

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ»**

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ ΤΜΗΜΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΝΗΣΙΩΤΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΟΧΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΑΡΜΑΟΥ ΜΑΡΙΑ

**ΑΘΗΝΑ
ΙΟΥΝΙΟΣ 2018**

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ
ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Αρμάου Μαρίας

Εξεταστική Επιτροπή

Κυρίτση Ελένη, Επιβλέπουσα
Μπακούλα -Τζουμάκα Χρύσα, Μέλος
Ευγενία Βλάχου, Μέλος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίσθηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση τηςγια την αξιολόγηση και εξέταση της υποψηφίου κας Αρμάου Μαρίας, συνεδρίασε σήμερα... /... /....

Η Επιτροπή διαπίστωσε ότι η Διπλωματική Εργασία της κ. Αρμάου Μαρίας με τίτλο: **«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΝΗΣΙΩΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ»**, είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους..... προτείνει την απονομή στην παραπάνω Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία η υποψήφια έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους....., για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους....., και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους..... Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «..... ».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

Κυρίτση Ελένη, Επιβλέπων	(Υπογραφή).....
Μπακούλα-Τζουμάκα Χρύσα,	(Υπογραφή).....
Ευγενία Βλάχου	(Υπογραφή).....

Τότε είπε και γεννήθηκεν η θάλασσα
και είδα και θαύμασα
Και στη μέση της έσπειρε κόσμους μικρούς κατ' εικόνα και ομοίωσή
μου:
ίπποι πέτρινοι με τη χαίτη ορθή
και γαλήνιοι αμφορείς και λοξές δελφινιών ράχες
η Ίος, η Σίκινος, η Σέριφος, η Μήλος

Οδυσσέας Ελύτης, Άξιον Εστί

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	8
ΑΓΧΟΣ	9
Ορισμός-γενικά	9
ΑΓΧΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	12
Κλινική εικόνα άγχους.....	13
Προδιαθεσικοί παράγοντες άγχους.....	14
Θεραπεία άγχους.....	16
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	19
Ορισμός-γενικά	19
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	21
Προδιαθεσικοί παράγοντες κατάθλιψης.....	22
Κλινική εικόνα κατάθλιψης	22
Θεραπεία κατάθλιψης	24
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	27
Προδιαθεσικοί παράγοντες	30
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	31
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	33
ΣΚΟΠΟΣ.....	34
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	35
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	37
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	37
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	39
Περιγραφικά αποτελέσματα	39
Στατιστικά αποτελέσματα.....	40
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΟΙ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ.....	44
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	56
Περιορισμοί-Συμπεράσματα-Προτάσεις.....	61
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	64
ABSTRACT	66
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	67
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	74
ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ	75

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πριν από την έκθεση των αποτελεσμάτων της ερευνητικής εργασίας μου θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όσους με βοήθησαν στην εκπόνηση της. Ιδιαίτερα θέλω να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα. Ελένη Κυρίτση για την πολύτιμη καθοδήγηση της, την υποστήριξή της με τις πολύτιμες οδηγίες της στο θέμα καθώς και την εκτίμηση που μου έδειξε.

Εν συνεχεία θα ήθελα να ευχαριστήσω τα άλλα δύο μέλη της τριμελούς επιτροπής την καθηγήτρια κα Χρύσα Τζουμάκα-Μπακούλα και την κα Ευγενία Βλάχου, καθηγήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Αθηνών για τις πολύτιμες υποδείξεις τους και για την προσφορά τους σε εμένα και σε όλους τους μεταπτυχιακούς φοιτητές του συγκεκριμένου μεταπτυχιακού προγράμματος.

Ευχαριστίες οφείλω επίσης στον κ. Γιώργο Καββαδία, για την επιστημονική του συμβολή στην ανάλυση των δεδομένων.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω την οικογένεια μου που με υπομονή και κουράγιο πρόσφεραν την απαραίτητη ηθική συμπαράσταση για την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου εργασίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946) η υγεία ορίζεται ως « η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι απλά η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας».¹

Επίσης ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 1948 προσδιόρισε την ψυχική υγεία ως μία κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να αντιμετωπίσει τα καθημερινά άγχη της ζωής, να ζει και να εργάζεται παραγωγικά και με άνεση και να είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητά του.²

Υπάρχουν επτά σημαντικά χαρακτηριστικά που καθορίζουν την ψυχική υγεία. Οι ψυχικά υγιείς άνθρωποι ερμηνεύουν την πραγματικότητα όπως είναι, έχουν υγιή αυτοαντίληψη, είναι ικανοί να δημιουργήσουν σχέσεις με άλλους ανθρώπους, επιτυγχάνουν να βρουν νόημα στη ζωή τους, επιδεικνύουν δημιουργικότητα/παραγωγικότητα, έχουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους, και προσαρμόζονται στις μεταβολές και τις συγκρούσεις.³

Ψυχικά ασθενείς νοούνται τα άτομα εκείνα που έχουν συμπτώματα που σχετίζονται με τη σκέψη, το συναίσθημα, την συμπεριφορά.

Τα ψυχικά νοσήματα έχουν αποτελέσει ενδιαφέρον ερευνητικό πλαίσιο για πολλούς επιστήμονες ανά τον κόσμο. Για το λόγο αυτό δημιουργήθηκε το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical manual, DSM) το οποίο συνεχώς ανανεώνεται και εμπλουτίζεται με νέα δεδομένα. Με τη μεθοδολογία αυτή έχει δημιουργηθεί μια τυποποιημένη ορολογία, η οποία χρησιμοποιείται από όλους τους επιστήμονες υγείας ανά τον κόσμο.^{3, 4}

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι ψυχικές διαταραχές, οι πιο κοινές από τις οποίες είναι το άγχος και η κατάθλιψη, αποτελούν μια μάστιγα που ολοένα αυξάνεται στη σύγχρονη εποχή. Ο επιπολασμός του άγχους εκτιμάται στο 3, 6% με το μεγαλύτερο ποσοστό να εμφανίζεται στις γυναίκες (4, 6%) από τους άνδρες (2, 6%), με αυξανόμενη πορεία 14, 9% μέσα σε μια δεκαετία από το 2005 έως το 2015. Παρομοίως και η κατάθλιψη παρουσιάζει αύξηση στην ίδια δεκαετία κατά 18, 4%, με ποσοστό εμφάνισης παγκοσμίως 4, 4% και επικράτηση μεγαλύτερων ποσοστών στο γυναικείο

πληθυσμό (5, 1%) έναντι του αντρικού (3, 6%). Υπάρχει διακύμανση και ως προς την ηλικία με τα χαμηλότερα ποσοστά της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους, ενώ αντίθετα ο επιπολασμός του άγχους μεταξύ των ηλικιωμένων ομάδων εμφανίζει τις χαμηλότερες τιμές.⁵

Στην Ελλάδα ο επιπολασμός της κατάθλιψης στον γενικό πληθυσμό εκτιμάται σε ποσοστό 5, 7% και του άγχους σε 4, 9%.⁵

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εκτιμήσει την ένταση του άγχους και της κατάθλιψης σε παιδιά ηλικίας 10-15 ετών νησιωτικής περιοχής.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από το γενικό μέρος όπου γίνεται εννοιολογική προσέγγιση του θέματος με αναφορά στις βασικές σχετικές έννοιες και τους βασικούς ορισμούς, την επιδημιολογία, τους αιτιολογικούς παράγοντες, την παθοφυσιολογία, τις διαθέσιμες θεραπευτικές και προληπτικές μεθόδους.

Στο ειδικό μέρος παρατίθεται ο σκοπός της μελέτης, το υλικό και η μέθοδος, η στατιστική ανάλυση, τα αποτελέσματα, η συζήτηση και τα συμπεράσματα.

Στο τέλος παρατίθεται η περίληψη στην ελληνική και αγγλική γλώσσα, η βιβλιογραφία και το παράρτημα στο οποίο περιλαμβάνονται το δελτίο καταγραφής των στοιχείων και η άδεια εκπόνησης της εργασίας

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΑΓΧΟΣ

Ορισμός-Γενικά

Η λέξη άγχος προέρχεται από το αρχαίο ρήμα ἄγχω, που ερμηνεύεται ως σφίγγω ή πνίγω.⁶ Το άγχος είναι ένα δυσάρεστο συναίσθημα απέναντι σε ένα ενδεχόμενο άγνωστο/απροσδιόριστο κίνδυνο ή σε μια αυξημένη απαιτητική κατάσταση, με πολλούς τρόπους έκφρασης όπως φόβος, ανησυχία αλλά και σωματικές εκδηλώσεις όπως ταχυκαρδία, άλγος στο επιγάστριο, κεφαλαλγία, δύσπνοια κ.α.⁶

Το αίσθημα του άγχους βιώνεται από όλους τους ανθρώπους σε διαφορετικό όμως βαθμό και με διαφορετικούς τρόπους εκδήλωσης στο κάθε υποκείμενο. Κάθε άνθρωπος στην πορεία της ζωής του βιώνει καταστάσεις που του προκαλούν το δυσάρεστο αίσθημα του άγχους, είτε αυτές είναι απλά καθημερινά προβλήματα είτε πιο σύνθετα και καθένας αντιδρά διαφορετικά και με διαφορετικές κλινικές ή μη εκδηλώσεις.

Το άγχος ήπιας μορφής λειτουργεί κατά κάποιο τρόπο προτρεπτικά προς τον άνθρωπο, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει το ενδεχόμενο πρόβλημα πιο αποτελεσματικά, τον διατηρεί σε εγρήγορση και τον κάνει ικανό να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες που προκύπτουν. Ωστόσο στην περίπτωση που το άγχος βιώνεται σε υπερθετικό βαθμό, έχει μεγάλη διάρκεια και γίνεται αισθητό ακόμα και σε καταστάσεις οι οποίες αντικειμενικά δε το δικαιολογούν, μπορεί να οδηγήσει σε κάποια μορφή αγχώδους διαταραχής. Το άτομο μετατρέπεται σε ένα άβουλο υποκείμενο ανίκανο να αντιδράσει, μεγαθύνει το πρόβλημα, προσπαθεί να το αποφύγει χωρίς να το φέρνει εις πέρας, με αποτέλεσμα το πρόβλημα να παραμένει άλυτο, το άγχος να διαρκεί για μεγαλύτερο διάστημα και το άτομο να οδηγείται σε μια κατάσταση γενικευμένου στρες ανίκανο να αντιμετωπίσει οτιδήποτε. Στην κατάσταση αυτή ο άνθρωπος παρουσιάζει διάφορα συμπτώματα τόσο σωματικά όσο και ψυχικά.⁷

Το άγχος αποτελεί μια ψυχική νόσο με την οποία ιστορικά έχουν ασχοληθεί πολλοί επιστήμονες και έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες, όπως είναι η ψυχαναλυτική θεωρία του Freud, η συμπεριφορική θεωρία, η κοινωνικό-ψυχολογική θεωρία, η βιολογική-φυσιολογική θεωρία και η προσωποκεντρική θεωρία του Carl Rogers.⁸

Οι αγχώδεις διαταραχές, μαζί με την κατάθλιψη, είναι οι πιο κοινοί τύποι ψυχιατρικών διαταραχών. Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν διάφορα σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με το άγχος αλλά και με άλλες ασθένειες με αποτέλεσμα να επισκέπτονται συχνά τους φορείς παροχής υγείας. Παρά τα υψηλά ποσοστά των αγχώδων διαταραχών, οι περιπτώσεις αυτές συχνά υποδιαγιγνώσκονται και υποβαθμίζονται ως κλινικά περιστατικά, με επακόλουθο την καθυστέρηση έγκυρης διάγνωσης και αντιμετώπισής τους.⁹

Σύμφωνα με την Πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειρίδιου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5), οι αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνουν διαταραχές που μοιράζονται χαρακτηριστικά υπερβολικού φόβου και άγχους και σχετικές διαταραχές της συμπεριφοράς. Έτσι οι διαταραχές που περιλαμβάνονται είναι:

- Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού
- Επιλεκτική Αλαλία
- Ειδική Φοβία και πιο συγκεκριμένα
 - Σε ζώα
 - Στο φυσικό περιβάλλον
 - Φόβος στη θέα του αίματος
 - Φόβος για τις ενέσεις (μεταγγίσεις)
 - Φόβος για άλλες ιατρικές επεμβάσεις
 - Φόβος για τραυματισμό
 - άλλα
- Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους (Κοινωνική Φοβία)
- Διαταραχή πανικού
- Αγοραφοβία
- Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή
- Διαταραχή Άγχους που προκαλείται από Φάρμακα
- Διαταραχή Άγχους λόγω μιας άλλης Ιατρικής Κατάστασης
- Αδιαμφισβήτητη Αγχώδης Διαταραχή

Η καταναγκαστική-εμμονική διαταραχή (που περιλαμβάνεται στις ιδεοψυχαναγκαστικές και σχετικές διαταραχές), η οξεία διαταραχή στρες και η διαταραχή του μετατραυματικού στρες (που περιλαμβάνεται στο τραύμα και

στις διαταραχές που σχετίζονται με το άγχος) δεν θεωρούνται πλέον αγχώδεις διαταραχές όπως στην προηγούμενη έκδοση του DSM.¹⁰

Οι αγχώδεις διαταραχές φαίνεται να προκαλούνται από την αλληλεπίδραση βιοψυχοκοινωνικών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένης της γενετικής προδιάθεσης των ατόμων, που αλληλεπιδρούν κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες όπως τραυματισμούς, ώστε να εμφανιστούν στην πορεία κλινικώς σημαντικά σύνδρομα.

Τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το άγχος ποικίλλουν ανάλογα με τη συγκεκριμένη αγχώδη διαταραχή και με την ιδιοσυγκρασία του κάθε ατόμου. Η θεραπεία του άγχους αποτελείται συνήθως από συνδυασμό φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας.¹⁰

ΑΓΧΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Οι διαταραχές του άγχους αποτελούν την πιο συχνή ψυχολογική διαταραχή των νέων και υπολογίζεται ότι πάσχει το 6%-20% των παιδιών στις αναπτυγμένες χώρες.¹¹

Η παιδική ηλικία και η εφηβεία αποτελούν περιόδους στην ανάπτυξη του ατόμου στη διάρκεια των οποίων υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης άγχους με ήπια, παροδικά ή πιο σοβαρά, μόνιμα συμπτώματα που μπορεί να οδηγήσουν σε μια μορφή γενικευμένης αγχώδους διαταραχής. Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό να γίνει έγκαιρη διάγνωση ώστε να μπορέσει να αντιμετωπιστεί άμεσα.¹²

Το άγχος ουσιαστικά είναι η απάντηση του εγκεφάλου του παιδιού απέναντι στον επικείμενο κίνδυνο και στην ικανότητά του να τον αντιμετωπίσει. Το ένστικτο αυτό υπάρχει από την βρεφική-παιδική ηλικία των ατόμων. Το αίσθημα του άγχους δεν θεωρείται παθολογικό, καθώς πολλές φορές βοηθά το παιδί να καταστεί ικανό να διακρίνει και να σχεδιάσει τις κατάλληλες κινήσεις ώστε να έρθει αντιμέτωπο με τον κίνδυνο, να τον αντιμετωπίσει και γιατί όχι και να τον εξαφανίσει. Στις περιπτώσεις όμως που το άγχος είναι υπέρμετρο, εμφανίζεται συχνά και έχει μεγαλύτερη διάρκεια από αυτή που ενδεχομένως θα ήταν απαραίτητη, μετατρέπεται σε παθολογικό και οδηγεί το παιδί στο να γίνει ένα δυσλειτουργικό άτομο, αδύναμο να αντιμετωπίσει οτιδήποτε, ωθώντας το σε σοβαρότερες καταστάσεις όπως κρίσεις πανικού και γενικευμένη αγχώδη διαταραχή.¹³

Η διάκριση φυσιολογικού και παθολογικού άγχους είναι αρκετά δύσκολη, ιδιαίτερα στα παιδιά καθώς παρουσιάζουν πολλές ανησυχίες και φόβους κατά την εξέλιξή τους. Ενδεικτικά το αίσθημα του αποχωρισμού στην ηλικία των 12-18 μηνών, ο φόβος για τους κεραυνούς στα 2-4 έτη κ.α. είναι συνηθισμένα στα περισσότερα παιδιά, τα οποία έχουν έντονες αντιδράσεις, αλλά εκλείπουν με την πάροδο των στρεσογόνων παραγόντων. Στις μικρές ηλικίες τα παιδιά δεν μπορούν να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και δεν διαθέτουν πολλές φορές την απαραίτητη γνωστική δυνατότητα ώστε να μπορέσουν να περιγράψουν τι ακριβώς νοιώθουν, με αποτέλεσμα να γίνεται ακόμα πιο δύσκολη η αναγνώριση και η διάκριση αυτή. Στην αξιολόγηση και

στη διάγνωση λοιπόν θα είναι καλό να λαμβάνονται υπόψη παράγοντες όπως το γνωστικό επίπεδο και η συναισθηματική κατανόηση του παιδιού.^{12, 14}

Για να γίνει πιο εύκολη η διάγνωση και η αξιολόγηση των αγχώδων διαταραχών χρησιμοποιείται το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Νοσημάτων DSM που συνεχώς ενημερώνεται και προσαρμόζεται στα νέα δεδομένα. Η τελευταία έκδοσή του είναι η πέμπτη (DSM-V), όπως έχει προαναφερθεί παραπάνω, περιλαμβάνει δέκα μορφές αγχώδων διαταραχών, με ειδικά κριτήρια για κάθε μια. Στα παιδιά, γενικά ισχύει ότι και στους ενήλικες, ωστόσο υπάρχουν ορισμένες διαφοροποιήσεις σε μερικές διαταραχές για να είναι δυνατό να αναγνωριστούν και να διαγνωστούν έγκαιρα. Για παράδειγμα στην γενικευμένη αγχώδη διαταραχή στα παιδιά απαιτείται μόνο ένα διαγνωστικό κριτήριο έναντι των τριών που απαιτούνται στους ενήλικες ενώ στην ειδική φοβία τα παιδιά μπορούν να εκδηλώσουν το άγχος με φωνές, πάγωμα, οργή και προσκόλληση.¹⁰

Κλινική εικόνα άγχους

Όπως έχει προαναφερθεί οι αγχώδεις διαταραχές έχουν κατηγοριοποιηθεί σε δέκα μορφές σύμφωνα με το DSM-V και καθεμία από αυτές έχει τα δικά της κλινικά κριτήρια τα οποία αφορούν τέσσερις περιοχές:

- Συμπεριφορά
- Σκέψεις,
- Συναισθήματα και
- Φυσικές αντιδράσεις.¹⁰

Έχει παρατηρηθεί όταν ένα παιδί παρουσιάζει τις περισσότερες μέρες του μήνα για αρκετούς μήνες και σε μεγαλύτερο βαθμό από τα συνομήλικα παιδιά το αίσθημα του άγχους είναι πολύ πιθανό να πάσχει από μια διαταραχή άγχους. Τα παιδιά αυτά είναι πιθανό να παρουσιάζουν διάφορες αλλαγές στο μέχρι πρότινος ρυθμό της ζωής τους, όπως διακοπή των μέχρι τώρα αγαπημένων τους δραστηριοτήτων (μπάλα, μουσική, χορός), απομόνωση από τους φίλους τους και άρνηση παρακολούθησης των μαθημάτων.¹²

Η ίδια η φύση του άγχους καθιστά δύσκολη την αναγνώρισή του, πολύ δε περισσότερο στα παιδιά, τα οποία πολλές φορές δεν έχουν την ικανότητα

τα ίδια να ερμηνεύσουν αυτά που αισθάνονται. Μερικά από τα συμπτώματα του παιδικού άγχους περιλαμβάνουν ανησυχία, τρόμο, οξυθυμία, ευερεθιστότητα, κλάμα, αποφυγή διαφόρων δραστηριοτήτων, άρνηση για το σχολείο, μειωμένη προσοχή, δυσκολία στον ύπνο, αλλά και σωματικές εκδηλώσεις όπως εύκολη κόπωση, κεφαλαλγία, κοιλιακό άλγος, αίσθημα δύσπνοιας. Δεν αποκλείεται η εμφάνιση νυκτερινής ενούρησης (σε μεγαλύτερο ποσοστό στα αγόρια), τικ κυρίως μεταξύ των 6-14 ετών, ονυχοφαγία (εμφάνιση στο 20%-25% και μεγαλύτερο ακόμα ποσοστό σε παιδιά με προβλήματα προσωπικότητας, μεγαλωμένα σε ίδρυμα και σε αυτά που ο ένας εκ των δύο γονιών είχε αυτή τη συνήθεια ως παιδί) και διαταραχές λόγου, με προεξάρχον το τραύλισμα.^{12,15}

Πολλές φορές η κλινική εικόνα ενός παιδιού με κάποια αγχώδη διαταραχή μπορεί να οδηγήσει τους γονείς στις δομές μονάδων υγείας λόγω των παρόμοιων συμπτωμάτων με άλλες ασθένειες.

Προδιαθεσικοί παράγοντες άγχους

Το άγχος, αποτελώντας μια από τις πιο κοινές ψυχικές διαταραχές που βασανίζουν τη σημερινή νεολαία, έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών μελετών για τους παράγοντες που επιδρούν και προάγουν αυτό το συναίσθημα. Έχουν κατηγορηθεί τόσο περιβαλλοντικοί παράγοντες όσο και γενετικοί.¹⁶

Το φύλο και η ηλικία παρουσιάζουν διαφορές ως προς την εμφάνιση άγχους. Τα κορίτσια εμφανίζονται πιο ευάλωτα και έχουν υπεροχή ως προς τα ποσοστά, υπολογίζεται μάλιστα πως μέχρι την ηλικία των 6 ετών έχουν βιώσει ήδη μια στρεσογόνο εμπειρία σε αντίθεση με τα αγόρια.¹⁷ Η ηλικία παίζει ρόλο ως προς το είδος της διαταραχής που παρατηρείται, η Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού και κάποιες ειδικές φοβίες παρουσιάζονται συνήθως πριν την ηλικία των 12 ετών, η κοινωνική φοβία αργά στην παιδική ηλικία, την εφηβεία και σπανίως μετά τα 25 έτη, η διαταραχή πανικού, η αγοραφοβία και η γενικευμένη αγχώδη διαταραχή κάνουν την εμφάνισή τους αργά στην εφηβεία και νωρίς στην ενήλικη ζωή και πολύ σπάνια μπορεί να παρουσιαστούν πριν τα 12 έτη.¹⁸

Διαφορές ως προς την εμφάνιση των διαφόρων μορφών ψυχικών διαταραχών του άγχους παρατηρούνται επίσης σε διάφορους πολιτισμούς. Το

κοινωνικό άγχος για παράδειγμα εμφανίζει μειωμένα ποσοστά στην Ασία σε σχέση με την Αμερική και τη Ρωσία. Το πολιτισμικό πλαίσιο και η κουλτούρα κάθε λαού δρα συνεργικά ως προς την εμφάνιση κάποιων μορφών άγχους.¹⁹

Η έκθεση των ατόμων σε τοξικό περιβάλλον είναι πιθανό να προκαλέσει την εμφάνιση ψυχικών συμπτωμάτων καθώς μπορεί να επηρεαστεί η λειτουργία του εγκεφάλου. Ακόμα και χαμηλή αλλά παρατεταμένη έκθεση μπορεί να έχει το ίδιο σημαντικά προβλήματα στη εμφάνιση άγχους και διαταραχές στη διάθεση. Έχει βρεθεί ότι παρατεταμένη έκθεση σε μόλυβδο είναι δυνατό να οδηγήσει το άτομο στην ανάπτυξη άγχους και κατάθλιψης.¹⁶

Οι γονείς είναι δυνατό να επηρεάσουν και να προκαλέσουν το ενοχλητικό αίσθημα του άγχους στα παιδιά τους. Έχει παρατηρηθεί πως αγχώδεις, ανήσυχοι γονείς είναι πιο πιθανό να μεγαλώσουν αγχώδη παιδιά, γιατί, εφόσον οι ίδιοι δε μπορούν να διαχειριστούν αυτό το αίσθημα, αδυνατούν να διδάξουν και στα παιδιά τους πώς να το αντιμετωπίσουν. Παιδιά προσκολλημένα παθολογικά στους γονείς κατά την πρώιμη ηλικία είναι περισσότερο πιθανό να παρουσιάσουν άγχος αποχωρισμού από εκείνα με φυσιολογική προσκόλληση. Γονείς με διαταραχές άγχους, κατάθλιψης, αλκοολισμό καθώς και ανατροφή που χαρακτηρίζεται από έλλειψη συναισθηματικής ζεστασιάς, απόρριψη και υπερπροστατευτικότητα είναι παράγοντες που αναπτύσσουν ιδίως την κοινωνική φοβία στα παιδιά.^{16, 20}

Το βίωμα του αποχωρισμού ή του θανάτου ενός ή και των δύο γονιών μπορεί να αναπτύξει ψυχική διαταραχή στα παιδιά. Σε μια μελέτη σε παιδιά κάτω των 17 ετών βρέθηκε σχέση του αποχωρισμού από τον γονέα, αλλά όχι του θανάτου, με την εμφάνιση γενικευμένης αγχώδους διαταραχής. Επίσης βρέθηκε ότι η απομάκρυνση της μητέρας, και όχι τόσο του πατέρα, είναι σε μεγάλο ποσοστό υπεύθυνη για την παρουσία κρίσης πανικού. Ο θάνατος έχει μεγαλύτερη επίπτωση στη παρουσία κάποιας φοβίας από τον αποχωρισμό. Όχι μόνο η απώλεια αλλά και η έλλειψη ικανοποιητικού βαθμού φροντίδας προς τα παιδιά μπορεί να επιφέρει συναισθηματικές διαταραχές και κατά την ενηλικίωση, όπως κατάθλιψη. Συχνότερες επιπτώσεις εμφανίζονται στην απώλεια του μητρικού προτύπου από την οικογένεια από ότι του πατρικού.²¹

Η οικονομική κατάσταση της οικογένειας φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην παρουσία ή όχι κάποιας αγχώδους διαταραχής. Μεγαλύτερα

ποσοστά παρατηρούνται στη μεσαία τάξη, ενώ στη διαταραχή άγχους αποχωρισμού τα μεγαλύτερα ποσοστά ανευρίσκονται στα χαμηλά προσκείμενα οικονομικά στρώματα.²²

Η κακοποίηση (κυρίως η σεξουαλική) των παιδιών αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην ανάπτυξη ψυχιατρικών διαταραχών. Τόσο η σωματική όσο και η λεκτική κακοποίηση επιφέρουν σημαντικές αλλαγές στην ψυχοσύνθεση του παιδιού με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν ποικίλα συμπτώματα άγχους, με κυριότερες εμφανίσεις την κρίση πανικού και την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, οι οποίες είναι αντιληπτές και στην ενήλικη ζωή.²³

Η εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος κατά την παιδική ηλικία έχει την δυνατότητα να αναπτύξει αγχώδεις διαταραχές, καθώς προκαλούνται νευροβιοχημικές αλλαγές στον εγκέφαλο κατά την ανάπτυξή του. Η έκθεση του παιδιού σε οποιαδήποτε μορφή κακοποίησης (ενδοοικογενειακή βία, σεξουαλική κακοποίηση), στο αναπτυξιακό στάδιο προκαλεί αλλαγές στη δομή και φυσιολογία του εγκεφάλου με αποτέλεσμα να επηρεάζονται πολλές από τις λειτουργίες και συμπεριφορές του ανθρώπου.¹⁶

Έχει, επίσης, βρεθεί ότι υπάρχει κληρονομικότητα όσον αφορά την εμφάνιση του άγχους. Τα παιδιά με έναν γονέα ή και τους δύο γονείς να είναι γενετικοί φορείς κάποιας αγχώδους διαταραχής παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο στην εμφάνιση άγχους αλλά και κατάθλιψης. Σε μία έρευνα διδύμων βρέθηκε ότι στα μονοζυγωτικά δίδυμα είναι πιο συχνή η εμφάνιση έως και δύο φορές κάποιας διαταραχής άγχους, με τις διαταραχές πανικού και την αγοραφοβία να εμφανίζονται μέχρι και πέντε φορές συχνότερα στα μονοζυγωτικά δίδυμα από ότι στα διζυγωτικά.²⁴

Θεραπεία άγχους

Είναι πολύ σημαντικό να γίνεται άμεση διάγνωση της αγχώδους διαταραχής, ώστε το παιδί να λάβει γρήγορα θεραπεία, διότι αίσθημα άγχους που χρονίζει μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση και άλλης ψυχικής διαταραχής όπως είναι η κατάθλιψη.

Στις ψυχικές διαταραχές που αφορούν το συναίσθημα όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη, θεραπεία εκλογής δεν είναι τόσο η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής όσο η ψυχοθεραπεία.

Ωστόσο έχουν γίνει αρκετές μελέτες για διάφορες κατηγορίες φαρμάκων που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στην αντιμετώπιση των αγχώδων διαταραχών. Κάποια από αυτά είναι:

- Οι εκλεκτικοί αναστολής επαναπρόσληψης σεροτονίνης(SSRI) που έχουν εμφανίσει ικανοποιητικά αποτελέσματα σε παιδιά και εφήβους. Η φλουβοξαμίνη σε παιδιά και εφήβους με γενικευμένο άγχος, κοινωνική φοβία και άγχος αποχωρισμού εμφάνισε 76% θετικά αποτελέσματα. Παρόμοια αποτελέσματα εμφάνισε και η χορήγηση σερτραλίνης σε μέγιστη δόση 50mg ημερησίως σε γενικευμένο άγχος σε παιδιά και εφήβους.

- Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά δεν έχουν τόσο θετικό αποτέλεσμα στα παιδιά σε αντίθεση με τα αποτελέσματα που έχουν στην ήβη, ιδιαίτερα όσον αφορά τη σχολική φοβία.

- Οι βενζοδιαζεπίνες (οι οποίες δεν έχουν μελετηθεί αρκετά) αλλά έχει παρατηρηθεί ότι έχουν παράδοξες συνέπειες στη συμπεριφορά του παιδιού όπως ευερεθιστότητα και επιθετικότητα.²⁵

Ως θεραπεία εκλογής για τις αγχώδεις διαταραχές θεωρείται η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία η οποία έχει ως στόχο την αλλαγή στον τρόπο σκέψης του παιδιού με αποτέλεσμα να μην μετατρέπεται σε δυσλειτουργικό όταν εκτίθεται στον παράγοντα που επιφέρει το άγχος. Σύμφωνα με τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία το παιδί εκτίθεται στον παράγοντα σε ελεγχόμενο περιβάλλον και με τον τρόπο αυτό εξοικειώνεται και σιγά σιγά νοιώθει πιο ασφαλές για να αντιμετωπίσει τις οποιεσδήποτε στρεσογόνες για αυτό καταστάσεις. Η θεραπεία αυτή είναι πιο αποτελεσματική από την κλασική θεραπεία με ψυχοθεραπευτές, κατά την οποία υπήρχε διάλογος και προσπάθεια ανεύρεσης της αιτίας του προβλήματος για να μπορέσει το παιδί στην πορεία να αλλάξει τρόπο ζωής. Η νέα αυτή θεραπεία έχει αποτελέσματα σε πολλές μορφές άγχους όπως τις φοβίες, κοινωνικό άγχος, άγχος αποχωρισμού.²⁶

Σε πολλές περιπτώσεις ίσως είναι αναγκαίο να χρησιμοποιηθεί συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας για να μπορέσει το παιδί να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το άγχος. Μερικές φορές θα χρειαστεί να δοθεί μερική βοήθεια και στους γονείς ώστε να μπορέσουν και οι ίδιοι να βοηθήσουν τα παιδιά τους.²⁷

Τα παιδιά που παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα εκτεθειμένα στο παράγοντα που προκαλεί το άγχος μπορεί να παρουσιάσουν στο μέλλον και άλλες ψυχικές διαταραχές, με πιο πιθανή αυτή της κατάθλιψης.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ορισμός-γενικά

Η κατάθλιψη ορίζεται ως η δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση του ατόμου που συνοψίζεται σε μια κατάσταση παθολογικής θλίψης κατά την οποία συντελείται επιβράδυνση των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. Συχνά παρατηρείται σύγχυση μεταξύ της φυσιολογικής θλίψης και της κλινικής κατάθλιψης. Μία καταθλιπτική συνδρομή μπορεί να χαρακτηριστεί ως ήπια, μέτρια ή σοβαρή.²⁸

Η κατάθλιψη δεν αποτελεί μία ενιαία νοσολογική οντότητα, αλλά αναλόγως τη βαρύτητα, το ορμονολογικό-βιολογικό υπόβαθρο, ή άλλες συνοδές ψυχικές διαταραχές μπορεί να κατηγοριοποιηθεί με βάση τη πιο πρόσφατη έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου για ψυχικές διαταραχές (DSM-V):

- Διαβρωτική δυσκολία ρύθμισης διάθεσης
- Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή:
 - 1 επεισόδιο:
 - ήπιο
 - μέτριο
 - σοβαρό
 - με ψυχωσικές εκδηλώσεις
 - σε μερική ύφεση
 - σε πλήρη ύφεση
 - ακαθόριστο
 - Πολλαπλά επεισόδια: -ήπια
 - μέτρια
 - σοβαρά
 - με ψυχωσικές διαταραχές
 - σε μερική ύφεση
 - σε πλήρη ύφεση
 - ακαθόριστο
- Επίμονη καταθλιπτική διαταραχή (δυσθυμία)
- Προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή
- Καταθλιπτική διαταραχή σχετιζόμενη με χρήση ουσιών/φαρμάκων

- Καταθλιπτική διαταραχή σχετιζόμενη με άλλα ιατρικά προβλήματα
- Άλλη καθορισμένη καταθλιπτική διαταραχή (επιλόχεια, εποχιακή συναισθηματική διαταραχή κ.α.)
- Μη καθορισμένη καταθλιπτική διαταραχή.¹⁰

Οι ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να μην παρουσιάσουν εξ' αρχής με δυσθυμία, κακή διάθεση, ανηδονία, ή άλλα τυπικά συμπτώματα της νόσου. Στον χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπου πολλοί από αυτούς τους ασθενείς ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία, προσέρχονται συχνά αιτιώμενοι κυρίως σωματικά συμπτώματα (π.χ. εύκολη κόπωση, κεφαλαλγία, κοιλιακές ενοχλήσεις, ή μεταβολή του βάρους). Οι ασθενείς μπορεί να παραπονούνται περισσότερο για ευερεθιστότητα ή δυσκολία συγκέντρωσης παρά για θλίψη ή κακή διάθεση.

Μία διάθεση δυσφορίας μπορεί πολλές φορές να εκφράζεται από τους ασθενείς ως θλίψη, αίσθημα βάρους, μούδιασμα, ή μερικές φορές ευερεθιστότητα και εναλλαγές της διάθεσης. Συχνά αναφέρουν απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης στις συνήθεις δραστηριότητές τους, δυσκολία συγκέντρωσης, ή απώλεια ενέργειας και απώλεια κινήτρου. Η σκέψη τους είναι συχνά αρνητική με αισθήματα αναξιότητας, απελπισίας, ή ανικανότητας.²⁹

Ο καταθλιπτικός ασθενής καθίσταται ενοχικός για ζητήματα ήσσονος σημασίας. Τίποτα δεν έχει νόημα, τίποτα δεν αξίζει τον κόπο, ούτε καν οι απλές καθημερινές συνήθειες, όπως να ντυθεί, να χτενιστεί ή ακόμα και να κάνει μπάνιο.³⁰ Έχει αίσθημα καταβολής δυνάμεων και μόνιμης κοπώσεως. Η κοινωνικότητα και η διάθεση του για διάλογο και ανταλλαγή απόψεων είναι σχεδόν μηδενική. Είναι ευάλωτος, ευεπηρέαστος και άκρως ευσυγκίνητος. Η ψυχосύνθεση του είναι ταυτόσημη με τον πεσιμισμό. Δεν γνωρίζει ούτε καν ο ίδιος την βαθύτερη αιτία της καταθλιπτικής του διάθεσης πόσο μάλλον ο οικογενειακός του περίγυρος ο οποίος αντικρίζει έναν απογοητευμένο σωσία του προηγούμενου υγιούς εαυτού του. Περιφέρεται αναίτια, αναζητώντας αδιάκοπα μια απάντηση για την πραγματικότητα που βιώνει.³¹

Έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες για την ερμηνεία και την κατανόηση της κατάθλιψης. Αρχικά συνδέθηκε με την απώλεια ενός αντικειμένου ή προσώπου με το οποίο υπήρχε ένα αξιοσημείωτο συναισθηματικό δέσιμο

κατά την ψυχοκινητική ανάπτυξη του με αποτέλεσμα κάθε φορά που χάνει κάτι αγαπημένο να αναβιώνει την τραυματική εμπειρία και να εμφανίζει έκδηλα σημάδια κατάθλιψης. Από ιατρικής απόψεως έχει γίνει συσχέτιση της κατάθλιψης με διαταραχές του μεταβολισμού ορισμένων χημικών ουσιών του οργανισμού. Επίσης, έχει συσχετιστεί και με την κληρονομικότητα, καθώς γονείς με καταθλιπτική συνδρομή παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες απόκτησης τέκνων με την εν λόγω κλινική οντότητα.³²

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ως κατάθλιψη ορίζουμε μία διαταραχή που σχετίζεται με έλλειψη διάθεσης και ενδιαφέροντος για καθημερινές ευχάριστες δραστηριότητες. Η νόσος παρουσιάζει συμπτώματα και στο επίπεδο της συμπεριφοράς και στο επίπεδο του συναισθήματος. Μέχρι σχετικά πρόσφατα εθεωρείτο απίθανο να παρουσιάζουν κατάθλιψη τα παιδιά και οι έφηβοι. Αυτό έχει αποδειχθεί ότι είναι λανθασμένο και ότι οφείλεται στην επικράτηση της ψυχαναλυτικής άποψης που θεωρούσε αναγκαία την ανάπτυξη του Υπερεγώ ώστε να δημιουργηθούν αισθήματα θυμού και απώθησης. Πίστευαν λοιπόν ότι τα παιδιά ως μη ολοκληρωμένες προσωπικότητες δε μπορούν να βιώσουν κατάθλιψη. Αυτό στην εποχή μας έχει απορριφθεί και η κατάθλιψη σε παιδιά και εφήβους έχει αρχίσει να μελετάται αρκετά όχι όμως τόσο όσο θα έπρεπε σε σχέση με την έκταση του προβλήματος. Υπάρχουν στοιχεία σύμφωνα με επιδημιολογική έρευνα στις Η.Π.Α. που δείχνουν ότι το 15-20% αγοριών και κοριτσιών στην παιδική ηλικία παρουσιάζουν καταθλιπτική διάθεση ενώ στην εφηβεία τα ποσοστά διαφοροποιούνται ανά φύλο και κυμαίνονται στο 20-46% για τα αγόρια και 25-56% για τα κορίτσια.³³

Η παιδιατρική κατάθλιψη είναι μια σχετικά κοινή ψυχιατρική κατάσταση η οποία γενικά συνεχίζει με υποτροπές και στην ενήλικη ζωή. Υπάρχει από την ηλικία των 12 ετών και μετά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα όχι μόνο στη συχνότητα εμφάνισης αλλά και στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων.

Συχνά υπάρχει δυσκολία στην αναγνώριση των συμπτωμάτων καθώς και στην δυνατότητα των γονιών να αποδεχθούν ότι υπάρχει πρόβλημα και να απευθυνθούν σε κάποια σχετική δομή ψυχικής υγείας ή σε κάποιον ειδικό. Η

διάχυτη και επίμονη κακή διάθεση, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η κυκλοθυμία, η ευερεθιστότητα πολλές φορές θεωρούνται από τους γονείς φυσιολογικές αντιδράσεις της ηλικίας. Μάλιστα πολλές από αυτές τις συμπεριφορές πιστεύουν ότι υιοθετούνται απλά για να τραβήξουν την προσοχή. Εκπαιδευτικοί και γονείς θα πρέπει να ξεφύγουν από το μοντέλο που θέλει την παιδική και την εφηβική ηλικία περίοδο χαράς, ξεγνοιασιάς και έλλειψης προβλημάτων γιατί αυτό δεν είναι καθόλου αληθινό. Τα παιδιά στην εποχή μας έρχονται αντιμέτωπα όλο και πιο νωρίς με αγχογόνες καταστάσεις, αυξημένες απαιτήσεις, ανταγωνισμό, ανασφάλεια και φόβο για το μέλλον. Αυτά δυσκολεύονται και να τα συνειδητοποιήσουν και ακόμα περισσότερο να τα εξωτερικεύσουν με αποτέλεσμα το κλείσιμο στον εαυτό τους και τα αρνητικά συναισθήματα. Ένα οικογενειακό περιβάλλον απαιτητικό και επικριτικό ωθεί το παιδί σε μία στάση άμυνας και δυσκολίας να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Αυτή η καταπίεση μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη, στο θυμό ή στην άρνηση (από άμυνα) να αντιμετωπίσουν την πραγματικότητα. Πολλά παιδιά προσποιούνται ότι όλα είναι καλά ενώ κατά βάθος ζητούν από έναν ενήλικα καθοδήγηση και βοήθεια.³⁴

Προδιαθεσικοί παράγοντες κατάθλιψης

Τα αίτια που προκαλούν κατάθλιψη μπορεί να είναι είτε γενετικά αφού έρευνες έχουν καταδείξει ότι εάν ένας από τους δύο γονείς είναι καταθλιπτικός ή ένα από τα αδέρφια εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης τότε και το άλλο παιδί πιθανολογείται ότι θα εμφανίσει τη νόσο κάποια στιγμή στη ζωή του σε ποσοστό 25-30%. Αν και οι δύο γονείς έχουν έρθει αντιμέτωποι με την κατάθλιψη οι πιθανότητες αυξάνονται στο 70%.³⁵

Υπάρχει και η άποψη ότι νευροχημικοί παράγοντες που σχετίζονται με τα χαμηλά ποσοστά ντοπαμίνης και σεροτονίνης στον εγκέφαλο και επίσης με τη δυσλειτουργία του συστήματος υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια είναι υπεύθυνοι για την εκδήλωση της νόσου.³⁶

Κλινική Εικόνα Κατάθλιψης

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης δεν είναι πάντα εύκολο να διαγνωστούν γιατί εκδηλώνεται με πολύ διαφορετικούς τρόπους ανάλογα με το άτομο, την ηλικία, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Μπορεί απλά

το παιδί με κακή διάθεση να περνά μία δύσκολη φάση της ζωής του. Γι'αυτό οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να είναι παρατηρητικοί και υποψιασμένοι για την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης και στα παιδιά.

Γενικά σύμφωνα με το DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) παιδιά, έφηβοι και ενήλικες για να διαγνωστούν με κατάθλιψη(συγκεκριμένα αυτά ισχύουν για τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή) πρέπει να παρουσιάζουν 5 ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα σε περίοδο 2 εβδομάδων και να παρουσιάζεται αλλαγή στην καθημερινότητα:¹⁰

- Καταθλιπτική διάθεση τις περισσότερες ώρες της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα όπως τεκμηριώνονται είτε από υποκειμενικές αναφορές είτε από παρατηρήσεις τρίτων.

Σημείωση: Στα παιδιά και τους εφήβους μπορεί να εμφανίζεται ευερεθιστότητα.

- Σημαντικά μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση για όλες, ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα όπως τεκμηριώνεται είτε από υποκειμενικές αναφορές είτε από παρατηρήσεις τρίτων.

- Σημαντική απώλεια βάρους (αλλαγή 5% και πάνω στη μάζα σώματος μέσα σε 1 μήνα), ή μείωση/αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα. Σημείωση: Στα παιδιά φαίνεται στην αποτυχία να παρουσιάσουν την αναμενόμενη αύξηση του βάρους.

- Αϋπνία ή υπέρπνια σχεδόν κάθε μέρα.

- Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα (παρατηρήσιμα από άλλους, όχι απλώς υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας ή επιβράδυνσης).

- Κόπωση ή απώλεια ενέργειας σχεδόν κάθε μέρα.

- Αίσθημα αναξιοτήτας ή υπερβολικής ή ακατάλληλης ενοχής (που μπορεί να είναι παραληρητικά) σχεδόν καθημερινά.

- Μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα, όπως τεκμηριώνεται είτε από υποκειμενικές αναφορές ή παρατηρήσεις που έγιναν από άλλους σχεδόν κάθε μέρα

- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (όχι απλώς φόβος θανάτου) επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς

συγκεκριμένο σχέδιο, ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο για απόπειρα αυτοκτονίας.^{10,37}

Για να χαρακτηριστεί ένα καταθλιπτικό επεισόδιο ως μείζον θα πρέπει να περιλαμβάνει πέντε (5) από τα ακόλουθα κριτήρια (και σίγουρα το ένα από τα δύο πρώτα) μέσα στο ίδιο διάστημα δύο (2) εβδομάδων:

- Καταθλιπτική (ή ευερέθιστη) διάθεση
- Μειωμένο ενδιαφέρον ή απώλεια της απόλαυσης σχεδόν σε όλες τις δραστηριότητες
- Διαταραχές ύπνου
- Αλλαγή βάρους, διαταραχή της όρεξης ή αδυναμία επίτευξης αναμενόμενης αύξησης βάρους
- Μειωμένη συγκέντρωση ή αναποφασιστικότητα
- Αυτοκτονικός ιδεασμός ή σκέψεις για θάνατο
- Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση
- Κόπωση ή απώλεια ενέργειας
- Τα συναισθήματα της άνευ αξίας ή της ακατάλληλης ενοχής

Τα συμπτώματα πρέπει να προκαλούν σημαντική αγωνία ή βλάβη σε σημαντική λειτουργία και δεν πρέπει να οφείλονται στην άμεση δράση μιας ουσίας ή σε ιατρική ή άλλη ψυχιατρική κατάσταση.

Η κατάθλιψη μπορεί επίσης να έχει άτυπα χαρακτηριστικά, που περιλαμβάνουν εναλλαγή της διάθεσης και τουλάχιστον 2 από τα ακόλουθα για τουλάχιστον 2 εβδομάδες:

- Αύξηση της όρεξης ή σημαντική αύξηση βάρους
- Αυξημένος ύπνος
- Αίσθημα βαρύτητας στα χέρια ή τα πόδια
- Ένα πρότυπο μιας μακροχρόνιας ευαισθησίας προσωπικής απόρριψης και έχει ως αποτέλεσμα σημαντική εξασθένηση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας.¹⁰

Θεραπεία κατάθλιψης

Πολλές φορές είναι δύσκολο να γίνει αντιληπτό από τους μεγάλους πόσο περίπλοκα μπορεί να είναι τα προβλήματα των παιδιών που νιώθουν ότι δεν είναι αγαπητά από κανέναν και κανείς δε μπορεί να τα καταλάβει. Οι

ενήλικες τα υποτιμούν γιατί τα βλέπουν με τα δικά τους μάτια. Χρειάζεται ευαισθησία και ενσυναίσθηση προκειμένου να γίνει έγκαιρα και σωστά τόσο η επισήμανση του προβλήματος όσο κυρίως βέβαια η αντιμετώπισή του. Η κατάθλιψη είναι θεραπεύσιμη. Πρώτα πρέπει να αποκλειστούν οποιαδήποτε οργανικά αίτια για τις ενοχλήσεις, τους πόνους ή το αίσθημα κόπωσης που εμφανίζουν και στη συνέχεια χρειάζεται παραπομπή σε κάποιον αρμόδιο ψυχίατρο ή ψυχολόγο εξειδικευμένο σε παιδιά. Συχνά δεν πάσχει μόνο το παιδί αλλά όλο το οικογενειακό περιβάλλον. Γι'αυτό πολλές φορές είναι αναγκαίες οικογενειακές συνεδρίες για να υπάρξει αποτελεσματική αντιμετώπιση.³⁸

Η επιλογή της αρχικής θεραπείας της κατάθλιψης εξαρτάται από τους ακόλουθους παράγοντες:

- Σοβαρότητα
- Αριθμός προηγούμενων επεισοδίων
- Χρονιότητα
- Υπότυπος
- Ηλικία του ασθενούς
- Συγκεκριμένα ζητήματα - π.χ. οικογενειακές συγκρούσεις, ακαδημαϊκά προβλήματα, έκθεση σε αρνητικά γεγονότα της ζωής
- Ικανότητα τήρησης των συστάσεων θεραπείας
- Προηγούμενη απάντηση στη θεραπεία
- Το κίνητρο του ασθενούς και της οικογένειας για θεραπεία.^{38,39}

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) έχει αποδειχθεί σε πολλές τυχαioποιημένες κλινικές δοκιμές να είναι αποτελεσματική στη θεραπεία ήπιων περιπτώσεων σε παιδιά και εφήβους.⁴⁰ Για μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη συνιστάται ψυχοθεραπεία και φαρμακευτική αγωγή. Η νοσηλεία θα πρέπει να εξετάζεται για ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη και για τους οποίους δεν μπορεί να παραχθεί ένα αποτελεσματικό σχέδιο ασφάλειας και επίβλεψης στο σπίτι, και για εκείνους τους ασθενείς και τις οικογένειες που είναι αδύνατο ή απίθανο να ακολουθήσουν τις συστάσεις θεραπείας.

Στην παιδική ηλικία δεν έχει βρεθεί ό, τι η αγωγή με φάρμακα δεν είναι το ίδιο αποτελεσματική όπως είναι κατά την περίοδο της εφηβείας.²⁵ Ωστόσο

έχουν γίνει έρευνες και έχει διαπιστωθεί πως ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων έχουν θετικά αποτελέσματα. Κατηγορίες φαρμάκων:

- Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI) όπως citalopram, setraline
- Αναστολείς μονοαμινοξειδάσης (MAOI) όπως selegiline, phenelzine
- Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά όπως desipramine, imipramine
- Άτυπα αντικαταθλιπτικά όπως mirtazapine, venlafaxine
- Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης (SNRI) όπως duloxetine.⁴¹

Έχουν υπάρξει ανησυχίες ως προς την ωφελιμότητα των φαρμάκων καθώς έχει βρεθεί ό,τι η χορήγηση ορισμένων κατηγοριών όπως των SSRI προάγει τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Έχει παρατηρηθεί στην έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής τα παιδιά να παρουσιάζουν αυτοκτονική συμπεριφορά χωρίς όμως να γίνεται πραγματικότητα. Για το λόγο αυτό τα παιδιά κατά την έναρξη της θεραπείας τους χρειάζονται στενή παρακολούθηση η οποία επεκτείνεται για τις πρώτες τέσσερις εβδομάδες θεραπείας. Η χορήγηση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων αντισταθμίζει τους κινδύνους που πιθανόν προκαλούν καθώς τα οφέλη είναι μεγαλύτερα για τη θεραπεία της κατάθλιψης και ιδιαίτερα της μείζονος καταθλιπτικής συνδρομής στα παιδιά.^{37,42}

Η φλουοξετίνη είναι το μοναδικό φάρμακο που εγκρίθηκε από την Υπηρεσία τροφίμων και Φαρμάκων των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (FDA) για τη θεραπεία της κατάθλιψης σε παιδιά από οχτώ ετών και άνω.⁴¹

Η θεραπεία της κατάθλιψης δεν είναι μονόδρομος αλλά συστήνεται σε ένα σύνολο ενεργειών. Για καλύτερα αποτελέσματα πρέπει να γίνεται συνδυασμός ψυχοθεραπείας η οποία περιλαμβάνει δυο τύπους τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT), με την εκμάθηση των παιδιών σε νέους τρόπους συμπεριφοράς και σκέψης, και τη διαπροσωπική θεραπεία στην οποία τα παιδιά βοηθιούνται να κατανοήσουν και να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα μέσω προσωπικών σχέσεων και της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής.⁴³

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η κατάθλιψη δε κάνει διακρίσεις στις ηλικιακές ομάδες. Για την ακρίβεια, η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα πιο συχνά προβλήματα που επηρεάζει τις εφηβικές ηλικίες και κυρίως αφορά στα κορίτσια τα οποία παρουσιάζονται πιο ευεπηρεάστα. Σε μια έρευνα που έλαβε χώρα στη Σουηδία σε παιδιά ηλικίας 16-17 ετών αναφέρει ποσοστό 5, 8% και αναλογία 4 κορίτσια προς 1 αγόρι. Στην Ελλάδα έχουν βρεθεί επίσης, υψηλά επίπεδα εφηβικής κατάθλιψης 20,3%. Σε μια αντίστοιχη έρευνα με δείγμα 1316 έφηβους βρέθηκε ότι το 29% των κοριτσιών έναντι του 13% των αγοριών έπασχαν από κατάθλιψη καθώς επίσης τα ποσοστά αυτά αυξάνονται προοδευτικά με την αύξηση της ηλικίας των εφήβων, μικρότερα στις ηλικίες 12-13 από αυτά των ηλικιών 16-18 ετών.⁴⁴

Αν και στην εφηβεία όπως και στην ενήλικη ζωή, η κατάθλιψη μονοπωλεί το γυναικείο φύλο στα παιδιά αφορά εξίσου και τα δύο φύλα. Η διαπίστωση αυτή πιθανότατα έγκειται περισσότερο στις αποκλίσεις στο ορμονολογικό προφίλ των εφήβων το οποίο τους καθιστά πιο επιρρεπείς από ότι η ηλικία αυτή καθ' αυτή.

Η εφηβεία είναι μια απ' τις πιο σημαντικές περιόδους της ζωής του ατόμου, καθώς αποτελεί γέφυρα μεταξύ της αθώας και της άμοιρης ευθυνών παιδικής ηλικίας με την ενηλικίωση. Η μετάβαση αυτή είναι εργώδης και απαιτεί αέναο και επίμονο, σωματικό και πνευματικό κόπο. Συντελούνται καθημερινές αλλαγές τόσο στην σωματική διάπλαση όσο και στον ψυχισμό, οι οποίες ταραζουν τον έφηβο.

Ο έφηβος είναι κυκλοθυμικός καθώς βιώνει συνεχείς μεταβολές του πρωτύτερου του εαυτού, τον οποίο δεν αναγνωρίζει, τον αποζητά και προσπαθεί να βρίσκει εκ νέου ισορροπίες. Στην προσπάθεια αυτή βρίσκεται σε εκκρεμές μεταξύ λύπης και χαράς, η εναλλαγή αυτή μπορεί να' ναι τόσο ταχεία ώστε η αναγνώριση της καταθλιπτικής συνδρομής που υποβόσκει να είναι ανέφικτο να εντοπιστεί και να αναγνωρισθεί.⁴⁵

Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα στον εντοπισμό και στην ορθή διαχείριση της κατάθλιψης αποτελεί η άρνηση των κηδεμόνων να δουν, πόσο μάλλον να συνειδητοποιήσουν ότι αυτό που βλέπουν χρήζει αντιμετώπισης. Τέλος, στην πλειονότητα των καταθλιπτικών εφήβων, οι ίδιοι αρνούνται κατηγορηματικά να αποδεχθούν το γεγονός ότι πάσχουν από κατάθλιψη,

λόγω του φόβου για επικείμενο στιγματισμό του και αποκλεισμό του από την παρέα συνομήλικων.⁴⁵

Η κατάθλιψη όπως είναι ευνόητο χαρακτηρίζεται από ένα ακατανίκητο αίσθημα θλίψης. Μοιράζεται στοιχεία τόσο από την κατάθλιψη ενηλίκων όσο και από την παιδική. Υπάρχουν δύο τύποι εφηβικής κατάθλιψης:

- Πρωτογενής κατάθλιψη εφήβων. Αυτήν έχει αιφνίδια εμφάνιση και παρουσιάζεται με διαταραχές ύπνου, απομόνωση, μείωση δραστηριοτήτων. Αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή (αντικαταθλιπτικά, λίθιο).

- Δευτερογενής κατάθλιψη εφήβων. Εμφανίζεται μετά από ένα έντονο γεγονός όπως μια απώλεια ή ένα διαζύγιο, και συνήθως συνοδεύεται από κατανάλωση αλκοόλ ή/και ναρκωτικών ουσιών. Αντιμετωπίζεται από το ίδιο το άτομο με τη βοήθεια της οικογένειας και ίσως και κάποιου ειδικού.³²

Το συναίσθημα της κατάθλιψης έχει ευρεία συμπτωματολογία, στο ένα άκρο της οποίας είναι η δυσφορία και στο άλλο άκρο η βαριά μελαγχολία. Αρχικά τα συμπτώματα είναι πιθανό να είναι ήπια και συγκεκριμένα αίσθημα κόπωσης, μυϊκή αδυναμία, μείωση της ταχύτητας της σκέψης, έλλειψη αυτοπεποίθησης, ανικανότητα λήψης απόφασης, αδυναμία διεκπεραίωσης βασικών αναγκών και καθημερινών υποχρεώσεων τόσο επαγγελματικών όσο και οικιακών. Αντιθέτως περιπτώσεις βαριάς μελαγχολίας το άτομο μπορεί να φέρει συμπτώματα ψυχιατρικού χαρακτήρα όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, νευρώσεις, μέχρι και να σωματοποιεί τα ψυχικά του συμπτώματα σε σημείο που η οντότητα να προσομοιάζει με σωματική νόσο και να παραμένει αδιάγνωστο το ψυχιατρικό-ψυχικό υπόβαθρο για αρκετό καιρό.

Από την άλλη πλευρά στον καταθλιπτικό έφηβο, είναι πιθανό να προεξάρχουν τα συμπτώματα της ευερεθιστότητας, με αποτέλεσμα ο ασθενής να είναι διεγερτικός, να εκφράζει σε μόνιμη βάση παράπονα για θέματα έστω και ελάχιστης σημασίας τα οποία μεγαλοποιεί. Έτσι εγκαθίσταται μια δυναμιτιστική συμπεριφορά στο περιβάλλοντα χώρο του είτε αυτός είναι η οικογένεια είτε το σχολείο. Παραγκωνίζει εξωσχολικές δραστηριότητες οι οποίες παλαιότερα αποτελούσαν πηγή ευχαρίστησης και ο ίδιος είχε επιλέξει

με την πρόφαση ότι απαιτούν μεγαλύτερη σωματική ενέργεια σε σχέση με αυτή που ο ίδιος διαθέτει.

Είναι βραδύνους και βραδυκίνητος. Καταντά οκνηρός και η ραθυμία του αποτελεί πλέον το αποκλειστικό γνώρισμα της τρέχουσας πραγματικότητας, η οποία αναπόφευκτα κατακλύζει την ψυχοσύνθεση του και σωματοποιείται με τη μορφή κεφαλαλγίας κοιλιαλγίας κτλ. Αυτοκατακρίνεται και γίνεται ιδιαίτερα επικριτικός με καθετί πάνω του τόσο πνευματικό όσο και εμφανισιακά. Ως εκ τούτου, νιώθει ανίκανος να διεκπεραιώσει και τις σχολικές του υποχρεώσεις στα πλαίσια φόβου για πιθανή αποτυχία. Έτσι καθίσταται αμελής και η μείωση της σχολικής του επίδοσης αποτελεί πλέον αναπόσπαστο στοιχείο της καταθλιπτικής συνδρομής.^{28, 32, 45}

Οι έφηβοι παρουσιάζουν μειωμένες σχολικές επιδόσεις, σύμπλεγμα κατωτερότητας, γίνονται επικριτικοί τόσο με τους άλλους όσο και με τον ίδιο τους τον εαυτό. Διαταραχές συμπεριφοράς δεν απουσιάζουν από την καταθλιπτική συνδρομή όπως εθισμός σε ναρκωτικά, αλκοόλ, διατροφικές διαταραχές, όπως βουλιμία, ανορεξία, σύγχυση στη σεξουαλική τους ταυτότητα. Τέλος, αρκετοί έφηβοι με κατάθλιψη παρουσιάζουν σχολική φοβία, δηλαδή το φόβο του παιδιού να πάει σχολείο, ο φόβος αυτός απορρέει από την αγωνία του εφήβου για την ενδεχόμενη κριτική που μπορεί να δεχθεί εκεί από τους γύρω του.⁴⁶

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός εμφανίζεται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, όμως όταν η καταθλιπτική διαταραχή είναι σοβαρή τότε η συχνότητά του αυξάνεται. Περισσότερα από 12.000 παιδιά και έφηβοι νοσηλεύονται στα νοσοκομεία των Η.Π.Α. λόγω αυτοκτονικών συμπεριφορών. Οι σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας παρουσιάζουν διακυμάνσεις στην ένταση τους στην πορεία του χρόνου. Δεν είναι ένα στατικό φαινόμενο. Συνήθως η υλοποίηση της σκέψης γίνεται παρορμητικά και απερίσκεπτα χωρίς ενσυναίσθηση της πράξης. Οι έφηβοι που καταλήγουν στην αυτοχειρία διακρίνονται από την αδυναμία να βρουν λύσεις στα προβλήματα τους καθώς και από την έλλειψη στρατηγικής ώστε να καταφέρουν να τα ξεπεράσουν.⁴⁷ Τα αγόρια παρουσιάζουν πιο μειωμένα ποσοστά απόπειρας αλλά με μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας, σε αντίθεση με τα κορίτσια που εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά αποπειρών αυτοκτονίας αλλά χωρίς να επέρχεται ο θάνατος,

γίνονται περισσότερο για εκφοβισμό και για να στρέψουν το ενδιαφέρον των άλλων πάνω τους.³²

Τα συμπτώματα που συνοδεύουν την κατάθλιψη στους εφήβους είναι :

- Θλίψη
- Απομάκρυνση από φίλους και από δραστηριότητες
- Αυξημένος εκνευρισμός και ευερεθιστότητα
- Απουσίες από το σχολείο και μείωση στη σχολική επίδοση
- Αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες (αύξηση ή ελάττωση της όρεξης)
- Προβλήματα στον ύπνο
- Αναποφασιστικότητα, έλλειψη συγκέντρωσης
- Συναισθήματα ενοχής και ανικανότητας,
- Παράπονα για κεφαλαλγίες και πόνους στο στομάχι
- Κόπωση
- Κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών
- Σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας.³⁸

Προδιαθεσικοί παράγοντες

Οι παράγοντες που έχουν κατηγορηθεί για την εμφάνιση κατάθλιψης είναι τόσο γενετικοί όσο και ψυχοκοινωνικοί και οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους (δεν ευθύνεται μόνο ένας, αλλά πολλαπλοί παράγοντες επηρεάζουν και προκαλούν τη νόσο).

➤ Γενετικοί παράγοντες: Άτομα με ιστορικό κατάθλιψης στην οικογένεια έχουν διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης, ενώ ο κίνδυνος για την εμφάνιση κατάθλιψης πριν τα 18 έτη τετραπλασιάζεται στην περίπτωση που νοσούν και οι δύο γονείς.

➤ Βιολογικοί παράγοντες: Διαταραχή των νευροδιαβιβαστών (σεροτονίνη).

➤ Περιβαλλοντικοί παράγοντες: Οικογένεια, φίλοι, σχολείο.

➤ Ψυχολογικοί παράγοντες: Χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Σε έναν έφηβο οι παράγοντες αυτοί δρουν συνεργικά ώστε να εκδηλωθεί μία καταθλιπτική συνδρομή. Δεν είναι απαραίτητο να υπάρχουν όλοι αλλά κάποιοι από αυτούς σε συνδυασμό μπορεί να δράσουν αθροιστικά.

Οι έφηβοι με σύμπλεγμα κατωτερότητας και μειωμένης αυτοπεποίθησης καταφεύγουν σε αμυντικές συμπεριφορές για να διαφυλάξουν το εγώ τους, όπως και σε αέναους αγώνες υπερεπίδοσης και επίμονες προσπάθειες για επιβεβαίωση και επιβράβευση. Νιώθουν ανασφαλείς, ανεπαρκείς, ανίκανοι, αλλά ο στόχος τους δε είναι η προσωπική τους βελτίωση και εξέλιξη, παρά η παραπλάνηση των γύρων τους όσον αφορά την ανεπάρκεια τους.

Οι έφηβοι με δυσθυμία καταλήγουν στημείζονα κατάθλιψη 2-3 χρόνια αργότερα, συνεπώς καθίσταται επιτακτική η ανάγκη τόσο ο εντοπισμός της ομάδας αυτής όσο και η προληπτική ψυχολογική αντιμετώπιση της. Προληπτικές στρατηγικές μπορούν επίσης να αποτρέψουν την εγκατάσταση άλλων διαταραχών.

Συνοψίζοντας, τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής, όπως ο θάνατος, το διαζύγιο, ο χωρισμός, η οικογενειακή δομή, η μετανάστευση, η σχολική αποτυχία, η απόπειρα αυτοκτονίας ή η αυτοκτονία στο άμεσο περιβάλλον, σοβαρή σωματική ασθένεια, μόνα τους ή σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες κινδύνου (όπως έλλειψη υποστήριξης), συνδέονται με την εμφάνιση κατάθλιψης στην εφηβεία.⁴⁸

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η εποχή που διανύουμε με την έντονη κινητικότητα τόσο στην μετακίνηση των πληθυσμών όσο και στην αλλαγή του τρόπου σκέψης και των αξιών είναι μία εποχή άγχους, φόβου, ανασφάλειας και κατάθλιψης. Αυτή τείνει να θεωρείται νόσος της εποχής μας. Η οικονομική κρίση, η αλλαγή στις συνήθειες και στον τρόπο ζωής μας, οι μεγάλες κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες επιτείνουν το αίσθημα της αδικίας και της ανικανότητας να πετύχουμε όσα ονειρευόμαστε.

Ο σύγχρονος άνθρωπος έχει πρόσβαση σε πάρα πολλά τεχνολογικά επιτεύγματα, ευκολία στην επικοινωνία και στην πληροφόρηση σε βαθμό που οι παλιότερες γενιές δεν μπορούσαν ούτε καν να φανταστούν. Όμως η μοναξιά γίνεται πολύ μεγαλύτερη παρά τους χιλιάδες διαδικτυακούς φίλους και τα "likes" που εισπράττει σε κάθε ανάρτησή του στο διαδίκτυο. Οι επιδερμικές σχέσεις αυξάνουν την πιθανότητα να νιώθει το άτομο απομονωμένο με χαμηλή αυτοεκτίμηση και χωρίς διάθεση συμμετοχής σε

οικογενειακές και κοινωνικές επαφές. Όταν σε αυτά προστεθεί και ο παράγοντας της δυσκολίας του να ζει κανείς σε ένα νησί που κατακλύζεται τους θερινούς μήνες από επισκέπτες (απαραίτητους για την οικονομική επιβίωση των κατοίκων) ενώ τους χειμερινούς μήνες υπάρχει το αίσθημα της έλλειψης επικοινωνίας και επαφής με άλλους ανθρώπους το αποτέλεσμα είναι συχνά ιδιαίτερα αγχωτικό. Για αυτούς τους λόγους θέλησα να μελετήσω στο βαθμό που μπορώ την πιθανή σύνδεση της κατάθλιψης και του άγχους των παιδιών 10-15 ετών σε νησιωτική περιοχή.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΝΗΣΙΩΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ

Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι μόνο οι ενήλικές μπορούν να έχουν κατάθλιψη αλλά παιδιά και έφηβοι μπορεί επίσης να υποφέρουν από κατάθλιψη. Περίπου το 11% αυτών έχει βιώσει μια καταθλιπτική εμπειρία πριν από την ηλικία των 18 ετών⁴⁹.

Μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ παιδιατρικών διαταραχών άγχους και κατάθλιψης. Τα εργαλεία αξιολόγησης δείχνουν υψηλά ποσοστά συσχέτισης μεταξύ κατάθλιψης και άγχους και μεγάλο μέρος της επικάλυψης μπορεί να σχετίζεται με ένα κοινό πεδίο αρνητικής ενεργητικότητας.

Το άγχος και η κατάθλιψη χαρακτηρίζονται ως διαταραχές του συναισθήματος οι οποίες στον παιδιατρικό πληθυσμό είναι συνδεδεμένες και πολλές φορές μπορεί να υπάρχει αλληλοεπικάλυψη. Στον παιδιατρικό πληθυσμό υπάρχει περιορισμένος αριθμός ερευνών σε σχέση με τον ενήλικο πληθυσμό. Τα παιδιά πολλές φορές δυσκολεύονται να εκφράσουν τι αισθάνονται είτε γιατί δεν μπορούν να αποδώσουν λεκτικά τι νιώθουν είτε δεν είναι ικανά να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης. Τα παιδιά κατά την ανάπτυξή τους περνάνε διάφορα μεταβατικά στάδια στα οποία μπορεί να δικαιολογούνται κάποιες μορφές άγχους οι οποίες όμως θα πρέπει να εκλείψουν όταν το παιδί μεταβεί στο επόμενο αναπτυξιακό επίπεδο για παράδειγμα το άγχος του αποχωρισμού από τους γονείς θεωρείται φυσιολογικό στην ηλικία των 3 ετών θα πρέπει όμως να είναι απών όταν το παιδί είναι στην ηλικία των 10 ετών.⁵⁰

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η εκτίμηση της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους 10-15 ετών νησιωτικής περιοχής.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 300 υγιή παιδιά και έφηβοι ηλικίας 10-15 ετών που κατοικούσαν στο νησί της Τήνου. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Οκτώβριο – Δεκέμβριο του 2017

Κριτήρια επιλογής του δείγματος

Οι συμμετέχοντες να είναι ηλικίας 10-15 ετών

Να μην πάσχουν από χρόνιο νόσημα

Να μην υπάρχει διαγνωσμένη συναισθηματική διαταραχή

Να επιθυμούν να συμμετάσχουν στη μελέτη

Μεθοδολογία

Πρόκειται για συγχρονική επιδημιολογική μελέτη με δείγμα ευκολίας. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη συμπλήρωση από τα ίδια τα παιδιά της κλίμακας «State-Trait Anxiety Inventory for children» του Ch. Spielberger, και της κλίμακας Children's Depression Inventory (CDI27) με την καθοδήγηση της ερευνήτριας. Η State-Trait Anxiety Inventory for children είναι ένα καθοριστικό εργαλείο για τη μέτρηση του άγχους στα παιδιά και ενήλικες. Έχει τη δυνατότητα να διακρίνει τη διαφορά ανάμεσα στο παροδικό - στιγμιαίο άγχος (state anxiety) από το μόνιμο και πιο γενικό (trait anxiety). Βοηθάει τους επαγγελματίες υγείας να διακρίνουν τα αισθήματα μεταξύ άγχους και κατάθλιψης. Η απλότητά του το κάνει ιδανικό για την εκτίμηση των ατόμων και με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Είναι προσαρμοσμένο σε περισσότερες από σαράντα γλώσσες και αποτελεί το πιο σημαντικό εργαλείο για τη μέτρηση του προσωπικού άγχους.

Η αξιοπιστία της κλίμακας για τη μέτρηση του μόνιμου άγχους (trait anxiety scale) είναι υψηλή από 0.65 έως 0.86. Στην παρούσα μελέτη η αξιοπιστία βρέθηκε στο 0,89.

Σε κάθε μεταβλητή οι ερωτώμενοι έχουν τη δυνατότητα να σημειώσουν με τη κλίμακα διαβάθμισης τριών σημείων, τύπου Likert, τη συμφωνία σε κάθε μεταβλητή από σχεδόν ποτέ, μερικές φορές και συχνά. Η κλίμακα αυτή έχει σταθμιστεί στον Ελληνικό παιδιατρικό πληθυσμό σε παιδιά ηλικίας 9-12 ετών.

Αποτελείται από 20 ερωτήσεις και η βαθμολογία κυμαίνεται από 20 μέχρι 60.⁵¹

Η κλίμακα CDI27 της M.Konacs είναι ένα ψυχομετρικό εργαλείο αυτοαξιολόγησης της κατάθλιψης, η οποία έχει σταθμιστεί στα Ελληνικά και είναι κατάλληλη για παιδιά από 7-17 ετών. Πρόκειται για μια εξελιγμένη μορφή της κλίμακας Beck που αφορά ενήλικες έτσι ώστε να είναι κατανοητή και αντίστοιχη με το γνωστικό και γνωσιακό επίπεδο των παιδιών. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα στη διεθνή βιβλιογραφία και έρευνα.⁵²

Η κατασκευή της κλίμακας C.D.I. ολοκληρώθηκε σε 4 φάσεις και διήρκεσε τρία (3) χρόνια μέχρι να λάβει την τελική της μορφή. Απαιτεί το χαμηλότερο επίπεδο δεξιοτήτων ανάγνωσης από οποιαδήποτε άλλη κλίμακα για παιδιά. Αποτελείται από 27 ερωτήσεις και αξιολογεί ποσοτικά ένα ευρύ φάσμα καταθλιπτικών συμπτωμάτων, όπως καταθλιπτική διάθεση, έλλειψη ικανότητας ευχαρίστησης, απαισιοδοξία, σκέψεις θανάτου, διαταραχές στις λειτουργίες του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ύπνος, όρεξη για φαγητό), αρνητική αξιολόγηση του εαυτού και προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις και συμπεριφορές. Αρκετές ερωτήσεις σχετίζονται με τις συνέπειες της κατάθλιψης σε τομείς που αφορούν ειδικά τα παιδιά, όπως το σχολείο.

Η απάντηση σε κάθε ερώτηση είναι μία επιλογή ανάμεσα σε τρεις προτάσεις. Το παιδί επιλέγει εκείνη την πρόταση, η οποία περιγράφει καλύτερα την δική του κατάσταση κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες (παρούσα κατάσταση).

Οι τρεις δυνατότητες επιλογής βαθμολογούνται με 0, 1 ή 2 και η μεγαλύτερη βαθμολογία υποδηλώνει μεγαλύτερη βαρύτητα του αξιολογούμενου συμπτώματος. Για κάθε ερώτηση η σημασία της βαθμολογίας μπορεί να περιγραφεί ως εξής:

- Απουσία Συμπτώματος 0 βαθμοί
- Ήπιο Σύμπτωμα 1 βαθμός
- Έντονο Σύμπτωμα 2 βαθμοί

Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας προκύπτει από το άθροισμα της βαθμολογίας των 27 ερωτήσεων και κυμαίνεται από 0 έως 54.

Η κλίμακα αυτή ποσοτικοποιεί μία κλινική διαταραχή. Έτσι αναλόγως τον μελετώμενο πληθυσμό μπορεί να αξιοποιηθεί διτώς. Είτε σαν εργαλείο

ανίχνευσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε δείγμα γενικού πληθυσμού, είτε σαν εργαλείο εκτίμησης της βαρύτητας μιας διαταραχής σε δείγμα νοσούντος πληθυσμού. Στο σημείο αυτό υπεισέρχονται οι έννοιες της ευαισθησίας και της ειδικότητας. Όσο πιο χαμηλά θέσουμε την οριακή τιμή πάνω από την οποία θέτουμε τη διάγνωση της καταθλιπτικής διαταραχής, τόσο ελλοχεύει ο κίνδυνος περισσότερων «ψευδώς θετικών» περιπτώσεων, δηλαδή να θεωρηθούν καταθλιπτικά έφηβοι που είναι υγιείς. Αντιστρόφως, όσο πιο υψηλά θέσουμε την οριακή τιμή, τόσο αυξάνει ο κίνδυνος να διαφύγουν περιπτώσεις καταθλιπτικών εφήβων που θα θεωρηθούν υγιείς (περιπτώσεις «ψευδώς αρνητικές»)⁵³.

Εκτός από τις εξαρτημένες μεταβλητές, το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει και δημογραφικά στοιχεία, όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός και ηλικία παιδιών, μορφωτικό επίπεδο γονέων, καθώς και άλλα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά που αφορούν το παιδί και την οικογένειά του.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Όλες οι στατιστικές αναλύσεις των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS έκδοση 22. (Statistical Package for the Social Sciences 22). Ως στατιστικά σημαντικό θα θεωρηθεί το επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας των συνεχών μεταβλητών με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov. Τα κατηγορικά δεδομένα παρουσιάζονται με απόλυτες και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ τα συνεχή δεδομένα παρουσιάζονται με μέσες τιμές $\pm$ τυπικές αποκλίσεις. Η στατιστική δοκιμασία t-test, όπου εφαρμόστηκαν ανάλογα με τη φύση των δεδομένων.

ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σε κάθε επιστημονική μελέτη για να αποτραπεί κάθε πιθανότητα εμφάνισης χειρισμών που θα μπορούσαν να βλάψουν τα υποκείμενα που λαμβάνουν μέρος σε αυτήν, θα πρέπει να εφαρμόζονται και να τηρούνται αυστηρά οι αρχές δεοντολογίας, οι οποίες διασφαλίζουν και καθορίζουν τους ηθικούς άξονες μέσα στους οποίους αναπτύσσεται και ολοκληρώνεται μια

μελέτη. Στη παρούσα μελέτη τηρήθηκαν όλες οι δεοντολογικές αρχές που διέπουν την έρευνα σε ανθρώπους. Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας και έδωσαν προφορικά τη συγκατάθεσή τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά αποτελέσματα

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 300 παιδιά ηλικίας 10-15 χρονών εκ των οποίων τα 151 ποσοστό 50,3% ήταν αγόρια, το 35% είχε ηλικία 10-11 ετών, το 40,3% ήταν 12-13 ετών και το 24,7% ήταν 14-15 ετών.

Το 35,7% του δείγματος αναφέρουν τη σχολική τους επίδοση από κακή έως μέτρια, το 37,3% αναφέρει πως έχει καλή επίδοση και το 27% πως έχει πολύ καλή σχολική επίδοση.

Το 7% του δείγματος αναφέρει ότι δεν έχει καμία δραστηριότητα εκτός σχολείου, το 38% παίζει μπάλα, το 15% ασχολείται με τη μουσική, το 16,3% με τον χορό, το 12,3% κάνει ξένες γλώσσες και το 11,3% ασχολείται με πολεμικές τέχνες.

Το 6,7% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι έχει κάποιο πρόβλημα υγείας ο ίδιος και το 5,7% ότι κάποιος άλλος από τον στενό οικογενειακό του κύκλο έχει πρόβλημα υγείας.

Η ηλικία του πατέρα των συμμετεχόντων στο 30% είναι κάτω των 40 ετών, στο 51,5% είναι 41-50 ετών και πάνω από 50 ετών είναι στο 18,4% του δείγματος. Η ηλικία των μητέρων τους στο 20% είναι κάτω των 35%, στο 58% είναι 36-45 και πάνω από 46 ετών είναι στο 22%.

Ως προς το επάγγελμα των γονέων στο μεγαλύτερο ποσοστό είναι ελεύθεροι επαγγελματίες 32,2%, χειρονακτική εργασία κάνει το 29,2%, δημόσιοι υπάλληλοι το 21% και ιδιωτικοί υπάλληλοι το 17,6% αντίστοιχα για τις μητέρες ελεύθεροι επαγγελματίες το 11%, χειρονακτική εργασία 3%, δημόσιοι υπάλληλοι το 32,6%, ιδιωτικοί υπάλληλοι 20% και με οικιακά ασχολείται το 33,3%.

Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα απόφοιτοι δημοτικού είναι το 20,7%, γυμνάσιο-λύκειο έχει τελειώσει το 55,9%, τριτοβάθμια εκπαίδευση έχει το 18,7% και το 4,7% έχει μεταπτυχιακές σπουδές τα αντίστοιχα ποσοστά για τις μητέρες είναι 10,7% δημοτικό, 51,3% γυμνάσιο-λύκειο, 33,3% τριτοβάθμια εκπαίδευση και το 4,7% έχει μεταπτυχιακές σπουδές.

Το 86% του δείγματος ζει και με τους δύο γονείς ενώ το 14% είναι μονογονεϊκή οικογένεια. Το 78,3% έχει αδέρφια και σε ποσοστό 58,7% έχει

έναν αδερφό/ή, το 28,1% έχει δύο αδέρφια και περισσότερα από δύο αδέρφια έχει το 13,2%. Στο 50,3% των συμμετεχόντων το παιδί είναι πρωτότοκο, στο 32,7% είναι δεύτερο και στο 14% είναι τρίτο.

Το 45,7% του δείγματος χαρακτηρίζει τον πατέρα του ήρεμο, υπομονετικό, υπερπροστατευτικό, το 37,8% τον χαρακτηρίζει αγχώδη, νευρικό, ανήσυχο και το 16,5% τελειομανή. Τα αντίστοιχα ποσοστά για την μητέρα είναι ήρεμη, υπομονετική, υπερπροστατευτική το 62,9%, αγχώδης, νευρική, ανήσυχη το 24,4% και τελειομανής το 12,7%.

Το 69,3% του δείγματος μένει μέσα στην πόλη ενώ το 30,7% μένει σε κάποιο χωριό. Πίνακας 1-2.

Το 82,4% των παιδιών βιώνουν φυσιολογικής έντασης άγχους το 10,8% ήπιας έντασης και το 6,8% μέτριας έντασης άγχους.

Το 88% του δείγματος δε βιώνουν κατάθλιψη ενώ το 12% βιώνει ήπιας έντασης κατάθλιψη.

Στατιστικά αποτελέσματα

Από την εφαρμογή της στατιστικής δοκιμασίας t-test και Anova βρέθηκε ότι αγόρια και κορίτσια βιώνουν φυσιολογικής έντασης άγχους με τα κορίτσια να έχουν φυσιολογικό μεν αλλά περισσότερο με στατιστική σημαντική διαφορά (μέση τιμή 30,9 αγόρια, 36,2 κορίτσια) $p < 0,001$. Όσον αφορά την κλίμακα CDI της κατάθλιψης επίσης τα παιδιά δεν βιώνουν κατάθλιψη και δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών (μέση τιμή 9,1 αγόρια 10,2 κορίτσια) $p = 0,176$. Ωστόσο στις υποομάδες της κλίμακας cdi βρέθηκε να βαθμολογούν αρνητικότερα τα κορίτσια την αρνητική διάθεση, $p < 0,001$, την αρνητική αυτοεκτίμηση, $p < 0,001$, ενώ τα αγόρια βαθμολογούν αρνητικότερα την αναποτελεσματικότητα, $p = 0,002$, και τα διαπροσωπικά προβλήματα, $p < 0,001$. Πίνακας 3.

Όσον αφορά την ηλικία των παιδιών βρέθηκε ότι μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα άγχους, αλλά εντός φυσιολογικών ορίων, έχουν τα παιδιά ηλικίας 14-15 ετών, ενώ δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας CDI παρά μόνο στην υποκλίμακες που αφορά την ανηδονία, που επίσης η ίδια ομάδα βαθμολόγησε αρνητικότερα, $p = 0,043$, και στην αρνητική αυτοεκτίμηση όπου αρνητικότερα βαθμολόγησε η ηλικιακή ομάδα 12-13 ετών, $p = 0,008$. Πίνακας 4.

Όσον αφορά την επίδοση όπως την αντιλαμβάνονται τα ίδια τα παιδιά δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλίμακα άγχους αλλά και στη CDI της κατάθλιψης. Τα παιδιά τα οποία είχαν υψηλότερη βαθμολογία, αλλά εντός φυσιολογικών ορίων, αναφέρουν ότι είναι κακοί ως μέτριοι μαθητές, $p=0,004$, επίσης, η ίδια ομάδα δείχνει υψηλότερη συνολική βαθμολογία στα διαπροσωπικά προβλήματα, $p<0,001$, όπως και στην αναποτελεσματικότητα, $p<0,001$. Πίνακας 5.

Όσον αφορά την εξωσχολική ενασχόληση των παιδιών βρέθηκε, ότι τα παιδιά που δεν ασχολούνται με τίποτα εκτός σχολείου βιώνουν υψηλότερης έντασης άγχος, $p<0,001$, όπως επίσης η ίδια ομάδα παρουσιάζει υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα CDI, $p=0,001$, ενώ, όσον αφορά τις υποομάδες της κλίμακας CDI, η ίδια ομάδα βαθμολόγησε αρνητικότερα την αρνητική διάθεση, τα διαπροσωπικά προβλήματα, την αναποτελεσματικότητα, την ανηδονία και την αρνητική αυτοεκτίμηση $p<0,005$. Πίνακας 6.

Όσον αφορά την ύπαρξη κάποιου προβλήματος υγείας δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες άγχους και κατάθλιψης CDI $p>0,05$, παρά μόνο στην υποομάδα της CDI που εκτιμά την αρνητική διάθεση, όπου τα παιδιά που έχουν κάποιο πρόβλημα βιώνουν υψηλότερης έντασης άγχους, $p=0,047$, αντίθετα όταν υπάρχει άλλο άτομο με πρόβλημα υγείας βρέθηκε ότι τα παιδιά βιώνουν μεγαλύτερης έντασης άγχους, $p<0,001$ και μεγαλύτερης έντασης κατάθλιψης, $p=0,005$. Επίσης η ίδια ομάδα έχει μεγαλύτερη βαθμολογία στην αρνητική διάθεση, $p<0,001$, και στην αναποτελεσματικότητα, $p=0,005$. Πίνακας 7-8.

Όσον αφορά την ηλικία του πατέρα και της μητέρας δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο στην κλίμακα άγχους όσο και στη κλίμακα κατάθλιψης CDI αλλά και στις υποομάδες αυτής, $p>0,005$. Πίνακας 9-10.

Σχετικά με το επάγγελμα των γονέων δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά το άγχος, αλλά στην κλίμακα της κατάθλιψης CDI τα παιδιά που ο πατέρας τους είναι ναυτικός βιώνουν υψηλής έντασης κατάθλιψης, εντός όμως φυσιολογικών ορίων, $p=0,010$, η ίδια ομάδα παρουσιάζει υψηλότερη βαθμολογία στα διαπροσωπικά προβλήματα, $p=0,022$, την αναποτελεσματικότητα, $p=0,001$, όπως επίσης έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία στην αρνητική αυτοεκτίμηση, $p=0,047$. Αντίθετα δεν

βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά το επάγγελμα της μητέρας, $p>0,005$ και στο άγχος και στην κατάθλιψη. Πίνακας 11-12.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα βρέθηκε, ότι τα παιδιά πατέρα που έχει τριτοβάθμια εκπαίδευση βιώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, $p=0,049$, ενώ στην κλίμακα κατάθλιψης CDI δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, $p=0,319$, αλλά στην υποκλίμακα που αναφέρεται στην αναποτελεσματικότητα μεγαλύτερη βαθμολογία έχουν τα παιδιά που ο πατέρας τους είναι απόφοιτος δημοτικού, $p=0,002$. Σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας επίσης δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα άγχους, $p=0,101$, όπως και στη κλίμακα κατάθλιψης CDI, αλλά τα παιδιά που η μητέρα τους είναι απόφοιτος δημοτικού έχουν υψηλότερη βαθμολογία στα διαπροσωπικά προβλήματα, $p=0,002$, στην αναποτελεσματικότητα, $p=0,009$, ενώ στην ανηδονία υψηλότερη βαθμολογία έχουν τα παιδιά που οι γονείς τους έχουν μεταπτυχιακές σπουδές, $p=0,045$. Πίνακας 13-14.

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ένταση του άγχους στα παιδιά που ζουν με τους δύο γονείς ή με έναν γονέα, $p=0,094$, αντίθετα όμως υψηλή βαθμολογία στη κλίμακα CDI, αλλά μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια έχουν τα παιδιά που ζουν με τον ένα γονέα, $p=0,004$, και η ίδια ομάδα έχει μεγαλύτερη βαθμολογία στην αρνητική διάθεση, στην αναποτελεσματικότητα, στην ανηδονία και στην αρνητική αυτοεκτίμηση, $p<0,005$. Πίνακας 15.

Δεν βρέθηκε η ύπαρξη των αδερφών να επηρεάζει με στατιστικά σημαντική διαφορά τις βαθμολογίες τόσο στο άγχος όσο και στη κατάθλιψη $p>0,005$. Αντίθετα, όμως, βρέθηκε ότι τα παιδιά που έχουν περισσότερα από δύο αδέρφια να βιώνουν μεγαλύτερης έντασης άγχους, $p=0,034$ και μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης, $p=0,00$, αλλά εντός φυσιολογικών ορίων. Επίσης, η ίδια ομάδα βαθμολογεί υψηλότερα τα διαπροσωπικά προβλήματα, $p=0,003$, την αναποτελεσματικότητα, $p=0,021$ και την ανηδονία, $p=0,002$. Η σειρά γέννησης δε φαίνεται να σχετίζεται με στατιστικά σημαντικές διαφορές και στις δύο κλίμακες, $p>0,05$, παρά μόνο στην κλίμακα άγχους όπου με οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά μεγάλης έντασης άγχους βιώνουν τα μεσαία παιδιά, $p=0,051$. Πίνακας 16-17.

Σχετικά με το χαρακτηρισμό που προσδίδουν τα ίδια τα παιδιά στους γονείς τους βρέθηκε, ότι όσον αφορά τον χαρακτηρισμό του πατέρα ως προς το άγχος και την κατάθλιψη δε, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά αντίστοιχα, $p=0,150$ και $p=0,083$, όμως ως προς την υποομάδα της κλίμακας κατάθλιψης που αφορά την αναποτελεσματικότητα φαίνεται πως υπάρχει στατιστική σημαντική διαφορά, με $p=0,005$. Όσον αφορά τον χαρακτηρισμό της μητέρας από τα παιδιά δεν παρουσιάζεται κάποια σημαντική διαφορά ως προς την κλίμακα του άγχους, $p=0,819$ και στην κλίμακα της κατάθλιψης, $p=0,099$, αλλά και στις υποομάδες αυτής. Πίνακας 19-20.

Όσον αφορά τον τόπο διαμονής των παιδιών δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά και στις δύο κλίμακες, $p>0,005$. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μόνο στην υποκλίμακα της κατάθλιψης CDI που αναφέρεται στην αρνητική αυτοεκτίμηση, όπου τα παιδιά που μένουν στο χωριό βαθμολογούν περισσότερο αρνητικά την υποκλίμακα αυτή, $p=0,019$. Πίνακας 21

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΟΙ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα κοινωνικό-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		N	%
Φύλο	Αγόρι	151	50,3
	Κορίτσι	149	49,7
Ηλικία	10-11έτη	105	35,0
	12-13 έτη	121	40,3
	14-15 έτη	74	24,7
Επίδοση	Κακός-Μέτριος	107	35,7
	Καλός	112	37,3
	Πολύ καλός	81	27,0
Εξωσχολικές Δραστηριότητες	Καμία	21	7,0
	Μπάλα	114	38,0
	Μουσική	45	15,0
	Χορός	49	16,3
	Ξένες γλώσσες	37	12,3
	Πολεμικές τέχνες	34	11,3
Πρόβλημα υγείας παιδιού	Ναι	20	6,7
	Όχι	280	93,3
Τόπος διαμονής	Πόλη	207	69,0
	Χωριό	91	30,3

Πίνακας 2. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με χαρακτηριστικά που αφορούν την οικογένεια του δείγματος.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ		N	%
Πρόβλημα υγείας στην οικογένεια	Ναι	17	5,7
	Όχι	283	94,3
Ηλικία πατέρα	-40	88	30,0
	41-50	151	51,5
	51+	54	18,4
Ηλικία μητέρας	-35	60	20,0
	36-45	174	58,0
	46+	66	22,0
Επάγγελμα πατέρα	Δημόσιος υπάλληλος	62	21,0
	Χειρονακτική εργασία	86	29,2
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52	17,6
	Ελεύθερος επαγγελματίας	95	32,2
Επάγγελμα μητέρας	Δημόσιος υπάλληλος	98	32,6
	Χειρονακτική εργασία	9	3,0
	Ιδιωτικός υπάλληλος	60	20,0
	Οικιακά	100	33,3
	Ελεύθερος επαγγελματίας	33	11,0
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα	Απόφοιτος δημοτικού	62	20,7
	Γυμνάσιο- Λύκειο	167	55,9
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	56	18,7
	Μεταπτυχιακές σπουδές	14	4,7
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	Απόφοιτος δημοτικού	32	10,7
	Γυμνάσιο- Λύκειο	154	51,3
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	100	33,3
	Μεταπτυχιακές σπουδές	14	4,7
Οικογενειακή κατάσταση	Δύο γονείς	258	86,0
	Μονογονεϊκή	42	14,0
Αδέρφια	Ναι	235	78,3
	Όχι	65	21,7
Αριθμός αδερφών	Ένα	138	58,7
	Δύο	66	28,1
	Περισσότερα από δύο	31	13,2
Σειρά γέννησης	1 ^η	160	53,3
	2 ^η	98	32,7
	3 ^η +	42	14,0
Χαρακτηρισμός πατέρα	Ήρεμο, υπομονετικό, υπερπροστατευτικό	133	45,7
	Αγχώδη, νευρικό, ανήσυχο	110	37,8
	Τελειομανή, άλλο	48	16,5
Χαρακτηρισμός μητέρας	Ήρεμη, υπομονετική, υπερπροστατευτική	188	62,9
	Αγχώδη, νευρική, ανήσυχή	73	24,4
	Τελειομανή, άλλο	38	12,7

Πίνακας 3: Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης του δείγματος σε σχέση με το φύλο.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ STAI&CDI-27	ΦΥΛΟ				p
	Αγόρι		Κορίτσι		
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
STAI: Άγχος	151	30,9± 7,1	149	36,2 ± 7,4	<0,001
CDI: Αρνητική διάθεση	151	1,7± 1,9	149	2,8± 2,1	<0,001
CDI: Διαπροσωπικά προβλήματα	151	1,7± 1,3	149	1,0± 1,2	<0,001
CDI: Αναποτελεσματικότητα	151	2,2± 1,7	149	1,6± 1,6	0,002
CDI: Ανηδονία	151	2,1± 2,3	149	2,7± 2,9	0,072
CDI: Αρνητική αυτοεκτίμηση	151	1,3±1,6	149	2,0±1,7	<0,001
CDI: Συνολική βαθμολογία	151	9,1± 6,6	149	10,2± 7,5	0,176

Πίνακας 4: Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης του δείγματος σε σχέση με την ηλικία του.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ STAI&CDI 27	ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ						p
	10-11		12-13		14-15		
	n	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$	
STAI: Άγχος	105	32,0 $\pm$ 7,2	121	33,7 $\pm$ 7,5	74	35,4 $\pm$ 8,4	0,012
CDI: Αρνητική διάθεση	105	2,0 $\pm$ 2,0	121	2,3 $\pm$ 2,1	74	2,4 $\pm$ 2,2	0,504
CDI: Διαπροσωπικά προβλήματα	105	1,2 $\pm$ 1,3	121	1,3 $\pm$ 1,3	74	1,6 $\pm$ 1,4	0,134
CDI: Αναποτελεσματικότητα	105	2,0 $\pm$ 1,7	121	1,8 $\pm$ 1,7	74	1,9 $\pm$ 1,4	0,748
CDI: Ανηδονία	105	1,9 $\pm$ 2, 0	121	2,7 $\pm$ 2,7	74	2,8 $\pm$ 3,3	0,043
CDI: Αρνητική αυτοεκτίμηση	105	1,3 $\pm$ 1,4	121	1,9 $\pm$ 1,6	74	1,8 $\pm$ 2,0	0,008
CDI: Συνολική βαθμολογία	105	8,5 $\pm$ 6,1	121	10,1 $\pm$ 7,2	74	10,6 $\pm$ 7,9	0,100

Πίνακας 5: Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης του δείγματος σε σχέση με τη σχολική επίδοση.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ STAI&CDI 27	ΣΧΟΛΙΚΗ ΕΠΙΔΟΣΗ						P
	Κακή-μέτρια		Καλή		Πολύ καλή		
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$	
STAI: Άγχος	107	32,7± 8,3	112	34,0±6,5	81	34,0±8,3	0,388
CDI: Αρνητική διάθεση	10	2,1±2,1	112	2,4±2,0	81	2,3± 2,1	0,588
CDI: Διαπροσωπικά προβλήματα	107	2,0±1,4	112	1,1± 1,2	81	1,0± 1,1	<0,001
CDI: Αναποτελεσματικότητα	107	3,1±1,4	112	1,4± 1,4	81	0,9± 1,2	<0,001
CDI: Ανηδονία	107	2,6± 2,5	112	2,3± 2,6	81	2,4±2,9	0,800
CDI: Αρνητική αυτοεκτίμηση	107	1,7± 1,8	112	1,7± 1,6	81	1,7±1,7	0,996
CDI: Συνολική βαθμολογία	107	11.5±7.0	112	8,9±6.7	81	8,4±7.2	0.004

Πίνακας 6: Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης του δείγματος σε σχέση με τις εξωσχολικές δραστηριότητες.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ STAI&CDI 27	ΕΞΩΣΧΟΛΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ						p
	Καμία n=21	Μπάλα n=114	Μουσική n=45	Χορός n=49	Ξένη γλώσσα n=37	Πολεμικές τέχνες n=34	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
STAI: Άγχος	38,7 $\pm$ 10,3	31,4 $\pm$ 6,6	33,4 $\pm$ 7,5	36,1 $\pm$ 6,7,	35,3 $\pm$ 7,4	32,3 $\pm$ 7,7	<0,001
CDI: Αρνητική διάθεση	3,8 $\pm$ 2,7	1,9 $\pm$ 2,0	2,2 $\pm$ 1,7	2,4 $\pm$ 2,2	2,6 $\pm$ 1,8	2,0 $\pm$ 2,1	0,006
CDI: Διαπροσωπικά προβλήματα	1,8 $\pm$ 1,5	1,6 $\pm$ 1,4	1,3 $\pm$ 1,4	0,8 $\pm$ 1,1	1,0 $\pm$ 0,7	1,3 $\pm$ 1,2	0,001
CDI: Αναποτελεσματικότητα	3,1 $\pm$ 2,0	2,2 $\pm$ 1,6	1,3 $\pm$ 1,5	1,6 $\pm$ 1,7	1,7 $\pm$ 1,5	1,7 $\pm$ 1,5	<0,001
CDI: Ανηδονία	4,8 $\pm$ 3,5	1,9 $\pm$ 2,2	2,1 $\pm$ 2,2	2,6 $\pm$ 2,6	2,5 $\pm$ 2,3	3,1 $\pm$ 3,6	<0,001
CDI: Αρνητική αυτοεκτίμηση	2,9 $\pm$ 2,1	1,3 $\pm$ 1,6	1,7 $\pm$ 1,5	1,8 $\pm$ 1,5	2,0 $\pm$ 1,8	1,5 $\pm$ 1,9	0,004
CDI: Συνολική βαθμολογία	16,4 $\pm$ 9,4	9,0 $\pm$ 6,4	8,6 $\pm$ 6,1	9,4 $\pm$ 7,2	9,7 $\pm$ 8,5	9,6 $\pm$ 8,5	0,001

Πίνακας 7: Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης του δείγματος σε σχέση με συνυπάρχον πρόβλημα υγείας.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ STAI&CDI-27	ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ				P
	Ναι		Όχι		
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
STAI: Άγχος	20	33,8± 7,5	280	33,5 ± 7,7	0,883
CDI: Αρνητική διάθεση	20	3,1± 2,2	280	2,2± 2,0	0,047
CDI: Διαπροσωπικά προβλήματα	20	1,5± 1,3	280	1,3± 1,3	0,515
CDI: Αναποτελεσματικότητα	20	2,5± 1,5	280	1,9± 1,7	0,103
CDI: Ανηδονία	20	2,5± 2,9	280	2,4± 2,6	0,926
CDI: Αρνητική αυτοεκτίμηση	20	1,9±1,3	280	1,7±1,7	0,477
CDI: Συνολική βαθμολογία	20	11,6± 6,3	280	9,5± 7,1	0,198

Πίνακας 8: Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης του δείγματος σε σχέση με την παρουσία νόσου στην οικογένεια.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ STAI&CDI-27	ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ				P
	Ναι		Όχι		
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
STAI: Άγχος	17	40,1± 8,0	283	33,1 ± 7,5	<0,001
CDI: Αρνητική διάθεση	17	4,0± 2,3	283	2,1± 2,0	<0,001
CDI: Διαπροσωπικά προβλήματα	17	1,3± 1,2	283	1,3± 1,3	0,973
CDI: Αναποτελεσματικότητα	17	3,0± 1,4	283	1,8± 1,6	0,005
CDI: Ανηδονία	17	3,8± 3,5	283	2,4± 2,6	0,109
CDI: Αρνητική αυτοεκτίμηση	17	2,2±1,8	283	1,7±1,7	0,222
CDI: Συνολική βαθμολογία	17	14,3± 6,6	283	9,3± 7,0	0,005

Πίνακας 9: Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης του δείγματος σε σχέση με την ηλικία πατέρα.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ STAI&CDI 27	ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΤΕΡΑ						p
	-40		41-50		50+		
	n	$\bar{X}\pm SD$	n	$\bar{X}\pm SD$	N	$\bar{X}\pm SD$	
STAI: Άγχος	88	32,2± 7,8	151	33,7± 7,4	54	35,1±8,3	0,086
CDI: Αρνητική διάθεση	88	2,0±2,1	151	2,2± 2,0	54	2,5± 2,1	0,505
CDI: Διαπροσωπικά προβλήματα	88	1,5±1,3	151	1,3± 1,4	54	1,2± 1,1	0,479
CDI: Αναποτελεσματικότητα	88	2,1±1,8	151	1,8± 1,6	54	1,9± 1,6	0,396
CDI: Ανηδονία	88	2,3± 2,5	151	2,4± 2,7	54	2,7±2,8	0,734
CDI: Αρνητική αυτοεκτίμηση	88	1,7± 1,8	151	1,6± 1,6	54	1,6±1,9	0,875
CDI: Συνολική βαθμολογία	88	9,7±7,2	151	9,3±7,0	54	9,9±7,0	0,880

Πίνακας 10: Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης του δείγματος σε σχέση με την ηλικία μητέρας.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ STAI&CDI 27	ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ						p
	-35		36-45		45+		
	n	$\bar{X}\pm SD$	N	$\bar{X}\pm SD$	n	$\bar{X}\pm SD$	
STAI: Άγχος	60	32,7±8,1	174	33,1±7,2	66	35,3±8,5	0,098
CDI: Αρνητική διάθεση	60	2,1±2,0	174	2,2±2,0	66	2,6±2,2	0,370
CDI: Διαπροσωπικά προβλήματα	60	1,6±1,3	174	1,2±1,3	66	1,4±1,3	0,188
CDI: Αναποτελεσματικότητα	60	2,2± 1,9	174	1,7± 1,5	66	2,1± 1,9	0,162
CDI: Ανηδονία	60	2,5± 2,7	174	2,2± 2,5	66	2,9± 3,0	0,247
CDI: Αρνητική αυτοεκτίμηση	60	1,8± 1,9	174	1,6± 1,5	66	1,9± 1,9	0,324
CDI: Συνολική βαθμολογία	60	10,2± 7,8	174	9,0± 6,5	66	10,9± 7,6	0,167

Πίνακας 11: Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης του δείγματος σε σχέση με το επάγγελμα του πατέρα.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ STAI&CDI 27	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ						p
	Εκπαιδευτικός n=23	Χειρωνακτική n=86	Δημόσιος υπ. n=39	Ιδιωτικός υπ. n=36	Ναυτικός n=16	Ελεύθερος επ. n=95	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
STAI: Άγχος	34,3± 10,0	32,5±7,5	35,3±8,7	33,5±6,9	34,0± 7,9	33,3±7,3	0,552
CDI: Αρνητική διάθεση	2,4± 2,2	2,1±1,9	2,3±2,1	1,6± 1,4	3,3±2,4	2,3±2,2	0,158
CDI: Διαπροσωπικά προβλήματα	1,1± 1,2	1,5± 1,3	1,3± 1,3	1,2±1,1	2,3±1,4	1,2±1,4	0,022
CDI: Αναποτελεσματικότητα	1,0±1,4	2,3± 1,7	2,1±1,7	2,0±1,5	2,7±1,6	1,5± 1,5	0,001
CDI: Ανηδονία	2,4±3,5	2,4± 2,4	2,7±2,7	1,9±1,9	4,1±3,3	2,2±2,6	0,100
CDI: Αρνητική αυτοεκτίμηση	2,1±1,9	1,7± 1,4	1,7±1,6	1,3± 1,2	2,7±2,2	1,5±1,8	0,047
CDI: Συνολική βαθμολογία	9,0±7,4	10,0±6,4	10,1±7,6	7,9±4,1	15,2± 8,5	8,6±7,4	0,010

Πίνακας 12: Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης του δείγματος σε σχέση με το επάγγελμα της μητέρας.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ STAI&CDI 27	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ						p
	Εκπαιδευτικός n=43	Χειρωνακτική n=9	Δημόσιος υπ. n=55	Ιδιωτικός υπ. n=60	Οικιακά n=100	Ελεύθερος επ. n=33	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
STAI: Άγχος	34,6± 8,9	31,3± 5,5	35,5± 7,8	33,7± 7,4	32,4± 7,4	32,7±7,4	0,168
CDI: Αρνητική διάθεση	2,7± 2,2	1,8± 2,3	2,2± 1,9	2,4±2,2	1,9± 1,8	2,5±2,3	0,283
CDI: Διαπροσωπικά προβλήματα	1,3± 1,2	1,9± 1,8	1,3± 1,5	1,3±1,3	1,3±1,2	1,5±1,4	0,866
CDI: Αναποτελεσματικότητα	1,7±1,9	2,2± 1,6	1,9±1,5	2,1± 1,8	1,7±1,5	2,4± 1,8	0,426
CDI: Ανηδονία	2,8±3,2	2,0± 1,5	2,9±2,7	2,4± 3,0	2,1± 2,2	2,4±2,6	0,608
CDI: Αρνητική αυτοεκτίμηση	2,2±1,7	1,9± 1,6	1,8±1,7	1,7± 1,7	1,4± 1,6	1,7±1,9	0,122
CDI: Συνολική βαθμολογία	10,7±7,4	9,8± 6,9	10,1±7,1	10,0± 8,1	8,5±6,0	10,5±7,5	0,506

Πίνακας 13: Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης του δείγματος σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ STAI&CDI 27	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ						Μεταπτυχιακές σπουδές		p
	Απόφοιτος δημοτικού		Γυμνάσιο-λύκειο		Τριτοβάθμια εκπαίδευση				
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
STAI: Άγχος	62	32,8± 9,2	167	32,9± 6,3	56	36,1± 9,0	14	33,6±7,9	0,049
CDI: Αρνητική διάθεση	62	2,1±2,0	167	2,2±2,1	56	2,3± 1,8	14	3,4±2,7	0,151
CDI: Διαπροσωπικά προβλήματα	62	1,7±1,4	167	1,3±1,3	56	1,1±1,2	14	1,3±1,6	0,155
CDI: Αναποτελεσματικότητα	62	2,4± 1,7	167	2,0± 1,6	56	1,3± 1,5	14	1,2±1,2	0,002
CDI: Ανηδονία	62	2,7± 2,8	167	2,2± 2,4	56	2,5±2,5	14	3,6±4,4	0,189
CDI: Αρνητική αυτοεκτίμηση	62	1,9± 1,9	167	1,4± 1,5	56	2,0± 1,6	14	1,9±2,4	0,070
CDI: Συνολική βαθμολογία	62	10,8± 7,4	167	9,1± 6,8	56	9,3±6,5	14	11,4±10, 6	0,319

Πίνακας 14: Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης του δείγματος σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ STAI&CDI 27	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΗΤΕΡΑΣ								p
	Απόφοιτος δημοτικού		Γυμνάσιο-λύκειο		Τριτοβάθμια εκπαίδευση		Μεταπτυχιακές σπουδές		
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
STAI: Άγχος	32	32,0± 9,9	154	33,1± 7,0	100	34,1± 8,1	14	37,6±5,5	0,101
CDI: Αρνητική διάθεση	32	1,7± 1,8	154	2,2±2,1	100	2,3± 1,9	14	3,5±2,7	0,071
CDI: Διαπροσωπικά προβλήματα	32	2,0±1,5	154	1,3±1,2	100	1,2±1,3	14	1,3±1,6	0,025
CDI: Αναποτελεσματικότητα	32	2,6± 1,6	154	2,0± 1,6	100	1,6± 1,6	14	1,8±1,6	0,009
CDI: Ανηδονία	32	2,6± 2,6	154	2,1± 2,5	100	2,7±2,8	14	3,9±3,3	0,045
CDI: Αρνητική αυτοεκτίμηση	32	1,8± 1,8	154	1,8±1,6	100	1,8± 1,5	14	2,5±1,9	0,070
CDI: Συνολική βαθμολογία	32	10,9± 6,4	154	9,1± 7,2	100	9,6±6,7	14	13,1±9,2	0,170

Πίνακας 15: Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης του δείγματος σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ STAI&CDI-27	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ				p
	Ζουν δύο γονείς		Μονογονεϊκή		
	n	$\bar{X}\pm SD$	n	$\bar{X}\pm SD$	
STAI: Άγχος	258	33,2± 7,7	42	35,4 ± 7,5	0,094
CDI: Αρνητική διάθεση	258	2,1± 2,0	42	3,0± 2,3	0,008
CDI: Διαπροσωπικά προβλήματα	258	1,3± 1,3	42	1,5± 1,6	0,427
CDI: Αναποτελεσματικότητα	258	1,8± 1,6	42	2,3± 1,9	0,049
CDI: Ανηδονία	258	2,3± 2,5	42	3,4± 3,3	0,043
CDI: Αρνητική αυτοεκτίμηση	258	1,6± 1,6	42	2,2± 1,8	0,048
CDI: Συνολική βαθμολογία	258	9,2± 6,7	42	12,5± 8,6	0,004

Πίνακας 16: Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης του δείγματος σε σχέση με την ύπαρξη αδελφών.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ STAI&CDI-27	ΥΠΑΡΞΗ ΑΔΕΡΦΩΝ				p
	Ναι		Όχι		
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
STAI: Άγχος	235	33,6± 7,9	65	33,4 ± 6,9	0,885
CDI: Αρνητική διάθεση	235	2,2± 1,9	65	2,3± 2,4	0,863
CDI: Διαπροσωπικά προβλήματα	235	1,4± 1,3	65	1,3± 1,5	0,948
CDI: Αναποτελεσματικότητα	235	1,9± 1,7	65	1,9± 1,6	0,891
CDI: Ανηδονία	235	2,4± 2,6	65	2,7± 2,7	0,345
CDI: Αρνητική αυτοεκτίμηση	235	1,6± 1,6	65	1,8± 2,0	0,554
CDI: Συνολική βαθμολογία	235	9,5± 6,7	65	10,1± 8,2	0,567

Πίνακας 17: Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης του δείγματος σε σχέση με τον αριθμό των αδελφών.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ STAI&CDI 27	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΔΕΡΦΩΝ						p
	Ένα		Δύο		Περισσότερα από δύο		
	n	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
STAI: Άγχος	138	34,2±8,0	66	31,5±7,0	31	35,2 ±8,6	0,034
CDI: Αρνητική διάθεση	138	2,3± 1,9	66	2,0± 1,9	31	2,7±2,3	0,332
CDI: Διαπροσωπικά προβλήματα	138	1,2±1,1	66	1,4±1,2	31	2,1±1,8	0,003
CDI: Αναποτελεσματικότητα	138	1,7± 1,6	66	2,1± 1,5	31	2,5±2,1	0,021
CDI: Ανηδονία	138	2,2± 2,7	66	2,0± 2,5	31	3,9±2,7	0,002
CDI: Αρνητική αυτοεκτίμηση	138	1,7± 1,6	66	1,4± 1,5	31	2,0± 1,7	0,281
CDI: Συνολική βαθμολογία	138	9,0± 6,5	66	8,9± 6,1	31	13,1±8,1	0,006

Πίνακας 18: Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης του δείγματος σε σχέση με τη σειρά γέννησης.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ STAI&CDI 27	ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ						p
	1η		2η		3η+		
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$	
STAI: Άγχος	160	33,2± 7,8	98	34,9±7,9	42	31,6 ± 6,4	0,051
CDI: Αρνητική διάθεση	160	2,1± 2,1	98	2,5± 1,9	42	2,1±2,0	0,296
CDI: Διαπροσωπικά προβλήματα	160	1,3±1,3	98	1,4±1,4	42	1,4±1,3	0,983
CDI: Αναποτελεσματικότητα	160	1,9± 1,6	98	1,9± 1,7	42	1,9±1,5	0,987
CDI: Ανηδονία	160	2,3± 2,6	98	2,6± 2,8	42	2,3±2,5	0,701
CDI: Αρνητική αυτοεκτίμηση	160	1,6± 1,7	98	1,8± 1,7	42	1,5± 1,4	0,552
CDI: Συνολική βαθμολογία	160	9,4± 7,1	98	10,3± 7,3	42	9,3±6.4	0,585

Πίνακας 19: Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης του δείγματος σε σχέση με τον χαρακτηρισμό του πατέρα.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ STAI&CDI 27	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΠΑΤΕΡΑ						p
	Ήρεμος		Νευρικός		Τελειομανή		
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
STAI: Άγχος	133	33,0± 7,2	110	33,5± 7,9	48	35,5±8,5	0,150
CDI: Αρνητική διάθεση	133	2,2±2,0	110	2,1± 2,1	48	2,7± 2,0	0,232
CDI: Διαπροσωπικά προβλήματα	133	1,2±1,2	110	1,4± 1,3	48	1,9± 1,5	0,009
CDI: Αναποτελεσματικότητα	133	1,6±1,5	110	2,2± 1,7	48	2,1± 1,7	0,005
CDI: Ανηδονία	133	2,3± 2,5	110	2,4± 2,5	48	2,8±3,4	0,496
CDI: Αρνητική αυτοεκτίμηση	133	1,7± 1,6	110	1,5± 1,6	48	2,1±2,1	0,111
CDI: Συνολική βαθμολογία	133	9,0±6,9	110	9,6±6,7	48	11,6±8,3	0,083

Πίνακας 20: Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης του δείγματος σε σχέση με τον χαρακτηρισμό της μητέρας.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ STAI&CDI 27	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΜΗΤΕΡΑΣ						p
	Ήρεμη		Νευρική		Τελειομανή		
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
STAI: Άγχος	188	33,4 $\pm$ 7,5	73	34,0 $\pm$ 8,6	38	33,1 $\pm$ 7,2	0,819
CDI: Αρνητική διάθεση	188	2,2 $\pm$ 2,0	73	2,5 $\pm$ 2,2	38	1,8 $\pm$ 2,2	0,250
CDI: Διαπροσωπικά προβλήματα	188	1,3 $\pm$ 1,2	73	1,6 $\pm$ 1,4	38	1,3 $\pm$ 1,5	0,093
CDI: Αναποτελεσματικότη τα	188	1,8 $\pm$ 1,6	73	2,3 $\pm$ 1,8	38	1,8 $\pm$ 1,7	0,072
CDI: Ανηδονία	188	2,3 $\pm$ 2,6	73	2,8 $\pm$ 2,7	38	2,4 $\pm$ 2,9	0,435
CDI: Αρνητική αυτοεκτίμηση	188	1,6 $\pm$ 1,6	73	1,9 $\pm$ 1,9	38	1,6 $\pm$ 1,7	0,339
CDI: Συνολική βαθμολογία	188	9,2 $\pm$ 6,7	73	11,2 $\pm$ 7,7	38	9,0 $\pm$ 7,5	0,099

Πίνακας 21: Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης του δείγματος σε σχέση με τον τόπο διαμονής.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ STAI&CDI-27	ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ				p
	Πόλη		Χωριό		
	n	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$	
STAI: Άγχος	201	33,2± 7,7	92	34,3 ± 7,8	0,230
CDI: Αρνητική διάθεση	208	2,2± 2,1	92	2,3± 2,0	0,638
CDI: Διαπροσωπικά προβλήματα	208	1,3± 1,3	92	1,4± 1,3	0,535
CDI: Αναποτελεσματικότητα	208	1,8± 1,7	92	2,1± 1,6	0,154
CDI: Ανηδονία	208	2,4± 2,7	92	2,6± 2,4	0,428
CDI: Αρνητική αυτοεκτίμηση	208	1,5±1,6	92	2,0±1,7	0,019
CDI: Συνολική βαθμολογία	208	9,3± 7,2	92	10,6± 6,8	0,149

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το άγχος κι η κατάθλιψη αποτελούν δύο από τις πιο συχνές διαταραχές του συναισθήματος που επηρεάζουν την παιδική και εφηβική ηλικία. Παλαιότερα υπήρχε η άποψη ότι τα παιδιά δε πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές ή από καταθλιπτική συνδρομή όσο όμως η έρευνες γίνονται περισσότερες και πιο οργανωμένες διαπιστώνεται ότι τα παιδιά μέχρι την ηλικία των 18 ετών έχουν περάσει έστω ένα αγχωτικό ή καταθλιπτικό επεισόδιο.

Μελέτες κατά καιρούς έχουν καταδείξει διάφορους παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν τις πιθανότητες ανάπτυξης αγχώδους και καταθλιπτικής συνδρομής. Παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, είναι μερικοί κοινά αποδεκτοί λόγοι από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Πολλές έρευνες καταδεικνύουν ότι τα κορίτσια είναι πιο επιρρεπή στο συναίσθημα του άγχους από τα αγόρια, το συμπέρασμα αυτό φαίνεται και σε αυτή τη μελέτη. Τα κορίτσια αν και μέσα στα φυσιολογικά όρια βιώνουν μεγαλύτερης έντασης άγχος από τα αγόρια 36,2% έναντι 30,9% με στατιστικά σημαντική διαφορά ενώ όσον αφορά το αίσθημα της κατάθλιψης τα ποσοστά ανέρχονται σε 10,2% για τα κορίτσια και 9,1% για τα αγόρια. Το εύρημα αυτό φαίνεται να συμφωνεί με τα αποτελέσματα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Πιο συγκεκριμένα οι Sajjadi et al το 2013 διεξήγαγαν μία συστηματική ανασκόπηση διερευνώντας τον επιπολασμό και τους προδιαθεσικούς παράγοντες της κατάθλιψης στους Ιρανούς εφήβους, όπου βρέθηκε ότι το φύλο και πιο συγκεκριμένα τα κορίτσια με τη χρήση της κλίμακας CDI (όμοια με αυτήν που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη) εμφανίζουν κατάθλιψη σε ποσοστό 15,32% έναντι 11,05% των αγοριών ενώ με τη χρήση της κλίμακας BDI (Beck Depression Inventory) τα ποσοστά ανέρχονται σε 57,69% για τα κορίτσια έναντι 30,09% των αγοριών.⁵⁴

Στον ελλαδικό χώρο η μελέτη της Μαγκλάρα το 2015 που διερευνούσε την επιδημιολογία των κοινών ψυχιατρικών διαταραχών σε πληθυσμό εφήβων, μοιράζοντας ερωτηματολόγια σε 2 φάσεις σε δείγμα 5614 εφήβων στην 1^η φάση, με ποσοστό συμμετοχής να ανέρχεται σε 82%, ενώ η 2^η φάση με δείγμα 2431 εφήβων και ποσοστό συμμετοχής στο 95%, κατέληξε σε αντίστοιχα συμπεράσματα αναφορικά με το φύλο. Αναλυτικότερα η μέση τιμή για το άγχος ήταν 1,34 για τα κορίτσια έναντι 1,03 των αγοριών ενώ για τις

καταθλιπτικές ιδέες η μέση τιμή των κοριτσιών ανέρχεται σε 1,58 έναντι 1,35 για τα αγόρια. Σαφής υπεροχή του γυναικείου φύλου παρουσιάζεται και στις υποκλίμακες της κατάθλιψης, δηλαδή στα προβλήματα μνήμης, την ευερεθιστότητα, τις ιδεοληψίες, προβλήματα ύπνου, καταναγκασμοί και πανικός. Όσον αφορά στον επιπολασμό καταθλιπτικών διαταραχών σε εφήβους μαθητές Λυκείου (εδώ εντοπίζεται μία διαφορά σε σχέση με την παρούσα έρευνα, μιας και η δική μας έρευνα που αφορά σε μαθητές ηλικίας 10-15 ετών) οι έφηβες κοπέλες παρουσίασαν έστω και ένα καταθλιπτικό επεισόδιο στη ζωή τους σε ποσοστό 8,87% έναντι 2,57% για τα αγόρια.⁵⁵

Ενδιαφέρον προκαλεί, ότι καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσιάζεται στο 24,03% των κοριτσιών έναντι 11,01% των αγοριών. Οι έρευνες των Cheng et al το 2015 καταλήγουν και αυτές στο ότι τα κορίτσια είναι πιο ευάλωτα στην κατάθλιψη ιδίως μετά την ηλικία των 15 ετών στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η έρευνα του Nolen-Hoeksema⁵⁶ εδραιώνοντας την πεποίθηση ότι το γυναικείο φύλο συνεπάγεται υψηλότερα ποσοστά στην κατάθλιψη και το άγχος, διεθνώς. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν και αντίθετες φωνές όπως η έρευνα του Mi- Zhou et al το 2017, που καταλήγει ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν ποικίλλει ανάλογα με το φύλο.⁵⁷

Ένας ακόμη παράγοντας που βρέθηκε να παίζει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση τόσο του άγχους όσο και της κατάθλιψης είναι η ηλικία. Μεγαλύτερες ηλικίες παρουσιάζονται πιο επιρρεπείς σε κατάθλιψη και άγχος. Τα ευρήματα της δικής μας έρευνας συμπίπτουν με τα αποτελέσματα της Μαγκλαρά⁵⁵: όπου η μεγαλύτερη ηλικία παρουσιάζει υψηλότερο κίνδυνο στην εμφάνιση κατάθλιψης άγχους. Οι Nolan και Willson⁵⁸ υπογράμμισαν ότι ιδίως μετά την ηλικία των 15 έφηβοι παρουσιάζονται πιο ευάλωτοι στην εμφάνιση διαταραχής του συναισθήματος με σαφή υπεροχή των κοριτσιών.

Όσον αφορά στη σχολική επίδοση βρέθηκε ότι η υψηλότερη βαθμολογία προδιαθέτει σε άγχος και σε χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ενώ οι Sajjadi et al καταλήγουν στο ότι η κακή σχολική επίδοση ενισχύει την πιθανότητα για καταθλιπτική συμπτωματολογία.⁵⁴ Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει ο El Missiry⁵⁹ που τονίζει ότι οι αιγύπτιες μαθήτριες εμφάνισαν κατάθλιψη σχετιζόμενη με φτωχή σχολική επίδοση⁵⁹ και η Μαγκλάρα⁵⁵ στο ότι μόνο στον πληθυσμό των αγοριών η χαμηλή σχολική επίδοση αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικού επεισοδίου.⁵⁵

Η ύπαρξη προβλήματος υγείας στο παιδί/έφηβο ή/και τον στενό οικογενειακό κύκλο βρέθηκε ότι συνδέεται με αρνητική διάθεση, υψηλότερο άγχος και μεγαλύτερης έντασης κατάθλιψη. Τα βιβλιογραφικά δεδομένα ταυτίζονται με τα παραπάνω ευρήματα. Ο El Missiry εντάσσοντας τα προβλήματα υγείας στην σκέπη των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής τα συνδέουν με εντονότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία⁵⁹ κάτι που λέγεται και στον Tiet 2001,⁶⁰ ενώ η συστηματική ανασκόπηση για τις αγχώδεις διαταραχές παιδιών για τα έτη 1982-2006 των Muris et al⁶¹ πέρα από το ότι τονίζει ότι τα τελευταία χρόνια υπάρχει κατακόρυφη αύξηση των δημοσιεύσεων που αφορούν στο παιδί και την ψυχική νόσο με τη μερίδα του λέοντος να ανήκει στο μετατραυματικό στρες, την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, την κοινωνική φοβία και τις αγχώδεις διαταραχές, υπογραμμίζει τον αισθητά μικρότερο όγκο έρευνας που έχει διεξαχθεί αναφορικά με την αιτιολογία, την παρέμβαση (φαρμακολογική και μη) και την αξιολόγηση αυτών των διαταραχών. Συγκεκριμένα οι Cook and Grey⁶² στέκονται στην κληρονομική επιβάρυνση που υπάρχει μέχρι και στο 50% των παιδιών με διαταραχή του συναισθήματος (γονείς πάσχοντες), ενώ ο Wolfersdorf⁶³ φέρνει στο προσκήνιο τη συμπεριφορά των γονέων με την υπερπροστατευτικότητα να επιβαρύνει τα παιδιά. Ο Mi Zhou αναφέρει ότι παιδιά καταθλιπτικών γονέων είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν κατάθλιψη (11,98% έναντι 9,40%).⁵⁷ Τέλος οι Andrea Knight, Pamela Weiss et al τονίζουν ότι το άγχος και η κατάθλιψη είναι συχνότερα και συχνά υποθεραπευόμενα σε παιδιά που πάσχουν από ΣΕΛ (Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο), ή άλλη νόσο συνδετικού ιστού καθώς και Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου Ι.⁶⁴

Η ηλικία των γονέων βρέθηκε να παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην εμφάνιση άγχους όσο και κατάθλιψης. Όσο μεγαλύτερης ηλικίας ήταν οι γονείς τόσο υψηλότερη η συχνότητα εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης, εύρημα που συμφωνεί με αυτά της Μαγκλαρά.⁵⁵

Ενδιαφέρον στοιχείο στην παρούσα μελέτη είναι το εύρημα ότι παιδιά που ο πατέρας είναι ναυτικός (κατά συνέπεια απουσιάζει για μεγάλα χρονικά διαστήματα από την οικογενειακή εστία) εμφανίζουν υψηλής έντασης κατάθλιψη με στατιστικά σημαντική διαφορά. Η Μαγκλαρά προς την ίδια κατεύθυνση συσχέτισε τη συνταξιοδότηση του πατέρα (κατά συνέπεια την

ισχυρότερη παρουσία του στο σπίτι) να έχει προστατευτική δράση με τα παιδιά να παρουσιάζουν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών επεισοδίων.⁵⁵ Η Iryna Cuplin et al⁶⁵ βρήκε ότι η απουσία του βιολογικού πατέρα στην πρώιμη παιδική ηλικία συσχετίστηκε με καταθλιπτικά επεισόδια στην εφηβεία ιδίως στα κορίτσια. Παλαιότερες μελέτες συσχέτισαν την απουσία του πατέρα με την πρωιμότερη εμμηναρχή και αυτήν ως επιβαρυντικό παράγοντα για καταθλιπτική συμπτωματολογία. Πιο συγκεκριμένα η απουσία του πατέρα συσχετίστηκε με μια αύξηση κατά 11% της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην εφηβεία.

Το μορφωτικό επίπεδο των γονέων παίζει ρόλο στην εμφάνιση άγχους κατάθλιψης με υψηλότερα επίπεδα να παρουσιάζονται σε παιδιά πατέρα αποφοίτου τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και μητέρας αποφοίτου δημοτικού. Οι Sajjadi et al⁵⁴ χαρακτήρισε το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο γονέα ως παράγοντα που οδηγεί σε κατάθλιψη, κάτι που βρίσκει σύμφωνους τους Carlson Corcoran⁶⁶. Η Wickback et al⁶⁷ υποστηρίζει ότι υπάρχει αυξημένη ευαλωτότητα στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους εφήβους που οι γονείς έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, είναι ανειδίκευτοι εργάτες ή απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης. Ενώ στον ελλαδικό χώρο η Μαγκλαρά⁵⁵ συμφωνεί με αυτά της παρούσας μελέτης ότι γονέας με τριτοβάθμια εκπαίδευση σχετίζεται με υψηλότερη εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών.

Η οικογενειακή κατάσταση διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι παιδιά από μονογονεϊκές οικογένειες έχουν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα CDI για την κατάθλιψη. Βρέθηκε ακόμη ότι τα παιδιά που έχουν περισσότερα από δύο αδέρφια να βιώνουν μεγαλύτερης έντασης άγχους και μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης, αλλά εντός φυσιολογικών ορίων. Παρόμοια ευρήματα αναφορικά με το μέγεθος από έναν γονέα και τον υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αναφέρει η Μαγκλαρά⁵⁵, όπως επίσης η παρουσία ενός αδερφού με μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης ψυχικής διαταραχής.⁵⁵

Το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό προφίλ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση κατάθλιψης και άγχους. Οι Sajjadi et al το κατατάσσουν ως έναν από τους παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη καταθλιπτικής συνδρομής

μαζί με τη φτωχή διαπροσωπική σχέση μεταξύ γονέων, την κακή σχέση εφήβου-γονέα και το είδος της συμπεριφοράς των γονιών απέναντι στους εφήβους, με τον αυταρχικό πατέρα να κυριαρχεί σε αυτήν την κατηγορία.⁵⁴ Παρομοίως, ο El Missiry με έρευνα του σε αιγύπτιες μαθήτριες διαπίστωσε κατάθλιψη σχετιζόμενη με το κοινωνικό-οικονομικό προφίλ της οικογένειας.⁵⁹ Η έλλειψη αμοιβαίας κατανόησης και συμφωνίας μεταξύ γονέων δημιουργεί αίσθημα κατωτερότητας και ανασφάλειας και αυτά τα δύο αποτελούν βασικούς πυλώνες για το άγχος και την κατάθλιψη όπως ανέδειξε η έρευνα των Davies και Windle.⁶⁸ Η Μαγκλαρά τονίζει ότι οι οικονομικές δυσκολίες αυξάνουν τη συχνότητα εμφάνισης ψυχικής νόσου στους εφήβους.⁵⁵ Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει ο Mi Zhou et al αναφέροντας ότι παιδιά προερχόμενα από φτωχότερες οικογένειες είναι πιθανότερο να αναπτύξουν κατάθλιψη.⁵⁷ Στην Ινδία, όπως αναφέρει ο Mathias et al⁶⁹, παιδιά που ανήκουν σε χαμηλότερη κάστα υποφέρουν δυσανάλογα από κατάθλιψη σε σύγκριση με συνομηλίκους υψηλότερης κοινωνικής τάξης. Όλα τα παραπάνω τονίζουν την αναγκαιότητα προσθήκης σε μελλοντικό ερωτηματολόγιο την ερώτηση για το οικογενειακό εισόδημα έτσι ώστε να συγκριθεί με τη διεθνή βιβλιογραφία.

Τέλος, ενδιαφέρον εύρημα της παρούσας μελέτης είναι η συμβολή του τόπου διαμονής στην εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης. Παιδιά και έφηβοι που μένουν μακριά από το αστικό κέντρο είναι πιο ευάλωτα στην εκδήλωση άγχους και κατάθλιψης. Ο Mi Zhou et al καταλήγει στο ίδιο συμπέρασμα μιας και καταθλιπτικά συμπτώματα είναι λιγότερο συχνά και μικρότερης έντασης σε αστικές περιοχές (14%) έναντι αγροτικών(23%). Τονίζει ότι τα παιδιά αγροτικών περιοχών είναι πιθανότερο να πάσχουν από ήπια ή μέτρια κατάθλιψη.⁵⁷ Εδώ να σημειωθεί ότι η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε στην εν λόγω έρευνα για την κατάθλιψη ήταν η CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). Στην Αυστραλία ο Quine et al αναφέρει ότι παιδιά αγροτικών περιοχών πιθανότερο να είναι καταθλιπτικά από ότι παιδιά πόλεων.⁷⁰ Τέλος στο ίδιο ακριβώς συμπέρασμα καταλήγει ο Mumford et al 2000 στο Πακιστάν βρίσκοντας ότι η επίπτωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι μεγαλύτερη στις αγροτικές περιοχές.⁷¹

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα αποτελέσματα της έρευνας βασίστηκαν στη χρήση της κλίμακας STAIC για την εκτίμηση του άγχους και αντίστοιχα στη χρήση της κλίμακας CDI για την κατάθλιψη. Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό η χρήση των συγκεκριμένων 2 κλιμάκων από το σύνολο των υπαρχόντων κλιμάκων για τη βαθμονόμηση τόσο του άγχους όσο και της κατάθλιψης θέτουν περιορισμούς στην έρευνα. Καθώς η χρήση περισσότερων κλιμάκων θα βοηθούσε στην σφαιρικότερη αξιολόγηση των εξεταζόμενων παραμέτρων. Επίσης η χρήση περισσότερων ψυχομετρικών τεστ στους μαθητές θα αποκάλυπτε κεκαλυμμένα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης που θα μπορούσαν να παρουσιάζονται απλά ως μειωμένη σχολική επίδοση, απόσυρση από δραστηριότητες συμμαθητών και η γενικότερη απομόνωση με προσκόλληση στους γονείς. Η παρουσία ψυχολόγων στο σχολικό περιβάλλον θα βοηθούσε ως προς αυτόν τον τομέα. Αντιπροσωπευτικότερο και ισομεγέθες δείγμα του πληθυσμού στον οποίο μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια ως προς τις εξεταζόμενες παραμέτρους (τόπος διαμονής, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο και επάγγελμα γονέων, εξωσχολικές δραστηριότητες, σχολική επίδοση).

Παρόλο που τα τελευταία 25 χρόνια έχουν γίνει πολλές σημαντικές αλλαγές στο δημόσιο σύστημα ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα, εντούτοις παραμένει βασικό το πρόβλημα της έλλειψης επιδημιολογικών δεδομένων, ιδιαίτερα σε νησιωτικές, αγροτικές και απομονωμένες περιοχές. Παλαιότερες έρευνες έχουν καταδείξει ότι περίπου το 16% του γενικού πληθυσμού της χώρας πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή, με υπεροχή κάποιων κοινωνικών ομάδων όπως γυναίκες, χήροι, και άτομα χαμηλού κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου.

Μια επιδημιολογική έρευνα στην Ελλάδα, που πραγματοποιήθηκε σε γενικό πληθυσμό αγροτικών κοινοτήτων του βορείου Αιγαίου, με τη συμμετοχή 428 ατόμων έδειξε ότι το 14% του πληθυσμού εμφάνιζε κάποια ψυχιατρική συμπτωματολογία, ενώ οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες είχαν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποιο ψυχιατρικό σύμπτωμα. Από τις συσχετίσεις με τους κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες εκτός από το φύλο (υψηλότερη νοσηρότητα στις γυναίκες), το ετήσιο εισόδημα παρουσίασε θετική σχέση (το μεγαλύτερο εισόδημα συσχετίστηκε με μεγαλύτερη

ψυχιατρική νοσηρότητα) και ο αριθμός αυτοκινήτων στην οικογένεια αρνητική σχέση.⁷²

Θα πρέπει να τονιστούν κάποιες ιδιαιτερότητες της νησιωτικής Ελλάδας, και ειδικότερα των Κυκλάδων, οι οποίες αποτελούνται από μικρά κατά βάση νησιά με μικρό πληθυσμό. Τα νησιά αυτά έχουν περιορισμένη πρόσβαση στην ηπειρωτική Ελλάδα, ιδίως κατά τους χειμερινούς μήνες οπότε τα δρομολόγια είναι ούτως ή άλλως λιγότερα, αλλά και επιπροσθέτως λόγω καιρικών συνθηκών οπότε μπορεί κάποια δρομολόγια να ακυρωθούν. Ταυτόχρονα να σημειωθεί ότι δεν έχουν όλα τα νησιά δυνατότητα εναέριας κυκλοφορίας, παρά μόνον τα μεγαλύτερα από αυτά. Αυτά τα δύο από μόνα τους διαφοροποιούν κατά πολύ τις συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού, ακόμη και σε σχέση με αντίστοιχα μικρές και απομονωμένες περιοχές της ηπειρωτικής Ελλάδας, οι οποίες όμως έχουν οδική πρόσβαση στα μεγάλα αστικά κέντρα. Υπάρχει δηλαδή η ψυχική πίεση της «απομόνωσης».

Συν τοις άλλοις, οι δομές υγείας στα νησιά αυτά είναι περιορισμένες. Αυτό δεν αφορά μόνο στα οργανικά νοσήματα, αλλά και στην κάλυψη της Ψυχικής Υγείας. Να τονιστεί ότι στις Κυκλάδες δεν υπάρχουν άλλες υπηρεσίες για την εξυπηρέτηση ψυχιατρικών και παιδοψυχιατρικών περιστατικών, εκτός από την ψυχιατρική υπηρεσία του Γενικού Νοσοκομείου Σύρου σε μόνιμη βάση. Κάποια μεγάλα νησιά τα επισκέπτεται μία Μονάδα Ψυχικής Υγείας δύο φορές το μήνα, ενώ τα μικρότερα νησιά είναι τελείως ακάλυπτα στον τομέα αυτό.

Όλα τα ανωτέρω (απομόνωση αφενός, έλλειψη δομών και υγειονομικής «αυτάρκειας» αφετέρου) θα μπορούσαν να ασκήσουν πίεση και να αποτελούν πηγή άγχους για τους κατοίκους και έξαρσης διάφορων ψυχικών νοσημάτων. Ταυτόχρονα ελλοχεύει ο κίνδυνος μεγάλου ποσοστού αδιάγνωστων περιστατικών, δεδομένου ότι οι Ιατροί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) συνήθως δεν είναι εξοικειωμένοι με τέτοια περιστατικά ειδικά στα αρχικά στάδια.

Σύμφωνα με μία δημοσιευμένη έρευνα της κινητής μονάδας, έχει διαπιστωθεί μία έντονη διαφοροποίηση των στάσεων και των αξιών στην κοινωνική οργάνωση κατά τους θερινούς μήνες (στάση ανδρών-γυναικών σε σχέση με την υπερβολική επένδυση στην εργασία-επιδίωξη κερδοφορίας, επαγγελματική εξουθένωση, νοηματοδότηση της τουριστικής δραστηριότητας

ενταγμένης στο σύνολο των πολιτισμικών κωδίκων της κοινότητας). Η απότομη άνοδος του βιοτικού επιπέδου ενός μεγάλου τμήματος του πληθυσμού δεν συνοδεύτηκε από την ανάπτυξη άλλων πολιτισμικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων και πόρων, προκειμένου να ενισχυθεί η κοινωνική συνοχή.⁷³ Οι παραδοσιακές ταυτότητες φύλων βρίσκονται σε συνεχή τάση και ρευστότητα, ενώ οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις δεν διαθέτουν ευνοϊκό πλαίσιο επεξεργασίας και αντιμετώπισης.

Τα βιβλιογραφικά δεδομένα για την ψυχική υγεία και τις ψυχικές νόσους στον πληθυσμό της νησιωτικής Ελλάδας είναι ελλιπή, καθώς και η συγκριτική τους μελέτη σε σχέση με τον πληθυσμό των αστικών κέντρων της ηπειρωτικής Ελλάδας. Ειδικότερα όσον αφορά τους εφήβους αυτών των περιοχών, οι βιβλιογραφικές αναφορές είναι σχεδόν ανύπαρκτες. Η παρούσα έρευνα φιλοδοξεί να καλύψει αυτό το κενό αλλά να αποτελέσει και έναυσμα για περαιτέρω μελέτες της ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων των περιοχών αυτών, καθώς ο εντοπισμός του προβλήματος είναι το πρώτο στάδιο όχι μόνο για την αντιμετώπιση αλλά και για την πρόληψη.

Η αδυναμία εύρεσης βιβλιογραφίας τόσο ελληνικής όσο και διεθνούς ως προς την μελέτη άγχους-κατάθλιψης στην νησιωτική περιοχή καθιστά τα αποτελέσματά μας μη συγκρίσιμα με κάτι διότι όπως έχει ειπωθεί νωρίτερα η νησιωτική περιοχή έχει ιδιαιτερότητες που την καθιστούν μοναδική.

Μία ενδιαφέρουσα σκέψη για μελλοντική έρευνα είναι η συγκριτική προσέγγιση παιδιών ηπειρωτικής και νησιωτικής περιοχής με ταυτόχρονη διανομή ερωτηματολογίων σε 300 μαθητές της ηπειρωτικής Ελλάδας και 300 μαθητές νησιωτικής περιοχής που έγινε στην παρούσα έρευνα. 'Η μία ακόμη ενδιαφέρουσα σκέψη είναι η συγκριτική μελέτη διάφορων νησιών των Κυκλάδων με νησιά που ανήκουν σε διαφορετικό νησιωτικό σύμπλεγμα όπως τα νησιά του Βορειοανατολικού Αιγαίου που έχουν πληγεί ιδιαίτερα από το κύμα μετανάστευσης.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΝΗΣΙΩΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ

Περίληψη

Εισαγωγή: Το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν δύο από τους πιο κοινές ψυχιατρικές διαταραχές του ανθρώπου. Η παλαιότερη αντίληψη ότι η παιδική-εφηβική ηλικία δεν υποφέρει από άγχος και κατάθλιψη έχει πλέον καταρριφθεί. Έχει διαπιστωθεί πως περίπου το 11% των παιδιών και εφήβων να έχει βιώσει μια καταθλιπτική εμπειρία πριν από την ηλικία των 18 ετών.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η εκτίμηση της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους 10-15 ετών νησιωτικής περιοχής.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 300 υγιή παιδιά και έφηβοι ηλικίας 10-15 ετών που κατοικούσαν στο νησί της Τήνου. Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα STAIC για τη μέτρηση του άγχους ως μόνιμη κατάσταση και η κλίμακα CDI για την κατάθλιψη. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS έκδοση 22. Ως στατιστικά σημαντικό θεωρήθηκε το επίπεδο σημαντικότητας 5%. Η στατιστική δοκιμασία t-test, άνομα εφαρμόστηκαν ανάλογα με τη φύση των δεδομένων.

Αποτελέσματα: Από τα 300 παιδιά του δείγματος το 50,3% ήταν αγόρια, το 35% ήταν 10-11 ετών, το 40,3% ήταν 12-13 ετών και το 24,7% ήταν 14-15 ετών. Το 35,7% του δείγματος αναφέρουν τη σχολική τους επίδοση από κακή έως μέτρια και το 93,0% έχει εξωσχολικές δραστηριότητες. Το 6,7% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι έχει κάποιο πρόβλημα υγείας ο ίδιος και το 5,7% κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας. Το 86% ζει και με τους δύο γονείς. Στην πλειοψηφία το δείγμα χαρακτηρίζει τους γονείς του ήρεμους.

Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα βρέθηκαν ως προς την ένταση άγχους με υπεροχή των κοριτσιών $p < 0,001$. Όσον αφορά την εξωσχολική ενασχόληση των παιδιών βρέθηκε ότι τα παιδιά που δεν ασχολούνται με τίποτα εκτός σχολείου βιώνουν υψηλότερης έντασης άγχος $p < 0,001$ όπως επίσης και κατάθλιψη, $p = 0,001$. Όταν υπάρχει άτομο της οικογένειας με πρόβλημα υγείας τα παιδιά βιώνουν μεγαλύτερης έντασης άγχους $p < 0,001$.

και κατάθλιψης $p=0,005$. Υψηλή βαθμολογία στη κλίμακα CDI αλλά μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια έχουν τα παιδιά που ζουν με τον ένα γονέα $p=0,004$.

Συμπεράσματα: Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι τα παιδιά νησιωτικής περιοχής βιώνουν εντός των φυσιολογικών ορίων επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Η ένταση του άγχους και της κατάθλιψης διαφοροποιείται από διάφορους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες.

ASSESSING THE INTENSITY OF ANXIETY AND DEPRESSION EXPERIENCED BY CHILDREN OF AN ISLAND REGION

Summary

Introduction: Anxiety and depression are two of the most common psychiatric disorders. It was previously believed that children-adolescents do not suffer from anxiety and depression but nowadays this notion is regarded as outdated. It has been found that about 11% of children and adolescents have experienced depression-like symptoms before the age of 18 years.

Purpose: The purpose of this study was to measure the intensity of anxiety and depression in children and adolescents aged 10-15 years old habitants of island region.

Material and methods: The study sample consisted of 300 healthy children and teens aged 10-15 who lived on the island of Tinos. The STAIC scale was used to measure stress as a permanent state of being and the CDI scale for depression. The entire statistical analysis of the data was performed using the SPSS version 22 statistical package. The significance level 5% ($p=0,05\%$) was considered statistically significant. T-test, anova test are the statistical tests that were used to analyze the data.

Results: Of the 300 children of the sample 50.3% were boys, 35% were 10-11 years old, 40.3% were 12-13 years old and 24.7% were 14-15 years old. The 35, 7% of the sample report their school performance from poor to medium and 93.0% engage in extracurricular activities. 6.7% of participants say they have been diagnosed with a health problem themselves and 5.7% another family member. 86% live with both parents. The majority of the sample characterizes his parents as being meek.

Statistically significant results were found to be anxiety intensity with girls superiority $p < 0.001$. As for extracurricular activities of children it was found that children who are not involved with any extracurricular activity experience a higher stress level $p < 0.001$ as well as depression, $p = 0.00$. When a person in the family has been diagnosed with a health problem, children experience higher stress levels $p < 0.001$ and depression $p = 0.005$. High scores on the CDI scale but within the normal range are found in children living with one parent (single-parent families) $p = 0.004$.

Conclusion: In the present study, it was found that children of an island region have experienced levels of anxiety and depression within the normal range. The intensity of anxiety and depression fluctuates in the presence of a variety of socio-demographic factors.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. www.who.int. Constitution of WHO: principles, 20/10/17.
2. www.animacare.gr. Τι είναι ψυχική υγεία; 26/10/17
3. Brown, E. Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία, επιμ. Κοτρώτσιου Ε. Κυρίτση Ε. εκδ. Λαγός, Αθήνα 2010.
4. American Psychiatric Association. Διαγνωστικά Κριτήρια DSM –IV-TR™, επιμ. Γκοτζαμάνης Κ. εκδ. Λίτσας, Αθήνα 2004.
5. www.who.int. WHO “Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates” (Global and regional estimates of prevalence). 23/11/17
6. el.wikipedia.org. Άγχος. 22/10/17.
7. Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M., & Johnson, S.L. Ψυχοπαθολογία, επιμ. Αυδή Ε. Ρούσση Π. εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2010
8. Ζυγά Σ. Κούκια Ε. Μητρούση Σ. Τραυλός Α. Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης 2013 6(1) p.21-27.
9. King B. Hampton K, Strommen J. Anxiety Symptoms in Children and Adolescents: A Focus on Special Populations. www.macmh.org 10/01/18
10. American Psychiatric Association Arlington VA Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 εκδ. Washington D.C. United States 2013.
11. Walkup J, Albano A.M. Piacentini J. Birmaher B et al “Cognitive behavioral therapy, sertraline or a combination in childhood anxiety. The New England Journal of Medicine 2008 359 p.2753-2766.
12. Beesdo K. Knappe S. Pine D. Anxiety and Anxiety Disorder in Children and Adolescents Developmental Issues and Implications for DSM-V Psychiatric Clinics of North America 2009 32(3) p.483-524.
13. Pine D. Helfinstein S. Bar-Haim Y. Nelson E. Fox N. Challenges in developing novel treatments for childhood disorders Lessons from

- Research on Anxiety. Neuropsychopharmacology 2009 34(1) p.213-228.
14. Campbell M. Rapee R. Spence S. Developmental changes in the interpretation of rating format on a questionnaire measure of worry. Journal Clinical Psychologist 2001 5(1) p.49-59.
 15. Καραγιώτα Β. Θεωρητική προσέγγιση για το άγχος-stress-φοβία. Μια παρεμβατική πρόταση για παιδιά δημοτικού. Διπλωματική εργασία Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας τμήμα Προσχολικής Εκπαίδευσης Βόλος 2005 σ.43-47.
 16. Durbano F. A Fresh Look at Anxiety Disorders κεφ. 1 Risk factors of Anxiety Disorders in Children επιμ. Dabkowska M. Dabkowska A.M. εκδ. Intech 2015.
 17. Costellov EJ. Mustillo S. Erkanli A. Keeler G. Prevalence and development of psychiatric disorder in childhood and adolescence. Archives of general psychiatry 2003 60(8) p.837-844.
 18. Kessler RC, Berglund P, Dempler O. Jin R. Merikangas KR. Walters R. Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the national Comorbidity Survey Replication Archives of general psychiatry 2005 62(6) p.593-602.
 19. Heinrichs N, Rapee RM, Alden LA, Bogels S, Hofman SG et al Cultural differences in perceived social norms and social anxiety. Behavior Research and Therapy 2006 44(8) p.1187-1197.
 20. Hirshfeld-Becker DR., Biederman J. Rationale and principle for early intervention with young children at risk for anxiety disorders. Clinical Child and Family Psychology Review 2002 5(3) p.161-172.
 21. Harris T. Brown G. Bifulco A. Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder, the role of lack of adequate parental care Psychological Medicine 1986 16(3) p.641-659.
 22. Brook Ch. Schmidt L. Social anxiety disorder a review of environmental risk factors Neuropsychiatric Disease and Treatment 2008 4(1) p.123-143.
 23. Kendler KS. Bulik CM. Silberg J. Hettema JM. Myers J. Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use

- disorders in women an epidemiological and cot win control analysis Archives of General Psychiatric 2000 57(10) p.953-959.
24. Torgersen S. Genetic factors in anxiety disorders. Archives of General Psychiatric 1983 40(10) p.1085-1089.
 25. Κωτσόπουλος Σ.Ι. Φαρμακευτική Αγωγή των Ψυχιατρικών Διαταραχών στο Παιδί και Έφηβο. Εγκέφαλος 2004 41(1).
 26. Barrett P. Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders Journal of Clinical Child Psychology 1998 27(4) p.459-468 published online 2010.
 27. Bandelow B. Lichte T. Rudolf S. Wiltink J. Beutei M. The Diagnosis of and Treatment Recommendations for Anxiety Disorders Deutsches Ärzteblatt international 2014 111(27-28) p.473-480.
 28. Καβανόζη Μ. Η Κατάθλιψη στην εφηβεία (Αίτια και Θεραπευτική Παρέμβαση) Διπλωματική εργασία ΤΕΙ Μακεδονίας και Θράκης τμήμα Νοσηλευτικής Διδυμότειχο 2014 p.27-43.
 29. Halverson J. Bienenfeld D. Depression Clinical Presentation. www.e-medicine.medscape.com 15/02/18.
 30. CHABROL H. ΟΙ ΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ επιμ. Αλεξανδρίδης Α. Εκδ. Χατζηνικολή, Αθήνα 1987.
 31. Jaeger W. Paideia The Ideals of Greek Culture Vol.I. εκδ. Oxford University Press New York 1945.
 32. Μάτζογλου Δ.Ν. Μηλιώνη Ι. Έφηβοι και κατάθλιψη Διπλωματική εργασία ΤΕΙ Κρήτης τμήμα Νοσηλευτικής Αθήνα 2010 σ.14-20.
 33. Hemmen C. Ruddolf K.D. Childhood depression Child Psycopathology, 1996, p.153-195, New York, Guilford.
 34. Μπίμπου-Νάκου, Ι., Κιοσέογλου, Γ., & Στογιαννίδου, Α. (2001). Δυνατότητες και δυσκολίες παιδιών σχολικής ηλικίας στο οικογενειακό και σχολικό πλαίσιο Ψυχολογία, 2001 8(4) σ.506-525.
 35. Kringlen E. Genes and environment in mental illness Acta Psychiatrica Scandinavica Wiley Online Library 1993 87(370).

36. Strom-Olsom R. Weil- Malherbe H. Humoral Changes in Manic-Depressive Psychosis with Particular Reference to the Excretion of Catechol Amines in Urine The Journal of Mental Science 1958 104(436) p.696-704.
37. Downs M. Depression: Is Your Child Depressed? Depression in children can have dire lifelong consequences. Do you know the signs? www.webmd.com 10/02/18.
38. Rey J. M. Tolulope T B-A. Liu J Depression in Children and Adolescents Mood Disorders Chapter E.1 IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health 2015 Edition.
39. Bhowmik D. Kumar K.P.S. Srivastava S. Paswan S. Sankar Dutta A. Depression - Symptoms, Causes, Medications and Therapies The Pharma Innovation 2012 1(3) p 37-51 online Available at www.thepharmajournal.com 10/02/18.
40. Clark M.S. Jansen K. I. Cloy J.A. Treatment of Childhood and Adolescent Depression American Family Physician 2012 86(5) www.aafp.org/afp 11/02/18.
41. www.fda.gov Medicines To Help You - Depression This document was developed by FDA's Office of Women's Health (OWH) 02/02/18.
42. Libby A.M. Brent D.A. Morrato E.H. Orton H.D. Allen R. Valuck R.J., Decline in Treatment of Pediatric Depression After FDA Advisory on Risk of Suicidality With SSRIS The American Journal of Psychiatry 2007 164(6) p.884–891.
43. March J, Silva S. Petrycki S. et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. JAMA. 2004 292(7) p.807-820.
44. Τάκης Χ.Ν. Η ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας κατά την εφηβεία www.iatronet.gr 03/02/18.
45. Λαζαράτου Ε. Αναγνωστόπουλος Δ.Κ. Εφηβεία και κατάθλιψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001, 18(5) p.466-474.
46. Εισαγωγή στην παιδοψυχιατρική επιμ. Τσιάντης Ι. κεφ. Σχολική φοβία-Σχολική άρνηση επιμ. Λαζαράτου Ε. εκδ. Καστανιώτης Αθήνα 1997.

47. Madianos MG, Gefou-Madianou D, Stefanis CN Symptoms of depression, suicidal behavior and use of substances in Greece: a nationwide general population survey *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994 89(3) p.159-166.
48. Rutter M., Izard CE. The development psychopathology of depression: Guilford Press, New York, 1986.
49. Jonathan L. Poquiz, M.A. Andrew L. Frazer, M.A Depression in Children and Adolescents Sexual Health and Sexual Assault Prevention published March 25 2016/Page 1 of 5.
50. Axelson D.A. Birmaher B. Relation between anxiety and depressive Disorders in childhood and adolescence *Depression and Anxiety* 2001 14(2) p.67–78.
51. Spielberger CD. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for children. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1973.
52. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children *Acta paedopsychiatrica* 1981 46(5-6) p.305-316.
53. Σταλίκας Α, Τριλίβα Σ, Ρούσση Π, Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα εκδ. πεδίο Αθήνα 2012.
54. Sajjadi H. Mohaqeqi Kamal S.H. Rafiey H. Vameghi M. Forouzan A.S. Rezaei M. A systematic review of the prevalence and risk factors of depression among Iranian adolescents *Global Journal of Health Science* 2013 5(3) p.16–27.
55. Μαγκλαρά Κ. Η επιδημιολογία των κοινών ψυχιατρικών διαταραχών σε πληθυσμό εφήβων Δικτατορική διατριβή Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων τμήμα Ιατρικής Ιωάννινα 2015 σ.50-77.
56. Nolen-Hoeksema S. Girgus J.S. The emergence of gender difference in depression during adolescence *Psychological Bulletin* 1994 115(3) p.424-443.
57. Zhou M. Zhang G. Rozelle S. Kenny K. Xue H. Depressive Symptoms of Chinese Children: Prevalence and Correlated Factors among

Subgroups International Journal of Environmental Research and Public Health 2018 15(2) p.283.

58. Nolan R. Willson VL. Gender and depression in an undergraduate population SAGE Journals Psychological reports 1994 75(3pt1) p.1327-1330.
59. El Missiry A, Soltan M, Hadi MA, Sabry W. Screening for depression in a sample of Egyptian secondary school female students Journal of Affective Disorders 2012 136(1-2) p.61-68.
60. Tiet Q.Q, Bird HR, Hoven CW, Moore R, Wu P, Wicks J, Jensen PS, Goodman S, Cohen P. Relationship between specific adverse life events and psychiatric disorders Journal of abnormal child psychology 2001 29(2) p.153-164.
61. Muris P.S. Broeren Twenty-five Years of Research on Childhood Anxiety Disorders: Publication Trends Between 1982 and 2006 and a Selective Review of the Literature JOURNAL OF CHILD AND FAMILY STUDIES 2009 18(4) p.388–395.
62. Cook J.A. Fitzgibbon G, Burke-Miller J. Mulkern V. Grey D.D. Heflinger C. A. Paulson R. Hoven C.W. Stein-Seroussi Al. Kelleher K. Medicaid Behavioral Health Care Plan Satisfaction and Children's Service Utilization Health Care Financing Review 2004 26(1) p.43-55.
63. Wolfersdorf M. Stieglitz RD. Metzger R. Ruppe A. Stabenow S. Hornstein C. Keller F. Schell G. Berger M. Quality assurance in inpatient treatment of depression. Aspects of quality monitoring and external quality assurance exemplified by a pilot project of inpatient treatment of depression Psychiatrische Praxis 1997 24(3) p.120-128.
64. Knight A. Weiss P. Morales K. Gerdes M. Gutstein A. Vickery M. Keren R. Depression and anxiety and their association with healthcare utilization in pediatric lupus and mixed connective tissue disease patients: a cross-sectional study Pediatric Rheumatology 2014 10 p.12-42.
65. Culpin I. Heron J. Araya R. Joinson C. Early Childhood Father Absence and Depressive Symptoms in Adolescent Girls from a UK

- Cohort: The Mediating Role of Early Menarche *Journal of Abnormal Child Psychology* 2015 43(5) p.921-931.
66. Carlson M. Corcoran M. Family Structure and Children's Behavioral and Cognitive Outcomes *Journal of Marriage and Family* 2001 63(3) p.779-792.
 67. Wirback T. Möller J. Larsson J.O. Galanti M.R. Engström K. Social factors in childhood and risk of depressive symptoms among adolescents – a longitudinal study in Stockholm, Sweden *International Journal for Equity in Health* 2014 13:96.
 68. Davies P. Windle M. Interparental Discord and Adolescent Adjustment Trajectories the Potentiating and Protective Role of Intrapersonal Attributes *Child Development* 2001 72(4) p.1163-1178.
 69. Mathias K. Goicolea I. Kermode M. Singh L. Shidhaye R. Sebastian MS. Cross-sectional study of depression and help-seeking in Uttarakhand, North India *BMJ Open* 2015 5(11) p.1-8.
 70. Quine S, Bernard D, Booth M, Kang M, Usherwood T, Alperstein G, Bennett D. Health and access issues among Australian adolescents: a rural-urban comparison *Rural and remote health* 2003 3(4). Available: www.rrh.org.au/journal/article/245.
 71. Mumford DB, Minhas FA, Akhtar I, Akhter S, Mubbashar MH 2000 Stress and psychiatric disorder in urban Rawalpindi. Community survey *The British Journal of Psychiatry* 2000 177 p.557-562.
 72. Σκαπινάκης Π. Ζήση Α. Σαββίδου Μ. Τσελώνη Μ. Χίου Μ. Επιπολασμός και κοινωνικοδημογραφικές συσχετίσεις της ψυχιατρικής νοσηρότητας σε αγροτικές κοινότητες της περιφέρειας του βόρειου Αιγαίου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2007, 24(Συμπλ.1) σ.30–36.
 73. Στυλιανίδης Σ. Σκαπινάκης Π. Παντελίδου Σ. Χονδρός Π. Αυγουστάκη Α. Ζιακούλης Μ. Επιπολασμός κοινών ψυχιατρικών διαταραχών σε μια νησιωτική περιοχή. Εκτίμηση αναγκών και σχεδιασμός δράσεων ψυχικής υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2010, 27(4) σ.675-683.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Για τις παρακάτω προτάσεις, παρακαλούμε δώστε απαντήσεις, που ανταποκρίνονται περισσότερο σε εσάς. Το ερωτηματολόγιο είναι αυστηρά προσωπικό και ανώνυμο. Όλα τα στοιχεία θα είναι απόρρητα και θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που προβλέπονται. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις ανοικτά και με ειλικρίνεια

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1.	Φύλο: Αγόρι = 1, Κορίτσι = 2	
2.	Ηλικία:	
3.	Τάξη:.....	
4.	Είσαι: Κακός μαθητής/τρια= 1, μέτριος/α = 2, καλός/η = 3, πολύ καλός/ή =4	
5.	Ποιες είναι οι δραστηριότητές σου εκτός σχολείου; Ανέφερε:.....	
6.	Έχεις κάποιο πρόβλημα υγείας; Ναι = 1, Όχι = 2	
7.	Έχει στο σπίτι σου κάποιος άλλος πρόβλημα υγείας; Εάν ναι τι;.....	
8.	Ηλικία πατέρα:	
9.	Ηλικία μητέρας:	
10.	Επάγγελμα πατέρα:.....	
11.	Επάγγελμα μητέρας:	
12.	Μορφωτικό επίπεδο πατέρα: Απόφοιτος δημοτικού = 1, γυμν.- λυκείου = 2, τριτοβάθμιας εκπαιδ. = 3, μεταπτυχιακές σπουδές = 4, αναλφάβητος = 5	
13.	Μορφωτικό επίπεδο μητέρας: Απόφοιτος δημοτικού = 1, γυμν.- λυκείου = 2, τριτοβάθμιας εκπαιδ. = 3, μεταπτυχιακές σπουδές = 4, αναλφάβητος = 5	
14.	Οικογενειακή κατάσταση: Ζουν και οι δύο γονείς=1, Ζει ο ένας γονιός=2, Είναι διαζευγμένοι= 3, Είναι σε διάσταση = 4	
15.	Έχεις αδέρφια: Ναι = 1, Όχι = 2	
16.	Εάν ναι, πόσα;	
17.	Ποια είναι η σειρά γέννησής σου: 1 ^η , 2 ^η , 3 ^η , 4 ^η , 5 ^η , 6 ^η ,	
18.	Πώς θα χαρακτήριζες τον πατέρα σου; Ήρεμο=1,υπομονετικό=2,τελειομανής=3, ανήσυχο=4, αγχώδη=5, νευρικό=6, υπερπροστατευτικό=7, άλλο.....8	
19.	Πώς θα χαρακτήριζες τη μητέρα σου; Ήρεμη=1, υπομονετική=2, τελειομανής=3, ανήσυχη=4, αγχώδη=5, νευρική=6, υπερπροστατευτική=7, άλλο-----8	
20.	Τόπος διαμονής:	

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ « ΠΩΣ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ»

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω δίνεται ένας αριθμός από προτάσεις, που τα αγόρια και τα κορίτσια χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διάβασε προσεκτικά κάθε πρόταση και αποφάσισε αν αληθεύει για σένα, σχεδόν ποτέ ή κάποια φορά ή συχνά. Τότε για κάθε πρόταση βάλε ένα **X** στο κουτί μπροστά από τη λέξη που ταιριάζει καλύτερα σε σένα. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Μην ξοδεύεις πολύ χρόνο σε κάθε πρόταση. Θυμήσου, διάλεξε τη λέξη, που φαίνεται να περιγράφει πώς **συνήθως** αισθάνεσαι.

		1		2		3
1	Στεναχωριέμαι όταν κάνω λάθη		σχεδόν ποτέ		μερικές φορές	συχνά
2	Μου έρχεται να κλαίω		σχεδόν ποτέ		μερικές φορές	συχνά
3	Αισθάνομαι δυστυχισμένος		σχεδόν ποτέ		μερικές φορές	συχνά
4	Δυσκολεύομαι να πάρω απόφαση		σχεδόν ποτέ		μερικές φορές	συχνά
5	Είναι δύσκολο για μένα να αντιμετωπίσω τα προβλήματά μου		σχεδόν ποτέ		μερικές φορές	συχνά
6	Ανησυχώ πάρα πολύ		σχεδόν ποτέ		μερικές φορές	συχνά
7	Γίνομαι ανήσυχος στο σπίτι		σχεδόν ποτέ		μερικές φορές	συχνά
8	Είμαι ντροπαλός/ή		σχεδόν ποτέ		μερικές φορές	συχνά
9	Αισθάνομαι μπερδεμένος/η		σχεδόν ποτέ		μερικές φορές	συχνά
10	Ασήμαντες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου και με αναστατώνουν		σχεδόν ποτέ		μερικές φορές	συχνά
11	Στεναχωριέμαι στο σχολείο		σχεδόν ποτέ		μερικές φορές	συχνά
12	Δυσκολεύομαι να αποφασίσω τι να κάνω		σχεδόν ποτέ		μερικές φορές	συχνά
13	Νοιώθω την καρδιά μου να κτυπά γρήγορα		σχεδόν ποτέ		μερικές φορές	συχνά
14	Φοβάμαι κρυφά (χωρίς να το δείχνω)		σχεδόν ποτέ		μερικές φορές	συχνά
15	Ανησυχώ για τους γονείς μου		σχεδόν ποτέ		μερικές φορές	συχνά
16	Τα χέρια μου ιδρώνουν		σχεδόν ποτέ		μερικές φορές	συχνά
17	Ανησυχώ για πράγματα που πιθανόν να συμβούν		σχεδόν ποτέ		μερικές φορές	συχνά
18	Έχω δυσκολία να κοιμηθώ το βράδυ		σχεδόν ποτέ		μερικές φορές	συχνά
19	Έχω ένα περίεργο αίσθημα στο στομάχι μου		σχεδόν ποτέ		μερικές φορές	συχνά
20	Ανησυχώ για το τι σκέπτονται οι άλλοι για μένα		σχεδόν ποτέ		μερικές φορές	συχνά

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Θυμήσου , περιέγραψε πώς ήσουν και ένιωθες τις 2 τελευταίες εβδομάδες

1		Νιώθω κάπου κάπου λυπημένος		Νιώθω πολλές φορές λυπημένος		Νιώθω όλη την ώρα λυπημένος
2		Τίποτα δεν θα μου πάει ποτέ καλά		Δεν είμαι σίγουρος αν τα πράγματα θα μου πάνε καλά		Τα πράγματα θα μου πάνε καλά
3		Κάνω τα περισσότερα πράγματα σωστά		Κάνω πολλά πράγματα λάθος		Κάνω τα πάντα λάθος
4		Περνάω καλά με πολλά πράγματα		Περνάω καλά με κάποια πράγματα		Δεν περνάω με τίποτα καλά
5		Είμαι πάντα κακός		Είμαι πολλές φορές κακός		Είμαι κάπου κάπου κακός
6		Κάπου κάπου μου περνάει από το μυαλό ότι μου συμβαίνουν άσχημα πράγματα		Ανησυχώ ότι θα μου συμβούν άσχημα πράγματα		Είμαι σίγουρος ότι θα μου συμβούν τρομερά και φοβερά πράγματα
7		Μισώ τον εαυτό μου		Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου		Μου αρέσει ο εαυτός μου
8		Για οτιδήποτε άσχημο συμβαίνει φταίω εγώ		Για πολλά άσχημα πράγματα που συμβαίνουν φταίω εγώ		Συνήθως δε φταίω εγώ για ότι άσχημο συμβαίνει
9		Δεν μου περνάει από το μυαλό να κάνω κακό στον εαυτό μου		Σκέφτομαι να κάνω κακό στον εαυτό μου, αλλά δε θα το έκανα		Θέλω να κάνω κακό στον εαυτό μου
10		Νιώθω την ανάγκη να κλαίω κάθε μέρα		Νιώθω την ανάγκη να κλαίω πολλές μέρες		Νιώθω την ανάγκη να κλαίω κάπου κάπου
11		Όλη την ώρα με ενοχλούν κάποια πράγματα		Πολλές φορές με ενοχλούν κάποια πράγματα		Κάπου κάπου με ενοχλούν κάποια πράγματα
12		Μου αρέσει να είμαι με ανθρώπους		Πολλές φορές δεν μου αρέσει να είμαι με ανθρώπους		Δεν μου αρέσει καθόλου να είμαι με ανθρώπους
13		Δεν μπορώ να πάρω απόφαση για κάποια πράγματα		Είναι πολύ δύσκολο να πάρω απόφαση για κάποια πράγματα		Παίρνω εύκολα απόφαση για κάποια πράγματα
14		Η εμφάνισή μου είναι καλή		Υπάρχουν μερικά άσχημα πράγματα στην εμφάνισή μου		Η εμφάνισή μου είναι άσχημη
15		Πρέπει να πιέζω τον εαυτό μου συνέχεια για να κάνω τα μαθήματά μου		Πρέπει να πιέζω τον εαυτό μου πολλές φορές για να κάνω τα μαθήματά μου		Δεν είναι μεγάλο πρόβλημα να κάνω τα μαθήματά μου

16		Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ κάθε βράδυ		Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ πολλά βράδια		Κοιμάμαι αρκετά καλά
17		Κάπου κάπου νιώθω κουρασμένος		Πολλές μέρες νιώθω κουρασμένος		Όλη την ώρα νιώθω κουρασμένος
18		Τις περισσότερες μέρες δεν έχω διάθεση να φάω		Πολλές μέρες δεν έχω διάθεση να φάω		Τρώω αρκετά καλά
19		Γενικά δε με απασχολούν διάφοροι πόνοι		Πολλές φορές με απασχολούν διάφοροι πόνοι		Όλη την ώρα με απασχολούν διάφοροι πόνοι
20		Δεν νιώθω μόνος		Νιώθω μόνος πολλές φορές		Νιώθω μόνος όλη την ώρα
21		Ποτέ δεν περνάω καλά στο σχολείο		Μόνο κάπου κάπου περνάω καλά στο σχολείο		Πολλές φορές περνάω καλά στο σχολείο
22		Έχω πάρα πολλούς φίλους		Έχω μερικούς φίλους αλλά εύχομαι να είχα περισσότερους		Δεν έχω καθόλου φίλους
23		Τα πάω καλά με τα μαθήματα		Δεν τα πάω τόσο καλά με τα μαθήματα όπως πριν		Τα πάω πολύ άσχημα σε μαθήματα που παλιότερα συνήθιζα να είμαι καλός
24		Δεν μπορώ ποτέ να είμαι τόσο καλός όσο τα άλλα παιδιά		Μπορώ να είμαι τόσο καλός όσο τα άλλα παιδιά εάν το θελήσω		Είμαι τόσο καλός όσο και τα άλλα παιδιά
25		Κανείς δεν με αγαπάει πραγματικά		Δεν είμαι σίγουρος αν κάποιος μ' αγαπάει		Είμαι σίγουρος ότι κάποιος μ' αγαπάει
26		Συνήθως, κάνω αυτό που μου λένε		Τις περισσότερες φορές δεν κάνω αυτό που μου λένε		Ποτέ δεν κάνω αυτό που μου λένε
27		Τα πάω καλά με τους ανθρώπους		Μπλέκω σε καυγάδες πολλές φορές		Μπλέκω σε καυγάδες όλη την ώρα