vermeulen-Smit, E., Boddien, D., Nauta, M., Stone, L., van den Heuvel, M., Taher, R. A., de Graaf, I., Kendall, T., Engels, R., & Stikkelbroek, Y. (2019). Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European Psychiatry*, *57*:33-45. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.12.008.
- Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, & Munizza C. (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Archives of General Psychiatry*, *61*:714–719.
- Rapee, R. M. (2018). *Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention*. In J. M. Rey (Ed.), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Ruscio, A. M., & Khazanov, G. K. (2017). Anxiety and depression. In R. J. DeRubeis & D. R. Strunk (Eds.), *The Oxford handbook of mood disorders* (pp. 313–324). Oxford University Press.
- Parker, G. (2019). *The Role of environmental and psychosocial factors in Depression*. In J. Quevedo, A. F. Carvalho, C.A., & C. A. Zarate (Eds). *Neurobiology of Depression*, pp. 9-15, Academic Press.
- Paykel, E. S. (2008). Basic concepts of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *3* (10), 279-289.
- Peters, L., Sunderland, M., Andrews, G., Rapee, R. M., & Mattick, R. P. (2012). Development of a short form Social Interaction Anxiety (SIAS) and Social Phobia Scale (SPS) using nonparametric response theory: The SIAS-6 and the SPS-6. *Psychological Assessment*, *24* (1),66-76.
- Petersen, A. C., Sarigianni, P. A., & Kennedy, R. E. (1991). Adolescent depression: Why more girls? *Journal of Youth and Adolescence*, *20*, 245-269.
- Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others? *Review of General Psychology*, *4* (2), 155-173.
- Pine, D. S., Cohen, E., Cohen, P., & Brook, J. (1999). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? *American Journal of Psychiatry*, *156*, 133-135.

- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & May, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55 (1), 56-64.
- Pinheiro, M. R., Matos, A. P., Costa, J. J., Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2015). A parental program for the prevention of adolescents. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*. eISSN: 2357-1330.
- Papini, D. R., Roggman, L. A. (1992). Adolescent perceived attachment to parents in relation to competence, depression, and anxiety: A longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 12, 420–440.
- Papini, D. R., Roggman, L. A., Anderson J. (1991). Early-adolescent perceptions of attachment to mother and father: A test of the emotional-distancing and buffering hypothesis. *Journal of Early Adolescence*, 11, 258–275.
- Πολυκανδριώτη, Μ. & Στεφανίδου, Σ. (2013). Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 12 (4), Οκτώβριος- Δεκέμβριος 2013, 398- 408.
- Possel, P., Horn, A. B., & Hautzinger, M. (2003). Erste ergebnisse eines programms zur schulbasierte prevention von depressiven symptomen bei jugendlichen [Preliminary results of a school-based depression prevention program for adolescents]. *Zeitschrift fur Gesundheitspsychologie*, 11, 10–20.
- Possel, P., Horn, A. B., Groen, G., & Hautzinger, M. (2004). School- based prevention of depressive symptoms in adolescents: A 6- month follow up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 8, 1003-1010.
- Possel, P., Horn, A. B., Seemann, S., & Hautzinger, M. (2004). *Trainings programm zur Praventio von Depressionen bei Jugendlichen. LARS&LISA: Lust an realistischer Sicht & Leichtigkeit im sozialen Alltag [Training to prevent depression in adolescents. LARS&LISA: Desire for a realistic view and ease in social aspects of everyday life]*. Gottingen, Germany: Hogrefe.
- Possel, P., Seeman, S., & Hautzinger, M. (2008). Impact of Comorbidity in Prevention of Adolescent Depressive Symptoms, *Journal of Counseling Psychology*, 55 (1), 106-117.
- Quayle, D., Dzuirawiec, S., Roberts, C., Kane, R., & Ebsworthy, G. (2001). The effect of an optimism and life skills program on depressive symptoms in preadolescence. *Behaviour Change*, 18 (4): 194-203.

- Quintao, S., David, S., Gusmao, R., & Kutcher, S. (2015). Contribution to the validation of the Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS-6) in a Portuguese population. *Psychology/ Psicologia Reflexao e Critica*, 28 (2), 313-321.
- Rabner, J., Mian, N. D., Langer, D. A., Comer, J. S., & Pincus, D. (2017). The relationship between worry and dimensions of anxiety symptoms in children and adolescents, *Behavioral Cognitive Therapy*, 45 (2), 124- 138.
- Ranta, K., Kaltiala- Heino, R., Koivisto, A.-M., Tuomisto, M. T., Pelkonen, M., & Marttunen, M. (2007). Age and gender differences in social anxiety symptoms during adolescence: The social phobia inventory (SPIN) as a measure, *Psychiatry Research*, 153, 261-270.
- Raja, S. N., McGee, R., & Stanton, W. R. (1992). Perceived attachments to parents and peers and psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 471-485.
- Rapee RM, & Lim L. (1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance on social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 728–731.
- Rasing, S. P. A., Creemers, D. H. M., Janssens, J. M. A. M., & Scholte, R. H. (2017). Depression and anxiety prevention based on cognitive behavioral therapy for at risk adolescents: A meta-analytic review. *Frontiers Psychology*, 8, 1066. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01066.
- Rathus, J. H., Miller, A. L. (2014). *DBT Skills Manual for Adolescents*. Guilford Publications.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 146–157.
- Rawatlal, N., Kliwer, W., & Pillay, B. J. (2015). Adolescent attachment, family functioning and depressive symptoms. *South African Journal of Psychiatry*, 21 (3), 80-85.
- Reivich, K. (1996). *The prevention of depressive symptoms in adolescents*. (Doctoral dissertation) Ανακτήθηκε από: ProQuest Dissertations & Theses. (AAI9627995).
- Rehm, L. P. (1990). Depressive disorders: Cognitive and Behavioral theories of Depression. Ανακτήθηκε από: International Psychotherapy Institute freepsychotherapybooks.org.
- Rice, F., Sellers, R., Hammerton, G., Eyre, O., Bevan-Jones, R., Thapar, A. K., Collishaw, S., Harold, G.T., & Thapar, A. (2017). Antecedents of New-Onset Major Depressive Disorder in Children and Adolescents at High Familial Risk. *JAMA Psychiatry*. 74, 2, 153-160. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.3140.

- Roelofs, J., Meesters, C., Huurne, M., Bamelis, L., Muris, P. (2006). On the links between attachment style, parental rearing behaviors, and internalizing and externalizing problems in non-clinical children, *Journal of Child and Family Studies*, 15, 331–344.
- Roberts, J. E., Gotlieb, I. H., & Kassel, J. D. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating role of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (2), 310-320.
- Roberts, C. M., Kane, R., Bishop, B., Cross, D., Fenton, J., and Hart, B. (2010). The Prevention of anxiety and depression in disadvantaged schools. *Behaviour Research and Therapy*. 48, 68–73.
- Roberts, C. M., Kane, R., Bishop, B., Matthews, H. & Thompson, B. (2004). The prevention of depressive symptoms in rural school children: a follow-up study. *International Journal of Mental Health Promotion*, 6, 4-16.
- Roberts, C. M., Kane, R., Thomson, H., Bishop, B., & Hart, B. (2003). The prevention of depressive symptoms in rural school children: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 622-628.
- Romano, J. L. & Hage, S. M. (2000). Prevention and counseling psychology: Revitalizing commitments for the 21st century. *The Counseling Psychologist*, 28, 733-763.
- Rooney, R. M., Morrison, D., Hassan, S., Kane, R., Roberts, C., & Mancini, V. (2013). Prevention of internalizing disorders in 9 – 10 year old children: Efficacy of the Aussie Optimism Positive Thinking Skills Program at 30-month follow up. Ανακτήθηκε από: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2013.00988/full>.
- Rush, A. J., Zimmerman, M., Wisniewski, S. R., Fava, M., Hollon, S. D., Warden, D., Biggs, M. M., Shores-Wilson, K., Shelton, R. C., Luther, J. F., Thomas, B., and Trivedi, M. H. (2005). Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: Demographic and clinical features. *Journal of Affective Disorders*, 87, 43–55.
- Rathus, J. H., Miller, A. L. (2014). *DBT Skills Manual for Adolescents*. Guilford Publications.
- Saylor, C. F., Spirito, A., & Bennett, B. (1985). The Children’s Depression Inventory: A systematic evaluation of psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 955-967.
- Schatzberg, A. F. (2015). Anna-Monika Award Lecture, DGPPN Kongress, 2013: the role of the hypothalamic– pituitary–adrenal (HPA) axis in the pathogenesis of psychotic major depression. *World Journal of Biological Psychiatry*, 16, 2–11.

- Schubert, K. O., Clark, S. R., Van, L. K., Collinson, J. L., & Baune, B.T. (2017). Depressive symptom trajectories in late adolescence and early adulthood: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51 (5):477-499.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29, 83–102.
- Shadrina, M., Bondarenko, E. A., & Slominsky, P. A. (2018). Genetics Factors in Major Depression Disease. *Frontiers of Psychiatry*. 23 (9), 334. doi: 10.3389/fpsy.2018.00334.
- Shapero, B.G., Black, S. K., Liu, R.T., Klugman, J., Bender, R. E., Abramson, L.Y., Alloy, L. B. (2014). Stressful life events and depression symptoms: the effect of childhood emotional abuse on stress reactivity. *Journal of Clinical Psychology*.70 (3) :209-23.
- Sheffield, J. K., Spence, S. H., Rapee, R. M., Kowalenko, N., Wignall, 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 (1), 66-79.
- Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H., & Osgarby, S. M. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 3: 303-315.
- Shochet, I., Holland, D., & Whitefield, K. (1997). Resourceful adolescent program: Group leader's manual. Brisbane, Australia: Griffith University.
- Simos, G., Vaiopoulos, C., Dimitriou, E., & Paraschos, A. (1998). Worries and obsessive features: A positive relationship. *Behavior Therapist*, 21, 7-8.
- Skapinakis, P., Bellos, S., Koupidis, S., Grammatikopoulos, I., Theodorakis, P. N., Mavreas, V. (2013). Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population in Greece. *BMC Psychiatry*, 4 (13), 163. Doi: 10.1186/1471-244X-13-163.
- Spence, S. H., & Donovan, C. L. (2002). Preventing depression in adolescence: Short term results from the problem solving for life program. *International Perspectives on Child and Adolescent Mental Health*, 2, 189-212.
- Spence, S. H., Sheffield, J. K., & Donovan, C. L. (2003). Preventing adolescent depression: An evaluation of the Problem Solving for Life Program, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (1), 3-13.

- Spence, S. H., Sheffield, J. K., & Donovan, C. L. (2005). Long-term outcome of a school-based, universal approach to prevention of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 160–167.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry, 18*, 207-215.
- Spruit A, Goos, L., Weenink, N., Rodenburg, R., Niemeyer, H., Stams, G. J., Colonnaesi, C. (2019). The Relation Between Attachment and Depression in Children and Adolescents: A Multilevel Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychological Review, 23*(1):54-69. doi: 10.1007/s10567-019-00299-9.
- Stallard, P., Montgomery, A. A., Araya, R., Anderson, R., Lewis, G., Sayal, K., Buck, R., Millings, A., & Taylor, J. A. (2010). Protocol for a randomized controlled trial of a school-based cognitive behaviour therapy (CBT) intervention to prevent depression in high risk adolescents (PROMISE). *Trials, 11*:114. Ανακτήθηκε από: <http://www.trialsjournal.com/content/11/1/114>
- Stallard, P., Sayal, K., Phillips, R., Taylor, J. A., Spears, M., Anderson, R., Lewis, G., Millings, A., & Montgomery, A. A. (2012). Classroom based cognitive behavioural therapy in reducing symptoms of depression in high risk adolescents: pragmatic cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal, 345*.
- Starcevic, V. (1995). Pathological worry in major depression: a preliminary report. *Behaviour Research and Therapy, 33* (1), 55-56.
- Stefanis, C. N. & Stefanis, N. C. (2002). Diagnosis of Depressive Disorders: A review. In M. Maj & N. Sartorius (Eds), *Depressive Disorders, Second Edition*, WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry, Ltd. London: Wiley and Sons.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Muller, N., Hofler, M., Lieb, R., Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: A prospective study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry, 58*, 251-256.
- Stice, E, Rohde, P, Gau J. M., & Wade, E. (2010). Efficacy trial of a brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents: Effects at 1- and 2-year followup. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 856–867.
- Stice, E., Rohde, P., Seeley, J. R., & Gau, J. M. (2008). Brief cognitive-behavioural depression program for high – risk adolescents outperforms two alternative interventions: A

- randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (4), 595-606.
- Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N., & Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: Factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 486–503.
- Strahan, B. J. (1995). Predictors of depression: An attachment theoretical approach. *Journal of Family Studies*, 1 (1), 34-47.
- Stojiljković, J. & Stanković, M. (2018) Depressive State and Social Anxiety in Adolescents: The Role of Family Interactions, *The American Journal of Family Therapy*, 46:3, 243-257.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of Major Depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1552-1562.
- Taurines, R., Gerlach, M., Warnke, A., Thome, J., & Wewetzer, C. (2011). Pharmacotherapy in depressed children and adolescents. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12(1), 11–15.
- Topper, M., Emmelkamp, P. M. G., Watkins, E., & Ehring, T. (2014). Development and assessment of brief versions of the Penn State Worry Questionnaire and the Ruminative Response Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 402-421.
- Treutiger, B. M., & Lindberg, L. (2013). Prevention of depressive symptoms among adolescent girls. In A. K. Andershed (Ed.), *Girls at risk*, 55-78. New York, NY: Springer.
- Trinke, S. J., & Bartholomew, K. (1997). Hierarchies of attachment relationships in young adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14, 603-625.
- Vasey, M. W., & Borkovec, T. D. (1992). A catastrophizing assessment of worrisome thoughts. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (5), 505-520.
- Vertue, F. M. (2003). From Adaptive Emotion to Dysfunction: An Attachment Perspective on Social Anxiety Disorder. *Personality and Social Psychology Review*, 7 (2), 170–191.
- Wahlbeck K. (2015). Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14:36–42.

- Waters, E., Hamilton, C. E., & Weinfield, N. S. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General introduction. *Child Development, 71*(3), 678–683.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social- evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 448-457.
- Weems, C. F., & Costa, N. M. (2005). Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44*(7), 656-663.
- Weersing, V.R., Rozenman, M. S., Maher-Bridge, M., Campo, J. V. (2019). Anxiety, depression, and somatic distress: developing a transdiagnostic internalizing toolbox for pediatric practice. *Cognitive Behavioral Practice, 19*, 68–82.
- Weinfield, N.S., Sroufe, L.A., Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: continuity, discontinuity, and their correlates. *Child & Development, 71* (3): 695-702.
- Weiss, B., Weisz, J. R., Politano, M., Carey, M., Nelson, W. M., & Finch, A. J. (1991). Developmental differences in the factor structure of the Children’s Depression Inventory, *Psychological Assessment, 3* (1), 38-45.
- Weissman, M. M., Merikangas, K. R., Wickramaratne, P., Kidd, K. K., Prusoff, B. A., Leckman, J. F., Pauls, D. L. (1986). Understanding the clinical heterogeneity of major depression using family data. *Archives of General Psychiatry, 43* (5), 430-434.
- Weller, E. B., Kloos, A. D., Kang, J., Weller, R. A. (2006). Depression in children and adolescents: Does gender make a difference? *Current Psychiatry Reports, 8*, 108-114.
- Wells A, Fisher, P. L. (2008). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research, 33* (3),
- Wignall, A., Rapee, R. M., Gibson, J., & Bateman, N. (1998). *ACE: Adolescents Coping with Emotions Leaders’ Manual*: Author.
- William, K. (2002). No time to Worry: The relationship between worry, time structure, and time management. *Personality and Individual Differences, 35*, 1119-1126.
- Williams, A., Thompson, J., & Andrews, G. (2013). The impact of psychological distress in the treatment of depression. *Behaviour Research and Therapy, 51* (8), 469-475.

- Wilkinson, R. B., & Goh, D. Y. L. (2014). Structural, age and sex differences for a short form of the Inventory of Parent and Peer Attachment: The IPPA-45. *Journal of Relationship Research, 5*, e5, 1-11. DOI: 10.1017/jrr.2014.5.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44203>
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Health Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). Depression [Fact sheet]. Ανακτήθηκε από ιστοσελίδα <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization (2019). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). Retrieved from <https://icd.who.int/>
- Young, E. A., Abelson, J. L., Curtin, G. C., et al. (1997). Child adversity and vulnerability to mood and anxiety disorders. *Depression & Anxiety, 5*, 66–72.
- Young, C. C., & Dietrich, M. S. (2015). Stressful life events, worry, and rumination predict depressive and anxiety symptoms in young adolescents, *Journal of Child and Adolescent Nursing*. Ανακτήθηκε από: <https://doi.org/10.1111/jcap.12102>.
- Young, J. F., Jones, J. D., Sbrilli, M. D., Benas, J. S., Spiro, C. N., Haimm, C. A., Gallop, R., Mufson, L., Gillham, J. E. (2019). Long-Term Effects from a School-Based Trial Comparing Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training to Group Counseling. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 48*(sup1):S362-S370. doi: 10.1080/15374416.2018.1479965.
- Young, J. F., Kranzler, A., Gallop, R., & Mufson, L. (2012). Interpersonal psychotherapy-adolescent skills training: Effects on school and social functioning. *School Mental Health, 4* (4), 254-264.
- Young, J. F., & Mufson, L. (2003). *Manual for Interpersonal Psychotherapy- Adolescent Skills Training (IPT-AST)*. Unpublished manual

- Yu, D. L. & Seligman, M. E. P. (2002). Preventing depressive symptoms in Chinese children. *Prevention & Treatment*, 5, 1, np.
- Χατζάκη, Α. (2008). Σύγχρονη βιολογική θεώρηση της κατάθλιψης: Νευροπεπτίδια και νέες θεραπευτικές προοπτικές. *Archives of Hellenic Medicine*. ISSN 11-05-3992. www.mednet.gr/archives.
- Ζαφειρόπουλος, Κ. (2012). *Ποσοτική Εμπειρική Έρευνα και Δημιουργία Στατιστικών Μοντέλων*. Εκδόσεις Κριτική.
- Żmudzka, E., Sałaciak, K., Sapa, J., & Pytka, K. (2018). Serotonin receptors in depression and anxiety: Insights from animal studies, *Life Sciences*, 210, 106-124, ISSN 0024-3205. doi.org/10.1016/j.lfs.2018.08.050.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΚΩΔ:



Αγαπητέ έφηβε / Αγαπητή έφηβη,

Θα θέλαμε να σε ενημερώσουμε για τη δυνατότητα να δηλώσεις συμμετοχή στο **Πρόγραμμα Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας**, το οποίο διεξάγεται υπό την αιγίδα του Πανεπιστημίου Μακεδονίας, στις πόλεις Ξάνθη και Θεσσαλονίκη.

Η συμμετοχή στο πρόγραμμα είναι δωρεάν και εθελοντική. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να δεχθείς να συμμετάσχεις μόνο στην πρώτη φάση (συμπλήρωση ερωτηματολογίων) ή να δεχθείς να συνεχίσεις και στις υπόλοιπες, θεωρώντας δεδομένο ότι μπορεί να αποφασίσεις να σταματήσεις όποτε το θελήσεις. Η συμμετοχή σου είναι πολύ σημαντική, ακόμη και αν αφορά αποκλειστικά και μόνο την πρώτη φάση της μελέτης. Οι πληροφορίες των ερωτηματολογίων θα είναι ανώνυμες και θα βοηθήσουν στον σχεδιασμό και την αξιολόγηση προγραμμάτων που στοχεύουν στην υποστήριξη άλλων παιδιών της ηλικίας σου.

Αν σε ενδιαφέρει να συνεχίσεις και να παρακολουθήσεις και τις επόμενες φάσεις του προγράμματος (ολιγομελείς ομαδικές συναντήσεις), θα έχεις την ευκαιρία να γνωρίσεις άτομα της ηλικίας, να ανταλλάξετε εμπειρίες, να συμμετάσχεις σε δραστηριότητες που ενισχύουν τις ήδη υπάρχουσες δεξιότητές σου, να εκπαιδευτείς σε νέες δεξιότητες με στόχο την αντιμετώπιση δυσκολιών της καθημερινότητας αλλά και την πρόληψη δυσκολιών που μπορεί να αντιμετωπίσεις στο μέλλον.

Στο παρόν έντυπο επισυνάπτεται το έντυπο συγκατάθεσης γονέα, καθώς και οι πληροφορίες επικοινωνίας με την ερευνήτρια για τυχόν απορίες ή ερωτήσεις σου. Είναι ένα έντυπο με τις βασικές πληροφορίες του προγράμματος, το οποίο θα θέλαμε να διαβάσεις και να δώσεις στους γονείς/ κηδεμόνες σου.

Είναι σημαντικό να κρατήσεις την πρώτη σελίδα από το φυλλάδιο που έχεις στα χέρια σου, σε περίπτωση που αποφασίσεις να συμμετάσχεις στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, εντός τους σχολικού ωραρίου, σε ώρα και με μέρα που θα ανακοινωθεί από το σχολείο σου. Παρέδωσε το έντυπο συγκατάθεσης των γονιών σου, υπογεγραμμένο, στον υπεύθυνο καθηγητή/-τρια και την ημέρα της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων θα παραδώσεις στην ερευνήτρια αυτή τη σελίδα.





Θεσσαλονίκη

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΟΝΕΑ ΚΑΤΟΠΙΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Αγαπητοί γονείς,

Με αυτή την επιστολή σας ενημερώνουμε για μία έρευνα του Πανεπιστημίου Μακεδονίας που στην πρώτη φάση της μελέτης αφορά στη διερεύνηση της συναισθηματικής εμπειρίας των εφήβων ηλικίας 14-15 ετών και στη συνέχεια στη συμμετοχή τους σε ένα πρόγραμμα ενίσχυσης της ψυχικής τους υγείας.

Παρακάτω παραθέτουμε αναλυτικά στοιχεία για την έρευνα και απαντούμε σε κάποιες πιθανές σας ερωτήσεις.

Τίτλος έρευνας: «Πρόγραμμα Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας των Εφήβων»

Ερευνητές: Χριστίνα Τσιλιγγίρη, Ψυχολόγος

Περιγραφή της έρευνας.

Το πρόγραμμα αφορά σε μια μελέτη που διεξάγεται υπό την αιγίδα του τμήματος Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Μακεδονίας και θα λάβει χώρα στις πόλεις Θεσσαλονίκη και Ξάνθη.

Η μελέτη προβλέπει αρχικά την συμπλήρωση ερωτηματολογίων από εφήβους που φοιτούν στην Γ' Γυμνασίου ή στην Α' Λυκείου, με στόχο τη διερεύνηση των μεταβλητών που σχετίζονται με την ψυχική υγεία και τον εντοπισμό και την αναγνώριση πιθανών προστατευτικών παραγόντων και δυσκολιών των εφήβων.

Στη συνέχεια, προβλέπει την εθελοντική και δωρεάν συμμετοχή των μαθητών και μαθητριών, των οποίων οι ανάγκες συμπίπτουν με τους στόχους του προγράμματος, αρχικά σε μια ατομική συνέντευξη και στη συνέχεια σε ολιγομελείς ομαδικές συναντήσεις.

Κάθε έφηβος/έφηβη μπορεί να δεχθεί να συμμετάσχει σε μια ή περισσότερες φάσεις της μελέτης και να διατηρήσει το δικαίωμα να αρνηθεί να συμμετάσχει στις υπόλοιπες.

Τι συμπεριλαμβάνει η συμμετοχή του παιδιού μου;

Με τη δική σας άδεια, καθώς και με την σύμφωνη γνώμη του έφηβου ή της έφηβης, θα χορηγηθούν στη σχολική τάξη, τα έντυπα για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Η χορήγηση θα διεξαχθεί σε προσυμφωνημένο χρόνο, κατόπιν συνεννόησης με το διδακτικό προσωπικό του σχολείου. Αν το παιδί σας εκδηλώσει

ενδιαφέρον να συνεχίσει στην επόμενη φάση και εσείς δηλώσετε την συμφωνία σας στο έντυπο συγκατάθεσης γονέα που επισυνάπτεται παρακάτω, θα επικοινωνήσουμε μαζί σας για την δεύτερη φάση του προγράμματος.

Η δεύτερη φάση, αφορά την διενέργεια μιας ατομικής συνέντευξης. Η φάση αυτή, όπως και όλες οι υπόλοιπες θα διεξαχθούν εκτός σχολικού πλαισίου. Οι ατομικές συνεντεύξεις στοχεύουν στην καλύτερη κατανόηση των αναγκών του/της έφηβου/-ης. Σε περίπτωση που οι ανάγκες του εφήβου/της έφηβης δεν μπορούν να καλυφθούν ικανοποιητικά από τους στόχους του παρόντος προγράμματος, θα σας ενημερώσουμε ατομικά για την δυνατότητα κάλυψης των αναγκών αυτών από αρμόδιους δημόσιους φορείς.

Η τρίτη φάση του προγράμματος προβλέπει τον σχηματισμό ολιγομελών ομάδων οι οποίες θα παρακολουθήσουν το πρόγραμμα προαγωγής και ενίσχυσης της ψυχικής υγείας. Το περιεχόμενο του προγράμματος που θα παρακολουθήσουν οι ομάδες βασίζεται σε ένα επιστημονικά τεκμηριωμένο και δομημένο πρόγραμμα ενίσχυσης της ψυχικής υγείας των εφήβων. Το πρόγραμμα έχει σαν στόχο την εκπαίδευση σε δεξιότητες και εργαλεία για την αντιμετώπιση συναισθηματικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν συνήθως οι έφηβοι/-ες και τα οποία μπορούν να τους/τις βοηθήσουν στις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητα τους και στην πρόληψη δυσκολιών στο μέλλον. Αφορά 14 συναντήσεις σε διάστημα 2,5 μηνών, σε μέρες και ώρες οι οποίες δεν θα παρεμβαίνουν στο σχολικό πρόγραμμα και τις υποχρεώσεις των εφήβων.

Τέλος, η τέταρτη φάση του προγράμματος αφορά και πάλι την συμπλήρωση ερωτηματολογίων. Στη φάση αυτή προβλέπεται η συμμετοχή μόνο όσων έχουν παρακολουθήσει όλες τις προηγούμενες φάσεις του προγράμματος. Στόχος είναι η διερεύνηση της πορείας των δεξιοτήτων και των δυσκολιών που είχαν αρχικά αναφερθεί, η διερεύνηση του οφέλους της συμμετοχής, αλλά και της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από το πρόγραμμα.

Διατρέχει το παιδί μου κάποιο κίνδυνο από τη συμμετοχή του στην παρούσα έρευνα;

Το παιδί σας δεν διατρέχει κανέναν κίνδυνο από τη συμμετοχή του στη μελέτη. Η πρώτη φάση, αφορά τη συμπλήρωση επιστημονικά τεκμηριωμένων ερωτηματολογίων, κατάλληλων για το ηλικιακό φάσμα στο οποίο ανήκει το παιδί σας και εγκεκριμένων από τους αρμόδιους φορείς (ΙΕΠ και Υπουργείο Παιδείας). Το περιεχόμενο των ομαδικών συναντήσεων της τρίτης φάσης του προγράμματος, βασίζεται σε δραστηριότητες που ερευνητικά έχει φανεί ότι συμβάλλουν στην αντιμετώπιση συναισθηματικών δυσκολιών και ενισχύουν τις ήδη υπάρχουσες δεξιότητες του/της. Οι ομαδικές συναντήσεις της τρίτης φάσης του προγράμματος θα γίνονται εκτός σχολικού πλαισίου, με στόχο την διασφάλιση του ιδιωτικού χαρακτήρα της συμμετοχής.

Υπάρχει κάποιο όφελος αν το παιδί μου συμμετέχει στην παρούσα έρευνα;

Δεν προβλέπεται κάποιο οικονομικό όφελος από την συμμετοχή του παιδιού σας στην έρευνα. Η συμμετοχή του ωστόσο στοχεύει στην ενδυνάμωση του ήδη υπάρχοντος δυναμικού του, στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που μπορεί να έχει εντοπίσει και στην πρόληψη και την αντιμετώπιση δυσκολιών που μπορεί να προκύψουν στο

μέλλον. Η συμμετοχή του εφήβου/ της έφηβης, σε οποιαδήποτε φάση της μελέτης, είναι εθελοντική και δεν θα υπάρξει καμία οικονομική επιβάρυνση για εσάς.

Πώς θα προστατευθεί η ανωνυμία του παιδιού μου;

Σε όλες τις φάσεις της μελέτης εξασφαλίζεται με κάθε τρόπο η ανωνυμία του παιδιού σας. Εφόσον το παιδί σας συμπληρώσει τα ερωτηματολόγια και μας επιστρέψει το έντυπο συγκατάθεσης υπογεγραμμένο από εσάς, θα ενημερωθεί από το σχολείο για την ημερομηνία και ώρα συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων της πρώτης φάσης του προγράμματος. Το παιδί σας θα προσκομίσει το δικό του έντυπο συγκατάθεσης, κατά την συμπλήρωση, το οποίο φέρει έναν κοινό κωδικό με το έντυπο γονικής συγκατάθεσης. Ο κωδικός αυτός θα δώσει τη δυνατότητα επικοινωνίας μαζί σας, σε περίπτωση που το παιδί σας, με τη δική σας σύμφωνη γνώμη, εκδηλώσει ενδιαφέρον για τη συμμετοχή του στην δεύτερη φάση της μελέτης (ατομική συνέντευξη). Ατομικά στοιχεία και πληροφορίες προσωπικών δεδομένων, σε καμία περίπτωση δεν θα δίνονται σε τρίτους και δεσμευόμαστε ότι θα παραμείνουν απόρρητα.

Σε ποιον μπορώ να απευθυνθώ για περαιτέρω διευκρινίσεις;

Μπορείτε να θέσετε ερωτήσεις σχετικά με την παρούσα έρευνα οποιαδήποτε στιγμή. Μπορείτε να απευθυνθείτε στην ερευνήτρια **Χριστίνα Τσιλιγγίρη**, στο τηλέφωνο **6937421736** ή στη διεύθυνση **christina.tsiligiri@gmail.com** ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα στον κ. **Γρηγόρη Σίμο**, Καθηγητή του Πανεπιστημίου Μακεδονίας στη διεύθυνση **gsimos@uom.edu.gr**

Η συμμετοχή του παιδιού σας είναι καθαρά εθελοντική. Αν αποφασίσετε ότι επιθυμείτε να μη λάβει μέρος ή να αποσυρθεί από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή, δε θα υπάρξει καμία επίπτωση στις υπηρεσίες που λαμβάνετε αυτή τη στιγμή.

Ζητούμε να δώσετε τη γραπτή σας συγκατάθεση για να συμμετέχει το παιδί σας στην παρούσα έρευνα, συμπληρώνοντας το Έντυπο Συγκατάθεσης Γονέα Κατόπιν Ενημέρωσης. Σε καμία περίπτωση το υλικό δε θα διατεθεί για άλλους σκοπούς, πλην αυτών που έχουν προαναφερθεί και τα πλήρη ονόματα των παιδιών θα παραμείνουν απόρρητα σε κάθε περίπτωση.

Σας ευχαριστούμε θερμά για την πολύτιμη συνεργασία σας στην προσπάθειά μας αυτή.

Η υπεύθυνη της έρευνας

Χριστίνα Τσιλιγγίρη
Ψυχολόγος- Υπ. Διδάκτορας
Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής
Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΟΝΕΑ ΚΑΤΟΠΙΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

ΚΩΔ:

Ο κάτωθι γονέας/κηδεμόνας _____,
δίνω εθελουσίως τη συγκατάθεσή μου για τη συμμετοχή του ανήλικου παιδιού μου
_____ (ονοματεπώνυμο παιδιού)
του _____ (όνομα πατρός) στην έρευνα με τίτλο «Πρόγραμμα
Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας των Εφήβων».

Θεωρώ ότι όλες οι ερωτήσεις μου έχουν απαντηθεί ικανοποιητικά και κατανοώ ότι
οποιοσδήποτε περαιτέρω ερωτήσεις μου θα απαντηθούν.

Ονοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

Ημερομηνία _____

Συμπληρώστε με **X** αν θα σας ενδιέφερε να επικοινωνήσουμε μαζί σας, σε περίπτωση που το παιδί σας θα μπορούσε να ωφεληθεί από τη συμμετοχή στις επόμενες φάσεις του προγράμματος.

..... **Θα ήθελα να επικοινωνήσετε μαζί μου για τη δωρεάν συμμετοχή του παιδιού μου στις επόμενες φάσεις του προγράμματος.**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Δημογραφικά στοιχεία

Παρακάτω ακολουθούν κάποια δημογραφικά στοιχεία που θα θέλαμε να συμπληρώσεις. Σημείωσε το ανάλογο κουτάκι ή βάλε X στην απάντηση που ισχύει

Φύλο: Άνδρας
 Γυναίκα

Ηλικία: _____

Φοιτώ στην Γ' ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ Α' ΛΥΚΕΙΟΥ

Έχεις αδέρφια; ΟΧΙ ΝΑΙ Αν ναι, συμπλήρωσε τον αριθμό

Αριθμός μελών οικογένειας:

Επίπεδο εκπαίδευσης γονέων:

ΜητέραΔημοτικό	ΠατέραςΔημοτικό
Γυμνάσιο/Λύκειο	Γυμνάσιο/Λύκειο
 Πανεπιστήμιο /ΤΕΙ	 Πανεπιστήμιο /ΤΕΙ
Άλλο	Άλλο

Στη συνέχεια ακολουθούν κάποιες ερωτήσεις που θα μας βοηθήσουν να πάρουμε σημαντικές πληροφορίες για την συναισθηματική εμπειρία ατόμων της ηλικίας σου. Διάβασε προσεκτικά τις οδηγίες για τις ερωτήσεις και απάντησε όσο πιο ειλικρινά και αυθόρμητα μπορείς.

Η εμπειρία σου είναι πολύ σημαντική και δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση στα ερωτήματα που ακολουθούν.

Σε ευχαριστούμε εκ των προτέρων!

ΜΕΡΟΣ Α: Τα συναισθήματά σου (I)

Κάθε παιδί έχει διαφορετικά αισθήματα και ιδέες. Θα ήθελα να ξέρω για σένα. Θα σε παρακαλούσα να διαλέξεις σε κάθε ερώτηση τη φράση που περιγράφει καλύτερα την ψυχική σου κατάσταση τον τελευταίο μήνα. Βάλε ένα σημάδι στην απάντησή σου. Βάλε X μέσα στο κουτάκι δίπλα από την απάντησή σου.

Να ένα παράδειγμα για να δεις πώς γίνεται. Προσπάθησε με αυτό το παράδειγμα βάζοντας το σημάδακι δίπλα στη φράση που σε περιγράφει καλύτερα.

- Διαβάζω βιβλία συνεχώς
- Διαβάζω βιβλία καμιά φορά
- Ποτέ δεν διαβάζω βιβλία

Διάλεξε τις προτάσεις που περιγράφουν τα συναισθήματά σου και τις ιδέες σου τον τελευταίο μήνα.

Ερώτηση 1

- Καμιά φορά αισθάνομαι λυπημένος/η
- Αισθάνομαι συχνά λυπημένος/η
- Είμαι συνέχεια λυπημένος/η

Ερώτηση 2

- Τίποτα δε θα πάει ποτέ καλά για μένα
- Δεν είμαι σίγουρος/η αν τα πράγματα θα πάνε καλά για μένα
- Νομίζω ότι τα πράγματα θα πάνε καλά για μένα

Ερώτηση 3

- Κάνω τα περισσότερα πράγματα σωστά
- Συχνά κάνω πράγματα λάθος
- Τα κάνω όλα λάθος

Ερώτηση 4

- Διασκεδάζω με πολλά πράγματα
- Καμιά φορά διασκεδάζω με τα πράγματα που κάνω
- Τίποτα από όσα κάνω δε με διασκεδάζει

Ερώτηση 5

- Νιώθω πάντοτε ότι είμαι κακός/ιά
- Νιώθω συχνά ότι είμαι κακός/ιά
- Σπάνια νιώθω ότι είμαι κακός/ιά

Ερώτηση 6

- Πού και πού νομίζω ότι κάτι κακό μου συμβαίνει
- Ανησυχώ ότι κάτι κακό θα μου συμβεί
- Είμαι σίγουρος/η ότι κάτι τρομερό θα μου συμβεί

Ερώτηση 7

- Μισώ τον εαυτό μου
- Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου
- Μου αρέσει ο εαυτός μου

Ερώτηση 8

- Νομίζω πάντα ότι φταίω εγώ όταν κάτι πάει στραβά
- Συχνά νομίζω ότι φταίω εγώ όταν κάτι πάει στραβά
- Όταν κάτι πάει στραβά, συνήθως δεν φταίω εγώ

Ερώτηση 9

- Κάθε μέρα θέλω να κλαίω
- Συχνά θέλω να κλαίω
- Πού και πού θέλω να κλαίω

Ερώτηση 10

- Με ανησυχούν συνέχεια διάφορα πράγματα
- Ανησυχώ συχνά για διάφορα πράγματα
- Πού και πού ανησυχώ για διάφορα πράγματα

Ερώτηση 11

- Μου αρέσει να βρίσκομαι με άλλους ανθρώπους
- Συχνά δεν μου αρέσει να βρίσκομαι με άλλους ανθρώπους
- Ποτέ δεν θέλω να είμαι με άλλους ανθρώπους

Ερώτηση 12

- Δεν μπορώ να αποφασίσω για τίποτα
- Δυσκολεύομαι να αποφασίζω
- Είμαι αποφασιστικός/ή

Ερώτηση 13

- Η εμφάνισή μου είναι καλή
- Υπάρχουν διάφορα στην εμφάνισή μου που δεν μου αρέσουν
- Η εμφάνισή μου είναι απαίσια

Ερώτηση 14

- Πρέπει να πιέζομαι συνέχεια να μελετήσω για το σχολείο
- Συχνά πρέπει να πιεστώ για να μελετήσω για το σχολείο
- Η μελέτη για το σχολείο δεν είναι πρόβλημα

Ερώτηση 15

- Κάθε βράδυ δυσκολεύομαι να κοιμηθώ
- Συχνά δυσκολεύομαι να κοιμηθώ
- Κοιμάμαι αρκετά καλά

Ερώτηση 16

- Καμιά φορά αισθάνομαι κουρασμένος/η
- Συχνά νιώθω κουρασμένος/η
- Συνέχεια αισθάνομαι κουρασμένος/η

Ερώτηση 17

- Τις περισσότερες μέρες δεν πεινάω
- Συχνά δεν θέλω να φάω
- Συνήθως τρώω καλά

Ερώτηση 18

- Δεν ανησυχώ για πόνους στο σώμα μου
- Ανησυχώ συχνά για πόνους στο σώμα μου
- Πάντα ανησυχώ για πόνους στο σώμα μου

Ερώτηση 25

- Συνήθως κάνω ό, τι μου λένε
- Συχνά κάνω αυτό που μου λένε
- Ποτέ δεν κάνω αυτό που μου λένε

Ερώτηση 19

- Δεν αισθάνομαι μόνος/η
- Συχνά αισθάνομαι μόνος/η
- Συνέχεια αισθάνομαι μόνος/η

Ερώτηση 20

- Ποτέ δεν διασκεδάζω στο σχολείο
- Καμιά φορά διασκεδάζω στο σχολείο
- Συχνά διασκεδάζω στο σχολείο

Ερώτηση 21

- Έχω πολλούς φίλους
- Έχω μερικούς φίλους αλλά θα ήθελα να έχω πιο πολλούς
- Δεν έχω κανένα φίλο

Ερώτηση 22

- Πάω καλά στα μαθήματά μου
- Δεν είμαι τόσο καλός/ή με τα μαθήματα όπως πιο παλιά
- Τα πάω πολύ άσχημα σε μαθήματα που ήμουν καλός/ή

Ερώτηση 23

- Ποτέ δεν είμαι τόσο καλός/ή όσο τα άλλα παιδιά
- Αν το θελήσω, μπορεί να είμαι τόσο καλός/ή όσο τα άλλα παιδιά
- Είμαι καλός/ή όσο είναι και τα άλλα παιδιά

Ερώτηση 24

- Κανένας δεν με αγαπάει πραγματικά
- Δεν είμαι σίγουρος/η αν κάποιος με αγαπάει
- Είμαι σίγουρος/η ότι μερικοί με αγαπούν

Ερώτηση 26

- Τα πάω καλά με τους άλλους
- Καυγαδίζω συχνά
- Μου φαίνεται ότι συνέχεια τσακώνομαι

(II)

Την τελευταία εβδομάδα πόσο συχνά ένιωσες τα παρακάτω. Συμπλήρωσε κάθε ερώτημα, με βάση το πως ένιωθες «κατά μέσο όρο» ή «συνήθως» τις τελευταίες μέρες, κυκλώνοντας την κατάλληλη απάντηση (σχεδόν ποτέ, αρκετές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

1. Πесμένη διάθεση, θλίψη, ότι βαριέσαι και τίποτα δεν σου κινεί το ενδιαφέρον, καταθλιπτικός/η, ότι δεν έχεις όρεξη να κάνεις πράγματα

ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΑΡΚΕΤΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΠΑΝΤΑ
-------------	---------------	------------------------	-------

2. Αίσθημα ότι δεν αξίζεις, ότι είσαι αβοήθητος/-η, ότι απογοητεύεις τους γύρω σου, ότι δεν είσαι καλός/-η

ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΑΡΚΕΤΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΠΑΝΤΑ
-------------	---------------	------------------------	-------

3. Αίσθημα κούρασης, εξουθενωμένος/-η, ότι δεν έχεις αρκετή ενέργεια, δυσκολεύεσαι να κινητοποιήσεις τον εαυτό σου να κάνει πράγματα, πιέζεσαι για να ολοκληρώσεις αυτά που πρέπει, θέλεις να κοιμάσαι πολύ

ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΑΡΚΕΤΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΠΑΝΤΑ
-------------	---------------	------------------------	-------

4. Ότι δεν περνάς καλά, δεν νιώθεις τόσο καλά όσο παλιότερα, ότι πράγματα που σε ευχαριστούσαν δεν σε ευχαριστούν πλέον

ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΑΡΚΕΤΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΠΑΝΤΑ
-------------	---------------	------------------------	-------

5. Αίσθημα ανησυχίας, νευρικότητα, ότι τρομάζεις εύκολα, έχεις ένταση, άγχος

ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΑΡΚΕΤΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΠΑΝΤΑ
-------------	---------------	------------------------	-------

ΜΕΡΟΣ Β**(I)**

Οι παρακάτω προτάσεις αφορούν πράγματα που έχουν αναφέρει παιδιά στην ηλικία σου για την επικοινωνία με τη μητέρα τους. Όταν σκέφτεσαι τη δική σου μητέρα, σε τι βαθμό θα έλεγες ότι ισχύουν τα παρακάτω;

Για κάθε μια πρόταση σημείωσε με X στο αντίστοιχο κουτάκι.

	Ποτέ ή σχεδόν ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα ή σχεδόν πάντα
1. Η μητέρα μου σέβεται τα συναισθήματά μου					
2. Αισθάνομαι ότι η μητέρα μου είναι επιτυχημένη ως γονιός					
3. Η μητέρα μου με δέχεται όπως είμαι					
4. Όταν με προβληματίζει κάτι, θέλω να ακούσω τη γνώμη της μητέρας μου για αυτό					
5. Η μητέρα μου καταλαβαίνει ότι είμαι αναστατωμένος/-η, χωρίς να της το πω					
6. Αναστατώνομαι για πράγματα πολύ περισσότερο από όσο ξέρει η μητέρα μου					
7. Όταν συζητάμε, η μητέρα μου ενδιαφέρεται για την άποψή μου					
8. Η μητέρα μου εμπιστεύεται την κρίση μου					
9. Μιλώ στη μητέρα μου για τα προβλήματα και τις δυσκολίες μου					
10. Αισθάνομαι θυμό για τη μητέρα μου					
11. Η μητέρα μου με ενθαρρύνει να μιλάω για οτιδήποτε με δυσκολεύει					
12. Δεν έχω την προσοχή της μητέρας μου					
13. Η μητέρα μου δεν καταλαβαίνει τι περνάω αυτές τις μέρες					
14. Μπορώ να βασιστώ στη μητέρα μου όταν χρειάζεται να μιλήσω για κάτι που με απασχολεί					
15. Το να συζητώ με τη μητέρα μου με κάνει να αισθάνομαι ανόητος/-η και ντροπή					

(II)

Οι παρακάτω προτάσεις αφορούν πράγματα που έχουν αναφέρει παιδιά στην ηλικία σου για την επικοινωνία με τον πατέρα τους. Όταν σκέφτεσαι τον δικό σου πατέρα, σε τι βαθμό θα έλεγες ότι ισχύουν τα παρακάτω;

Για κάθε μια πρόταση σημείωσε με X στο αντίστοιχο κουτάκι.

	Ποτέ ή σχεδόν ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα ή σχεδόν πάντα
1. Ο πατέρας μου σέβεται τα συναισθήματά μου					
2. Αισθάνομαι ότι ο πατέρας μου είναι επιτυχημένος ως γονιός					
3. Ο πατέρας μου με δέχεται όπως είμαι					
4. Όταν με προβληματίζει κάτι, θέλω να ακούσω τη γνώμη του πατέρα μου για αυτό					
5. Ο πατέρας μου καταλαβαίνει ότι είμαι αναστατωμένος/-η, χωρίς να του το πω					
6. Αναστατώνομαι για πράγματα πολύ περισσότερο από όσο ξέρει ο πατέρας μου					
7. Όταν συζητάμε, ο πατέρας μου ενδιαφέρεται για την άποψή μου					
8. Ο πατέρας μου εμπιστεύεται την κρίση μου					
9. Μιλώ στον πατέρα μου για τα προβλήματα και τις δυσκολίες μου					
10. Αισθάνομαι θυμό για τον πατέρα μου					
11. Ο πατέρας μου με ενθαρρύνει να μιλάω για οτιδήποτε με δυσκολεύει					
12. Δεν έχω την προσοχή του πατέρα μου					
13. Ο πατέρας μου δεν καταλαβαίνει τι περνάω αυτές τις μέρες					
14. Μπορώ να βασιστώ στον πατέρα μου όταν χρειάζεται να μιλήσω για κάτι που με απασχολεί					
15. Το να συζητώ με τον πατέρα μου με κάνει να αισθάνομαι ανόητος/-η και ντροπή					

(III)

Παρακάτω περιγράφονται τρεις διαφορετικοί τρόποι με τους οποίους τα παιδιά κάνουν φίλους.

Αφού διαβάσεις προσεκτικά τις περιγραφές, αποφάσισε ποιος τρόπος σου ταιριάζει περισσότερο και **βάλε Χ ΜΟΝΟ σε ΕΝΑ** τετραγωνάκι.

A. Μου είναι εύκολο να κάνω φίλους τα άλλα παιδιά. Τα εμπιστεύομαι και νιώθω άνετα να στηριχτώ πάνω τους. Δεν ανησυχώ αν μείνω μόνος μου ή αν κάποιο άλλο παιδί γίνει στενός μου φίλος.

B. Νιώθω άβολα να είμαι στενός φίλος με άλλα παιδιά. Μου είναι δύσκολο να τα εμπιστευτώ απόλυτα και να στηριχτώ πάνω τους. Εκνευρίζομαι όταν κάποιο παιδί θέλει να γίνει στενός μου φίλος. Οι φίλοι συνήθως με πλησιάζουν όταν το θέλω εγώ.

Γ. Συχνά διαπιστώνω ότι τα άλλα παιδιά δεν επιθυμούν να με κάνουν στενό τους φίλο, όπως θα ήθελα. Συχνά ανησυχώ μήπως ο καλύτερός μου φίλος δε με συμπαθεί και θέλει να μην είμαστε φίλοι. Προτιμώ να κάνω τα πάντα μαζί με τον καλύτερό μου φίλο. Αυτή μου όμως η επιθυμία, μερικές φορές τρομάζει τα άλλα παιδιά και τα απομακρύνει.

(IV)

Οι παρακάτω ερωτήσεις περιγράφουν μια σειρά από σκέψεις και αντιδράσεις που σχετίζονται με μια ποικιλία κοινωνικών καταστάσεων. Σημείωσε σε κάθε μια, τον βαθμό στο οποίο νιώθεις ότι αυτό που περιγράφει ισχύει για σένα, βάζοντας ένα X στο ανάλογο τετράγωνο.

Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Σε παρακαλούμε να σημειώσεις αυτό που πιστεύεις ότι ισχύει περισσότερο για σένα.

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
1. Δυσκολεύομαι να κοιτάξω τους άλλους στα μάτια.					
2. Δεν νιώθω άνετα να κάνω παρέα με τα άλλα παιδιά στο σχολείο					
3. Σφίγγομαι όταν συναντώ κάποιον γνωστό μου στο δρόμο.					
4. Αγχώνομαι όταν βρίσκομαι μόνος/-η με ένα άλλο άτομο.					
5. Δυσκολεύομαι όταν συζητώ με άλλους.					
6. Μου είναι δύσκολο να διαφωνήσω με την άποψη κάποιου άλλου.					
7. Με πιάνει νευρικότητα στην ιδέα ότι οι άλλοι με κοιτούν καθώς περπατάω στο δρόμο.					
8. Ανησυχώ μήπως αρχίσω να τρέμω όταν με κοιτούν οι άλλοι.					
9. Θα αγχωνόμουν αν έπρεπε να καθίσω απέναντι από άλλους στο λεωφορείο.					
10. Ανησυχώ μήπως κάνω κάτι που θα τραβήξει την προσοχή των άλλων.					
11. Αγχώνομαι όταν βρίσκομαι μέσα στο ασανσέρ και με κοιτούν οι άλλοι.					
12. Νιώθω ότι τραβάω την προσοχή των άλλων όταν στέκομαι στην ουρά.					

Σε παρακαλώ, σημείωσε πόσο καιρό θα έλεγες ότι σε γενικές γραμμές, ισχύουν τα παραπάνω για σένα:

Τις τελευταίες εβδομάδες.....
Τους τελευταίους μήνες.....
Τα τελευταία χρόνια.....
Από τότε που θυμάμαι τον εαυτό μου.....

ΜΕΡΟΣ Γ

(1)

Παρακάτω θα βρεις κάποιες δηλώσεις που αφορούν τον τρόπο με τον οποίο ο καθένας μας αντιμετωπίζει μορφές συναισθηματικής δυσφορίας (με τον όρο αυτό περιγράφονται λιγότερο ή περισσότερο έντονα αρνητικά συναισθήματα, όπως η στεναχώρια, ο θυμός ή ο φόβος).

Σκέψου τις στιγμές που αισθάνθηκες συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση και επέλεξε το κατά πόσο συμφωνείς ή διαφωνείς με την κάθε μια από τις παρακάτω δηλώσεις.

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ κάπως	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ κάπως	Διαφωνώ απόλυτα
1. Το να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση είναι ανυπόφορο για μένα.					
2. Όταν νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση το μόνο που μπορώ να σκεφτώ είναι πόσο άσχημα νιώθω.					
3. Δεν μπορώ να διαχειριστώ το να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση.					
4. Τα συναισθήματα της στεναχώριας μου είναι τόσο έντονα ώστε με κατακυριεύουν τελείως.					
5. Δεν υπάρχει τίποτα χειρότερο από το να νιώθεις συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση.					
6. Μπορώ να ανεχτώ να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση όπως μπορούν οι περισσότεροι άνθρωποι.					
7. Το να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση δεν είναι αποδεκτό.					
8. Θα έκανα τα πάντα για να αποφύγω να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση.					

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ κάπως	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ κάπως	Διαφωνώ απόλυτα
9. Οι άλλοι άνθρωποι φαίνεται να είναι ικανοί να αντέχουν να νιώθουν συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση καλύτερα απ' ότι μπορώ εγώ.					
10. Το να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση είναι πάντα μια μεγάλη ταλαιπωρία για μένα.					
11. Ντρέπομαι για τον εαυτό μου όταν νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση.					
12. Το να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση με τρομάζει.					
13. Θα έκανα τα πάντα για να σταματήσω να νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση.					
14. Όταν νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση, πρέπει να κάνω κάτι γι' αυτό αμέσως.					
15. Όταν νιώθω συναισθηματική δυσφορία ή αναστάτωση, δεν μπορώ να κάνω τίποτε άλλο από το να επικεντρώνομαι στο πόσο άσχημα στην πραγματικότητα με κάνει να νιώθω αυτή η δυσφορία.					

(II)

Παρακάτω υπάρχει μια σειρά δηλώσεων που έχουν να κάνουν με το πόσο αγχώδης, στενάχωρος, ή ανήσυχος μπορεί να είναι κάποιος σαν χαρακτήρας.

Συμπλήρωσε, σε παρακαλώ στο αντίστοιχο κουτάκι, τον αριθμό που δείχνει το κατά πόσο ισχύει για σένα ή σε τι βαθμό σε χαρακτηρίζει η κάθε δήλωση.

(Επέλεξε έναν αριθμό, σε μια κλίμακα από το 1=ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ ΓΙΑ ΜΕΝΑ μέχρι το 5=ΙΣΧΥΕΙ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΜΕΝΑ)

1.	2.	3.	4.	5.
ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	ΙΣΧΥΕΙ ΕΛΑΧΙΣΤΑ	ΙΣΧΥΕΙ ΚΑΠΩΣ	ΙΣΧΥΕΙ ΑΡΚΕΤΑ	ΙΣΧΥΕΙ ΠΟΛΥ

1. Πολλές καταστάσεις με κάνουν να ανησυχώ και να αγχώνομαι
2. Ξέρω ότι δεν θα έπρεπε να ανησυχώ για διάφορα πράγματα, αλλά είναι πάνω από τις δυνάμεις μου
3. Όποτε είμαι κάτω από πίεση, αγχώνομαι αρκετά
4. Είμαι αγχώδης σ' όλη μου τη ζωή
5. Προσέχω/Παρατηρώ, ότι ανησυχώ για διάφορα πράγματα

ΤΕΛΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Σε ευχαριστούμε πολύ για την συμμετοχή σου! Παρέδωσε το ερωτηματολόγιο στην ερευνήτρια, μαζί με το ενημερωτικό έντυπο εφήβου που είχες παραλάβει από το σχολείο σου!

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Παρακάτω ακολουθούν κάποια θέματα που συνήθως περιλαμβάνονται σε προγράμματα για την ενίσχυση της ψυχικής υγείας των εφήβων. Θα θέλαμε να διαβάσεις προσεκτικά την κάθε πρόταση, να αναγνωρίσεις όσα θέματα συζητήθηκαν κατά τη διάρκεια των συναντήσεών μας και να σημειώσεις πόσο ενδιαφέρον σου φάνηκε το κάθε ένα.

Αν κάτι δεν έχει αναφερθεί στις συναντήσεις της ομάδας σου, σημείωσε την στήλη: Δεν αναφέρθηκε

	Πάρα πολύ	Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν αναφέρθηκε
1. Όταν θέλω να βελτιώσω την διάθεσή μου, να προσθέτω σταδιακά ευχάριστες δραστηριότητες στο πρόγραμμά μου						
2. Όταν θέλω να αισθανθώ καλύτερα να περνάω περισσότερο χρόνο σε υπαίθριες δραστηριότητες						
3. Όταν νιώθω αρνητικό συναίσθημα να αλλάζω τον τρόπο που σκέφτομαι, αμφισβητώντας τις αιτιολογήσεις των σκέψεων μου						
4. Όταν νιώθω δύσκολα συναισθήματα να επικεντρώνω την προσοχή μου στο εδώ και τώρα (σε κάτι που βλέπω, σε κάτι που αγγίζω ή μυρίζω κ.ο.κ.)						
5. Να συγκρίνω τον εαυτό μου με άλλους ανθρώπους που βιώνουν δύσκολες καταστάσεις ή με τον εαυτό μου στο παρελθόν σε παρόμοιες καταστάσεις, όταν αισθάνομαι ότι δεν μπορώ να αντέξω αυτό που νιώθω						
6. Να παρατηρώ τις σκέψεις μου, χωρίς να κρίνω αν είναι σωστές ή λάθος, καλές ή κακές και χωρίς να προσπαθώ να τις διώξω ή να τις αλλάξω						

7. Όταν καταλήγω σε μια κοινά αποδεκτή λύση για ένα πρόβλημα να ορίζω με σαφήνεια τι θα συμβεί αν κάποιος δεν τηρήσει την συμφωνία						
8. Όταν προσπαθώ να λύσω ένα πρόβλημα στην επικοινωνία μου με τους άλλους να ξεκινώ λέγοντας κάτι θετικό						
9. Να εντοπίζω τις αρνητικές μου σκέψεις και να προσπαθώ να βρω αντεπιχειρήματα για αυτές						
10. Όταν νιώθω αρνητικό συναίσθημα να σκέφτομαι τα υπέρ και τα κατά του να ανεχτώ το δύσκολο συναίσθημα και να αντισταθώ σε προβληματικές παρορμητικές συμπεριφορές						
11. Να θέτω σαφείς και ρεαλιστικούς στόχους για τη βελτίωση της διάθεσής μου						
12. Να φροντίζω τον εαυτό μου σε δύσκολες καταστάσεις κάνοντας κάτι που με ανακουφίζει (μυρίζω ένα άρωμα, το αγαπημένο μου φαγητό κ.α.)						
13. Να καταγράφω σε ένα ημερολόγιο ότι θετικό μου συνέβη μέσα στη μέρα						
14. Να εντοπίζω διαστρεβλώσεις στη σκέψη μου, όπως όταν προχωρώ σε βιαστικά συμπεράσματα						
15. Να αναγνωρίζω και να ιεραρχώ τρεις βασικές προτεραιότητές στην επικοινωνία μου με τους άλλους (να πάρω αυτό που θέλω, να διατηρήσω την σχέση, να διατηρήσω τον αυτοσεβασμό μου)						

<p>16. Να κινητοποιώ τον εαυτό μου για την επίτευξη των στόχων μου επιλέγοντας από πριν μια ανταμοιβή</p>						
<p>17. Όταν εντοπίζω μια αρνητική σκέψη να χρησιμοποιώ την φαντασία μου για να της επιτρέψω να έρθει και να φύγει από το μυαλό μου (π.χ. να φαντάζομαι ότι οι σκέψεις είναι σύννεφα στον ουρανό που χάνονται στον ορίζοντα)</p>						
<p>18. Να προσπαθώ να αλλάξω την συναισθηματική μου αντίδραση στις αρνητικές σκέψεις, χωρίς να αξιολογώ θετικά ή αρνητικά το περιεχόμενο τους</p>						
<p>19. Πριν ζητήσω ή αρνηθώ κάτι από κάποιον, να αποφασίζω τον βαθμό στον οποίο θα επιμείνω στο αίτημα ή στην άρνησή μου</p>						
<p>20. Να προσέχω την διατροφή μου και τον ύπνο μου για να βελτιώσω την διάθεσή μου</p>						
<p>21. Όταν καταλήγω σε μια λύση για ένα πρόβλημα να ορίζω ένα σύντομο χρονικό διάστημα εφαρμογής της πριν την επαναξιολογήσω</p>						
<p>22. Όταν αντιμετωπίζω ένα πρόβλημα στην επικοινωνία μου με τους άλλους να προσπαθώ αρχικά να βρω όσες περισσότερες λύσεις μπορώ</p>						
<p>23. Να προσπαθώ να αποδεχτώ μια κατάσταση που με δυσκολεύει και την οποία δεν μπορώ να αλλάξω, κάνοντας ότι θα έκανα αν δεν είχα πρόβλημα να την αποδεχτώ</p>						