

**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: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΑΡΒΑΛΗ ΠΗΝΕΛΟΠΗ-ΠΑΡΘΕΝΙΑ

**ΑΘΗΝΑ
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2018**

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

Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Αρβάλη Πηνελόπη-Παρθενία

Εξεταστική Επιτροπή

Κυρίτση Ελένη, Επιβλέπουσα

Ευαγγέλου Ελένη, Μέλος

Μπακούλα -Τζουμάκα Χρύσα, 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 Αρβάλη Πηνελόπης-Παρθενίας, συνεδρίασε σήμερα... /... /....

Η Επιτροπή διαπίστωσε ότι η Διπλωματική Εργασία της κ. Αρβάλη Πηνελόπης-Παρθενίας με τίτλο: **«ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ»**, 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).....

Ευαγγέλου Ελένη

(Υπογραφή).....

Μπακούλα-Τζουμάκα Χρύσα,

(Υπογραφή).....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Επιθυμώ να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους Καθηγητές μου στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών καθώς και στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, που με το μεράκι τους και το ζήλο που επιδεικνύουν στο εκπαιδευτικό τους έργο, μεταλαμπαδεύουν επιτυχώς τις γνώσεις τους και εμπνέουν τους φοιτητές να ασχοληθούν εις βάθος με τον κόσμο των επιχειρήσεων.

Ειδικότερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα Καθηγήτριά μου κα. Κυρίτση Ελένη που με την καθοδήγηση και τις εύστοχες παρατηρήσεις της, με βοήθησε να φέρω εις πέρας την παρούσα εργασία.

Στην οικογένειά μου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	9
ΕΦΗΒΕΙΑ	10
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	14
Ορισμός.....	14
Επιδημιολογία	18
Κλινικές εκβάσεις κατάθλιψης σε εφήβους	21
Αιτία και παθογένεση.....	21
Οικογενειακός και γενετικός κίνδυνος	22
Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου	23
Διεπαφή γονιδίου-περιβάλλοντος.....	23
Ψυχική Ανθεκτικότητα	24
Ανίχνευση και διάγνωση.....	25
Διαφορικές διαγνώσεις και συννοσηρότητες.....	30
Θεραπεία.....	31
Ανθρωπιστική θεραπεία	33
Οικογενειακή Θεραπευτική	34
Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας	38
ΕΙΔΙΚΟΣ ΜΕΡΟΣ	41
ΣΚΟΠΟΣ	42
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	42
Δείγμα της μελέτης	42
Μεθοδολογία	42
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗ	54
Φύλο και κατάθλιψη.....	54
Εμφάνιση κατάθλιψης στην εφηβεία.....	56
Η παχυσαρκία και η κατάθλιψη στην εφηβεία.....	58
Αλκοόλ και κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εφηβείας	63
Κατάθλιψη και συμπεριφορές κατανάλωσης οινοπνεύματος.....	64
Προοπτικές μελέτες για κατάθλιψη ή συμπτώματα κατάθλιψης που προβλέπουν κατανάλωση αλκοόλ.....	65
Μελέτες για την κατάθλιψη, τα συμπτώματα κατάθλιψης και την κατανάλωση αλκοόλ κατά την εφηβεία.....	66
Σύνδεσης μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και κατάθλιψης	67
Αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη ως συντονιστής μεταξύ των αρνητικών γεγονότων της ζωής και της κατάθλιψης στην εφηβεία	69
Η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη σε μοντέλα γνωστικής ευπάθειας στην κατάθλιψη.....	70
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	74
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	76
ABSTRACT	78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	80

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα πιο συχνά προβλήματα που επηρεάζει τις εφηβικές ηλικίες και κυρίως αφορά στα κορίτσια τα οποία παρουσιάζονται πιο ευεπηρέαστα. Μελέτες αναφέρουν ότι η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης σε παιδιά ηλικίας 16-17 ανέρχεται σε ποσοστό 5,8% και η αναλογία στα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια είναι 4:1. 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.¹

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 από τις πιο σημαντικές περιόδους της ζωής του ατόμου, καθώς αποτελεί γέφυρα 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 επηρεάζουν τη σκέψη και τη συμπεριφορά του εφήβου.

Ο έφηβος πολλές φορές γίνεται κυκλοθυμικός καθώς βιώνει συνεχείς συναισθηματικές μεταβολές.²

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.²

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 οικογενειακών.

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.

Η κατάθλιψη των εφήβων χαρακτηρίζεται από ένα ακατανίκητο αίσθημα θλίψης και μοιράζεται στοιχεία τόσο από την κατάθλιψη ενηλίκων όσο και από την παιδική.

Η πρωτογενής κατάθλιψη των εφήβων έχει αιφνίδια εμφάνιση και παρουσιάζεται με διαταραχές ύπνου, απομόνωση, μείωση δραστηριοτήτων και αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή (αντικαταθλιπτικά, λίθιο). Αντίθετα η δευτερογενής κατάθλιψη των εφήβων εμφανίζεται μετά από ένα έντονο γεγονός όπως μια απώλεια, αποτυχία 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.³

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η συστηματική ανασκόπηση εργασιών που αναφέρονται στην κατάθλιψη της εφηβείας και η καταγραφή των προδιαθεσικών παραγόντων-αιτιών, συμπτωμάτων και του τρόπου παρέμβασης και αντιμετώπισης της κατάθλιψης στην εφηβεία.

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 της κατάθλιψης της εφηβείας, τα συμπτώματα και τον τρόπο αντιμετώπισης.

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

Στο τέλος παρατίθεται η περίληψη στην ελληνική και αγγλική γλώσσα και η βιβλιογραφία.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΦΗΒΕΙΑ

Η εφηβική ηλικία είναι η τελευταία φάση της ανάπτυξης, το τελευταίο στάδιο στην πορεία του ατόμου προς την ωριμότητα. Καλύπτει τη χρονική περίοδο ανάμεσα στην παιδική και στην ώριμη ηλικία και αποτελεί τη φάση της ζωής κατά την οποία πραγματοποιείται το πέρασμα του ατόμου από τον κόσμο του παιδιού, με την ανεμελιά και την εξάρτηση, στον κόσμο του ενήλικου, με την υπευθυνότητα και την αυτοδιαχείριση.^{4,5}

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας το άτομο γίνεται περισσότερο κυκλοθυμικό και επίμονο. Ο έφηβος διεκδικεί την ανεξαρτησία και την ατομικότητά του, ανακαλύπτει ότι οι γονείς του είναι συνηθισμένοι άνθρωποι, που μπορεί και να κάνουν λάθη γι' αυτό και αμφισβητεί τις αξίες και τα ήθη που αυτοί πρεσβεύουν.⁶

Οι έφηβοι βρίσκουν την ταυτότητά τους διαχωρίζοντας τους εαυτούς τους από τους γονείς τους και δημιουργώντας σημαντικές σχέσεις εκτός οικογενείας. Μέσω των διαφόρων εμπειριών και των ορίων που τίθενται από τους γονείς τους, μαθαίνουν να είναι ανεξάρτητοι και ότι πλέον έχουν διέλθει τη φάση της ενηλικίωσης. Στο μεσοδιάστημα πραγματοποιούνται συνεχείς αλλαγές στην συμπεριφορά του εφήβου. Οι έφηβοι δε μπορούν εύκολα να διατηρήσουν την ψυχραιμία τους και να παραμείνουν συγκροτημένοι, ενώ οι αξίες και οι στόχοι τους ορίζονται και επαναπροσδιορίζονται. Πέραν αυτού η κυκλοθυμία τους είναι απολύτως φυσιολογική και οφείλεται όχι μόνο σε ορμονικές αλλαγές αλλά και σε αγχωτικές καταστάσεις.^{5,7}

Καθώς οι έφηβοι μπορούν πια να σκέπτονται συνδυάζοντας διάφορες πιθανότητες, αρχίζουν και δημιουργούν θεωρίες (που τις θεωρούν όλοι δικές του ανακαλύψεις) για να εξηγήσουν τον κόσμο γύρω τους και μέσα τους. Χαρακτηριστικό των θεωριών αυτών είναι ο μεγάλος ιδεαλισμός και η αντίθεση στις κατεστημένες αξίες. Ταυτόχρονα δημιουργούνται ομάδες του ίδιου φύλου, που είναι ανταγωνιστικές στις συμβατικές συνήθειες των μεγάλων, αλλά που υιοθετούν νέες συμβατικές καταστάσεις, όπως το ίδιο ντύσιμο, το ίδιο κόψιμο μαλλιών κτλ. Οι ομάδες αυτές στηρίζουν τους εφήβους στην προσπάθειά τους για ανεξαρτησία από τους γονείς και βοηθούν να σταθεροποιήσουν την ταυτότητα τους με την έντονη διαπροσωπική ανταλλαγή εμπειριών, που συμβαίνει σ' αυτές.⁸

Ο ρόλος των γονιών είναι ιδιαίτερα δύσκολος στην περίοδο αυτή, γιατί θα πρέπει να συνδυάζει τη σταθερότητα εξάσκησης ελέγχου και περιορισμών με την κατανόηση απέναντι στην αλλοπρόσαλλη συμπεριφορά του εφήβου, που προσπαθεί ν' απομακρυνθεί, οπότε τους ανταγωνίζεται και τους μειώνει, αλλά και έμμεσα ζητά την προστασία και την αγάπη τους.⁷

Η εφηβεία στάθηκε πάντα μια ηλικία που γοήτευε τους ανθρώπους. Εφηβεία σημαίνει ανάπτυξη, δηλαδή όταν το παιδί αφήνει πίσω του τη φάση της προστατευμένης παιδικής ηλικίας και γίνεται ανεξάρτητο και μπορεί να φροντίσει μόνο του τον εαυτό του. Ο όρος «εφηβεία» χρησιμοποιείται συνήθως για την περίοδο από τα δώδεκα ως τα δεκαοχτώ: τη μεταβατική περίοδο από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή.⁸

Η εφηβεία μπορεί να είναι ηλικία ασυγκράτητης χαράς και παράλληλα απαρηγόρητης θλίψης και απώλειας, συντροφικότητας και μοναξιάς, εμπιστοσύνης και αμφιβολίας για τον εαυτό τους. Πάνω από όλα είναι μια εποχή ραγδαίας αλλαγής: οργανικές, σεξουαλικές και νοητικές εσωτερικές αλλαγές στον έφηβο και περιβαλλοντικές αλλαγές στη φύση των εξωτερικών απαιτήσεων, που έχει η κοινωνία από τα αναπτυσσόμενα μέλη της.^{4,5}

Οι έφηβοι αποτελούν προϊόν της γενετικής τους κληρονομιάς, της οικογένειας και της κοινωνίας στην οποία ζουν, καθώς και της φροντίδας και της διαπαιδαγώγησης που λαμβάνουν από τους γονείς τους. Δεν μπορούν να αλλάξουν τα γονίδια που πήραν από τον πατέρα και τη μητέρα τους. Και ούτε μπορούν να αλλάξουν τον κόσμο στον οποίο ζουν. Επομένως, η οικογένεια αποτελεί το κρίσιμο σημείο.⁸

Οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν το παιδί τους καθώς μεγαλώνει, να του εξηγήσουν τον κόσμο, να το προειδοποιείτε για τους κινδύνους του, να αποτελέτε το καλό παράδειγμα και να του δίνετε κουράγιο όταν χρειάζεται. Ο ρόλος του γονιού περιλαμβάνει τη φροντίδα, τη διδασκαλία και την καθοδήγηση που θα καταστήσει τελικά τα παιδιά ικανά να λαμβάνουν σωστές αποφάσεις.⁴

Η καλή επικοινωνία είναι απαραίτητη σε κάθε σχέση. Ο τρόπος με τον οποίο επικοινωνούν οι γονείς με τα παιδιά τους καθορίζει τι κίνητρα θα τους δώσουν, τι αξίες θα τους εμφυσήσουν και πώς θα τα ενθαρρύνουν να γίνουν υπεύθυνα. Όταν το παιδί μπαίνει στην εφηβεία, έχει ήδη διαμορφωθεί συνήθως ο τρόπος που επικοινωνούν οι γονείς. Η επικοινωνία στα δύσκολα χρόνια της εφηβείας μπορεί να είναι ιδιαίτερα προβληματική.⁴

Η εφηβεία επιτείνει το άγχος αυτών των παιδιών. Οι έφηβοι αισθάνονται ανασφάλεια όσον αφορά τις προσδοκίες των άλλων, αλλά και τις δικές τους. Οι επιπλέον πιέσεις από την πλευρά των γονέων τους βάζουν υψηλούς στόχους και προθεσμίες, τους κάνουν να κρίνουν πολύ αυστηρά τον εαυτό τους και τους οδηγούν στην επιτυχία. Προσπαθούν διαρκώς να αντεπεξέλθουν στις προσδοκίες γονιών και φίλων, τόσο στις αληθινές όσο και σε αυτές που υποθέτουν ότι υπάρχουν. Αυτά τα χαρακτηριστικά διατηρούνται και στην ενήλικη ζωή και επηρεάζουν συχνά τους συζύγους και τα παιδιά, καθώς ο νεαρός ενήλικος εξακολουθεί να παλεύει για να πετύχει αυτά που 'πρέπει'.⁶

Τόσο η επιβράβευση όσο και οι περιορισμοί πρέπει να εισάγονται στην οικογένεια αρκετά χρόνια πριν από την εφηβεία, για να περιορίσουν την εμφάνιση προβλημάτων στη διάρκεια της.^{5,8}

Ο έφηβος με μια δυνατή αίσθηση ταυτότητας βλέπει τον εαυτό του σαν ένα ξεχωριστό άτομο. Ακόμα και ο όρος 'άτομο' υπογραμμίζει μια ανάγκη να βλέπει κανείς τον εαυτό του σαν κάτι ξέχωρο από τους άλλους, όσο και αν μοιράζεται μαζί τους κίνητρα, αξίες και ενδιαφέροντα. Μια ξεκάθαρη αίσθηση ταυτότητας προϋποθέτει την υποκειμενική σταθερότητα του εαυτού μέσα στο χρόνο, δηλαδή την ανάγκη να βλέπουμε ότι ο άνθρωπος που είμαστε σήμερα είναι ίδιος με τον άνθρωπο που ήμασταν χτες και που θα είμαστε αύριο.⁷

Στη σύγχρονη κοινωνία υπάρχουν πολλές δυνατότητες και ευκαιρίες για προσωπική ανάπτυξη και εξέλιξη. Η πληθώρα όμως αυτή των πιθανών επιλογών μπορεί να προκαλέσει σύγχυση, και στην κοινωνία μας δεν υπάρχει ομοφωνία σχετικά με τις αξίες και τον τρόπο ζωής, ποιες δουλειές είναι οι πιο αξιόλογες, ποιες είναι οι παραδεχτές σεξουαλικές αξίες και συμπεριφορές, το ρόλο της οικογένειας ή τους κατάλληλους ρόλους για τους άντρες και τις γυναίκες. Οι νέοι πρέπει όλο και περισσότερο να βασιστούν στη δική τους κρίση. Οι γονείς μπορούν καθοριστικά να βοηθήσουν ή να παρεμποδίσουν την ανάπτυξη μιας ισχυρής αίσθησης ταυτότητας. Γονείς, που έχουν οι ίδιοι ξεκάθαρη ταυτότητα και που μπορούν να χρησιμέψουν σαν υγιή πρότυπα για τα παιδιά τους, διευκολύνουν πολύ αυτή τη διεργασία.^{4,9}

Το πρόβλημα της σύγχρονης κοινωνίας, το τι να περιμένει από τους εφήβους και πως να τους πείσει να ανταποκριθούν σε αυτές τις προσδοκίες, έχει περιπλέκει από την ταχύτητα των κοινωνικών, ηθικών και πολιτικών αλλαγών στα τελευταία χρόνια. Είναι τόσο μεγάλη η αλλαγή στις τελευταίες δεκαετίες, που οι

σημερινοί έφηβοι μεγάλωσαν σε έναν κόσμο τελείως διαφορετικό από των γονιών τους, έτσι που οι γονείς να μην μπορούν να επιστρατεύσουν τις δικές τους παιδικές και εφηβικές εμπειρίες για να κατανοήσουν τις ανάγκες, τα προβλήματα και τους στόχους των παιδιών τους. Ο πιο καθοριστικός παράγοντας που στο σημερινό κόσμο βοηθάει ή παρεμποδίζει το μέσο έφηβο να αντεπεξέλθει στις αναπτυξιακές απαιτήσεις της εφηβείας είναι οι γονείς του. Οι γονείς μπορεί να αγαπούν ή να απορρίπτουν, να είναι ήρεμοι ή αγχώδεις, άκαμπτοι ή ευέλικτοι, να ενδιαφέρονται ή όχι, υπάρχουν όμως δύο διαστάσεις της γονεικής συμπεριφοράς που έχουν ιδιαίτερη σημασία.^{5,6}

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ορισμός

Η κατάθλιψη είναι η συνηθέστερη ψυχιατρική διαταραχή στις Ηνωμένες Πολιτείες, με το 16% του πληθυσμού των Η.Π.Α. να αναφέρει ένα μεγάλο καταθλιπτικό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας στον κόσμο σήμερα και θέτει σημαντικό οικονομικό βάρος στην κοινωνία. Η κατάθλιψη είναι μια από τις πιο θεραπευόμενες ψυχικές διαταραχές, αλλά παραμένει μια χρόνια ασθένεια, ενώ το 85% των ανθρώπων που βιώνουν ένα και μόνο επεισόδιο κατάθλιψης βιώνουν ακόμα ένα άλλο μέσα σε 15 χρόνια.

Τα τελευταία χρόνια, οι ερευνητές και οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής αναγνώρισαν τη σημασία της εστίασης στις προσπάθειες πρόληψης της κατάθλιψης. Η πρόληψη απαιτεί μια εναλλαγή των παραδειγμάτων από τα παραδοσιακά μοντέλα ασθένειας, στα οποία αντιμετωπίζονται τα συμπτώματα όταν εμφανίζονται, σε μια προορατική εστίαση στην ψυχική υγεία και στη μεγιστοποίηση των προστατευτικών παραγόντων μειώνοντας παράλληλα τους παράγοντες κινδύνου για ψυχικές ασθένειες.¹⁰

Η κατάθλιψη στην εφηβεία και την ενηλικίωση είναι κοινή, προσβάλλοντας μέχρι το 20% αυτού του πληθυσμού. Αντιπροσωπεύει μια σημαντική ανησυχία για τη δημόσια υγεία και συνδέεται με σημαντική ταλαιπωρία και λειτουργική δυσλειτουργία. Η κατάθλιψη των εφήβων τείνει να είναι μια ιδιαίτερα κακοήθης και ανθεκτική κατάσταση, αυξάνοντας την πιθανότητα υποτροπής και χρόνιας ασθένειας κατά την ενηλικίωση. Οι κλινικές παρουσιάσεις για διάφορες ιατρικές και ψυχιατρικές καταστάσεις, καθώς και οι αντιδράσεις σε ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες, μιμούνται ή συγχέουν την εικόνα της κατάθλιψης σε εφήβους. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητη η προσεκτική αξιολόγηση και η διαφορική διάγνωση. Υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες, τόσο φαρμακολογικής όσο και ψυχοκοινωνικής φύσης, και έτσι η πρόωπη ανίχνευση και παρέμβαση είναι πρωταρχικής σημασίας.¹¹

Η μονοπολική καταθλιπτική διαταραχή είναι ένα κοινό πρόβλημα ψυχικής υγείας σε εφήβους παγκοσμίως, με εκτιμώμενο επιπολασμό ενός έτους κατά 4-5% στη μέση έως την εφηβική ηλικία. Η κατάθλιψη στους εφήβους αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία, που αποτελεί την τρίτη κύρια αιτία θανάτου

σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, με περισσότερα από τα μισά εφηβικά θύματα αυτοκτονίας που αναφέρθηκαν να έχουν καταθλιπτική διαταραχή κατά τη στιγμή του θανάτου. Η κατάθλιψη οδηγεί επίσης σε σοβαρές κοινωνικές και εκπαιδευτικές διαταραχές, καθώς επίσης και σε αυξημένο ποσοστό καπνίσματος, κατάχρηση ουσιών και παχυσαρκία. Έτσι, είναι σημαντική η αναγνώριση και η θεραπεία της συγκεκριμένης διαταραχής.^{12,13}

Σύμφωνα με τους Thapar και συν. (2012) η μονοπολική καταθλιπτική διαταραχή στην εφηβεία είναι κοινή σε όλο τον κόσμο, αλλά συχνά δεν αναγνωρίζεται. Η επίπτωση, ιδίως στα κορίτσια, αυξάνεται έντονα μετά την εφηβεία και, μέχρι το τέλος της εφηβείας. Το ποσοστό επιπολασμού 1 έτους υπερβαίνει το 4%. Το βάρος είναι υψηλότερο στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Η κατάθλιψη συνδέεται με τη σημερινή και τη μελλοντική νοσηρότητα και αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Οι ισχυρότεροι παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη στους εφήβους είναι το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης και η έκθεση σε ψυχοκοινωνικό στρες. Οι κληρονομικοί κίνδυνοι, οι αναπτυξιακοί παράγοντες, οι ορμόνες του φύλου και οι ψυχοκοινωνικές αντιδράσεις αλληλεπιδρούν για να αυξήσουν τον κίνδυνο μέσω ορμονικών παραγόντων και συναφών διαταραγμένων νευρικών οδών. Αν και υπάρχουν πολλές ομοιότητες μεταξύ της κατάθλιψης στην εφηβεία και της κατάθλιψης στην ενηλικίωση, στους εφήβους η χρήση των αντικαταθλιπτικών είναι ανησυχητική και οι απόψεις σχετικά με την κλινική διαχείριση διαιρούνται. Υπάρχουν διαθέσιμες αποτελεσματικές θεραπείες, αλλά οι επιλογές εξαρτώνται από τη σοβαρότητα της κατάθλιψης και τους διαθέσιμους πόρους. Οι στρατηγικές πρόληψης που απευθύνονται σε ομάδες υψηλού κινδύνου είναι ελπιδοφόρες

Η κατάθλιψη ορίζεται ως ένα σύμπλεγμα συγκεκριμένων συμπτωμάτων με σχετική εξασθένηση. Τα κλινικά και διαγνωστικά χαρακτηριστικά της διαταραχής είναι γενικά παρόμοια σε εφήβους και ενήλικες. Τα δύο κύρια συστήματα ταξινόμησης ICD-10 και το αμερικανικό διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών DSM-V ορίζουν ταυτόχρονα την κατάθλιψη, παρόλο που το DSM-V κάνει μια εξαίρεση για τα παιδιά και τους εφήβους, επιτρέποντας έτσι την ευερέθιστη και όχι την καταθλιπτική διάθεση ως βασικό διαγνωστικό σύμπτωμα. Η κατάθλιψη μπορεί επίσης να μη διαγνωστεί εάν τα κύρια προβλήματα παρουσίας είναι ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα, διατροφικές διαταραχές, άγχος, άρνηση

παρακολούθησης του σχολείου, μείωση της ακαδημαϊκής επίδοσης, ή προβλήματα συμπεριφοράς.^{13,14}

Το βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι το υποθυμικό συναίσθημα. Ο ασθενής δεν μπορεί να «χαρεί», γεγονός που τον ενοχλεί, ενώ δε συγκινείται από παλιές συντροφίες και ενδιαφέροντα. Έχει ελαττωμένη αυτοεκτίμηση και κατέχεται από ανησυχία και άγχος, μαζί με διάφορα νευροφυτικού τύπου ενοχλήματα. Κάποιοι ασθενείς δεν περιγράφουν πάντα τη διάθεσή τους ως «καταθλιπτική». Αντίθετα, μπορεί να λένε πως είναι θλιμμένοι, απογοητευμένοι, άκεφοι, ή να αισθάνονται αβοήθητοι. Μπορεί επίσης να παραπονιούνται πως δεν διαθέτουν καθόλου αισθήματα. Σε άλλες περιπτώσεις, αναφέρονται ακαθόριστα σωματικά ενοχλήματα όπως άλγη και πόνοι, ενώ άλλοι αναφέρουν αυξημένο θυμό, απογοήτευση και ενόχληση και αχαρακτήριστα ξεσπάσματα με ασήμαντα αφορμές. Όταν ένα άτομο βιώνει μία μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, δραστηριότητες οι οποίες προηγουμένως έδιναν ευχαρίστηση όπως οι κοινωνικές σχέσεις, τα χόμπι, τα αθλήματα και οι σεξουαλικές δραστηριότητες, συχνά παύουν να προκαλούν ικανοποίηση. Αυτή η κατάσταση είναι γνωστή ως ανηδονία.^{15,16}

Οι αλλαγές στη φυσιολογική λειτουργία του σώματος κατά τη διάρκεια της κατάθλιψης καλούνται νευροφυτικά συμπτώματα. Συχνά παρατηρούνται αλλαγές στην όρεξη, οι οποίες διαπιστώνονται συνήθως ως μείωση ή απώλεια ενδιαφέροντος για φαγητό ή ως αυξημένη όρεξη και λαχτάρα. Διαταραχές του ύπνου είναι επίσης συχνές ειδικά η «αϋπνία» (η ανικανότητα να κοιμηθεί κάποιος ή να συνεχίσει τον ύπνο του). Δύο τύποι αϋπνίας είναι αυτοί που βιώνονται πιο συχνά από τα άτομα που εμφανίζουν ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Η μέση αϋπνία αναφέρεται στο ξύπνημα στη διάρκεια της νύχτας και στη δυσκολία να πέσει για ύπνο πάλι. Η τελική αϋπνία αναφέρεται στην έγερση στο τέλος της νύχτας και την αδυναμία του ατόμου να ξανακοιμηθεί.¹³

Επίσης αναφέρεται η υπερυπνία (hypersomnia), στην οποία το άτομο κοιμάται για παρατεταμένες περιόδους τη νύχτα όπως επίσης και κατά τη διάρκεια της ημέρας.^{16,17}

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι η εξάντληση και η μειωμένη ενέργεια, γνωστή και ως ανεργία (anergy). Άλλοι αναφέρουν ότι νιώθουν κουρασμένοι όταν ξυπνούν ανεξάρτητα από το πόσο έχουν κοιμηθεί.

Ακόμα και ο μικρότερος σκοπός φαίνεται αππραγματοποίητος, ενώ οι καθημερινές δραστηριότητες απαιτούν ουσιώδη προσπάθεια και περισσότερο χρόνο. Η μειωμένη ενέργεια μπορεί να ορίζεται ως ψυχοκινητική καθυστέρηση, στην οποία οι κινήσεις του σώματος και της σκέψης είναι σημαντικά καθυστερημένες και η ομιλία είναι αργή ή απύουσα.

Επίσης μπορεί να συμβεί ψυχοκινητική αναστάτωση, όπου το άτομο δεν μπορεί να μείνει ακίνητο, περπατάει συνεχώς, σφίγγει τα χέρια του και πιάνει με τα δάχτυλά του το δέρμα, τα ρούχα, τις πιτζάμες ή άλλα αντικείμενα.

Άλλα κοινά συμπτώματα, σε άτομα με κατάθλιψη είναι ενδεικτικά η ενοχή ή η αίσθηση πως είναι άχρηστοι, η αυτομομφή, η διασπασμένη προσοχή και η ανικανότητα λήψης αποφάσεων, ακόμη και σε ασήμαντα πράγματα, και οι τάσεις αυτοκτονίας.^{13,18}

Οι κλινικές διαγνώσεις των συναισθηματικών προβλημάτων και της κατάθλιψης είναι σοβαρά ζητήματα παγκόσμιας υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των παιδιών και των εφήβων στη σημερινή κοινωνία. Οι παγκόσμιες εκτιμήσεις για τον επιπολασμό των συναισθηματικών προβλημάτων παιδικής και εφηβικής ηλικίας και της κατάθλιψης έχουν βρεθεί να αυξάνονται παγκοσμίως. Οι ανησυχίες και οι διαταραχές της διάθεσης είναι πολύ κοινά συναισθηματικά προβλήματα ή διαταραχές που εντοπίζονται μεταξύ αυτού του πληθυσμού. Παρομοίως, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (MDD) θεωρείται μία από τις πιο κοινές διαγνώσεις μεταξύ των παιδιών και των εφήβων με το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο να αναγνωρίζεται στην πρόσφατη παιδική ηλικία ή την πρώιμη εφηβεία. Παρομοίως, οι συνοδές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των συναισθηματικών προβλημάτων, έχουν βρεθεί ότι επηρεάζουν σημαντικά την ψυχοκοινωνική-συναισθηματική και ψυχική κατάσταση των παιδιών και των εφήβων. Ο συστηματικός έλεγχος και η εκτίμηση των συναισθηματικών προβλημάτων και της κατάθλιψης μεταξύ των παιδιών και των εφήβων έχει προταθεί στους Παροχείς Υγειονομικής περίθαλψης σε κλινικά περιβάλλοντα. Ωστόσο, πολλά παιδιά και έφηβοι δεν εξετάζονται συστηματικά και δυστυχώς αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αποτυχία ή τη μη διάγνωση.¹⁹

Επιδημιολογία

Η κατάθλιψη στην παιδική ηλικία δεν εμφανίζεται συχνά (<1% στις περισσότερες μελέτες) και δεν παρατηρούνται διαφορές στα δύο φύλα. Ωστόσο κατά τη διάρκεια της εφηβείας τα ποσοστά της κατάθλιψης αυξάνονται, λόγω των βιολογικών και κοινωνικών αλλαγών που βιώνουν οι έφηβοι.²⁰ Οι συνηθέστερες είναι η εγκεφαλική και γνωστική ωρίμανση, οι οποίες περιλαμβάνουν ενισχυμένη κοινωνική κατανόηση και αυτογνωσία, αλλαγές στα εγκεφαλικά κυκλώματα που εμπλέκονται στην ανταπόκριση στην ανταμοιβή και τον κίνδυνο και αυξάνονται τα αναφερόμενα επίπεδα άγχους, ιδιαίτερα στα κορίτσια.²¹

Ένα από τα πιο ισχυρά επιδημιολογικά ευρήματα είναι η εμφάνιση ισχυρής γυναικείας υπεροχής (περίπου 2: 1) στον επιπολασμό της κατάθλιψης σε εφήβους μετά την εφηβεία. Η περίσσεια των προσβεβλημένων κοριτσιών παρατηρείται σε επιδημιολογικά και κλινικά δείγματα και είναι ισχυρή σε διαφορετικές μεθόδους αξιολόγησης. Επομένως, οι διαφορές φύλου στα ποσοστά κατάθλιψης είναι απίθανο να οφείλονται απλώς σε διαφορές στην αναζήτηση βοήθειας ή στην αναφορά συμπτωμάτων.²² Παρόλο που οι λόγοι για τη διαφορά της σεξουαλικής διαφοράς μετά την εφηβεία δεν είναι πλήρως κατανοητοί, η κατάθλιψη των εφήβων συνδέεται στενότερα με τις γυναικείες ορμονικές αλλαγές παρά με τη χρονολογική ηλικία, γεγονός που υποδηλώνει ότι η κατάθλιψη συνδέεται άμεσα με τις εφηβικές μεταβολές στις σχέσεις ορμόνης-εγκεφάλου. Ωστόσο, μόνο οι ορμονικές αλλαγές σπάνια παράγουν τα συμπεριφορικά ή νευρικά συμπτώματα της κατάθλιψης και είναι πιο πιθανό να συνεισφέρουν ευαισθητοποιώντας τον εγκέφαλο στις βλαβερές συνέπειες του στρες.²³ Η μετα-εφηβική διαφορά φύλου στην κατάθλιψη μπορεί εν μέρει να οφείλεται σε αυξημένη έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες και αυξημένη ευαισθησία στο στρες στα κορίτσια που συνδέεται με την ορμόνη. Τέλος, αν και η κατάθλιψη είναι γενικά πιο συχνή στα κορίτσια, είναι σημαντικό να αναγνωριστεί και στα αγόρια. Επιπλέον, σε ορισμένες υποομάδες (π.χ. ασθενείς με νευροαναπτυξιακές και ιατρικές διαταραχές), αυτή η διαφορά φύλου μπορεί να αποδυναμωθεί, να απουσιάζει ή να αναστρέφεται.²⁴ Οι McDougall et al. (2007)²⁵ συνιστούν ότι τα ποσοστά επικράτησης της κατάθλιψης αυξάνονται παγκοσμίως. Παραδείγματος χάριν, μια ανάλυση της Εθνικής Μελέτης της Νοσηρότητας Ομάδων στις Ηνωμένες Πολιτείες (National Cohort Morbidity

Study) αποκάλυψε ότι η επικράτηση της κατάθλιψης στη διάρκεια της ζωής γυναικών ηλικίας μεταξύ 20 έως 24 χρονών αυξήθηκε από 6% στις αρχές της δεκαετίας του '60 σε περίπου 28% στις αρχές του 1990.

Αυτά αποτελούν πιθανώς στοιχεία της επιρροής του μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος στα καταθλιπτικά συμπτώματα, δεδομένου ότι ούτε τα γονίδια, ούτε η κατανομή των φυλετικών ορμονών μπορεί να έχουν αλλάξει σημαντικά κατά τη διάρκεια εκείνης της περιόδου. Τα αποτελέσματα της Μελέτης του Παγκόσμιου Βάρους της Αρρώστιας (Global Burden of Disease Study), μια συνεργατική προσπάθεια από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, την Παγκόσμια Τράπεζα και τη σχολή Δημόσιας Υγείας του Χάρβαρντ, έδειξε ότι οι διανοητικές διαταραχές συμβάλλουν περισσότερο στο παγκόσμιο βάρος της ασθένειας από όλους τους καρκίνους μαζί.

Η κατάθλιψη επικρατεί μεταξύ των έφηβων κοριτσιών, αλλά λίγα λαμβάνουν θεραπεία ψυχικής υγείας. Τα έφηβα κορίτσια συχνά παραιτούνται από την αναγκαία θεραπεία ψυχικής υγείας επειδή φοβούνται τις αντιδράσεις των συνομηλίκων τους για την κατάθλιψη. Η κατανόηση των διαδικασιών για τον τρόπο με τον οποίο τα έφηβα κορίτσια ανταποκρίνονται στους συμμαθητές τους με κατάθλιψη είναι ένα σημαντικό πρώτο βήμα για τη βελτίωση της πρόσβασης στην ψυχική υγεία. Η ποιοτική μελέτη των Pinto-Foltz και συν. (2010)¹⁶ περιέγραψε τις γνώσεις, τις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές των κοριτσιών της εφηβείας σχετικά με την κατάθλιψη και την ψυχική υγεία στην ομάδα τους.

Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν δύο ομάδες εστίασης, με έφηβα κορίτσια (n = 21), σε ένα δημόσιο γυμνάσιο. Τεχνικές γειτονικής θεωρίας χρησιμοποιήθηκαν για να προσδιορίσουν μια αρχική ουσιαστική θεωρία σχετικά με τις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές των έφηβων κοριτσιών που σχετίζονται με την κατάθλιψη στους συμμαθητές τους. Οι συμμετέχοντες επεξεργάστηκαν διανοητικά τις έννοιες ψυχικής υγείας όπως και οι ενήλικες. Ωστόσο, οι συναισθηματικές αντιδράσεις τους σε συμμαθητές τους με ψυχικές ασθένειες κυμάνθηκαν μεταξύ προοπτικών ενηλίκων και παιδιών. Οι συμμετέχοντες εξέφρασαν ανησυχίες σχετικά με τα άτομα με κατάθλιψη, αλλά εξέφρασαν μοναδικές προοπτικές που αντικατοπτρίζουν το μεταβατικό στάδιο ανάπτυξής τους. Τα ευρήματα παρέχουν νέες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο τα έφηβα κορίτσια ανταποκρίνονται στους συμμαθητές τους με κατάθλιψη, καθορίζουν τους τομείς για περαιτέρω διερεύνηση, παρέχουν κατευθύνσεις για την κατασκευή

κατάλληλων αναπτυξιακών εκπαιδευτικών παρεμβάσεων για εφήβους και διευκρινίζουν την ανάγκη καθοδήγησης γυναικών με τα οποία έζησαν τα κορίτσια.

Σύμφωνα με τους Maughan και συν. (2013)¹³ οι ρυθμοί της μονοπολικής κατάθλιψης είναι χαμηλοί πριν από την εφηβεία, αλλά αυξάνονται στην έναρξη της εφηβείας, ιδιαίτερα μεταξύ των κοριτσιών. Η ταυτόχρονη συννοσηρότητα τόσο με ψυχικές όσο και με συναισθηματικές διαταραχές είναι συχνή, ειδικά μεταξύ των νεότερων παιδιών. Κατά την διάρκεια της εφηβείας, η κατάθλιψη μπορεί να προηγείται τόσο από ανησυχίες όσο και από διαταραχές συμπεριφοράς που αυξάνουν τον κίνδυνο για προβλήματα με το αλκοόλ. Η εφηβική κατάθλιψη συνδέεται με μια σειρά αρνητικών μεταγενέστερων αποτελεσμάτων, όπως η αυτοκτονία, τα προβλήματα στην κοινωνική λειτουργία και την κακή σωματική και ψυχική υγεία. Σε όλη την ανάπτυξη, το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης και η έκθεση σε αγχωτικά συμβάντα ζωής είναι οι πιο ισχυροί παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη. Η οικογενειακή μετάδοση περιλαμβάνει τόσο τις ψυχοκοινωνικές όσο και τις κληρονομικές διαδικασίες. Οι γενετικές και περιβαλλοντικές επιρροές συνδυάζονται επίσης για να επηρεάσουν τον κίνδυνο. Οι νευρογνωστικές και νευροενδοκρινικές οδοί έχουν καθιερωθεί, αλλά οι παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση του κινδύνου των εφήβων και η γυναικεία υπεροχή αργότερα στην ανάπτυξη παραμένουν προς διευκρίνιση. Η νεολαία ωφελείται από την ψυχοθεραπεία ή την αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή ή από τον συνδυασμό τους. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της θεραπείας είναι μέτρια.

Ο Hankin (2015) εξετάζει επιλεκτικά τις έρευνες (2012-2014) σχετικά με την κατάθλιψη στην προσχολική, παιδική και εφηβική ηλικία. Ειδικότερα, δίνεται προσοχή στην αναπτυξιακή επιδημιολογία, καθώς και σε παράγοντες και διαδικασίες κινδύνου που συμβάλλουν στην πορεία της κατάθλιψης με την πάροδο του χρόνου. Έμφαση δίνεται σε μια προοπτική της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας, στην οποία οι κίνδυνοι παρουσιάζονται σε πολλαπλά συστήματα και επίπεδα ανάλυσης, όπως η γενετική, το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, οι διαδικασίες στρες, οι μηχανισμοί βιολογικού στρες, η ιδιοσυγκρασία, τα συναισθήματα, η ανταμοιβή, οι γνωστικοί παράγοντες και οι διαπροσωπικές επιρροές. Αυτοί οι κίνδυνοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο με την πάροδο του χρόνου, καθώς εμφανίζονται και σταθεροποιούνται σε σχετικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα όπως τα τρωτά σημεία που προσδίδουν κίνδυνο για τα αυξανόμενα ποσοστά κατάθλιψης που παρατηρούνται στην εφηβεία. Γενικά,

έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στην κατανόηση των σύνθετων αναπτυξιακών διαδικασιών που συμβάλλουν στην κατάθλιψη.

Κλινικές εκβάσεις κατάθλιψης σε εφήβους

Οι διαχρονικές μελέτες πληθυσμιακών και κλινικών δειγμάτων πληθυσμού υποδηλώνουν ότι το 60-90% των επεισοδίων κατάθλιψης στους εφήβους συμβαίνουν μέσα σε ένα χρόνο.^{13,27,28} Ωστόσο, στις μελέτες παρακολούθησης το 50-70% των ασθενών που παραπέμπονται αναπτύσσουν επακόλουθα καταθλιπτικά επεισόδια εντός 5 ετών.^{28,29} Οι ασθενείς που παραπέμπονται σε κλινικές είναι συνήθως λιγότερο ικανοποιημένοι από εκείνους που θεραπεύονται στην κοινότητα.

Η κατάθλιψη στην εφηβεία προβλέπει επίσης μια σειρά διαταραχών ψυχικής υγείας στην ενήλικη ζωή - κυρίως, διαταραχές άγχους, διαταραχές που σχετίζονται με την ουσία και διπολική διαταραχή,^{30,31} καθώς και αυτοκτονική συμπεριφορά, ανεργία³⁰ και προβλήματα σωματικής υγείας. Ένα επεισόδιο κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εφηβείας συχνά προφέρει μια χρόνια ή υποτροπιάζουσα διαταραχή και προβλέπει ένα ευρύ φάσμα ψυχοκοινωνικών δυσκολιών και κακής υγείας.

Αιτία και παθογένεση

Λόγω των κλινικά ετερογενών και ποικίλων αιτιών της ασθένειας, η κατανόηση της παθογένειας της κατάθλιψης στους εφήβους είναι πρόκληση. Όπως και πολλές άλλες συνήθεις διαταραχές της υγείας, πολλοί παράγοντες κινδύνου αλληλεπιδρούν για να αυξήσουν τον κίνδυνο κατάθλιψης με πιθανοτικό τρόπο. Η αξιολόγηση της συνεισφοράς οποιουδήποτε μεμονωμένου παράγοντα κινδύνου και ο εντοπισμός κρίσιμων περιόδων ανάπτυξης όταν η έκθεση είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη είναι δύσκολη, διότι πολλοί ατομικοί, οικογενειακοί και κοινωνικοί κίνδυνοι συσχετίζονται έντονα και σχετίζονται με συνεχιζόμενες αντιξοότητες.

Οι απώτεροι κίνδυνοι όπως οι κληρονομικοί παράγοντες και οι αντιξοότητες στην πρώιμη ζωή μπορεί να προκαλέσουν άμεσα και έμμεσα την κατάθλιψη. Οι κίνδυνοι αυτοί θα μπορούσαν να διαμεσολαβήσουν τα αποτελέσματά τους μέσω ιδιοτήτων ιδιοσυγκρασίας και προσωπικότητας (αρνητική συναισθηματικότητα,

μειωμένη θετική συναισθησία και έλεγχος προσοχής, συμπεριφορική αναστολή και νευρωτισμός) και γνωστικές προσεγγίσεις.^{13,32} Εντούτοις, συνεπείς ενδείξεις είναι σπάνιες ως προς το εάν τέτοια χαρακτηριστικά είναι παράγοντες κινδύνου, διαμεσολαβητές συνέπειες της κατάθλιψης.

Οι απομακρυσμένοι παράγοντες, μαζί με τις ορμονικές και ωριαίες μεταβολές, μπορούν επίσης να μεταβάλλουν την ατομική ευαισθησία στους στρεσογόνους παράγοντες. Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου επηρεάζουν με τη σειρά τους εγγύς μηχανισμούς βιολογικού κινδύνου, όπως αλλαγές στο νευροενδοκρινικό σύστημα και τη δομή και λειτουργία του εγκεφάλου, αν και δεν έχει προσδιοριστεί κανένα μονοπάτι ως αιτιώδες. Η πρόληψη και οι θεραπείες στοχεύουν στη μείωση των πρώιμων και αργών αντιδράσεων, στην τροποποίηση των τρόπων σκέψης και αίσθησης και στη μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης του πυρήνα με μεταβολή των βιολογικών οδών με φαρμακευτική αγωγή.

Οικογενειακός και γενετικός κίνδυνος

Έφηβοι γονέων που έχουν κατάθλιψη αντιμετωπίζουν τρεις έως τέσσερις φορές αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης.³³ Αν και η έκθεση σε κατάθλιψη της μητέρας στην προγεννητική και τη μεταγεννητική περίοδο θεωρήθηκε ιδιαίτερα σημαντική, 53 είναι ασυνεπής. Οι κληρονομικοί παράγοντες παίζουν επίσης ρόλο. Οι περισσότερες μελέτες σε δίδυμα δείχνουν ότι η κατάθλιψη γίνεται όλο και περισσότερο κληρονομική από την παιδική ηλικία (μηδενική έως χαμηλή κληρονομιά) έως την εφηβική ηλικία (χαμηλή κληρονομικότητα, περίπου 30-50%).³⁴ Τα ποσοστά κληρονομικότητας κατά την εφηβική ηλικία είναι παρόμοια με εκείνα που παρατηρούνται στην ενήλικη ζωή.^{35,36}

Η κληρονομική ευθύνη για την κατάθλιψη εκδηλώνεται με διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετικούς χρόνους. Ορισμένες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στην αναγνώριση συγκεκριμένων γονιδίων που αυξάνουν την ευαισθησία για μονοπολική κατάθλιψη. Μέχρι στιγμής, δεν προέκυψαν αναπαραγόμενα σημαντικά ευρήματα.^{36,37,38}

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου

Έχουν γίνει πολλές έρευνες για τη συσχέτιση της κατάθλιψης και των περιβαλλοντικών παραγόντων όπως η έκθεση σε οξέα αγχωτικά γεγονότα³⁹ (π.χ. σωματική βλάβη, πένθος) και σε χρόνιες αντιξοότητες (π.χ. κακομεταχείριση, οικογενειακή διαφωνία, εκφοβισμός από συνομηλίκους, φτώχεια). Παρόλα αυτά, αυτές οι εκθέσεις δεν οδηγούν πάντοτε στην ανάπτυξη της κατάθλιψης σε εφήβους, αν και οι ασθενείς με υψηλό γενετικό κίνδυνο φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στις επιδράσεις τέτοιων καταστάσεων.⁴⁰ Τα επίμονα γεγονότα της ζωής φαίνεται να σχετίζονται περισσότερο με την πρώτη εμφάνιση παρά με την επανάληψη της κατάθλιψης και ο κίνδυνος είναι σημαντικά μεγαλύτερος στα κορίτσια⁴¹ και στους εφήβους που έχουν πολλαπλά αρνητικά γεγονότα ζωής από όσους εκτίθενται σε ένα συμβάν. Οι χρόνιες, σοβαρές πιέσεις που επηρεάζουν τις σχέσεις φαίνεται πιο σημαντικές. Αρνητικές οικογενειακές σχέσεις,⁴² θυματοποίηση από ομοτίμους μέσω εκφοβισμού,⁴³ και κακομεταχείριση αποτελούν κοινούς κινδύνους για την κατάθλιψη.

Μερικά παιδιά που εκτίθενται σε τραυματικά συμβάντα πολέμου, βασανιστηρίων, ή λοίμωξης από HIV, αλλά και παιδιά ορφανά ενδέχεται να αναπτύξουν μακροχρόνιες ψυχιατρικές διαταραχές, ειδικά εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό τέτοιων διαταραχών ή εκτίθενται σε πολλαπλά τραύματα.⁴⁴

Διεπαφή γονιδίου-περιβάλλοντος

Οι κληρονομικοί παράγοντες φαίνεται να συμβάλλουν στην κατάθλιψη στους εφήβους με δύο τρόπους - όχι μόνο με την άμεση αύξηση του κινδύνου αλλά και έμμεσα μέσω της αλληλεπίδρασης γονιδίου-περιβάλλοντος, συγκεκριμένα αυξάνοντας την ευαισθησία στις αντιξοότητες (αλληλεπίδραση γονιδίου-περιβάλλοντος) και αυξάνοντας την πιθανότητα έκθεσης σε επικίνδυνη συμπεριφορά (συσχετισμός γονιδίου-περιβάλλοντος).⁴⁵ Πολλές μελέτες με δίδυμα και οικογενειακά στοιχεία δείχνουν ότι οι έφηβοι (ιδιαίτερα τα κορίτσια) με υψηλό κληρονομικό και οικογενειακό κίνδυνο κατάθλιψης παρουσιάζουν αυξημένη ευαισθησία σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου (αλληλεπίδραση γονιδίου-περιβάλλοντος) γεγονότα ζωής⁴⁶ και οικογενειακή συγκυρία⁴⁵ και είναι αυτά που είναι πιθανότερο να εκτεθούν σε τέτοιους κινδύνους.

Κάποιες αναφορές υποδεικνύουν ότι μια παραλλαγή (5-HTTLPR) στο γονίδιο μεταφορέα σεροτονίνης μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο κατάθλιψης, αλλά μόνο παρουσία ανεπιθύμητων συνθηκών επιβίωσης ή πρόωρης κακομεταχείρισης.⁴⁷ Τα ευρήματα είναι λιγότερο ισχυρά σε εφήβους αγόρια παρά σε κορίτσια. Είναι σημαντικό ότι αυτή η ίδια γονιδιακή παραλλαγή έχει επίσης αναφερθεί ότι επηρεάζει το σχετιζόμενο με το φόβο και το σχετιζόμενο με τον κίνδυνο εγκεφαλικό κύκλωμα που μεταβάλλεται κατά την κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, αυτά τα ευρήματα σε σχέση με τους μηχανισμούς του εγκεφάλου που σχετίζονται με την κατάθλιψη φαίνεται να ποικίλλουν όχι μόνο από τον γονότυπο, αλλά και από την ηλικία, το φύλο και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και εξαρτώνται επίσης από μέτρα καλής ποιότητας αντιξοότητας και κατάθλιψης. Παρόλο που μια μετα-ανάλυση απέτυχε να υποστηρίξει το εύρημα της αλληλεπίδρασης γονιδίου-περιβάλλοντος 5-HTTLPR,⁴⁸ μια επανεξέταση των δεδομένων έδειξε σημαντικά στοιχεία της σπουδαιότητας των αλληλεπιδράσεων γονιδίου-περιβάλλοντος, το πλαίσιο της κακομεταχείρισης ή της ιατρικής ασθένειας.⁴⁹ Έτσι, αν και θεωρείται ότι είναι αμφιλεγόμενο από ορισμένους ερευνητές,⁴⁸ αυτά τα ευρήματα είναι πολλά υποσχόμενα.

Ψυχική Ανθεκτικότητα

Πολλά παιδιά που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο κατάθλιψης μέσω οικογενειακής προδιάθεσης και έκθεσης σε αντιξοότητες δεν αναπτύσσουν τη διαταραχή.⁵⁰ Η έρευνα για την ανθεκτικότητα στην κατάθλιψη έχει τη δυνατότητα να προσδιορίσει στόχους για την πρόληψη της κατάθλιψης. Οι μεμονωμένοι παράγοντες που έχουν αναφερθεί ότι προστατεύουν από την ανάπτυξη της κατάθλιψης τους εφήβους υψηλού κινδύνου περιλαμβάνουν τους κληρονομικούς παράγοντες και την υψηλή νοημοσύνη, καθώς και τους δυνητικά τροποποιήσιμους παράγοντες όπως οι δυνατότητες ρύθμισης συγκίνησης, οι μηχανισμοί αντιμετώπισης και τα στυλ σκέψης.⁵¹ Συνεπώς ευρήματα σχετίζονται με την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, υποδηλώνοντας ότι η βελτίωση αυτών των σχέσεων θα μπορούσε να αποτελέσει στόχο για την πρόληψη της κατάθλιψης. Τα παιδιά με υψηλό οικογενειακό κίνδυνο κατάθλιψης τείνουν να έχουν καλύτερη ψυχική υγεία εάν οι σχέσεις τους με τους γονείς τους χαρακτηρίζονται από ζεστασιά, αποδοχή, χαμηλή εχθρότητα και χαμηλό γονικό

έλεγχο.⁵¹ Το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη, επειδή η ποιότητα της υποστήριξης από ομοτίμους φαίνεται ιδιαίτερα προγνωστική για την ανθεκτικότητα στην κατάθλιψη στο πλαίσιο της παιδικής κακοποίησης και της κατάθλιψης της μητέρας.⁵²

Ωστόσο, οι παράγοντες που ενισχύουν την ανθεκτικότητα στην κατάθλιψη ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των διαφόρων ομάδων παιδιών και μεταξύ των διαφορετικών συνθηκών κινδύνου, πράγμα που σημαίνει ότι οι στρατηγικές πρόληψης θα χρειαστεί πιθανώς να προσαρμοστούν προσεκτικά για το μέγιστο όφελος.⁵⁰ Επίσης, οι μελέτες τείνουν να επικεντρώνονται σε συσχετισμούς ανθεκτικότητας, και οι υποκείμενοι μηχανισμοί παραμένουν ελάχιστα κατανοητοί.

Ανίχνευση και διάγνωση

Απαιτείται μια διαγνωστική προσέγγιση όταν πρέπει να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία των εφήβων με κατάθλιψη. Αυτή η προσέγγιση επιτρέπει στους κλινικούς γιατρούς να εφαρμόζουν στοιχεία από τις δοκιμές θεραπείας, να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με το λόγο κινδύνου-οφέλους για φάρμακα και να εξορθολογούν την παραπομπή σε δαπανηρούς ειδικούς πόρους (αν υπάρχουν). Η κατάθλιψη μπορεί επίσης να θεωρηθεί ότι βρίσκεται κατά μήκος ενός συνεχούς.⁵³ Η κατάθλιψη στην οποία οι έφηβοι έχουν υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων που δεν πληρούν το διαγνωστικό όριο για καταθλιπτική διαταραχή προβλέπει την ταυτόχρονη εξασθένηση και τον μελλοντικό κίνδυνο. Διαμήκεις μελέτες εφήβων με υποσύνδρομο κατάθλιψης δείχνουν ότι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μεταγενέστερης καταθλιπτικής διαταραχής.⁵⁴ Έτσι, υπάρχουν σημαντικοί λόγοι για να δοθεί προσοχή στην υπο-συνδρομική κατάθλιψη και να στοχεύσουμε τα άτομα με αυτά τα συμπτώματα για την πρόληψη, τις στρατηγικές παρέμβασης χαμηλού κινδύνου και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής.⁵⁵

Δεδομένου ότι η κατάθλιψη δεν έχει διαγνωστεί, οι επαγγελματίες που φροντίζουν τους εφήβους πρέπει να γνωρίζουν τη δυνατότητα αυτής της διάγνωσης, ιδιαίτερα σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Ο ΠΟΥ έχει ξεκινήσει μια σημαντική πρωτοβουλία για τη βελτίωση της παγκόσμιας διάγνωσης και διαχείρισης ορισμένων βασικών συνθηκών και έχει εντοπίσει μια στρατηγική για τη διαλογή και τη διαχείριση της κατάθλιψης.⁵⁶ Συνιστάται η στοχοθετημένη διαλογή των ατόμων υψηλού κινδύνου και όχι η καθολική εξέταση του γενικού

πληθυσμού,⁵⁷ αλλά η αξία της ανίχνευσης σε διαφορετικές ρυθμίσεις δεν έχει ακόμη αξιολογηθεί κριτικά.

Τα ερωτηματολόγια παρέχουν μια οικονομική και γρήγορη μέθοδο ανίχνευσης. Το ερωτηματολόγιο υγείας δύο ασθενών (PHQ-2)⁵⁸ είναι ένα σύντομο μέτρο που χρησιμοποιείται ευρέως για την εξέταση της κατάθλιψης σε ενήλικες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και μελέτες έχουν δείξει ότι λειτουργεί καλά και για τους εφήβους.⁵⁹

Το πλήρες ερωτηματολόγιο για τη δύναμη και τις δυσκολίες των 25 θέσεων (SDQ) παρέχει επιπρόσθετες οθόνες για τη διαταραχή υπερκινητικότητας της προσοχής (ADHD) και τα συμπτώματα διαταραχής συμπεριφοράς.⁶⁰ Άλλα μέτρα επικεντρώνονται αποκλειστικά στην κατάθλιψη και περιλαμβάνουν το σύντομο ερωτηματολόγιο διάθεσης και συναισθημάτων⁶¹ και το απόθεμα κατάθλιψης των παιδιών. Αυτά τα ερωτηματολόγια μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως πρόσθετη οθόνη σε εφήβους εάν υπάρχει κάποια αβεβαιότητα σχετικά με την αξιοπιστία των απαντήσεων στα ερωτηματολόγια PHQ-2 ή SDQ και ως συμπλήρωμα στην παρακολούθηση της αλλαγής.

Η Απογραφή Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory BDI, BDI-1A, BDI-II), δημιουργήθηκε από τον Aaron T. Beck και αποτελείται από 21 ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών απογραφής αυτό-έκθεσης. Πρόκειται για ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα όργανα μέτρησης της σοβαρότητας της κατάθλιψης.⁶²

Στη σημερινή του μορφή το ερωτηματολόγιο έχει σχεδιαστεί για άτομα ηλικίας 13 ετών και άνω, και αποτελείται από στοιχεία που σχετίζονται με τα συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως η απελπισία και η ευερεθιστότητα, με γνωστικά συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως ενοχές ή αισθήματα που τιμωρούνται, καθώς και με σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως κόπωση, απώλεια βάρους, και έλλειψη ενδιαφέροντος για σεξ.

Υπάρχουν τρεις εκδόσεις του BDI-το πρωτότυπο BDI, δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά το 1961 και στη συνέχεια αναθεωρήθηκε το 1978 ως BDI-1A, και το BDI-II, που δημοσιεύθηκε το 1996.

Το πρωτότυπο BDI, αποτελούνταν από είκοσι μία ερωτήσεις σχετικά με το πώς γίνεται αισθητή η κατάθλιψη την τελευταία εβδομάδα. Κάθε ερώτηση έχει ένα σύνολο από τουλάχιστον τέσσερις πιθανές επιλογές, που κυμαίνονται σε ένταση. Για παράδειγμα:

- (0) Δεν αισθάνομαι λυπημένος
- (1) Αισθάνομαι λυπημένος.
- (2) Είμαι λυπημένος όλη την ώρα και δεν μπορώ να το ξεπεράσω
- (3) Είμαι τόσο λυπημένος ή δυσαρεστημένος που δεν μπορώ να το αντέξω.

Όταν ολοκληρωθεί η απάντηση του ερωτηματολογίου, μια τιμή από το 0 έως το 3 καθορίζεται για κάθε απάντηση και, στη συνέχεια, η συνολική βαθμολογία καθορίζει τη σοβαρότητα της κατάθλιψης. Συγκεκριμένα:

Από 0-9: σημαίνει την ελάχιστη κατάθλιψη

Από 10-18: σημαίνει ήπια κατάθλιψη

Από 19-29: σημαίνει μέτρια κατάθλιψη

Από 30-63: σημαίνει σοβαρή κατάθλιψη.

Ανώτατη συνολικά βαθμολογία φανερώνουν πιο σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης.

Όπως και το BDI, το BDI-II αποτελείται επίσης από 21 ερωτήσεις. Κάθε απάντηση βαθμολογείται σε μια κλίμακα αξίας από το 0 έως το 3.

Από 0-13: σημαίνει ελάχιστη κατάθλιψη

Από 14-19: σημαίνει ήπια κατάθλιψη

Από 20-28: σημαίνει μέτρια κατάθλιψη

Από 29-63: σημαίνει σοβαρή κατάθλιψη.

Τέλος το BDI χρησιμοποιήθηκε ως μοντέλο για την ανάπτυξη του παιδικού Depression Inventory (CDI), το οποίο δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά το 1979 από την κλινική ψυχολόγο Maria Kovacs.⁶³

Η γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης (Geriatric Depression Scale GDS) αποτελεί μια αυτοδιοικούμενη κλίμακα, που χρησιμοποιείται όμως για τους ηλικιωμένους ασθενείς και για ασθενείς με ήπια έως μέτρια άνοια. Αντί να παρουσιάσει ένα σύνολο απαντήσεων σε πέντε κατηγορίες, τα ερωτήματα της γηριατρικής κλίμακας κατάθλιψης απαντούνται με ένα απλό «ναι» ή «όχι».^{64,65}

Η «Αυτό-Αξιολογούμενη Κλίμακα Κατάθλιψης Zung»⁶⁶ είναι παρόμοια με τη γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης δεδομένου ότι οι απαντήσεις είναι ήδη διαμορφωμένες. Η «Αυτό-Αξιολογούμενη Κλίμακα Κατάθλιψης Zung»⁶⁶ σχεδιάστηκε από τον ψυχίατρο William WK Zung του Πανεπιστημίου Duke προκειμένου να αξιολογηθεί το επίπεδο κατάθλιψης για ασθενείς με καταθλιπτική διαταραχή.

Συγκεκριμένα, η Αυτό-Αξιολογούμενη Κλίμακα Κατάθλιψης Zung σχεδιάστηκε για την αξιολόγηση της κατάθλιψης σε ασθενείς των οποίων η κύρια διάγνωση ήταν μια καταθλιπτική διαταραχή. Η κλίμακα περιλαμβάνει όλα τα συμπτώματα της ασθένειας, είναι σύντομη και απλή, ποσοτικοποιείται και είναι αυτοδιοικούμενη αναφερόμενη στις ανταποκρίσεις του εκάστοτε ασθενούς κατά τη στιγμή που λαμβάνεται η κλίμακα

Στην Αυτό-Αξιολογούμενη Κλίμακα Κατάθλιψης Zung, υπάρχουν 20 προτάσεις: δέκα θετικά διατυπωμένες και δέκα αρνητικά διατυπωμένες, οι οποίες αξιολογούν συναισθηματικά, σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα που σχετίζονται με την κατάθλιψη.

Κάθε πρόταση βαθμολογείται σε μια κλίμακα από 1 έως 4 βασιζόμενη σε τέσσερις πιθανές απαντήσεις: «λίγο», «καμιά φορά», «αρκετές φορές», και «τις περισσότερες φορές».⁶⁶

Η Αυτό-Αξιολογούμενη Κλίμακα Κατάθλιψης Zung, συνήθως διαρκεί λιγότερο από 5 λεπτά για να ολοκληρωθεί, ανάλογα με τη λειτουργική κατάσταση του ασθενούς. Απαιτεί ένα επίπεδο ανάγνωσης περίπου της Στ' τάξης ενώ κάποιες εκδόσεις είναι με μικρά γράμματα και για το λόγο αυτό πρέπει να εξετάζεται από πριν η χρήση της σε ασθενείς με ορισμένους τύπους βλαβών.

Οι βαθμολογίες χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες:

20-44 Φυσιολογικές Τιμές

45-59 Λίγο πιεσμένοι

60-69 Μέτρια πιεσμένοι

70 και άνω Σοβαρά καταθλιπτικοί

Το Ερωτηματολόγιο Υγείας των ασθενών (Patient Health Questionnaire - PHQ), αποτελεί μια αυτό-αναφερόμενη κλίμακα αξιολόγησης της κατάθλιψης. Το Ερωτηματολόγιο Υγείας των ασθενών -9 (Patient Health Questionnaire-9 - PHQ-9) είναι μια αυτό-αναφερόμενη κλίμακα αξιολόγησης της κατάθλιψης, που αποτελείται από 9 ερωτήσεις που έχουν εκδοθεί από την Αξιολόγηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας των Ψυχικών Διαταραχών.⁶⁷ Το Ερωτηματολόγιο Υγείας των ασθενών -2 (Patient Health Questionnaire-2 - PHQ-2) είναι μια μικρότερη έκδοση του PHQ-9, με δύο ερωτήσεις εξέτασης για την αξιολόγηση της παρουσίας καταθλιπτικής διάθεσης και απώλειας ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε δραστηριότητες ρουτίνας. Μια θετική απάντηση σε κάθε ερώτηση δείχνει ότι απαιτούνται περαιτέρω εξετάσεις.⁶⁸

Τα παραπάνω εργαλεία συμπληρώνονται από τους ίδιους τους ασθενείς. Υπάρχουν και κάποια εργαλεία μέτρησης της κατάθλιψης τα οποία απαντώνται μόνο από ερευνητές. Συγκεκριμένα η Κλίμακα Βαθμολόγησης Κατάθλιψης του Hamilton περιλαμβάνει 21 ερωτήσεις, οι οποίες έχουν 3 έως 5 πιθανές απαντήσεις αυξανόμενες σε βαρύτητα.^{69,70} Ο κλινικός ιατρός πρέπει να επιλέξει τις πιθανές απαντήσεις σε κάθε ερώτηση με συνέντευξη του ασθενή και παρατηρώντας τα συμπτώματα του ασθενούς .

Άλλη κλίμακα αξιολόγησης της κατάθλιψης είναι του Montgomery-Asberg η οποία αποτελείται από δέκα στοιχεία που πρέπει να συμπληρωθούν από τους ερευνητές για την αξιολόγηση των επιπτώσεων της φαρμακευτικής θεραπείας της κατάθλιψης.⁷¹

Άλλη κλίμακα είναι η κλίμακα Αξιολόγησης Κατάθλιψης του Raskin, η οποία βαθμολογεί τη βαρύτητα των συμπτωμάτων των ασθενών σε τρεις τομείς: προφορικές αναφορές, συμπεριφορά, και δευτερογενή συμπτώματα κατάθλιψης.⁷²

Για άτομα που βαθμολογούνται πάνω από τις βαθμολογίες αποκοπής, θα πρέπει να πραγματοποιηθεί πλήρης κλινική αξιολόγηση για την αξιόπιστη διάγνωση της κατάθλιψης. Αυτή η αξιολόγηση συνίσταται σε ευαίσθητη, ενσυναισθητική αμφισβήτηση σχετικά με τα συμπτώματα της κατάθλιψης, τη διάρκεια, τη σοβαρότητα και οποιαδήποτε σχετική βλάβη μέσω μιας άμεσης συνέντευξης με τον έφηβο. Μπορεί να χρειαστεί να υποβληθούν σε συνέντευξη χωριστά από τους συνοδούς ενηλίκους. Οι πληροφορίες που παρέχονται από έναν γονέα ή κηδεμόνα είναι σημαντικές επειδή οι διαγνώσεις που βασίζονται σε διάφορους πληροφοριοδότες δείχνουν μεγαλύτερη αξιοπιστία και εγκυρότητα.⁷³ Πρέπει να αξιολογηθεί ο κίνδυνος αυτοκτονίας και ο τρόπος λειτουργίας των εφήβων στο σπίτι και το σχολείο. Πιθανές προειδοποιητικές ενδείξεις περιλαμβάνουν τη μείωση του ακαδημαϊκού επιτεύγματος ή τη συμμετοχή σε δραστηριότητες αναψυχής, τις αλλαγές στις σχέσεις ομότιμων και οικογενειακών σχέσεων και την κοινωνική απόσυρση. Η καλύτερη στρατηγική για κλινική αξιολόγηση από μη ειδικούς δεν έχει ακόμη καθοριστεί. Τα προγράμματα κατάρτισης για τη βελτίωση της ανίχνευσης και της διάγνωσης της κατάθλιψης δεν έχουν αποδειχθεί επιτυχημένα. Μια εναλλακτική στρατηγική θα ήταν να εκτιμηθεί η χρήση τυποποιημένων διαρθρωμένων διαγνωστικών συνεντεύξεων, όπως η ελεύθερη διαθέσιμη αξιολόγηση της εξέλιξης και της ευημερίας

Διαφορικές διαγνώσεις και συννοσηρότητες

Δύο διαγνώσεις σε συστήματα ταξινόμησης που χαρακτηρίζονται από εμφανή καταθλιπτικά συμπτώματα και σχετική βλάβη αλλά δεν πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης είναι η διαταραχή προσαρμογής και η δυσθυμική διαταραχή. Η έρευνα σχετικά με την εγκυρότητα και τη θεραπεία αυτών των διαταραχών είναι αραιή. Η διαταραχή προσαρμογής είναι βραχύβια, εμφανίζεται εντός 3 μηνών από την έναρξη ενός στρεσογόνου παράγοντα και δεν διαρκεί περισσότερο από 6 μήνες μετά την αντοχή του στρες. Η δυσθυμική διαταραχή περιγράφει ένα πρότυπο χρόνιων συμπτωμάτων κατάθλιψης που εμφανίζονται τις περισσότερες φορές στις περισσότερες ημέρες, με ελάχιστη διάρκεια 1 έτους για τα παιδιά και τους εφήβους. Μερικές φορές τα άτομα με δυσθυμική διαταραχή έχουν επικάλυψη επεισοδίων μεγάλης κατάθλιψης στα συνηθισμένα συμπτώματά τους.

Αν και η διπολική διαταραχή και η σχιζοφρένεια είναι πολύ λιγότερο συχνή στους εφήβους από ό, τι η μονοπολική κατάθλιψη⁷⁴ (ο επιπολασμός είναι $<0 \cdot 1-1\%$ και για τους δύο), είναι σημαντικές διαφορικές διαγνώσεις που πρέπει να είναι γνωστές. Και οι δύο διαταραχές μπορούν να προηγηθούν ή να συνοδεύονται από κατάθλιψη ή συμπτώματα κατάθλιψης, αλλά έχουν άλλα βασικά χαρακτηριστικά - όπως επεισοδιακή διέγερση ή ευερέθιστη διάθεση ή ενισχυμένη ενέργεια στη διπολική διαταραχή - που δεν εμφανίζονται στη μείζονα κατάθλιψη. Η θεραπεία είναι πολύ διαφορετική για τις τρεις διαταραχές. Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή μπορούν επίσης να παρουσιάσουν, όπως οι ασθενείς με κατάθλιψη, διέγερση και ευερεθιστότητα. Η χρόνια μη-επεισοδιακή ευερεθιστότητα, η οποία αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό ενός πρόσφατα καθορισμένου συνδρόμου σοβαρής δυσλειτουργίας διάθεσης, δεν είναι η ίδια με τη διπολική διαταραχή, αλλά φαίνεται να είναι ισχυρός προγνωστικός παράγοντας της μελλοντικής κατάθλιψης.⁷⁵

Τα δύο τρίτα των εφήβων με κατάθλιψη έχουν τουλάχιστον μια συνοδή ψυχιατρική διαταραχή και το 10-15% έχουν δύο ή περισσότερες συννοσηρότητες.⁷⁶ Οι έφηβοι με κατάθλιψη είναι έξι έως δώδεκα φορές πιο πιθανό να έχουν άγχος, τέσσερις έως 11 φορές πιο πιθανό να έχουν αποδιοργανωτική διαταραχή συμπεριφοράς και τρεις έως έξι φορές πιο πιθανό να έχουν πρόβλημα κατάχρησης ουσιών από τους εφήβους που δεν είναι καταθλιπτικοί.⁷⁷ Για παράδειγμα, σχεδόν το 20% των εφήβων με κατάθλιψη ικανοποιούν επίσης διαγνωστικά κριτήρια για γενικευμένη διαταραχή άγχους.⁷⁸ Η κατάθλιψη μπορεί

επίσης να περιπλέξει τις διατροφικές διαταραχές, τις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος και την ΔΕΠ-Υ.

Η συννοσηρότητα είναι ιδιαίτερα αυξημένη στους εφήβους με σοβαρή κατάθλιψη, και προβλέπει σοβαρή βλάβη, κακή μακροπρόθεσμη έκβαση⁷⁸ και περιπλέκει τη θεραπεία.⁸⁰ Το υψηλό επίπεδο συννοσηρότητας μπορεί να εξηγηθεί εν μέρει από κοινούς παράγοντες κινδύνου για πολλαπλές διαταραχές, αλλά μπορεί επίσης να προκύψει εάν οι συννοσηρές διαταραχές είναι κίνδυνοι ή συνέπειες της κατάθλιψης. Όταν ένας ασθενής με καταθλιπτική διαταραχή έχει επίσης μια άλλη ψυχιατρική διαταραχή, η κατάθλιψη πρέπει να αντιμετωπίζεται από μόνη της, με την προϋπόθεση ότι θα χρειαστούν πρόσθετες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης συννοσηρότητας. Οι ασθενείς με ιατρικές ασθένειες όπως ο διαβήτης ή το HIV / AIDS μπορεί να έχουν συνωστιστική κατάθλιψη. Η αξία της διάκρισης μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας κατάθλιψης στο πλαίσιο μιας άλλης διαταραχής δεν είναι ξεκάθαρη, διότι υπάρχουν ολόένα και περισσότερες ενδείξεις ότι η σχέση ανάμεσα στην ιατρική ασθένεια και την κατάθλιψη είναι συχνά αμφίδρομη, και η αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι ακόμη απαραίτητη. Ο βαθμός στον οποίο διάφορες συννοσηρότητες μπορεί να σχετίζονται με την ετερογένεια στην αιτία, την πρόγνωση και τη θεραπεία παραμένει ασαφής.

Θεραπεία

Τα δεδομένα θεραπείας σε εφήβους έχουν αναθεωρηθεί.⁸¹ Τρία σημαντικά θέματα επισημαίνονται. Πρώτον, οι επιλογές θεραπείας δεν είναι οι ίδιες στους εφήβους και στους ενήλικες. Δεύτερον, η καλύτερη πρακτική θεραπείας είναι αμφιλεγόμενη, διότι η αποδεκτή πρακτική και οι κλινικές οδηγίες ποικίλλουν σε διάφορες χώρες και λόγω ανησυχιών σχετικά με τη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων σε ασθενείς ηλικίας κάτω των 18 ετών, με ορισμένες συστάσεις που βασίζονται στη συναίνεση και όχι σε αποδεικτικά στοιχεία. Τρίτον, τα στοιχεία σχετίζονται με τη βραχυπρόθεσμη αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών θεραπειών και των φαρμάκων. Τα στοιχεία για τα μακροπρόθεσμα οφέλη της θεραπείας σε ποσοστά υποτροπής και για την αποτελεσματικότητα των μη εξειδικευμένων παρεμβάσεων είναι σπάνια.

Ο Freud θεωρούσε ότι ένας πελάτης μπορεί να αναπτύξει ισχυρά θετικά ή αρνητικά συναισθήματα απέναντι στον θεραπευτή του, μια διαδικασία που είναι γνωστή ως μεταβίβαση. Η θετική μεταβίβαση μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ο πελάτης να αναπτύξει εξάρτηση προς τον θεραπευτή ή και να τον ερωτευτεί. Η αρνητική μεταβίβαση συνδέεται με αισθήματα δυσαρέσκειας και θυμού. Σύμφωνα με τον Freud, αυτά αντανakλούν τα συναισθήματα που είχε ο θεραπευόμενος για σημαντικά πρόσωπα στη ζωή του. Για παράδειγμα, αν ο πελάτης ερωτευτεί τον θεραπευτή του, αυτό μπορεί να σημαίνει ότι δεν κατόρθωσε να επιλύσει κάποια οιδιπόδεια σύγκρουση. Ο Freud χρησιμοποιούσε τη διαδικασία της μεταβίβασης με δύο τρόπους: πρώτον, ως διαγνωστική διαδικασία και, δεύτερον, ως μέσο για την επίλυση προηγούμενων συγκρούσεων «δουλεύοντας» τη μεταβίβαση. Υποστήριξε ότι μετά την απόκτηση επίγνωσης το άτομο μπορεί να χρειάζεται να επιλύσει επίσης τα ζητήματα που προκύπτουν από την ίδια την κατανόηση του τραύματος. Με μια διαδικασία γνωστή ως κάθαρση, ο πελάτης ενθαρρύνεται να εκφράσει τα συναισθήματα που μέχρι πρότινος ήταν ανεσταλμένα από τους μηχανισμούς άμυνας.⁸²

Η χρονική διάρκεια της κλασικής ψυχανάλυσης ήταν εξαιρετικά μεγάλη. Ο Freud προτιμούσε να βλέπει τους πελάτες έξι φορές την εβδομάδα, ενώ ακόμη και τις «ελαφριές» περιπτώσεις τις έβλεπε τρεις φορές την εβδομάδα. Επιπλέον, επειδή η ψυχανάλυση χρησιμοποιούσε τον ελεύθερο συνειρμό για την επίγνωση των προβλημάτων, και επειδή μπορεί να περνούσαν εβδομάδες ή ακόμη και μήνες μέχρι να επιτευχθεί σημαντική ενόραση, η ανάλυση διαρκούσε συνήθως χρόνια.

Οι πιο πρόσφατες εκδοχές της ψυχανάλυσης είναι πιο βραχείες. Διεξάγονται σε τρεις ευδιάκριτες φάσεις: εισαγωγική φάση, ενεργητική φάση και λήξη. Η εισαγωγική φάση συνίσταται στη δημιουργία, την ανάπτυξη θεραπευτικής συμμαχίας και την προετοιμασία του πελάτη για τη θεραπεία. Στην ενεργητική φάση ο θεραπευτής καθορίζει την πορεία της θεραπείας και τα θέματα που θα εξεταστούν σε αυτήν. Στις στρατηγικές που χρησιμοποιεί περιλαμβάνονται η ερμηνεία των τωρινών συναισθημάτων του πελάτη με βάση τις εμπειρίες του παρελθόντος καθώς και η εκμείωση των συναισθημάτων που βίωσε τη στιγμή του τραύματος. Το ζήτημα της μεταβίβασης περιορίζεται σκόπιμα στο ελάχιστο, αποτρέποντας, για παράδειγμα, την εξάρτηση του πελάτη από τον θεραπευτή. Η λήξη της θεραπείας είναι μια διαδικασία διαπραγμάτευσης, κατά την οποία συζητούνται και αντιμετωπίζονται θέματα απώλειας και αποχωρισμού. Δεν

προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι οι περισσότεροι άνθρωποι που κάνουν ψυχανάλυση τη βρίσκουν μια χρήσιμη εμπειρία.⁸³

Ανθρωπιστική θεραπεία

Κατά τα πρώτα χρόνια της θεραπευτικής του ενασχόλησης ο Rogers περιέγραφε την προσέγγισή του ως μη κατευθυντική. Υποστήριζε ότι ο ρόλος του θεραπευτή είναι να βοηθήσει το άτομο να διερευνήσει τα θέματα που σχετίζονται με το ίδιο και την ανάπτυξή του. Η ισότιμη σχέση μεταξύ θεραπευτή και πελάτη δίνει στον δεύτερο την ευκαιρία να διατηρεί τον έλεγχο των υπό διερεύνηση θεμάτων. Ωστόσο, μια προσεκτική ανάλυση των καταγεγραμμένων πρακτικών της θεραπείας από τον Truax (1966) έδειξε ότι, αντί ο θεραπευτής να ενεργεί ως ουδέτερος «διευκολυντής», ενθάρρυνε ασυνείδητα τις δηλώσεις του πελάτη που φανέρωναν την πρόοδό του και αγνοούσε εκείνες που ήταν λιγότερο θετικές. Ο Rogers παραδέχτηκε ότι είναι αδύνατον ο θεραπευτής να είναι απόλυτα ουδέτερος και εγκατέλειψε τον όρο «μη κατευθυντική». Συνέχισε όμως να τονίζει ότι η θεραπεία οφείλει να εστιάζεται στην ανάπτυξη του ατόμου και όχι στις ερμηνείες ή στις πράξεις του θεραπευτή. Επέλεξε σκόπιμα τον όρο πελατοκεντρική θεραπεία (αργότερα την ονόμασε «προσωποκεντρική») για να δείξει την αντίθεσή του στην ιατροποίηση και την ιεραρχική δομή της θεραπείας που υποδηλώνει η χρήση του όρου «ασθενής» από τους ψυχαναλυτές.⁸⁴

Η αυθεντικότητα σημαίνει ότι ο θεραπευτής μοιράζεται τα συναισθήματά του ή παρέχει ανατροφοδότηση στον πελάτη για το πώς αισθάνεται ακούγοντας όσα εκείνος του λέει. Αυτή η ανατροφοδότηση μπορεί να είναι είτε θετική είτε αρνητική και δείχνει ότι ο θεραπευτής είναι άνθρωπος και έχει ανθρώπινα συναισθήματα. Μπορεί να περιλαμβάνει εκφράσεις θλίψης, ακόμη και θυμού ως αντίδραση στις ιστορίες του πελάτη. Η ενσυναίσθηση σημαίνει ότι ο θεραπευτής κατανοεί την κατάσταση, τα προβλήματα, τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του πελάτη με τον τρόπο που τα βλέπει ο ίδιος, και δείχνει στον πελάτη ότι ο θεραπευτής έχει κατακτήσει αυτό το επίπεδο κατανόησης. Η πιο συχνή μέθοδος επίτευξης αυτής της κατανόησης είναι μια διαδικασία κατά την οποία ο θεραπευτής «αντανακλά» στον πελάτη την κατανόησή του για την οπτική του δεύτερου. Το τελευταίο συστατικό της θεραπευτικής σχέσης είναι η έλλειψη επικρίσεων και η αποφυγή

επανάληψης παλαιότερων εμπειριών, μιας υπό όρους αποδοχής, από την πλευρά του θεραπευτή στον πελάτη.⁸⁵

Ο Rogers υποστήριξε ότι τα τρία αυτά χαρακτηριστικά του θεραπευτή μπορούν να διευκολύνουν τη μετατόπιση από τα εξωτερικώς επιβαλλόμενα κριτήρια των άλλων στην αναγνώριση και στη στροφή του ατόμου προς την αυτοπραγμάτωση. Η επίτευξη αυτού του στόχου θεωρείται ότι ακολουθεί μια σειρά επτά σταδίων. Σε αυτά τα στάδια ο πελάτης:⁸⁶

1. Αδυνατεί να αναγνωρίσει συναισθήματα και θεωρεί τις προσωπικές σχέσεις επικίνδυνες.

2. Είναι σε θέση να περιγράψει τη συμπεριφορά του, αλλά σπάνια τα συναισθήματά του, των οποίων δεν έχει επίγνωση.

3. Μπορεί να αρχίσει να περιγράφει τις συναισθηματικές του αντιδράσεις σε γεγονότα του παρελθόντος και να αναγνωρίζει τις αντιφάσεις στις εμπειρίες του.

4. Αποκτά επίγνωση για τα τωρινά συναισθήματά του, αλλά δυσκολεύεται να τα αντιμετωπίσει.

5. Αρχίζει να εξερευνά την εσωτερική του ζωή με πιο ουσιαστικό και συναισθηματικό τρόπο.

6. Είναι σε θέση να βιώσει πλήρως τα συναισθήματά του ενώ μιλά για γεγονότα του παρελθόντος.

7. Αναπτύσσει βασική εμπιστοσύνη στις δικές του εσωτερικές διεργασίες, κατ' αυτό τον τρόπο τα συναισθήματά του βιώνονται με αμεσότητα και ένταση.

Οι ενέργειες του θεραπευτή διευκολύνουν καθεμιά από αυτές τις διεργασίες. Η ενσυναισθητική ανατροφοδότηση ενθαρρύνει και επικυρώνει τη διερεύνηση και έκφραση των προσωπικών συναισθημάτων του πελάτη και του νοήματος των δηλώσεων που κάνει στο πλαίσιο της θεραπείας. Η αποδοχή και η αυθεντικότητα ενθαρρύνουν την ανάπτυξη της εμπιστοσύνης στον εαυτό και την αυξημένη ανάληψη κινδύνων στην έκφραση παλαιότερα ανεσταλμένων σκέψεων ή συναισθημάτων.⁸⁶

Οικογενειακή Θεραπευτική

Η μέθοδος προσέγγισης της οικογένειας, που εφαρμόζεται στο Ανοικτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο, είναι η Ομαδικοαναλυτική Οικογενειακή Θεραπεία, η οποία, ωστόσο, έχει σαφώς επηρεαστεί και από άλλες θεωρητικές προσεγγίσεις,

όπως από τη θεωρία των Συστημάτων, τη σχολή του Μιλάνου, του Palo Alto, του Minuchin και άλλες. Περιλαμβάνει τα εξής χαρακτηριστικά : ⁸⁷

Οι θεραπευτές ακούν και παρατηρούν, σε μία ελευθέρως ρέουσα συζήτηση, όχι μόνον το κάθε άτομο ξεχωριστά, αλλά και την οικογένεια ως σύνολο, προσπαθώντας να συνδέσουν και να κατανοήσουν τις στάσεις, τη συμπεριφορά και το ρόλο του ενός μέλους σε σχέση με το άλλο. Η ψυχολογική δομή του ατόμου και της οικογένειάς του θεωρούνται ομόλογες και ομοιομορφικές και, έτσι, κάθε αλλαγή που γίνεται στο ένα μέλος της αυτόματα προκαλεί αλλαγές και στα υπόλοιπα μέλη, εφ' όσον τα μέρη του συστήματος κρατούν επαφή.

Το βασικό τους έργο συνίσταται στη διευκόλυνση της ανάδυσης και επικράτησης του εγγενούς υγιούς και αναπτυξιακού δυναμικού της οικογένειας, καθώς και στη δημιουργία ευνοϊκών συνθηκών, ώστε να μπορούν τα μέλη της να λειτουργούν πιο αποτελεσματικά. Η οικογένεια, όπως και κάθε ομάδα, έχει εγγενείς δυνατότητες για δημιουργική επικοινωνία και διευκόλυνση της ανάπτυξης των μελών της, δηλαδή ευόδωσης των αλλαγών στα μέλη της. Έχει όμως και δυνατότητες για δημιουργία σύγχυσης και επιβράδυνσης της ανάπτυξης. Επιπλέον, θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε, σύμφωνα με την ομαδικοαναλυτική προσέγγιση, ότι οι οικογένειες που εμφανίζουν ομοιογένεια της παθολογίας αποτελούν κακής σύνθεσης ομάδες.⁸⁷

Ο ρόλος του θεραπευτή ή των θεραπευτών στην ομαδικοαναλυτική οικογενειακή θεραπεία έχει πολλά κοινά μ' αυτά του ρόλου του θεραπευτή σε μία Αναλυτική Ομάδα, όπου εκεί, κατά τον Foulkes, ο θεραπευτής δεν βρίσκεται στην ομάδα για να την καθοδηγήσει, αλλά, κυρίως, για να την εμπιστευθεί. Παρόμοια είναι η στάση των θεραπευτών στην ομαδικοαναλυτικού τύπου Οικογενειακή Θεραπεία, όπου είναι απαραίτητο οι θεραπευτές να μπορούν να εμπιστεύονται τις δυναμικά θεραπευτικές δυνατότητες της οικογένειας. Ωστόσο, λόγω των ιδιομορφιών της οικογενειακής ομάδας, οι θεραπευτές, συχνά, χρειάζεται να είναι περισσότερο κατευθυντικοί ή να διαφυλάττουν με προσοχή τα όρια και τους κανόνες λειτουργίας των συνεδριών.

Τα συνηθέστερα θέματα δυναμικής της οικογένειας που αναδύονται προς επεξεργασία, κατά τις συνεδρίες, αφορούν:⁸⁷

στην επεξεργασία της συμβιωτικής σχέσης του σχιζοφρενή ασθενή, συνήθως, μ' έναν εκ των δύο γονέων, καθώς και στην ανάπτυξη της προσωπικής διαφοροποίησης όλων των μελών της οικογένειας,

στην κατάθλιψη, που, συνήθως, επακολουθεί της απίσχνανσης της συμβιωτικής σχέσης του ασθενούς με τον ένα γονέα,

στην ανάπτυξη της προσωπικής ταυτότητας του κάθε μέλους της οικογένειας και στη συνεπαγόμενη, αρχικώς τουλάχιστον, αίσθηση απομάκρυνσης ή επιθετικότητας του ενός μέλους προς το άλλο,

στην επεξεργασία και ανάπτυξη της σχέσης του γονεϊκού ζεύγους, αυτονομημένης από τα παιδιά, καθώς επίσης και στην ενίσχυση των ορίων μεταξύ των δύο γενεών,

στην ενίσχυση του ρόλου του ενός γονέα, συνήθως του πατέρα, που εμφανίζεται αδύναμος και αποκλεισμένος,

στην εμφάνιση και επεξεργασία των οικογενειακών μύθων,

στην ελεύθερη έκφραση των συναισθημάτων οργής, ματαίωσης, επιθετικότητας ή άλλων αρνητικών συναισθημάτων, που ενυπάρχουν μεταξύ των μελών της οικογένειας και δεν εκφράζονται,

στην ενίσχυση της αποδοχής του ενός από τον άλλο ως διαφοροποιημένου μέλους της οικογένειας, αλλά και ως αυτόνομης προσωπικότητας.

Συνήθως, τα θέματα αυτά προκύπτουν, αντιμετωπίζονται και τυγχάνουν επεξεργασίας εντός των συνεδρίων με την οικογένεια. Ωστόσο, μερικές φορές, εμφανίζεται και η ανάγκη για περαιτέρω θεραπευτική παρέμβαση, όπως π.χ. η παραπομπή για προσωπική ψυχοθεραπεία κάποιου μέλους της οικογένειας, που εμφάνισε ιδιαίτερη συναισθηματική ανάγκη, ή η θεσμοθέτηση, παράλληλα με τις οικογενειακές συναντήσεις, ιδιαίτερων συνεδρίων με, το γονεϊκό ζεύγος, για να διευκολυνθεί η διαφοροποίηση και η αυτονόμησή του από τα παιδιά.

Η θεραπευτική εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπεία του ασθενούς μέλους της αποδεικνύεται πολύτιμη, κατά τη διάρκεια της θεραπείας από την ίδια την οικογένεια, αλλά και σκόπιμη, καθ' όσον: οι συναντήσεις δίδουν την ευκαιρία ηρέμησης της οικογένειας μέσω της δομής που παρέχεται από τη θεραπευτική κατάσταση, η οποία, με τη σειρά της, κατασιγάζει τα συνειδητά αλλά και τα ασυνειδητά συναισθήματα ενοχής, της οικογένειας ως συνόλου, αλλά και κάθε μέλος χωριστά. Ευθύς εξ' αρχής υπογραμμίζεται ότι δεν φταίει κανείς για τη δημιουργηθείσα κατάσταση, ότι δεν είναι καθοριστική η κληρονομικότητα και ότι ο σκοπός της θεραπείας είναι ν' αλλάξει ό,τι πηγε λάθος στο παρελθόν για όλους.

Η οικογένεια έχει την αίσθηση ότι συμμετέχει ενεργά στη θεραπεία του άρρωστου μέλους της, αλλά και ότι διαμορφώνει τις αλλαγές που επέρχονται κάθε

φορά. Έτσι, η αλλαγή του ομοιοστατικού μοντέλου λειτουργίας της οικογένειας, που συνεπάγεται η σταδιακή διαφοροποίηση του αρρώστου μέλους της λόγω της προσωπικής του θεραπείας, επιχειρείται να πραγματοποιείται συνολικά για όλα τα μέλη της οικογένειας, με σκοπό οι αλλαγές να εμφανίζονται λιγότερο απειλητικές για το οικογενειακό σύστημα.

Οι συναντήσεις αυτές πραγματοποιούνται κατά την προσφορότερη περίοδο της οικογένειας στο να συνάψει σχέσεις εμπιστοσύνης με άλλους ανθρώπους έξω απ' αυτήν και μάλιστα με ειδικούς. Η περίοδος κρίσης που περνά η οικογένεια καθιστά τα συνήθως αδιαπέραστα όριά της προς το περιβάλλον περισσότερο διαπερατά. Έτσι, το αδιέξοδο, λόγω του προβλήματος που βιώνει η οικογένεια, την οδηγεί στους ειδικούς και για το λόγο αυτό ωθείται στο να επιτρέψει να εισχωρήσουν εντός της οι θεραπευτές, αλλά συγχρόνως εμπλέκεται και η ίδια στη θεραπευτική διαδικασία, δηλαδή στο να αλλάξει.

Το πλαίσιο επικοινωνίας και ο βαθμός εμπιστοσύνης, που αναπτύσσεται ήδη από την αρχική περίοδο, δίδουν τη δυνατότητα στην οικογένεια να αξιοποιήσει θετικά τους δεσμούς αυτούς σε μία ενδεχόμενη μελλοντική κρίση και να εμβαθύνει επί του τρόπου λειτουργίας της, αντί να καταφύγει σε λύσεις κλειστής νοσηλείας, δηλαδή να επανέλθει στο ήδη γνωστό κλειστό ομοιοστατικό της σύστημα, εξ' αιτίας του αδιεξόδου που πρόσκαιρα αντιμετωπίζει.⁸⁷

Η θεραπευτική εμπλοκή της οικογένειας στην ήδη πολύπλευρη θεραπευτική προσέγγιση των σχιζοφρενών ασθενών φαίνεται να διαδραματίζει απαραίτητο, αλλά και καταλυτικό ρόλο για την ευνοϊκότερη θεραπευτική εξέλιξη των δύσκολων αυτών ασθενών. Από την έως σήμερα εμπειρία στο Ανοικτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο, παρατηρήθηκε ότι η εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπεία των σχιζοφρενών ασθενών είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της παραμονής τους στη θεραπεία κατά 35% περίπου.

Επιπλέον, διαπιστώνεται ότι η εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπεία όχι μόνο συμβάλλει αποφασιστικά στην πολύπλευρη κατανόηση και αντιμετώπιση του προβλήματος των οικογενειών με σχιζοφρενικό μέλος, αλλά και δίνει τη δυνατότητα ν' αποκαλυφθούν τα δυναμικά του οικογενειακού υπερσυστήματος, τα όποια σε μεγάλο βαθμό καθορίζουν τα υποσυστήματα-μέλη του.

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας

Στο σχεδιασμό των νέων μεθόδων της «ψυχιατρικής στην κοινότητα», με όλες τις δυνατές μορφές της, αυτή του εξωτερικού ιατρείου, της μερικής κλινικής παρακολούθησης (κλινικές ημέρας-νύχτας) ή και της πλήρους κλινικής αντιμετώπισης, η παρουσία του ψυχιάτρου, του ψυχολόγου, του νοσηλευτικού προσωπικού και του κοινωνικού λειτουργού καθίσταται απαραίτητη.

Το έργο του ψυχιάτρου προσδιορίζει και την πορεία της κλινικής εργασίας (διάγνωση, θεραπευτική αγωγή, κλπ.), στη διασυνδετική – συμβουλευτική, στην εργασία με την κοινότητα, στην εκπαίδευση της διεπαγγελματικής ομάδας, στη διεξαγωγή διαδικασίας αξιολόγησης της πορείας του ασθενούς σε τακτά χρονικά διαστήματα συνόλου (1-2 φορές τη βδομάδα) στη οποία προΐσταται ο επιστημονικά υπεύθυνος του τμήματος.⁸⁸

Ο ψυχολόγος παίρνει μέρος στην υποδοχή του αιτήματος και ουσιαστικά συμβάλλει στη διαγνωστική και κλινική εργασία (συμβουλευτική, διασυνδετική), τις ατομικές και ομαδικές δραστηριότητες ψυχοθεραπευτικού χαρακτήρα, την αξιολόγηση του συνολικού έργου του τμήματος, την παραγωγή επιστημονικού έργου, τη διεξαγωγή έρευνας, τις δραστηριότητες προαγωγής της ψυχικής υγείας στην κοινότητα.⁸⁹

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελείται από διάφορες αρμοδιότητες και ενέργειες, όπως παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς και παροχή συμβουλευτικού έργου στις οικογένειές τους, οργάνωση, προγραμματισμό, συντονισμό όλων των πτυχών της νοσηλευτικής φροντίδας και των πραγματοποιούμενων θεραπευτικών παρεμβάσεων, άσκηση πρωτοβάθμιας κοινοτικής νοσηλευτικής, κλπ. Το νοσηλευτικό προσωπικό δίκαια χαρακτηρίζεται ως ο άξονας γύρω από τον οποίο επικεντρώνεται το ψυχιατρικό τμήμα, είναι αυτό που λόγω της συνεχούς παρουσίας του, δίνει νόημα, πραγματικό και συμβολικό, στη συνέχεια του θεραπευτικού πλαισίου. Παράλληλα, ένας ακόμη ρόλος των επαγγελματιών στις πτυχές της ψυχικής υγείας είναι ως προς την δημιουργία και ενίσχυση του εθελοντισμού.⁸⁸

Ο κοινωνικός λειτουργός με βάση την κλινική ηθική το οποίο είναι ένα σχετικά νέο παρακλάδι της ηθικής, απευθύνεται σε ηθικά ζητήματα και προβλήματα που προκύπτουν μέσα στα σχετιζόμενα με την φροντίδα του ασθενούς σε διαφορετικές θέσεις, στο χώρο ψυχικής αποκατάστασης, κατ' οίκον ευκολίες, στην κλινική και στο σπίτι.⁹⁰

Συγκεκριμένα, προσφέρει υπηρεσίες με σεβασμό για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και μοναδικότητα για τον πελάτη, ελεύθερη από σκέψεις για κοινωνικό ή οικονομικό status, προσωπικές ιδιότητες, ή την φύση των προβλημάτων υγείας. Ο κοινωνικός λειτουργός προσέχει το δικαίωμα του πελάτη για ησυχία με το να προστατεύει με γνώση πληροφορίες με εμπιστευτική φύση.⁹¹ Ο κοινωνικός λειτουργός δρα έτσι ώστε να προστατεύει τον πελάτη και το κοινό όταν η φροντίδα υγείας και η ασφάλεια επηρεάζονται από ανίκανη, ανήθικη ή παράνομη πρακτική οποιουδήποτε προσώπου.⁹⁰

Αναλαμβάνει ευθύνη και είναι υπόλογος για ξεχωριστές κρίσεις και πράξεις, εξασκεί πληροφορημένη κρίση και χρησιμοποιεί ξεχωριστή ικανότητα και προσόντα σαν κριτήρια στην αναζήτηση συμβουλής και συμμετέχει σε δραστηριότητες που προσφέρουν στην συνέχεια της πορείας την ανάπτυξη της γνώσης του επαγγέλματος . Παράλληλα συμμετέχει στις προσπάθειες του επαγγέλματος στην εφαρμογή και βελτίωση των standards της επιστήμης του, στις προσπάθειες του επαγγέλματος να ιδρύσει και να διατηρήσει τις συνθήκες εργασίας που θα συμβάλουν σε υψηλή ποιότητα φροντίδας. Ο κοινωνικός λειτουργός τέλος συνεργάζεται με μέλη των επαγγελματιών υγείας και άλλους πολίτες στην προαγωγή των προσπαθειών της κοινότητας και του έθνους να αντεπεξέλθουν στις ανάγκες υγείας του κοινού.⁹²

Οι Radovic και συν. (2017) διεξήγαγαν ποιοτική μελέτη προκειμένου να διερευνήσουν τη χρήση των κοινωνικών μέσων σε 23 εφήβους (18 γυναικών, 5 αρσενικών) που είχαν διαγνωστεί με κατάθλιψη ως προς τον τρόπο με τον οποίο η χρήση των κοινωνικών μέσων μπορεί να επηρεάσει και να επηρεαστεί από την ψυχολογική δυσφορία. Οι έφηβοι περιέγραψαν τόσο τη θετική όσο και την αρνητική χρήση των κοινωνικών μέσων. Η θετική χρήση περιελάμβανε αναζήτηση για θετικό περιεχόμενο (δηλ. για διασκέδαση, χιούμορ, δημιουργία περιεχομένου) ή για κοινωνική σύνδεση. Η αρνητική χρήση περιελάμβανε την ανταλλαγή επικίνδυνων συμπεριφορών, την παρενόχληση στον κυβερνοχώρο και την πραγματοποίηση συγκρίσεων με τους άλλους. Οι έφηβοι περιέγραψαν με περισσότερη λεπτομέρεια τρεις τύπους χρήσεων, όπως "υπερσύνδεση" (ανταλλαγή ενημερώσεων με υψηλή συχνότητα ή πάρα πολλές προσωπικές πληροφορίες), "έμμισθη απόσπαση" (ανταλλαγή αρνητικών ενημερώσεων με ένα κοινωνικό δίκτυο) και "θέσεις ενεργοποίησης". Στο πλαίσιο της θεραπείας, αυτοί οι

έφηβοι μετατόπισαν τα πρότυπα χρήσης κοινωνικών μέσων μαζικής ενημέρωσης από αυτά που θεωρούσαν αρνητικά για πιο θετική χρήση.

ΕΙΔΙΚΟΣ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι να εντοπίσει, να επιλέξει και να αξιολογήσει κατάλληλες ερευνητικές μελέτες που αφορούν την κατάθλιψη στην εφηβική ηλικία και παράλληλα να καταγράψει και να αναλύσει τα ευρήματά τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 48 από το σύνολο των 80 σχετικών με το θέμα μελετών που εκπονήθηκαν μετά το 2002, εκτός από 7 μελέτες που ήταν προγενέστερες.

Μεθοδολογία

Στην συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η συστηματική ανασκόπηση της σχετικής με το θέμα βιβλιογραφίας. Το παρακάτω διάγραμμα ροής παρουσιάζει τις μελέτες που βρέθηκαν από τη συστηματική ανασκόπηση:

Με τη συστηματική ανασκόπηση ερευνητικής βιβλιογραφίας συνοψίζεται η γνώση η οποία υπάρχει ήδη, αποσαφηνίζεται το θέμα και ο ερευνητής εμβαθύνει σε αυτό, επιβεβαιώνεται η σπουδαιότητα του θέματος, εντοπίζονται κενά στη βιβλιογραφία και αναζητούνται νέες ερευνητικές κατευθύνσεις. Μετά την αξιολόγηση της ποιότητας των ερευνών επιλέγονται οι κατάλληλες και γίνεται η κριτική ανάλυση των ευρημάτων τους.⁹³

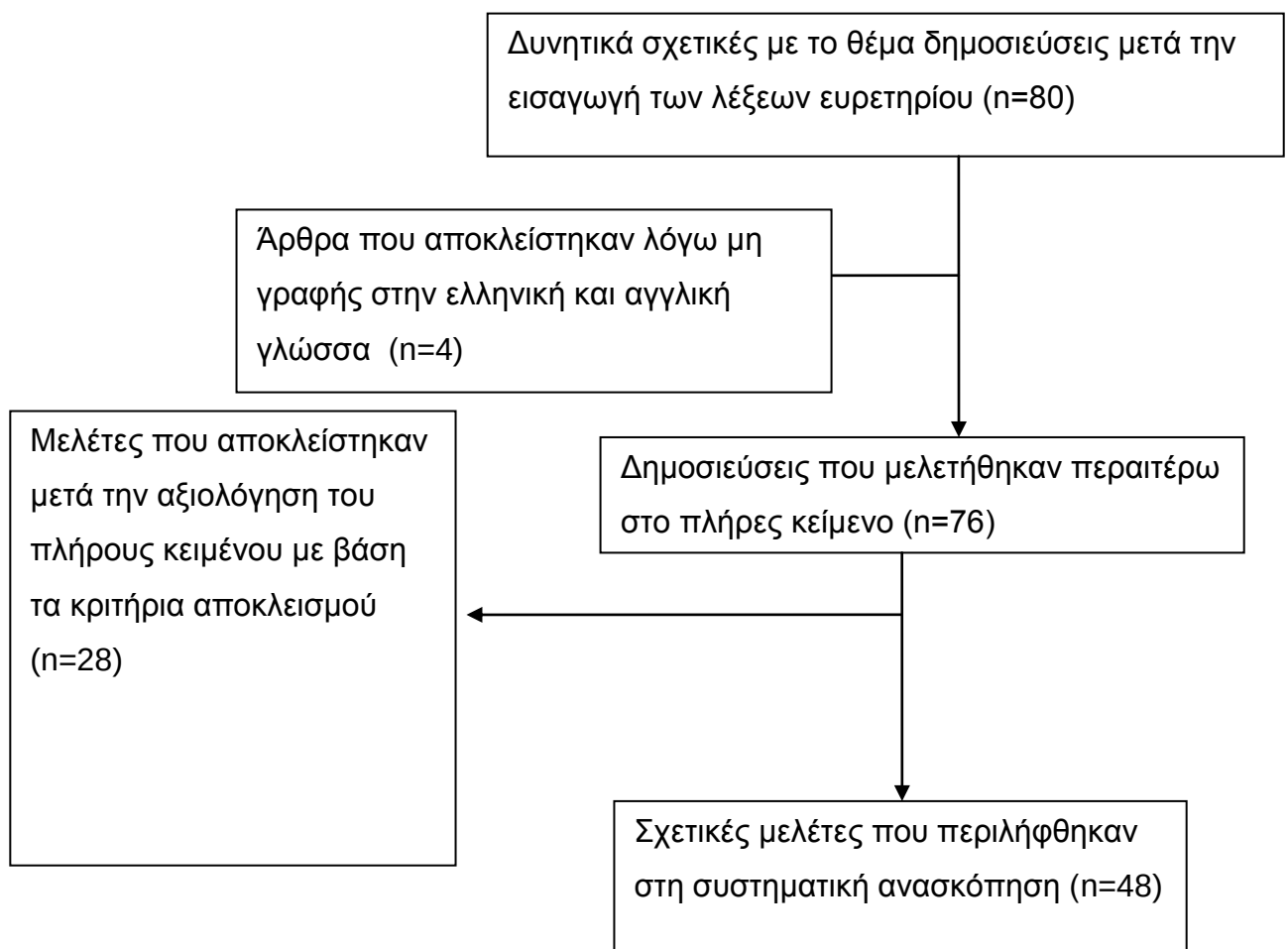
Όπως διαπιστώνεται από το παρακάτω διάγραμμα ροής χρησιμοποιήθηκαν συνολικά 66 πρωτογενείς πηγές. Από τις πηγές αυτές, οι 45 αφορούσαν άρθρα σε περιοδικά, η 1 έρευνα σε βιβλίο, η 1 έρευνα σε διατριβή και η 1 έρευνα σε κεφάλαιο βιβλίου.

Όλα τα άρθρα αναζητήθηκαν μέσα από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων και συγκεκριμένα από το PubMed, το Scopus και το Google Scholar. Ως λέξεις – κλειδιά χρησιμοποιήθηκαν: «κατάθλιψη και εφηβεία», «κατάθλιψη στην εφηβεία» «αλκοόλ, κατάθλιψη και εφηβεία», «φύλο, κατάθλιψη και εφηβεία», «κοινωνική υποστήριξη, κατάθλιψη και εφηβεία».

Στην αρχή διαβάστηκε η περίληψη των μελετών ώστε να διαχωριστούν όσες ήταν σχετικές με το θέμα. Οι μελέτες που χρησιμοποιήθηκαν αφορούσαν όλες μελέτες που εστίαζαν επακριβώς στο θέμα. Οι μελέτες που αποκλείστηκαν αφορούσαν μελέτες που δεν ήταν σχετικές με το υπό μελέτη θέμα ή ήταν γραμμένες σε γλώσσα πλην της ελληνικής ή της αγγλικής.

Οι μελέτες εξετάστηκαν ώστε να πληρούν τα κριτήρια εισόδου – αποκλεισμού. Η απόρριψη ορισμένων μελετών έγινε άμεσα από τον τίτλο και την περίληψή τους. Όλες διαβάστηκαν εξολοκλήρου.

Το παρακάτω σχήμα παρουσιάζει το διάγραμμα ροής επιλογής του δείγματος των μελετών της συστηματικής επισκόπησης.



Πίνακας 1. Μελέτες συστηματικής ανασκόπησης

α/α	Μελέτη	Χρονολογία διεξαγωγής	Τίτλος	Δείγμα	Αποτελέσματα έρευνας
1	Abela, J. R., & Hankin, B. L.	2011	Rumination as a vulnerability factor to depression during the transition from early to middle adolescence: a multiwave longitudinal study.	382 Έφηβοι ηλικίας 11-15 ετών	Η κατάθλιψη προέρχεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ της γνωστικής ευπάθειας ενός προσώπου (διάθεση) και ορισμένων περιβαλλοντικών συνθηκών (στρες), που χρησιμεύουν ως έναυσμα ενεργοποίησης αυτής της διάστασης
2	Bor, W., Dean, A. J., Najman, J., & Hayatbakhsh, R.	2014	Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review	99 μελέτες	Τα ψυχολογικά προβλήματα για τα κορίτσια αυξήθηκαν από τα τέλη του 20ου αιώνα μέχρι τον 21ο αιώνα
3	Brière, F. N., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D., & Lewinsohn, P. M.	2014	Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood	816 άτομα ηλικίας 16, 17, 24, and 30.	Η κατανάλωση οινόπνευματος κατά την εφηβεία προβλέπει κατάθλιψη κατά την εφηβεία και κατά την πρώιμη ενηλικίωση
4	Brisette, I., Scheier, M. F., & Carver, C. S.	2002	The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition.	89 μαθητές	Η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη προστατεύει από τις αρνητικές συνέπειες του στρες και προάγει την ψυχολογική ευημερία
5	Calloway, C. S.	2010	Cognitive vulnerabilities,	1,565 μαθητές	Τα αγχωτικά αρνητικά γεγονότα έχουν

			negative life events, and depressive symptoms in young adolescents	Καυκάσιοι, Αφροαμερικανοί, Ισπανοί, Ασιάτες και από την Αλάσκα	σημαντικό αντίκτυπο στην ανάπτυξη συμπτωμάτων κατάθλιψης
6	Colarossi, L. G., & Eccles, J. S.	2000	A prospective study of adolescents' peer support: Gender differences and the influence of parental relationships	285 έφηβοι	Η κοινωνική στήριξη σε εφήβους επικεντρώνονται κυρίως στην υποστήριξη των οικογενειών τους και στην κοινωνική υποστήριξη των συνομηλίκων
7	Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., & Mudar, P.	1995	Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use	2544 έφηβοι, ηλικίας 13-19 ετών από το Μπάφαλο (λευκοί, μαύροι, Ισπανοί, Ασιάτες)	Δεδομένου του υψηλού επιπολασμού των διαταραχών της διάθεσης και της χρήσης οινόπνευματος κατά την εφηβεία (12-17) αυτές οι συνθήκες συχνά συνυπάρχουν σε αυτό τον πληθυσμό και έχει υποτεθεί ότι μπορεί να συνδέονται
8	Crum, R. M., Green, K. M., Storr, C. L., Chan, Y. F., Ialongo, N., Stuart, E. A., & Anthony, J. C.	2008	Depressed mood in childhood and subsequent alcohol use through adolescence and young adulthood	1692 έφηβοι κυρίως Αφροαμερικανοί (70%)	Η παιδική κατάθλιψη δεν προέβλεπε προηγούμενη εξέλιξη της κατάχρησης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της νεαρής ηλικίας και ότι η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εφηβείας δεν συνδέεται με τη μεταγενέστερη χρήση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της νεαρής ηλικίας
9	Druss, B. G., Rosenheck, R. A., & Sledge, W. H.	2000	Health and disability costs of depressive illness in a major US corporation.	15,153 άτομα	Η καταθλιπτική διαταραχή είναι η τέταρτη βασική αιτία της αναπηρίας και του πρόωρου θανάτου παγκοσμίως
10	Edwards, A. C., Heron, J., Dick, D. M., Hickman, M., Lewis, G.,	2014	Adolescent alcohol use is positively associated with later depression in a population-based UK	7,100 έφηβοι ηλικίας 13-15 και 4,292 ηλικίας 17 ετών	Η υψηλότερη συχνότητα χρήσης οινόπνευματος κατά την πρώιμη εφηβεία συνδέεται με την κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας

	Macleod, J., & Kendler, K. S.		cohort		
11	Edwards, A. C., Joinson, C., Dick, D. M., Kendler, K. S., Macleod, J., Munafo, M., ... & Heron, J.	2014	The association between depressive symptoms from early to late adolescence and later use and harmful use of alcohol	13976 έφηβοι	Η κατανάλωση οινόπνευματος κατά την εφηβεία προβλέπει κατάθλιψη κατά την εφηβεία και κατά την πρώιμη ενηλικίωση
12	Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Sasagawa, S.	2010	Gender differences in the developmental course of depression.	773 έφηβοι ηλικίας 14-17	Διαφορές φύλου στη διάγνωση της κατάθλιψης και τα συμπτώματα από την παιδική ηλικία μέχρι την εφηβεία
13	Falk, D., Yi, H. Y., & Hiller-Sturmhöfel, S.	2008	An epidemiologic analysis of co-occurring alcohol and drug use and disorders: findings from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC).	Γενικός πληθυσμός Αμερικής 43.093 18 ετών και πάνω	Η συνύπαρξη μεταξύ της χρήσης οινόπνευματος και της χρήσης ουσιών είναι πιο διαδεδομένη στους άνδρες
14	Falkner, N. H., French, S. A., Jeffery, R. W., Neumark-Sztainer, D., Sherwood, N. E., & Morton, N.	1999	Mistreatment due to weight: prevalence and sources of perceived mistreatment in women and men	987 άτομα	Η παχυσαρκία μπορεί να είναι μια πιο στιγματισμένη κατάσταση μεταξύ των γυναικών
15	Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J.	2009	Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression	1265 έφηβοι	Το καλύτερο μοντέλο προσαρμογής είναι εκείνο στο οποίο υπήρχε μια μονοκατευθυντική σχέση μεταξύ αλκοολισμού και κατάθλιψης αλλά όχι ανάστροφη επίδραση από κατάθλιψη σε αλκοολισμό

16	Foland-Ross, L. C., Sacchet, M. D., Prasad, G., Gilbert, B., Thompson, P. M., & Gotlib, I. H.	2015	Cortical thickness predicts the first onset of major depression in adolescence	33 έφηβοι 10-15 ετών	Τα δομικά πρότυπα στην φλοιώδη φαιά ουσία μπορούν να διακρίνουν τους εφήβους που συνεχίζουν να αναπτύσσουν κλινικά σημαντική κατάθλιψη εντός πέντε ετών από την αρχική τους αξιολόγηση από εφήβους που παραμένουν ελεύθεροι οποιασδήποτε διαταραχής
17	Gangwisch, J. E., Malaspina, D., Boden-Albala, B., & Heymsfield, S. B.	2005	Inadequate sleep as a risk factor for obesity: analyses of the NHANES I.	9,588 έφηβοι	Κάθε διαταραχή κατά την εφηβεία προβλέπει την μεταγενέστερη έναρξη άλλης διαταραχής μεταξύ των κοριτσιών.
18	Garber, J., Keiley, M. K., & Martin, N. C.	2002	Developmental trajectories of adolescents' depressive symptoms: Predictors of change	240 έφηβοι	Διαφορές φύλου στη διάγνωση της κατάθλιψης και τα συμπτώματα από την παιδική ηλικία μέχρι την εφηβεία
19	Ge, X., Conger, R. D., & Elder Jr, G. H.	2001	Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms	451 έφηβοι	Η διαφορά φύλου στα συμπτώματα της κατάθλιψης και στις διαγνώσεις εμφανίζεται μεταξύ των ηλικιών 12 και 15
20	Geisner, I. M., Larimer, M. E., & Neighbors, C.	2004	The relationship among alcohol use, related problems, and symptoms of psychological distress: Gender as a moderator in a college sample	1705 έφηβοι	Η συσχέτιση μεταξύ καταθλιπτικής διάθεσης κατά την πρώιμη εφηβεία και υψηλότερης χρήσης οινόπνευματος κατά την εφηβική ηλικία ήταν ισχυρότερη στα αγόρια από ότι στα κορίτσια
21	Graff, K. A., Murnen, S. K., & Krause, A. K.	2013	Low-cut shirts and high-heeled shoes: Increased sexualization across time in	763 έφηβοι	Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης που βλέπουν οι έφηβοι έχουν γίνει ολοένα και πιο σεξουαλικά και μεταδίδουν ένα

			magazine depictions of girls.		σεξουαλικό μήνυμα για τα κορίτσια
22	Hill, K. G., White, H. R., Chung, I. J., Hawkins, J. D., & Catalano, R. F.	2000	Early adult outcomes of adolescent binge drinking: person-and variable-centered analyses of binge drinking trajectories	808 άτομα ηλικίας 10-21 ετών	Μια βαριά πορεία κατανάλωσης αλκοόλ από την εφηβεία έως την νεαρή ενηλικίωση δεν προέβλεπε την κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της νεαρής ενηλικίωσης
23	Hingson, R. W., Edwards, E. M., Heeren, T., & Rosenbloom, D.	2009	Age of drinking onset and injuries, motor vehicle crashes, and physical fights after drinking and when not drinking.	4,021 άτομα	Η έντονη κατανάλωση αλκοόλ στην εφηβεία σχετίζεται με σοβαρά προβλήματα, όπως αυτοκτονία, ατυχήματα με αυτοκίνητα, τυχαία τραύματα, ασθένειες που μεταδίδονται σεξουαλικά, σεξουαλικές επιθέσεις, καθώς και βλάβες στις λειτουργίες του προσχηματισμένου φλοιού όπως η μνήμη και η προσοχή
24	Jackson, K. M., Sher, K. J., Gotham, H. J., & Wood, P. K.	2001	Transitioning into and out of large-effect drinking in young adulthood	489 άτομα	Πολλοί έφηβοι εξακολουθούν να εμφανίζουν προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ στην ενηλικίωση
25	Jose, P. E., Kljakovic, M., Scheib, E., & Notter, O.	2012	The joint development of traditional bullying and victimization with cyber bullying and victimization in adolescence.	1,700 έφηβοι ηλικίας 11–16 ετών	Πολλές από τις σχέσεις μεταξύ των φύλων και της κοινωνίας έχουν αλλάξει σήμερα.
26	Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R.,	2003	The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R).	9090 άτομα	Τα ποσοστά κατάθλιψης είναι σχετικά χαμηλά στην παιδική ηλικία, αλλά δραματικά αυξάνονται, έως και έξι φορές, από την πρώιμη έως την εφηβική ηλικία

	... & Wang, P. S.				
27	Lampard, A. M., MacLehose, R. F., Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., & Davison, K. K.	2014	Weight-related teasing in the school environment: associations with psychosocial health and weight control practices among adolescent boys and girls.	2,793 άτομα από Αμερική	Τα κορίτσια ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων κατάθλιψης
28	Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R.	1998	Treatment of adolescent depression: frequency of services and impact on functioning in young adulthood	1,507 έφηβοι	Οι περισσότεροι ενήλικες που ζουν με τη διαταραχή γνώρισαν το πρώτο επεισόδιό τους κατά τη διάρκεια των εφηβικών τους χρόνων
29	Liu, X., Buysse, D. J., Gentzler, A. L., Kiss, E., Mayer, L., Kapornai, K., ... & Kovacs, M.	2007	Insomnia and hypersomnia associated with depressive phenomenology and comorbidity in childhood depression.	553 έφηβοι	Κάθε διαταραχή κατά την εφηβεία προβλέπει την μεταγενέστερη έναρξη της άλλης διαταραχής μεταξύ των κοριτσιών.
30	Marmorstein, N. R.	2009	Longitudinal associations between alcohol problems and depressive symptoms: early adolescence through early adulthood	20,728 έφηβοι	Η διαφορά φύλου στα συμπτώματα της κατάθλιψης και στις διαγνώσεις εμφανίζεται μεταξύ των ηλικιών 12 και 15
31	Marmorstein, N. R., Iacono, W. G., & Legrand, L.	2014	Obesity and depression in adolescence and beyond: reciprocal risks.	1512 έφηβοι	Σχέση καταθλιπτικής διαταραχής και παχυσαρκίας
32	Mason, W. A., Kosterman, R., Haggerty, K. P., Hawkins, J. D., Redmond, C.,	2008	Dimensions of adolescent alcohol involvement as predictors of young-adult major depression	429 έφηβοι	Η κατανάλωση οινοπνεύματος κατά την εφηβεία προβλέπει κατάθλιψη κατά την εφηβεία και κατά την πρώιμη ενηλικίωση

	Spoth, R. L., & Shin, C.				
33	Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... & Swendsen, J.	2010	Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A).	10,123 έφηβοι	Μεταξύ των 13 έως 18 ετών, ο επιπολασμός της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής ή της δυσθυμίας ήταν 15,9% για τα κορίτσια και 7,7% για τα αγόρια
34	Miloseva, L., Vukosavljevic-Gvozden, T., Richter, K., Milosev, V., & Niklewski, G.	2017	Perceived social support as a moderator between negative life events and depression in adolescence: implications for prediction and targeted prevention.	412 έφηβοι ηλικίας 13–17 ετών	Αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, τους φίλους και σημαντικούς άλλους.
35	Murray, C. J., Lopez, A. D., & World Health Organization.	1996	The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary	Μετανάλυση	Εντοπίστηκαν πρότυπα δομής του εγκεφάλου σε έφηβα κορίτσια που προέβλεπαν την επόμενη εμφάνιση κατάθλιψης μέσα σε πέντε χρόνια
36	Mushquash, A. R., Stewart, S. H., Sherry, S. B., Sherry, D. L., Mushquash, C. J., & MacKinnon, A. L.	2013	Depressive symptoms are a vulnerability factor for heavy episodic drinking: A short-term, four-wave longitudinal study of undergraduate women	200 άτομα	Τα καταθλιπτικά συμπτώματα αύξησαν τον κίνδυνο για βαριά επεισοδική κατανάλωση αλκοόλ, αλλά η βαριά επεισοδική κατανάλωση δεν πρόβλεπε καταθλιπτικά συμπτώματα
37	Owens, T. J.,	2008	Emotional distress,	856 έφηβοι	Τα συμπτώματα κατάθλιψης κατά την

	Shippee, N. D., & Hensel, D. J.		drinking, and academic achievement across the adolescent life course		εφηβεία σχετίζονται μελλοντικά με υψηλότερη και συχνότερη χρήση οινόπνευματος κατά την εφηβεία
38	Rao, U., Hammen, C. L., & Poland, R. E.	2009	Mechanisms underlying the comorbidity between depressive and addictive disorders in adolescents: interactions between stress and HPA activity	151 έφηβοι	Η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε βιολογικές αλλαγές όπως αυξημένη ευπάθεια στην κατάθλιψη
39	Rawana, J. S., & Morgan, A. S.	2014	Trajectories of depressive symptoms from adolescence to young adulthood: the role of self-esteem and body-related predictors.	4,359 έφηβοι ηλικίας 12-21 ετών	Η τροχιά των συμπτωμάτων της κατάθλιψης των εφήβων μπορεί να είναι καμπυλόγραμμη ή και κυβική και δεν διαφέρει ανάλογα με το φύλο
40	Salk, R. H., Petersen, J. L., Abramson, L. Y., & Hyde, J. S.	2016	The contemporary face of gender differences and similarities in depression throughout adolescence: development and chronicity	548 έφηβοι	Διαφορές φύλου στην κατάθλιψη
41	Schöne, C., Tandler, S. S., & Stiensmeier-Pelster, J.	2015	Contingent self-esteem and vulnerability to depression: academic contingent self-esteem predicts depressive symptoms in students.	1888 μαθητές	Η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε περιβαλλοντικούς παράγοντες άγχους (δηλ. χαμηλή σχολική επίδοση, κακή σχέση με γονείς, νομικά προβλήματα) γεγονός που με τη σειρά τους μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη
42	Schwinn, T. M., Schinke, S. P., & Trent, D. N.	2010	Substance use among late adolescent urban youths: mental health and gender influences	400 έφηβοι	Συσχέτιση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των συμπεριφορών κατανάλωσης αλκοόλ, συμπεριλαμβανομένης της υψηλότερης

					κατανάλωσης αλκοόλ, της υψηλότερης συχνότητας χρήσης αλκοόλ και της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ
43	Shih, J. H., Eberhart, N. K., Hammen, C. L., & Brennan, P. A.	2006	Differential exposure and reactivity to interpersonal stress predict sex differences in adolescent depression	816 έφηβοι ηλικίας 15 ετών	Κατά την εφηβεία, τα κορίτσια εκτίθενται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης, επειδή υποτίθεται ότι αντιμετωπίζουν πιο αρνητικά γεγονότα ζωής και είναι πιο ευαίσθητα σε αγχωτικά γεγονότα, όπως για παράδειγμα σε σύγκρουση με τους συνομηλίκους
44	Squeglia, L. M., Tapert, S. F., Sullivan, E. V., Jacobus, J., Meloy, M. J., Rohlfing, T., & Pfefferbaum, A.	2015	Brain development in heavy-drinking adolescents.	134 έφηβοι	βαριά κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εφηβείας έχει αρνητική επίδραση στον εγκέφαλο
45	Tao, R., Emslie, G. J., Mayes, T. L., Nakonezny, P. A., & Kennard, B. D.	2010	Symptom improvement and residual symptoms during acute antidepressant treatment in pediatric major depressive disorder	168 παιδιά και έφηβοι ηλικίας 7–18 ετών	Οι μισοί από τους εφήβους που ανταποκρίνονται στη θεραπεία συνεχίζουν να έχουν διαταραχές στον ύπνο και τη διάθεση, κόπωση και δυσκολίες συγκέντρωσης
46	Wade, T. J., Cairney, J., & Pevalin, D. J.	2002	Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries.	19,600 νοικοκυριά από τον Καναδά 5,000 νοικοκυριά από την Αγγλία 26,666 σχολεία από την Αμερική	Μέχρι την ηλικία των 14 ετών, τα κορίτσια βιώνουν κατάθλιψη σε ποσοστό δύο και τρεις φορές περισσότερο έναντι των αγοριών

47	White, H. R., Xie, M., Thompson, W., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M.	2001	Psychopathology as a predictor of adolescent drug use trajectories	506 έφηβοι	Υψηλότεροι αριθμοί εφήβων πληρούν τα κριτήρια για βαριά κατανάλωση αλκοόλ
48	Zisook, S., Lesser, I., Stewart, J. W., Wisniewski, S. R., Balasubramani, G. K., Fava, M., ... & Trivedi, M. H.	2007	Effect of age at onset on the course of major depressive disorder.	406 άτομα	Περισσότερο από το ήμισυ όλων των περιπτώσεων κατάθλιψης έχουν μια πρώτη εμφάνιση κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, της εφηβείας ή της νεαρής ηλικίας

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Φύλο και κατάθλιψη

Η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στην κατάθλιψη (οι γυναίκες δύο φορές περισσότερο βιώνουν κατάθλιψη σε σύγκριση με τους άνδρες) υποδείχθηκε για πρώτη φορά από τη Myrna Weissman στη δεκαετία του 1970 μεταξύ των ενηλίκων. Η μεταγενέστερη έρευνα αποκάλυψε ότι η διαφορά φύλου εμφανίζεται και στην εφηβεία.⁹⁴ Μερικές μεγάλες διαχρονικές μελέτες έχουν τεκμηριώσει τις διαφορές φύλου στη διάγνωση της κατάθλιψης και τα συμπτώματα από την παιδική ηλικία μέχρι την εφηβεία.^{95,96,97}

Ωστόσο, καμία από αυτές τις μελέτες δεν περιλαμβάνει σύγχρονα δείγματα. Τα άτομα σε αυτά τα δείγματα βρίσκονταν στην εφηβεία τη δεκαετία του 1980 και του 1990. Πολλές από τις σχέσεις μεταξύ των φύλων και της κοινωνίας έχουν αλλάξει έκτοτε. Για παράδειγμα, η εμφάνιση μέσων όπως το Facebook και η δημιουργία μηνυμάτων δημιουργούν ένα διαφορετικό κοινωνικό περιβάλλον για τους εφήβους του σήμερα, καθώς και νέους τρόπους συμμετοχής στην παρενόχληση από ομοτίμους.⁹⁸

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης που βλέπουν οι έφηβοι έχουν γίνει ολοένα και πιο σεξουαλικά και μεταδίδουν ένα σεξουαλικό μήνυμα για τα κορίτσια.⁹⁹ Πολλοί έχουν επίσης προτείνει ότι οι μεταβολές του τρόπου ζωής (π.χ. μεγαλύτερη κατανάλωση ζάχαρης, δίαιτα) οδηγούν σε αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης.^{100,101} Μια πρόσφατη ανασκόπηση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα ψυχολογικά προβλήματα για τα κορίτσια αυξήθηκαν από τα τέλη του 20ου αιώνα μέχρι τον 21ο αιώνα. Ωστόσο, τα ευρήματα για τα αγόρια ήταν μικτά.¹⁰² Δεδομένου του σημερινού πλαισίου των δυνάμεων που προάγουν την κατάθλιψη, είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον και έχει μεγάλη σημασία για τη δημόσια υγεία να συνεχίσει να παρακολουθεί τις τάσεις στις διαφορές των φύλων όσον αφορά την κατάθλιψη μεταξύ των νέων.

Οι διαχρονικές μελέτες των εφήβων στη δεκαετία του 1980 και του 1990 κατέδειξαν ότι η διαφορά φύλου στα συμπτώματα της κατάθλιψης και στις διαγνώσεις εμφανίζεται μεταξύ των ηλικιών 12 και 15.^{97,103} Τα κορίτσια παρουσιάζουν μεγαλύτερες αυξήσεις από ό,τι τα αγόρια, τόσο στα συμπτώματα κατάθλιψης, όσο και στις διαγνώσεις κατά τη διάρκεια της εφηβείας.^{96,103} Μια

μελέτη διαπίστωσε ότι τα κορίτσια παρουσιάζουν αυξήσεις στα συμπτώματα της κατάθλιψης στην πρώιμη εφηβεία, ενώ τα αγόρια εμφανίζουν αύξηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης σε μεταγενέστερη εφηβεία.¹⁰³ Άλλες έρευνες δείχνουν ότι η τροχιά των συμπτωμάτων της κατάθλιψης των εφήβων μπορεί να είναι καμπυλόγραμμη ή και κυβική και δεν διαφέρει ανάλογα με το φύλο.¹⁰⁴

Οι μελέτες των εφήβων στη δεκαετία του 2000 επιβεβαίωσαν ότι εξακολουθεί να υπάρχει η διαφορά της κατάθλιψης μεταξύ των δύο φύλων. Μεταξύ των 13 έως 18 ετών, ο επιπολασμός της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής ή της δυσθυμίας ήταν 15,9% για τα κορίτσια και 7,7% για τα αγόρια.¹⁰⁵ Τα κορίτσια ανέφεραν επίσης υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων κατάθλιψης σε μια πρόσφατη πληθυσμιακή μελέτη με έφηβους μέσης εκπαίδευσης στις ΗΠΑ.¹⁰⁶ Ωστόσο οι μελέτες, δεν παρέχουν σαφή εικόνα της αναπτυξιακής πορείας της διαφοράς φύλου στην κατάθλιψη.

Οι Salk et al. (2016) περιγράφουν σαφώς τις αναπτυξιακές οδούς των διαφορών φύλου στην κατάθλιψη μεταξύ των εφήβων της Νέας Ζηλανδίας που έζησαν την εφηβεία στη δεκαετία του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990. Παρόλο που οι ερευνητές κατέγραψαν τη διαφορά των δύο φύλων στην εφηβική κατάθλιψη τη δεκαετία του 1980 και του 1990, δεν αξιολόγησαν τις διαφορές μεταξύ των φύλων στο βάρος της διαταραχής. Η χρονικότητα είναι ένα κρίσιμο στοιχείο της επιβάρυνσης κατάθλιψης (δηλαδή, ατομική ταλαιπωρία, κόστος για την κοινωνία). Οι ερευνητές μετατόπισαν την εννοιολογική κατανόηση της κατάθλιψης ως οξείας διαταραχής σε μια υποτροπιάζουσα και χρόνια διαταραχή. Όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της κατάθλιψης, τόσο μεγαλύτερη είναι η επιβάρυνση (δηλαδή όσες περισσότερες ημέρες ένα άτομο έχει κατάθλιψη, τόσο περισσότερο υποφέρουν οι μεμονωμένες εμπειρίες και μεγαλύτερο βάρος βαρύνει την κοινωνία). Ωστόσο, οι υπάρχουσες προσεγγίσεις για την ποσοτικοποίηση της κατάθλιψης δεν καταγράφουν πλήρως τη χρονικότητά της. Έτσι, δεν είναι γνωστό αν οι άνδρες ή οι γυναίκες επιβαρύνονται περισσότερο από τη χρόνια κατάθλιψη.

Συγκεκριμένα, οι προσεγγίσεις για την ποσοτικοποίηση της διαφοράς μεταξύ των φύλων στην κατάθλιψη συμπεριέλαβαν την εξέταση των διαφορών φύλου στα συμπτώματα, τις διαγνώσεις, τη μέγιστη διάρκεια ενός επεισοδίου και την επανάληψη. Ωστόσο αυτές οι μετρήσεις δεν καταγράφουν πλήρως το βάρος χρόνιας κατάθλιψης. Για παράδειγμα, η υποτροπή δεν αντικατοπτρίζει με ακρίβεια τη χρονικότητα στην περίπτωση ατόμων με σχετικά μικρά υποτροπιάζοντα

επεισόδια (που μπορεί να παρουσιάσουν λιγότερες ημέρες κατάθλιψης από άτομα με ένα μόνο χρόνο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο ή δυσθυμία). Όσον αφορά την κλινικά διαγνωσθείσα κατάθλιψη, ο συνδυασμός του αριθμού των επεισοδίων και του μήκους κάθε επεισοδίου (δηλ. του συνολικού αριθμού ημερών που δαπανάται σε καταθλιπτικά επεισόδια) καταγράφει πλήρως τη χρονικότητα που σχετίζεται με την κλινική κατάθλιψη.

Εμφάνιση κατάθλιψης στην εφηβεία

Η καταθλιπτική διαταραχή είναι η συνηθέστερη ψυχιατρική ασθένεια στις Ηνωμένες Πολιτείες.¹⁰⁷ Αν και η εμφάνιση της μείζονος κατάθλιψης μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία, οι περισσότεροι ενήλικες που ζουν με τη διαταραχή γνώρισαν το πρώτο επεισόδιό τους κατά τη διάρκεια των εφηβικών τους χρόνων.¹⁰⁸ Η καθυστερημένη εφηβεία είναι μια περίοδος μεγάλης ευπάθειας για την κατάθλιψη: το ένα τέταρτο του συνόλου των νέων θα παρουσιάσει ένα επεισόδιο καταθλιπτικής διαταραχής μέχρι το τέλος των εφηβικών χρόνων, αριθμός που αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου.¹⁰⁹ Παρά τις περισσότερες από δύο δεκαετίες έρευνας που εξετάζουν τις νευρικές και μοριακές βάσεις της κατάθλιψης, λιγότερο από το ένα τέταρτο των καταθλιπτικών εφήβων ανταποκρίνονται σε μια αρχική πορεία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Οι μισοί από αυτούς που ανταποκρίνονται στη θεραπεία συνεχίζουν να έχουν διαταραχές στον ύπνο και τη διάθεση, κόπωση και δυσκολίες συγκέντρωσης.¹¹⁰

Δεδομένου του τεράστιου προσωπικού και κοινωνικού κόστους και της μεγάλης επικράτησης της καταθλιπτικής διαταραχής και της δυσκολίας αντιμετώπισης της κατάθλιψης μόλις αναπτυχθεί, η έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη είναι ζωτικής σημασίας. Τα προγράμματα πρόληψης που εφαρμόζονται πριν από την πρώτη εμφάνιση της διαταραχής θα πρέπει να μειώσουν σημαντικά την κοινωνική επιβάρυνση της κατάθλιψης των εφήβων. Τέτοια προγράμματα, ωστόσο, απαιτούν να προσδιορίζουμε με ακρίβεια τα παιδιά που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για τη διαταραχή,¹⁰ στόχος που εξακολουθεί να είναι ασαφής, καθώς η αιτιολογία της μείζονος κατάθλιψης είναι ελάχιστα κατανοητή. Επομένως, μια σημαντική πρόκληση στην παιδιατρική νευροαπεικόνιση είναι να εντοπιστούν τα εγκεφαλικά μέτρα που είναι χρήσιμα για την πρόβλεψη της εμφάνισης της μείζονος κατάθλιψης.

Η μελέτη των Foland-Ross και συν. (2015) χρησιμοποίησε μεθόδους μηχανικής μάθησης για να δοκιμάσει την υπόθεση ότι τα δομικά πρότυπα στην φλοιώδη φαιά ουσία μπορούν να διακρίνουν τους εφήβους που συνεχίζουν να αναπτύσσουν κλινικά σημαντική κατάθλιψη εντός πέντε ετών από την αρχική τους αξιολόγηση από εφήβους που παραμένουν ελεύθεροι οποιασδήποτε διαταραχής. Η ανάλυση διεξήχθη χρησιμοποιώντας μια μάσκα που περιελάμβανε περιοχές του φλοιού που έχουν εμπλακεί ευρέως σε νευροανατομικά μοντέλα κατάθλιψης και ρύθμισης συναισθημάτων (κοιλιακός και ανώτερος μετωπικός φλοιός, πρόσθιος φλοιός του κόλπου).

Χρησιμοποιώντας προοπτικές αναλύσεις και μεθόδους μηχανικής μάθησης, εντοπίστηκαν πρότυπα δομής του εγκεφάλου σε έφηβα κορίτσια που προέβλεπαν την επόμενη εμφάνιση κατάθλιψης μέσα σε πέντε χρόνια. Δεδομένου του υψηλού κόστους της κατάθλιψης,¹¹¹ η δυσκολία στην αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης μόλις εμφανιστεί και η αρχική υπόσχεση των πρώιμων παρεμβάσεων¹⁰ των βιολογικών δεικτών για την εμφάνιση της κατάθλιψης που προσδιορίζεται εδώ έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει σημαντικές κλινικές επιπτώσεις. Πράγματι, η διάκριση για να προσδιοριστούν οι υψηλοί κίνδυνοι που διατρέχουν οι έφηβοι για την ανάπτυξη μείζονος κατάθλιψης ώστε να τους προσφέρουν παρεμβάσεις εστιασμένες στην πρόληψη μπορούν να μειώσουν σημαντικά τις τεράστιες αρνητικές προσωπικές και κοινωνικές επιπτώσεις αυτής της διαταραχής.

Η μελέτη των Foland-Ross και συν. (2015) διαπίστωσε ότι τα κορίτσια που συνέχισαν να αναπτύσσουν κατάθλιψη κατά την παρακολούθηση εμφάνισαν σημαντικές μειώσεις στο πάχος του μεσοκυτταρικού τροχιακού φλοιού κατά την έναρξη σε σχέση με τα κορίτσια που παρέμειναν καλά. Οι μεταβολές του μεσοκυτταρικού τροχιακού φλοιού, επομένως, πιθανότατα προηγούνται της εμφάνισης της κατάθλιψης και μπορεί να εμπλέκονται στη γένεση της διαταραχής. Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι η μοναδική μελέτη νευροαπεικόνισης του οικογενειακού κινδύνου για κατάθλιψη διαπίστωσε ότι αυτή η ίδια περιοχή του μεσοκυτταρικού τροχιακού φλοιού έδειξε μια αντίθετη κατεύθυνση των επιδράσεων.

Ο μεσοκυτταρικός τροχιακός φλοιός διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην πρόβλεψη των επερχόμενων συναισθηματικών καταστάσεων ή αντιδράσεων.¹¹² Έτσι, οι δομικές ανωμαλίες αυτής της περιοχής θα μπορούσαν να συμβάλλουν

στην εμφάνιση της κατάθλιψης, διακόπτοντας τη νευρική επεξεργασία της ανταμοιβής. Σύμφωνα με αυτή τη διατύπωση, η ανώμαλη δομή και η λειτουργία του φλοιού είναι ένα από τα πιο συχνά αναφερθέντα ευρήματα στις μελέτες νευροαπεικόνισης,¹¹³ που έχει κατανοηθεί ως βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης.¹¹⁴

Η παχυσαρκία και η κατάθλιψη στην εφηβεία

Σύμφωνα με τους Marmorstein⁹⁷ και συν. (2014) η σχέση καταθλιπτικής διαταραχής και παχυσαρκίας είναι γεγονός, όμως, η φύση και η κατεύθυνση αυτής της σύνδεσης παραμένει ασαφής. Οι εκτιμήσεις του κινδύνου υποδεικνύουν ότι οι άνθρωποι με μία από αυτές τις διαταραχές κατά τη διάρκεια της ζωής τους έχουν περίπου 1,5 έως 2 φορές αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της άλλης διαταραχής, με ορισμένες υποομάδες (π.χ. γυναίκες) με μία από αυτές τις διαταραχές να υπερβαίνουν στο διπλάσιο τον κίνδυνο για την άλλη διαταραχή.

Όπως υποστηρίζουν οι Marmorstein και συν. (2014) υπάρχουν τρεις πιθανές οδοί που θα μπορούσαν να εξηγήσουν την συννοσηρότητα αυτών των διαταραχών: η παχυσαρκία μπορεί να προδιαθέσει τους ανθρώπους στην κατάθλιψη, η κατάθλιψη μπορεί να προδιαθέσει τους ανθρώπους στην παχυσαρκία ή ένας τρίτος παράγοντας μπορεί να προδιαθέσει τους ανθρώπους και στα δύο. Η παχυσαρκία θα μπορούσε να οδηγήσει σε κατάθλιψη μέσω του στίγματος του βάρους, της κακής αυτοεκτίμησης, ή / και της λειτουργικής ανεπάρκειας (μειωμένη κινητικότητα και ικανότητα συμμετοχής σε δραστηριότητες).

Η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει στην παχυσαρκία άμεσα μέσω της εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων (π.χ. αυξημένη όρεξη, κακός ύπνος, λήθαργος που οδηγεί σε μειωμένες θερμιδικές δαπάνες ή / και μειωμένη ενέργεια για να αποκτήσουν και να μαγειρέψουν υγιεινά τρόφιμα), παρενέργειες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, ή προσπάθειες που αυτο-φαρμακοποιούν τα καταθλιπτικά συναισθήματα όπως είναι τα ανθυγιεινά τρόφιμα. Οι συνηθισμένοι φυσιολογικοί παράγοντες που εμπλέκονται στη ρύθμιση της διάθεσης και του βάρους θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε αυτό το πρότυπο συνυπάρξεως, όπως και οι κοινές περιβαλλοντικές παράμετροι (π.χ. φτώχεια που οδηγεί σε απελπισία,

μειωμένη πρόσβαση σε υγιεινή διατροφή και ασφαλείς ψυχαγωγικές δραστηριότητες).

Η ηλικία μπορεί να μετριάσει αυτή τη σχέση, έτσι ώστε η παιδική ηλικία και η εφηβεία να είναι μια ιδιαίτερα ευάλωτη περίοδος για την ανάπτυξη αυτής της μορφής συννοσηρότητας. Υπάρχουν τρεις λόγοι για αυτό. Πρώτον, οι περιπτώσεις πρώιμης έναρξης είναι πιθανό να αντικατοπτρίζουν τις πιο σοβαρές ευθύνες σε αυτές τις διαταραχές, οι οποίες μπορεί να μοιράζονται βιολογικά ή περιβαλλοντικά. Δεύτερον, η διαταραχή που εμφανίζεται νωρίς στην ανάπτυξη μπορεί να είναι πιο πιθανό να επηρεάσει τα μακροπρόθεσμα ψυχολογικά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά από ό,τι οι διαταραχές που έχουν βραχυχύτερα αναπτυχθεί. Λαμβάνοντας υπόψη τη σχέση παχυσαρκίας-κατάθλιψης, ένα παιδί που είναι παχύσαρκο μπορεί να είναι ιδιαίτερα επιρρεπές σε αρνητικά κοινωνικά μηνύματα σχετικά με την παχυσαρκία, τα πειράγματα ή τα κακά συναισθήματα που απορρέουν από την κακή απόδοση στον αθλητισμό. Αυτά θα μπορούσαν να αυξήσουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη. Αντίθετα, μια ενήλικη γυναίκα που έχει αναπτύξει παχυσαρκία μετά την εμμηνόπαυση μπορεί να είναι λιγότερο ευαίσθητη στην κατάθλιψη επειδή έχει ήδη μια αίσθηση του εαυτού της ως αξιόλογου ατόμου, οι συνομήλικοί της είναι λιγότερο πιθανό να την πειράξουν και δεν αντιμετωπίζει υποχρεωτική δέσμευση σε δραστηριότητες όπως η γυμναστική.

Λαμβάνοντας υπόψη τη σχέση παχυσαρκίας- κατάθλιψης, οι συνήθειες φαγητού και δραστηριότητας εξακολουθούν να διαμορφώνονται κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία. Ως εκ τούτου, ένα επεισόδιο κατάθλιψης κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, το οποίο θα μπορούσε να οδηγήσει σε μειωμένη δραστηριότητα (λόγω χαμηλής ενέργειας) ή / και ανθυγιεινής διατροφής (για να αντιμετωπίσει αρνητικές επιπτώσεις ή λόγω χαμηλής αυτοεκτίμησης και μη φροντίδας για τον εαυτό του), θα μπορούσε να προδιαθέσει το άτομο σε μακροχρόνιες ανθυγιεινές συνήθειες.

Αντίθετα, η εμφάνιση της κατάθλιψης στη μεσαία ενηλικίωση μπορεί να οδηγήσει σε προσωρινές αλλαγές αλλά θα ήταν λιγότερο πιθανό να οδηγήσει σε μακροπρόθεσμες αλλαγές που θα ήταν απαραίτητες για να γίνει αυτό το άτομο από ένα υγιές από άποψη βάρους άτομο σε ένα παχύσαρκο. Επίσης, υπάρχουν ιδιαίτεροι λόγοι για τους οποίους η κατάθλιψη πρώιμης εκδήλωσης μπορεί να σχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη της παχυσαρκίας: για παράδειγμα, διαταραχές του ύπνου εντοπίζονται σχεδόν στα τρία τέταρτα των καταθλιπτικών παιδιών και ο

ανεπαρκής ύπνος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την παχυσαρκία. Τα παιδιά και οι έφηβοι με κατάθλιψη διαφέρουν από τους ενήλικες με κατάθλιψη σε βιολογικά μέτρα που μπορεί να σχετίζονται με την ταυτόχρονη εμφάνιση παχυσαρκίας και κατάθλιψης, όπως η βασική έκκριση κορτιζόλης και οι ανοσολογικές αντιδράσεις.

Ο στόχος της μελέτης των Marmorstein και συν. (2014) ήταν να εξετάσει τις διατομεακές και προοπτικές συσχετίσεις μεταξύ της κατάθλιψης και της παχυσαρκίας σε ένα κοινοτικό δείγμα νεολαίας από την ηλικία των 11 έως την ηλικία των 24 ετών. Στόχος ήταν η παχυσαρκία και η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Οι ερευνητές επικεντρώθηκαν συγκεκριμένα στις διαταραχές - όχι στην υποτροπή ή την επιμονή - επειδή η προηγούμενη εμφάνιση κάθε διαταραχής προβλέπει με ακρίβεια την μεταγενέστερη εμφάνισή της. Επομένως, θεώρησαν ότι οι παράγοντες κατανόησης που σχετίζονται ειδικά με την αρχική ανάπτυξη κάθε διαταραχής ήταν κρίσιμοι.

Με βάση προηγούμενες έρευνες για την συννοσηρότητα της παχυσαρκίας και της κατάθλιψης, αναμενόταν ότι οι διασταυρούμενες σχέσεις μεταξύ αυτών των διαταραχών θα ήταν σημαντικές, ιδιαίτερα τα πρώτα χρόνια της ανάπτυξης. Προγενέστερα καταθλιπτικά επεισόδια αναμενόταν να προβλέψουν την μεταγενέστερη έναρξη της παχυσαρκίας και η παλαιότερη παχυσαρκία αναμενόταν να προβλέψει την μεταγενέστερη έναρξη της καταθλιπτικής διαταραχής.

Τα αποτελέσματα της μελέτης των Marmorstein και συν. (2014) έδειξαν ότι φαίνεται να υπάρχουν αναπτυξιακές αλλά και διαφορές φύλου στη σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της παχυσαρκίας. Η κατάθλιψη που εμφανίστηκε από την πρώιμη εφηβεία προέβλεπε την ανάπτυξη της παχυσαρκίας στην ύστερη εφηβεία μεταξύ των γυναικών. Αντιστρόφως, η παχυσαρκία με έναρξη κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας προέβλεπε την εμφάνιση κατάθλιψης στην πρώιμη ενηλικίωση μεταξύ των γυναικών. Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ αυτών των διαταραχών μεταξύ των ανδρών. Επιπλέον, η κατάθλιψη και η παχυσαρκία που αναπτύσσονται από την πρώιμη εφηβεία συνδέονταν εγκάρσια το ένα με το άλλο. Αυτό το φαινόμενο δεν υπήρχε σε μεταγενέστερες ηλικίες.

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης συμφωνούν με τις προσδοκίες των ερευνητών και υπογραμμίζουν τη σημασία της εφηβικής περιόδου στην ανάπτυξη συννοσηρότητας μεταξύ αυτών των διαταραχών. Όσον αφορά τις

διασταυρούμενες συσχετίσεις, αναμενόταν ότι αυτές οι διαταραχές θα σχετίζονταν περισσότερο με τους νεότερους σε σύγκριση με τους μεγαλύτερης ηλικίας εφήβους. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι σε αυτή τη βασική αναπτυξιακή περίοδο (δηλαδή, την ηλικία των 14 ετών), δεν γνωρίζουμε ποια διαταραχή αναπτύχθηκε πρώτα ή αν αναπτύχθηκαν ταυτόχρονα.

Επίσης σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, κάθε διαταραχή κατά την εφηβεία προβλέπει την μεταγενέστερη έναρξη της άλλης διαταραχής μεταξύ των κοριτσιών. Ωστόσο, η συγκεκριμένη περίοδος κινδύνου διέφερε από τη διαταραχή. Τα πρώτα κρούσματα κατάθλιψης φαίνεται να είναι πιο προγνωστικά για την μεταγενέστερη παχυσαρκία των κοριτσιών. Αυτό θα μπορούσε να είναι για οποιονδήποτε από τους λόγους που συζητήθηκαν νωρίτερα, συμπεριλαμβανομένων των διαρκώς αναπτυσσόμενων συνηθειών κατανάλωσης και δραστηριότητας των νέων ή των διαφορών συμπτωμάτων μεταξύ κατάθλιψης της παιδικής ηλικίας και κατάθλιψης σε ενήλικες.^{115,116}

Ενδιαφέρον είναι ότι τα παλαιότερα περιστατικά παχυσαρκίας δεν αποτελούν τον πλέον προγνωστικό παράγοντα για την κατάθλιψη με μετέπειτα έναρξη, αν και σχετίζονταν ταυτόχρονα με την κατάθλιψη. Παρόλο που η παχυσαρκία από την πρώιμη εφηβεία (ηλικία 14 ετών) δεν πρόβλεψε σημαντικά την μεταγενέστερη έναρξη της κατάθλιψης, η παχυσαρκία που αναπτύχθηκε κατά την εφηβική ηλικία (14-20 ετών) ήταν ιδιαίτερα προγνωστική για την μεταγενέστερη έναρξη της κατάθλιψης μεταξύ των κοριτσιών. Ίσως οι ανασφάλειες που σχετίζονται με το σώμα και / ή η πίεση από τους συμμαθητές σε σχέση με το σχήμα και το βάρος του σώματος έχουν βαρύτητα κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου και συνεπώς τα νέα κορίτσια που βιώνουν την εμφάνιση της παχυσαρκίας κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στην επακόλουθη έναρξη της κατάθλιψης.

Λαμβάνοντας υπόψη τις διαγνώσεις διάρκειας ζωής κατά την ηλικία των 24 ετών, τόσο η κατάθλιψη όσο και η συνυπάρχουσα κατάθλιψη και παχυσαρκία ήταν πιο διαδεδομένες στις γυναίκες. Σημαντικά αποτελέσματα αλληλεπίδρασης φύλου βρέθηκαν για πιθανές ενώσεις και στις δύο κατευθύνσεις, με τον αυξημένο κίνδυνο για την άλλη διαταραχή να εντοπίζεται ειδικά στις νεαρές γυναίκες. Αυτές οι διαφορές φύλου θα μπορούσαν να οφείλονται σε οποιονδήποτε αριθμό παραγόντων. Παραδείγματος χάριν, η παχυσαρκία μπορεί να είναι μια πιο στιγματισμένη κατάσταση μεταξύ των γυναικών¹¹⁷ και / ή οι γυναίκες μπορεί να

είναι πιο πιθανό να τρώνε για να αντιμετωπίσουν αρνητικά συναισθήματα από τους άνδρες.

Τα αποτελέσματα της μελέτης των Marmorstein και συν⁹⁷. (2014) υποδηλώνουν ότι οι προσπάθειες πρόληψης που στοχεύουν και στις δύο αυτές διαταραχές κατά την παιδική και εφηβική ηλικία μπορεί να είναι καρποφόρες για τη μείωση του επιπολασμού αυτής της μορφής συννοσηρότητας. Συγκεκριμένα, η πρόληψη της κατάθλιψης από την πρώιμη εφηβεία έχει τη δυνατότητα να μειώσει την μετέπειτα εμφάνιση της παχυσαρκίας και να αποτρέψει την ανάπτυξη της παχυσαρκίας κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Η μελλοντική έρευνα που εξετάζει τους μηχανισμούς αυτών των ευρημάτων θα ήταν χρήσιμη για τις προσπάθειες πρόληψης. Για παράδειγμα, τα νεαρά κορίτσια με κατάθλιψη πρέπει να ενθαρρύνονται να ασκούνται και / ή να συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες, το οποίο μπορεί να αποτρέψει την μεταγενέστερη έναρξη της παχυσαρκίας.

Παρόλο που διαπιστώθηκαν διαφορές στις συσχετίσεις μεταξύ αυτών των διαταραχών ανάλογα με το αν εξετάστηκε η περίοδος από την πρώιμη εφηβεία έως την εφηβεία ή την εφηβεία μέχρι την πρώιμη ενηλικίωση, δεν ελέγχθηκε η παρουσία αναπτυξιακών διαφορών (π.χ. διαφορές μεταξύ των φύλων). Συγκεκριμένα, αν και η παχυσαρκία εμφανίστηκε για πρώτη φορά στην πρόσφατη εφηβεία, συσχετίστηκε έντονα με αυξημένες πιθανότητες κατάθλιψης, η παχυσαρκία που εμφανίστηκε από την πρώιμη εφηβεία έδειξε αδύνατη συσχέτιση με κατάθλιψη. Ωστόσο, μια κάπως διαφορετική εικόνα προέκυψε για την κατάθλιψη ως παράγοντα κινδύνου για την παχυσαρκία, ειδικά στα κορίτσια. Η αλληλεπίδραση κατάθλιψης και παχυσαρκίας από την πρώιμη εφηβεία ήταν σημαντική, υποδηλώνοντας ότι ο κίνδυνος ήταν ιδιαίτερα αυξημένος για τα κορίτσια. Για την κατάθλιψη που εμφανίστηκε για πρώτη φορά στην εφηβεία, η αλληλεπίδραση όχι μόνο δεν ήταν σημαντική, αλλά προς την αντίθετη κατεύθυνση, υποδεικνύοντας ότι για τα κορίτσια, η κατάθλιψη συσχετίστηκε με μη σημαντικό αλλά ελαφρώς μειωμένο κίνδυνο παχυσαρκίας. Αν και αυτό το πρότυπο των αποτελεσμάτων δεν μπορεί να αποκλείσει ότι η κατάθλιψη που εμφανίζεται για πρώτη φορά στην εφηβεία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο παχυσαρκίας, παρέχει παράλληλα αξιόπιστη στήριξη υποστηρίζοντας την υπόθεση ότι η βασική περίοδος κινδύνου στην κατάθλιψη για παχυσαρκία είναι στην πρώιμη εφηβεία για τα κορίτσια., μέχρις ότου άλλες έρευνες εξετάσουν απευθείας τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ηλικιών.

Αλκοόλ και κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εφηβείας

Οι περισσότερες διαταραχές της ψυχικής υγείας έχουν ξεκινήσει κατά τη διάρκεια της εφηβείας.¹¹⁸ Έχει αναφερθεί ότι τα δύο τρίτα των ατόμων που θα βιώσουν διαταραχή ψυχικής υγείας θα βιώσουν την πρώτη εμφάνισή της κατά την διάρκεια της εφηβείας. Δύο από τις συνηθέστερες παθήσεις ψυχικής υγείας που εμφανίζονται μεταξύ των εφήβων είναι η προβληματική χρήση οινόπνευματος και τα συμπτώματα κατάθλιψης.

Η προβληματική χρήση οινόπνευματος αυξάνεται προοδευτικά κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της νεανικής ηλικίας. Το 2014, το 2,7% των εφήβων ηλικίας 12-17 ετών και το 12,3% των νέων ενηλίκων ηλικίας 18-25 ετών πληρούσαν τα κριτήρια για την διαταραχή της χρήσης οινόπνευματος.¹¹⁹ Η βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ έχει οριστεί ως κατανάλωση 4 πρότυπων ποτών για τις γυναίκες και 5 για τους άνδρες και η «υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ» αποτελεί το επίπεδο κατανάλωσης εντός 2 ωρών. Η έντονη κατανάλωση αλκοόλ στην εφηβεία σχετίζεται με σοβαρά προβλήματα, όπως αυτοκτονία, ατυχήματα με αυτοκίνητα, τυχαία τραύματα, ασθένειες που μεταδίδονται σεξουαλικά, σεξουαλικές επιθέσεις, καθώς και βλάβες στις λειτουργίες του προσχηματισμένου φλοιού όπως η μνήμη και η προσοχή.¹²⁰ Επιπλέον, πολλοί έφηβοι εξακολουθούν να εμφανίζουν προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ στην ενηλικίωση.¹²¹

Από την άλλη πλευρά η καταθλιπτική διαταραχή αποτελεί μια συχνή, επαναλαμβανόμενη και εξουθενωτική διαταραχή που πλήττει τα άτομα και την κοινωνία ως σύνολο.²⁰ Η καταθλιπτική διαταραχή είναι η τέταρτη βασική αιτία της αναπηρίας και του πρόωρου θανάτου παγκοσμίως και οδηγεί σε μεγαλύτερη δυσλειτουργία και λειτουργία της εργασίας από οποιαδήποτε άλλη μεμονωμένη χρόνια πάθηση.¹²² Τα ποσοστά κατάθλιψης είναι σχετικά χαμηλά στην παιδική ηλικία, αλλά δραματικά αυξάνονται, έως και έξι φορές, από την πρώιμη έως την εφηβική ηλικία.²⁰ Περισσότερο από το ήμισυ όλων των περιπτώσεων κατάθλιψης έχουν μια πρώτη εμφάνιση κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, της εφηβείας ή της νεαρής ηλικίας.¹²³ Το 2014, περίπου το 11,7% των εφήβων μεταξύ 12 και 17 ετών και περίπου το 10% των νεαρών ενηλίκων μεταξύ 18-25 ετών βίωσε ένα μεγάλο καταθλιπτικό επεισόδιο.

Η εφηβεία είναι μια περίοδος ανάπτυξης με πολλές σημαντικές μεταβάσεις, όπως η μετατόπιση της γονικής και της ομότιμης υποστήριξης, η αναζήτηση ή και η διαμόρφωση ταυτότητας και η γνωστική ωρίμανση.¹²⁴

Δεδομένου του υψηλού επιπολασμού των διαταραχών της διάθεσης και της χρήσης οινόπνευματος κατά την εφηβεία (12-17) αυτές οι συνθήκες συχνά συνυπάρχουν σε αυτό τον πληθυσμό και έχει υποτεθεί ότι μπορεί να συνδέονται.¹²⁵ Ενώ διεξήχθησαν πολυάριθμες μελέτες στον τομέα αυτό, η φύση της ένωσής τους εξακολουθεί να είναι ασαφής. Οι Pedrelli et al. (2016)¹¹⁸ συνοψίζουν τα συμπεράσματα σχετικά με τη σχέση μεταξύ συμπεριφοράς διάθεσης και κατανάλωσης οινόπνευματος μεταξύ εφήβων και διαφοροποιούν τους τύπους εξεταζόμενων συνθηκών, καθώς μπορεί να έχουν επιπτώσεις στο αποτέλεσμα. Το φύλο μπορεί επίσης να επηρεάσει τη σχέση μεταξύ συμπεριφοράς διάθεσης και κατανάλωσης οινόπνευματος. Υψηλότεροι αριθμοί εφήβων πληρούν τα κριτήρια για βαριά κατανάλωση αλκοόλ.¹²⁶ Επιπλέον, οι γυναίκες και οι άνδρες μεταβολίζουν διαφορετικά το οινόπνευμα, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τον βαθμό δηλητηρίασης (π.χ. περιεκτικότητα αλκοόλ στο αίμα) που προκύπτει από την κατανάλωση της ίδιας ποσότητας αλκοόλης.¹²⁷ Ωστόσο, περισσότερες γυναίκες εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης από τους άνδρες.¹²⁵ Μέχρι την ηλικία των 14 ετών, τα κορίτσια βιώνουν κατάθλιψη σε ποσοστό δύο και τρεις φορές περισσότερο έναντι των αγοριών.¹²⁸

Κατάθλιψη και συμπεριφορές κατανάλωσης οινόπνευματος

Μια διαχρονική μελέτη που επικεντρώθηκε μόνο στα εφηβικά χρόνια διαπίστωσε ότι η υψηλότερη συχνότητα χρήσης οινόπνευματος κατά την πρώιμη εφηβεία συνδέεται με την κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας.¹²⁹ Αρκετές μελέτες, συμπεριλαμβανομένων των αξιολογήσεων από την εφηβεία μέχρι τη νεαρή ενηλικίωση, έχουν δείξει σταθερά ότι η κατανάλωση οινόπνευματος κατά την εφηβεία προβλέπει κατάθλιψη κατά την εφηβεία και κατά την πρώιμη ενηλικίωση.^{129,130}

Υπάρχει ελάχιστη υποστήριξη για αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη παρουσία βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ. Μια διαχρονική μελέτη, η οποία εκτείνεται από την εφηβεία έως την νεαρή ηλικία, βρήκε ότι η κατανάλωση αλκοόλ σε ηλικία 16 ετών προβλέπει την παρουσία κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της νεαρής

ηλικίας.¹³¹ Ωστόσο, το μέγεθος της ένωσης ήταν μικρό και η βαριά κατανάλωση αλκοόλ στα 18 δεν πρόβλεπε κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της νεαρής ηλικίας. Ομοίως, μια άλλη διαχρονική μελέτη δεν διαπίστωσε ότι μια βαριά πορεία κατανάλωσης αλκοόλ από την εφηβεία έως την νεαρή ενηλικίωση προέβλεπε την κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της νεαρής ενηλικίωσης.¹³²

Οι Pedrelli et al. (2016) συνοψίζουν τις περισσότερες από τις διαχρονικές μελέτες που εξετάζουν την επίδραση της χρήσης οινοπνεύματος και της συχνότητας χρήσης αλκοόλ στα συμπτώματα κατάθλιψης κατά την εφηβεία και τη νεαρή ενηλικίωση. Παρατηρήθηκε ένα μικρό αλλά σημαντικό μέγεθος επίδρασης για τη συσχέτιση μεταξύ συχνότερης χρήσης αλκοόλ και υψηλότερων επιπέδων κατάθλιψης. Παρατηρήθηκε επίσης υψηλή ετερογένεια μεταξύ των μελετών και μεγαλύτερο μέγεθος επίδρασης για τους εφήβους 16-18 ετών σε σχέση με τους εφήβους 12-15 ετών. Η υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ συσχετίστηκε επίσης με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης με μικρό αλλά σημαντικό μέγεθος επίδρασης. Έτσι, η υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ και η συχνότητα αλκοόλης αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, αν και ο αυξημένος κίνδυνος μπορεί να είναι μικρός σε μέγεθος.

Προοπτικές μελέτες για κατάθλιψη ή συμπτώματα κατάθλιψης που προβλέπουν κατανάλωση αλκοόλ

Παρόλο που υπάρχουν περιορισμένες πληροφορίες σχετικά με τον κίνδυνο ανάπτυξης αλκοολισμού μεταξύ εφήβων με κατάθλιψη, αρκετές διαχρονικές μελέτες μετά από συμμετέχοντες από την παιδική ηλικία ή την εφηβεία έως τη νεαρή ενηλικίωση έχουν εξετάσει καταθλιπτικά συμπτώματα και διάφορες συμπεριφορές κατανάλωσης οινοπνεύματος. Μια προοπτική μελέτη διαπίστωσε ότι η παιδική κατάθλιψη δεν προέβλεπε προηγούμενη εξέλιξη της κατάχρησης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της νεαρής ηλικίας και ότι η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εφηβείας δεν συνδέεται με τη μεταγενέστερη χρήση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της νεαρής ηλικίας.¹³³ Αντίθετα, αρκετές διαχρονικές μελέτες δείχνουν ότι η κατάθλιψη στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας συνδέεται με μια σειρά από συμπεριφορές κατανάλωσης οινοπνεύματος. Για παράδειγμα, τα συμπτώματα κατάθλιψης κατά την εφηβεία σχετίζονται μελλοντικά με υψηλότερη και συχνότερη χρήση οινοπνεύματος κατά την εφηβεία¹³⁴ και με επικίνδυνη χρήση αλκοόλ κατά τη νεαρή ενηλικίωση.¹²⁹ Επιπλέον, τα παιδιά και οι έφηβοι με

καταθλιπτικά συμπτώματα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναφέρουν δηλητηρίαση από το οινόπνευμα κατά την εφηβεία και έχουν διπλάσια αύξηση κινδύνου εξάρτησης από το αλκοόλ στην νεαρή ηλικία.¹³³ Έτσι, τα συμπτώματα κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή της εφηβείας αυξάνουν τον κίνδυνο για εξάρτηση από το αλκοόλ, για την πρόωρη έναρξη της κατανάλωσης αλκοόλ και την υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ.

Μελέτες για την κατάθλιψη, τα συμπτώματα κατάθλιψης και την κατανάλωση αλκοόλ κατά την εφηβεία

Αρκετές συγχρονικές μελέτες εξέτασαν τις συσχετίσεις μεταξύ κατάθλιψης, συμπτωμάτων κατάθλιψης και κατανάλωσης αλκοόλ κατά την εφηβεία. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι σε εφήβους η κατάθλιψη και η κατανάλωση αλκοόλ συσχετίζονται¹³⁰ και αρκετές μελέτες υποδεικνύουν τη συσχέτιση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των συμπεριφορών κατανάλωσης αλκοόλ, συμπεριλαμβανομένης της υψηλότερης κατανάλωσης αλκοόλ, της υψηλότερης συχνότητας χρήσης αλκοόλ και της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ.¹³⁵ Μερικές από αυτές τις μελέτες έχουν βρει διαφορές μεταξύ των φύλων.

Συγκεκριμένα έχουν αναφερθεί ασυνεχείς διαφορές φύλου στη σχέση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των συμπεριφορών κατανάλωσης οινόπνευματος. Για παράδειγμα, αρκετές μελέτες βρήκαν ισχυρότερους συσχετισμούς μεταξύ των συμπεριφορών κατανάλωσης οινόπνευματος σε γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Μια διαχρονική μελέτη διαπίστωσε ότι η συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης κατά την πρώιμη εφηβεία και της επικίνδυνης χρήσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της νεαρής ηλικίας ήταν ισχυρότερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες και ότι στους άνδρες η συσχέτιση μειώθηκε σημαντικά πολυπαραγοντικά, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών συμπεριφοράς και της χρήσης κάνναβης.¹²⁹

Μια μεγάλη διατομεακή μελέτη διαπίστωσε ότι η κατάθλιψη ήταν πιο διαδεδομένη στους εφήβους με υψηλή κατανάλωση οινόπνευματος από ό, τι στους χρήστες χωρίς αλκοόλ.¹³⁷ Ωστόσο, σε μια πολυμεταβλητή ανάλυση που περιλάμβανε τη χρήση ουσιών, η συσχέτιση μεταξύ της υψηλής κατανάλωσης αλκοόλ και της κατάθλιψης εξακολούθησε να υπάρχει σε γυναίκες αλλά όχι σε άνδρες. Σε μια διαχρονική μελέτη, τα χειρότερα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την εφηβεία συσχετίστηκαν με υψηλότερη συχνότητα χρήσης αλκοόλ μεταξύ των

γυναικών αλλά όχι των ανδρών εφήβων. Ωστόσο, η τελευταία μελέτη δεν περιελάμβανε μεταβλητές σχετικά με τη χρήση ουσιών. Αντίθετα, μια προοπτική μελέτη έδειξε ότι η συσχέτιση μεταξύ καταθλιπτικής διάθεσης κατά την πρώιμη εφηβεία και υψηλότερης χρήσης οινόπνεύματος κατά την εφηβική ηλικία ήταν ισχυρότερη στα αγόρια από ότι στα κορίτσια¹³⁸ και μια διατομεακή μελέτη διαπίστωσε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα συνδέονταν με την υψηλότερη καθημερινή χρήση αλκοόλης σε άνδρες αλλά όχι σε γυναίκες στην εφηβική ηλικία.

Οι διαφορές μεταξύ των φύλων στις συσχετίσεις μεταξύ καταθλιπτικών συμπτωμάτων και συμπεριφορών κατανάλωσης αλκοόλ μπορεί να οφείλονται σε διαφορές μεταξύ των μελετών στην ηλικία των συμμετεχόντων, σε όργανα που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της κατάθλιψης και της χρήσης οινόπνεύματος, στο μέγεθος του δείγματος αλλά και στον σχεδιασμό της μελέτης. Προκαταρκτικές πληροφορίες υποδηλώνουν ότι σε άνδρες έφηβους η συνυπάρχουσα χρήση ουσιών μπορεί να επηρεάσει τη συσχέτιση μεταξύ της συμπεριφοράς κατανάλωσης οινόπνεύματος και της κατάθλιψης. Ωστόσο, δεδομένου ότι η συνύπαρξη μεταξύ της χρήσης οινόπνεύματος και της χρήσης ουσιών είναι πιο διαδεδομένη στους άνδρες¹³⁹ ενώ η κατάθλιψη είναι λιγότερο διαδεδομένη στους άνδρες¹⁴⁰ οι μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να διευκρινίσουν περαιτέρω αυτή τη σχέση.

Σύνδεσης μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και κατάθλιψης

Οι περισσότερες μελέτες έχουν εξετάσει αν τα καταθλιπτικά συμπτώματα προβλέπουν προβλήματα αλκοολισμού ή αντίστροφα αλλά είναι επίσης σημαντικό να καθοριστεί ποια κατάσταση είναι πιο πιθανό να συμβεί πρώτα και αν η σχέση μεταξύ αυτών των προβλημάτων είναι αμφίδρομη. Μια διαχρονική μελέτη με δεδομένα από την εφηβεία έως την νεαρή ενηλικίωση συνέκρινε τρία μοντέλα: το μοντέλο της κατάθλιψης οδήγησε στον αλκοολισμό, το μοντέλο του αλκοολισμού οδήγησε στην κατάθλιψη και το τρίτο μοντέλο περιλάμβανε μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ των δύο διαταραχών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το καλύτερο μοντέλο προσαρμογής ήταν εκείνο στο οποίο υπήρχε μια μονοκατευθυντική σχέση μεταξύ αλκοολισμού και κατάθλιψης αλλά όχι ανάστροφη επίδραση από κατάθλιψη σε αλκοολισμό.¹⁴¹

Μια άλλη μελέτη εξέτασε τις πιθανές συσχετίσεις μεταξύ κατάθλιψης και αλκοολισμού από την εφηβεία έως την νεαρή ενηλικίωση και διαπίστωσε ότι η παρουσία αλκοολισμού κατά την εφηβεία προέβλεπε κατάθλιψη στην πρώιμη ενηλικίωση και η κατάθλιψη πρώιμης ενηλικίωσης προέβλεψε τον αλκοολισμό των ενηλίκων.¹²⁹ Μια προοπτική μελέτη των συμπτωμάτων κατάθλιψης και της βαριάς επεισοδιακής κατανάλωσης αλκοόλ σε διάστημα τεσσάρων εβδομάδων κατέδειξε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα αύξησαν τον κίνδυνο για βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ, αλλά η βαριά επεισοδιακή κατανάλωση δεν πρόβλεπε καταθλιπτικά συμπτώματα.¹⁴² Συνολικά, τα ευρήματα υποδεικνύουν μια συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και αλκοολισμού και σε πολλές περιπτώσεις η κατάθλιψη προηγείται του αλκοολισμού.

Η σχέση μεταξύ κατάθλιψης και κατανάλωσης αλκοόλ μπορεί να εξηγηθεί επίσης από περιβαλλοντικές και βιολογικές αιτίες. Η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε περιβαλλοντικούς παράγοντες άγχους¹⁴³ (δηλ. χαμηλή σχολική επίδοση, κακή σχέση με γονείς, νομικά προβλήματα), γεγονός που με τη σειρά τους μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Επιπλέον, η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε βιολογικές αλλαγές όπως αυξημένη ευπάθεια στην κατάθλιψη.¹⁴⁴ Οι έφηβοι μπορεί να είναι ευάλωτοι στις αναπτυσσόμενες διαταραχές της διάθεσης όταν ασχολούνται με μια ποικιλία συμπεριφορών κατανάλωσης οινόπνευματος, τόσο επειδή ο εγκέφαλός τους εξακολουθεί να αναπτύσσεται¹⁴⁵ όσο και λόγω του υψηλότερου κινδύνου για περιβαλλοντικούς παράγοντες άγχους που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ σε νεαρή ηλικία. Η χρήση αλκοόλ μπορεί να έχει ισχυρότερη επίδραση στον εγκέφαλο των εφήβων από ό,τι στην ενήλικη ηλικία, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο για προβλήματα διάθεσης. Ως εκ τούτου, συσσωρεύονται αποδείξεις ότι η βαριά κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εφηβείας έχει αρνητική επίδραση στον εγκέφαλο.¹⁴⁶

Ένα σημαντικό αναπτυξιακό εύρημα που πρέπει να τονιστεί είναι ότι η συσχέτιση μεταξύ συμπεριφοράς διάθεσης και κατανάλωσης αλκοόλ αλλάζει με την πάροδο του χρόνου. Οι διαχρονικές μελέτες θα πρέπει να εξετάσουν περαιτέρω τη σχέση μεταξύ διάθεσης και αλκοόλ σε διαφορετικά αναπτυξιακά στάδια και να εξετάσουν το αποτέλεσμα του φύλου. Από τις μέχρι τώρα μελέτες συμπεραίνεται ότι η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να θέσει τους εφήβους σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη προβλημάτων διάθεσης. Έτσι, τα προγράμματα πρόληψης θα πρέπει να αντιμετωπίσουν και να μειώσουν

οποιαδήποτε συμμετοχή αλκοόλ στους εφήβους. Επιπλέον, τα προγράμματα πρόληψης θα πρέπει να εξετάζουν προσεκτικά τους εφήβους για να εντοπίσουν τα προβλήματα διάθεσης που πρέπει να αντιμετωπιστούν έγκαιρα.

Αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη ως συντονιστής μεταξύ των αρνητικών γεγονότων της ζωής και της κατάθλιψης στην εφηβεία

Η κοινωνική υποστήριξη είναι μια σημαντική μεταβλητή που επηρεάζει την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ένας μεγάλος αριθμός μελετών δείχνει ότι οι καταθλιπτικοί άνθρωποι έχουν σημαντικές διαδεδομένες ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Συγκεκριμένα, υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής στήριξης. Η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται στην ποιότητα της συναισθηματικής υποστήριξης που παρέχουν άλλοι. Η έρευνα δείχνει επίσης ότι τα ποσοστά της αντιληπτικής κοινωνικής στήριξης συνδέονται σημαντικά με μέτρα μείωσης του άγχους και της ψυχολογικής δυσφορίας, καθώς και με βελτιωμένα μέτρα ευημερίας.¹⁴⁷ Ωστόσο, μελέτες κοινωνικής στήριξης σε εφήβους επικεντρώνονται κυρίως στην υποστήριξη των οικογενειών τους και μόνο ένας μικρός αριθμός μελετών εξετάζει την κοινωνική υποστήριξη των συνομηλίκων.¹⁴⁸ Η μελέτη των Miloseva και συν.¹⁵⁴ περιλαμβάνει την αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, τους φίλους και σημαντικούς άλλους.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και της έρευνας έδειξε ότι η κοινωνική υποστήριξη έχει μελετηθεί όχι μόνο ως ξεχωριστός ψυχοκοινωνικός παράγοντας κινδύνου για την κατάθλιψη αλλά και ως παράγοντας που μετριάζει τη συσχέτιση των γεγονότων της ζωής με την κατάθλιψη. Ένα από αυτά είναι το ρυθμιστικό μοντέλο, διότι υποδηλώνει ότι η υποστήριξη "προστατεύει" τα άτομα από την πιθανή παθογόνο επίδραση των αγχωτικών συμβάντων. Η ιδέα ότι η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη προστατεύει από τις αρνητικές συνέπειες του στρες και προάγει την ψυχολογική ευημερία έχει υποστηριχθεί από πολλές μελέτες.¹⁴⁹ Μελέτες επιβεβαίωσαν το ρόλο της κοινωνικής στήριξης ως «ενδιάμεσο» μεταξύ των αρνητικών αγχωδών συμβάντων ζωής και της κατάθλιψης, ή ότι είναι το «ρυθμιστικό» των ανεπιθύμητων επιδράσεων του στρες.¹⁵⁰

Η αντίληψη ότι τα αγχωτικά αρνητικά γεγονότα έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ανάπτυξη συμπτωμάτων κατάθλιψης είναι κοινή για όλες τις θεωρίες της γνωστικής ευπάθειας.¹⁵¹ Έχει βρεθεί ότι η παρουσία αρνητικών συμβάντων ζωής

είναι ένας αξιόπιστος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων και στα δύο φύλα εξίσου. Κατά την εφηβεία, τα κορίτσια εκτίθενται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης, επειδή υποτίθεται ότι αντιμετωπίζουν πιο αρνητικά γεγονότα ζωής (ειδικά σε διαπροσωπικούς τομείς) και είναι πιο ευαίσθητα σε αγχωτικά γεγονότα, όπως για παράδειγμα σε σύγκρουση με τους συνομηλίκους.¹⁵²

Οι γνωστικοί παράγοντες ευπάθειας αλληλεπιδρούν με τα αρνητικά συμβάντα της ζωής, ως παράγοντες πρόβλεψης αυξημένων καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά (ηλικίας 6-9 ετών) και στην πρώιμη εφηβεία (ηλικία 10-14 ετών). Αν οι γνωστικοί παράγοντες ευπάθειας εξακολουθούν να λειτουργούν παρουσία αρνητικών συμβάντων στη διάρκεια της εφηβείας, παραμένουν γνωστικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καταθλιπτικών επεισοδίων αργότερα στην ενηλικίωση.

Η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη σε μοντέλα γνωστικής ευπάθειας στην κατάθλιψη

Τα μοντέλα της γνωστικής ευπάθειας στην κατάθλιψη κατά την εφηβεία βρίσκονται στην πρώτη θέση στις ερευνητικές δραστηριότητες στον κόσμο. Ορίζουν την ευπάθεια ως ένα εσωτερικό και σταθερό χαρακτηριστικό ενός ατόμου που προδιαθέτει ένα άτομο να αναπτύξει την κατάθλιψη ως αντίδραση στα αρνητικά γεγονότα της ζωής. Είναι σημαντικό να υπογραμμίσουμε ότι τα γνωστικά μοντέλα είναι βασικά μοντέλα διατομής-στρες. Η βασική θεωρία είναι ότι η κατάθλιψη προέρχεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ της γνωστικής ευπάθειας ενός προσώπου (διάθεση) και ορισμένων περιβαλλοντικών συνθηκών (στρες), που χρησιμεύουν ως έναυσμα ενεργοποίησης αυτής της διάστασης.¹⁵³

Το αν η υποκλινική κατάθλιψη είναι μια κλινικά σχετική κατάσταση και οι υποκλινικά καταθλιπτικοί έφηβοι είναι μια επικίνδυνη και ευάλωτη ομάδα εξακολουθεί να είναι ένα ανεπαρκώς διερευνημένο θέμα που προκαλεί μεγάλο ενδιαφέρον. Η υποκλινική κατάθλιψη είναι μια κατάσταση στην οποία ένα άτομο έχει συμπτώματα κατάθλιψης, αλλά δεν πληροί τα κριτήρια για μια καταθλιπτική διαταραχή. Οι Avenevoli και συν.¹⁵⁵ παραθέτουν έρευνα και κάνουν συγκρίσεις μεταξύ παιδιών και εφήβων με υποκλινική και κλινική μείζονα κατάθλιψη, υποδεικνύοντας ότι ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών και εφήβων με υποκλινικά καταθλιπτικά συμπτώματα παρουσιάζει σχεδόν τόσα ή περισσότερα συμπτώματα

κατάθλιψης σε σύγκριση με εκείνα με μείζονα κατάθλιψη, καθώς και ανάγκη για βοήθεια και θεραπεία.

Από κλινική άποψη, η υποκλινική κατάθλιψη είναι σημαντική για δύο λόγους. Πρώτον, η υποκλινική κατάθλιψη είναι συχνά μια μη επικυρωμένη κατάσταση με σημαντικές ψυχολογικές δυσκολίες και ανάγκη για θεραπεία. Ο στόχος της θεραπείας είναι η μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και η βελτίωση της ποιότητας ζωής. Ο δεύτερος λόγος για τον οποίο η υποκλινική κατάθλιψη είναι σημαντική από κλινική άποψη είναι ο αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης μείζονος κατάθλιψης. Λόγω του αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης μείζονος κατάθλιψης σε άτομα με υποκλινική κατάθλιψη, ο στόχος παρεμβάσεων στην υποκλινική κατάθλιψη είναι η πρόληψη της εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης. Παρόλο που η ψυχολογική θεραπεία είναι αποτελεσματική, η πρόληψη είναι ακόμα προτιμότερη.

Ένας από τους περιορισμούς των μοντέλων της γνωστικής ευπάθειας στην κατάθλιψη είναι η παραμέληση της σπουδαιότητας των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, ιδιαίτερα της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης μεταξύ των εφήβων. Υπάρχει ανάλογη έρευνα στον κόσμο που προσπάθησε να τονίσει τη σημασία του κοινωνικού περιβάλλοντος στην εφηβεία και τη σύνδεσή της με την κατάθλιψη. Το ζήτημα του μετριασμού του ρόλου της κοινωνικής στήριξης σε μοντέλα γνωστικής ευπάθειας στην κατάθλιψη παραμένει ανοικτό, καθώς και το ερώτημα ποιος είναι ο ρόλος της στην κλινική, υποκλινική και ομάδα ελέγχου εφήβων. Η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη πρέπει να αποτελεί μέρος της κλινικής αξιολόγησης των εφήβων που πάσχουν από υποκλινική και κλινική κατάθλιψη και μέρος των στρατηγικών πρόληψης και παρέμβασης στο σχεδιασμό.

Μέχρι σήμερα, οι ερευνητές που έχουν μελετήσει τις επιδράσεις των προληπτικών παρεμβάσεων στην κατάθλιψη, κατά την περίοδο της εφηβείας, έχουν γενικά βασιστεί στις στρατηγικές πρόληψης στις διαγνωστικές συμπεριφορές και / ή στις διαπροσωπικές προσεγγίσεις. Με βάση αυτές τις προσεγγίσεις, προτείνεται το μοντέλο που επικεντρώνεται στη βελτίωση της αντιληπτικής κοινωνικής υποστήριξης των εφήβων που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης. Αυτό μπορεί να γίνει με την προώθηση δυνατοτήτων για υποστηρικτικές σχέσεις και την ενίσχυση της

ικανότητας κάποιου να χρησιμοποιεί τις σχέσεις του ως πηγές κοινωνικής υποστήριξης.

Τα αποτελέσματα έχουν δείξει ότι η συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των αρνητικών γεγονότων ζωής αλλάζει καθώς η αξία της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής στήριξης αλλάζει. Ως εκ τούτου, η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη είναι μια σημαντική πρόβλεψη και μεταβλητή του συντονιστή, η οποία λειτουργεί ως μεταβλητή "stress buffer" μεταβλητή μεταξύ των αρνητικών αγχωτικών συμβάντων ζωής και του επιπέδου των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Μια πιο εμπεριστατωμένη ανάλυση αποκάλυψε ότι η μετριοπαθής επίδραση αλληλεπίδρασης μεταξύ των αρνητικών συμβάντων της ζωής και της αντίληψης της κοινωνικής υποστήριξης ήταν σημαντική μόνο στην υποκλινική ομάδα. Αυτό το εύρημα είναι ιδιαίτερα σημαντικό λόγω των ποικίλων επιπτώσεων του στην πρόβλεψη και τη στοχοθετημένη πρόληψη.

Η μελέτη των Miloseva και συν¹⁵⁴. διερεύνησε δύο μοντέλα: ότι είναι δυνατόν να προβλεφθεί το επίπεδο των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μέσω των αρνητικών γεγονότων ζωής και της κοινωνικής υποστήριξης και ότι είναι δυνατόν να προβλεφθεί το επίπεδο των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μέσω της αλληλεπίδρασης των αρνητικών γεγονότων ζωής και της αντιληπτής κοινωνικής στήριξης. Η ανάλυση έδειξε ότι αμφότερες οι επιδράσεις και στα δύο προαναφερθέντα μοντέλα και στο μοντέλο ως σύνολο είναι στατιστικά σημαντικές και ότι είναι δυνατόν να προβλεφθεί σημαντικά το επίπεδο των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με αρνητικά συμβάντα ζωής και κοινωνική υποστήριξη.

Με βάση τους συντελεστές παλινδρόμησης, διαπιστώθηκε ότι στο πρώτο μοντέλο η αντιληπτή κοινωνική στήριξη ξεχωρίζει ως ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης, δηλαδή μια έντονα αντιληπτή κοινωνική στήριξη οδηγεί σε χαμηλό επίπεδο καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Στο δεύτερο μοντέλο, τα αρνητικά συμβάντα ζωής ξεχωρίζουν, δηλαδή τα πιο αρνητικά συμβάντα ζωής οδηγούν σε υψηλότερο επίπεδο καταθλιπτικών συμπτωμάτων και η υψηλότερη αλληλεπίδραση των αρνητικών γεγονότων ζωής και η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη οδηγεί σε χαμηλό επίπεδο καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Το γεγονός ότι στο πρώτο μοντέλο η κοινωνική υποστήριξη είναι σημαντική, αλλά στο δεύτερο μοντέλο δεν είναι, αλλά η αλληλεπίδραση της αντίληψης της κοινωνικής υποστήριξης με τα αρνητικά γεγονότα της ζωής είναι σημαντική, υποστηρίζει το γεγονός ότι η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη

μετριάζει την ένωση των αρνητικών συμβάντων της ζωής με το επίπεδο των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Αυτά τα ευρήματα είναι συνεπή με τον προσδιορισμό της κοινωνικής υποστήριξης ως μεταβλητή "buffer stress". Ο προσδιορισμός της κοινωνικής στήριξης ως "ρυθμιστικού παράγοντα άγχους" υποδεικνύει ότι η κοινωνική στήριξη παρέχει σε ένα άτομο προστασία έναντι πιθανών γεγονότων άγχους. Βοηθάει ένα άτομο να μειώσει την ποσότητα του έμπειρου στρες και να αντιμετωπίσει καλύτερα το άγχος στις καταστάσεις ζωής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από το σύνολο της παρούσης συστηματικής ανασκόπησης εξάγονται κάποια σημαντικά συμπεράσματα ανά θεματικό άξονα. Αρχικά και αναφορικά με τη σχέση φύλου και κατάθλιψης συμπεραίνεται ότι παρά την εκτεταμένη έρευνα σχετικά με τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην κατάθλιψη, δεν είναι γνωστό ακόμα αν, μεταξύ των ατόμων που έχουν βιώσει κατάθλιψη, οι γυναίκες περνούν περισσότερες ημέρες της ζωής τους με κατάθλιψη σε σύγκριση με τους άνδρες. Όσον αφορά στην εμφάνιση κατάθλιψης στην εφηβεία οι μελέτες χρησιμοποιώντας μεθόδους μηχανικής μάθησης, διαπίστωσαν ότι τα πρότυπα δομής του εγκεφάλου στην εφηβεία μπορούν να βοηθήσουν στην πρόβλεψη της επακόλουθης κατάθλιψης. Τα ευρήματα αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό πρώτο βήμα προς την κατεύθυνση της κατανόησης των παθολογικών νευρικών διεργασιών που αποτελούν τη βάση της εμφάνισης αυτής της διαταραχής και τονίζουν αρκετές σημαντικές κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα.

Οι μελέτες που διερεύνησαν τη σχέση παχυσαρκίας και κατάθλιψης συμπέραναν ότι μεταξύ των γυναικών, η κατάθλιψη που εμφανίζεται από την πρώιμη εφηβεία προβλέπει την μεταγενέστερη έναρξη της παχυσαρκίας. Αντιστρόφως, η παχυσαρκία μεταξύ των γυναικών (ίσως ιδιαίτερα η παχυσαρκία με έναρξη στην ύστερη εφηβεία) προβλέπει την μεταγενέστερη έναρξη της κατάθλιψης. Επιπλέον, οι εκδηλώσεις αυτών των διαταραχών σχετίζονται με την παιδική ηλικία και την πρώιμη εφηβεία, αλλά όχι αργότερα.

Αναφορικά με τη σχέση κατανάλωσης αλκοόλ και κατάθλιψης όλα τα ευρήματα των ερευνών που παρουσιάστηκαν έδειξαν την παρουσία μεταξύ των εφήβων μιας σχέσης μεταξύ της χρήσης αλκοόλ και της κατάθλιψης, η οποία εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως η σοβαρότητα των εξεταζόμενων προβλημάτων (κατανάλωση οινόπνευματος, βαριά κατανάλωση αλκοόλ, κατάθλιψη, συμπτώματα κατάθλιψης) και το φύλο. Μεταξύ των εφήβων που καταναλώνουν αλκοόλ υπάρχει ισχυρή υποστήριξη για υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης κατά την εφηβεία. Λιγότερο σαφές είναι εάν οι έφηβοι με κατάθλιψη διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν αλκοολισμό κατά τη διάρκεια της νεαρής ενηλικίωσης. Τα μικτά ευρήματα σχετικά με την επίδραση του φύλου στη σχέση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των

συμπεριφορών κατανάλωσης αλκοόλ υπογραμμίζουν τη σημασία να συνεχιστεί η εξέταση των διαφορών μεταξύ των φύλων.

Η κατεύθυνση της συσχέτισης μεταξύ προβλημάτων διάθεσης και αλκοόλ είναι ασαφής. Δεν έχει καθοριστεί εάν στην εφηβεία οι διαταραχές της διάθεσης οδηγούν σε αλκοολισμό, αν το αλκοόλ οδηγεί σε διαταραχές της διάθεσης ή εάν οι δύο συνθήκες έχουν μια αμφίδρομη σχέση. Οι τρέχουσες γνώσεις δείχνουν ότι και τα τρία σενάρια μπορεί να είναι αληθινά. Η παρουσία μιας αμφίδρομης συσχέτισης καταδεικνύει ότι τόσο η κατάθλιψη όσο και η κατανάλωση αλκοόλ μπορούν να προκαλέσουν έναν κύκλο συνυπαρχόντων προβλημάτων.

Τέλος αναφορικά με την κοινωνική υποστήριξη, διαπιστώθηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να διαδραματίσει ρόλο από δύο διαφορετικές πλευρές της αιτιακής αλυσίδας, συνδένοντας το άγχος με τις επιπτώσεις του στρες σε ένα άτομο και ταυτόχρονα υποδεικνύοντας ότι η υποστήριξη μπορεί να παρεμβαίνει μεταξύ αγχωδών γεγονότων και αντιδράσεων στο στρες με αποτροπή της εκτίμησης της αντίδρασης στρες. Με άλλα λόγια, είναι πιθανό τα άτομα να μην βιώνουν τη δυνητική απειλή ως άγχος, ως αποτέλεσμα της πεποίθησης ότι έχουν επαρκείς πόρους με τους οποίους θα μπορούν να αποσύρονται και να προστατεύονται από την απειλή. Επιπλέον, μια πιο εμπεριστατωμένη ανάλυση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι μόνο στην υποκλινική ομάδα η συσχέτιση μεταξύ των αρνητικών γεγονότων της ζωής και του επιπέδου των καταθλιπτικών συμπτωμάτων αλλάζει με τις αλλαγές των αξιών της κοινωνικής υποστήριξης.

ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η κατάθλιψη στην εφηβεία και την ενηλικίωση είναι κοινή, προσβάλλοντας μέχρι το 20% αυτού του πληθυσμού. Αντιπροσωπεύει μια σημαντική ανησυχία για τη δημόσια υγεία και συνδέεται με σημαντική ταλαιπωρία και λειτουργική δυσλειτουργία. Η κατάθλιψη των εφήβων τείνει να είναι μια ιδιαίτερα κακοήθης και ανθεκτική κατάσταση, αυξάνοντας την πιθανότητα υποτροπής και χρόνιας ασθένειας κατά την ενηλικίωση.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι να εντοπίσει, να επιλέξει και να αξιολογήσει κατάλληλες ερευνητικές μελέτες που αφορούν την κατάθλιψη στην εφηβική ηλικία και παράλληλα να καταγράψει και να αναλύσει τα ευρήματά τους.

Υλικό και Μέθοδος: Όλα τα άρθρα αναζητήθηκαν μέσα από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων και συγκεκριμένα από το PubMed, Scopus και Google Scholar. Ως λέξεις- κλειδιά χρησιμοποιήθηκαν: «κατάθλιψη και εφηβεία», «κατάθλιψη στην εφηβεία» «αλκοόλ, κατάθλιψη και εφηβεία», «φύλο, κατάθλιψη και εφηβεία», «κοινωνική υποστήριξη, κατάθλιψη και εφηβεία». Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 60 από το σύνολο των 80 σχετικών με το θέμα μελετών που εκπονήθηκαν μετά το 2002. Μετά την αξιολόγηση της ποιότητας των ερευνών επιλέχθηκαν οι κατάλληλες και έγινε κριτική ανάλυση των ευρημάτων τους.

Αποτελέσματα: Μερικές μεγάλες διαχρονικές μελέτες έχουν τεκμηριώσει τις διαφορές φύλου στη διάγνωση της κατάθλιψης και τα συμπτώματα από την παιδική ηλικία μέχρι την εφηβεία, με υπεροχή στο θήλυ φύλο.

Ο μεσοκυτταρικός τροχιακός φλοιός διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην πρόβλεψη των επερχόμενων συναισθηματικών καταστάσεων ή αντιδράσεων. Έτσι, οι δομικές ανωμαλίες αυτής της περιοχής θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης, διακόπτοντας τη νευρική επεξεργασία της ανταμοιβής. Σύμφωνα με αυτή τη διατύπωση, η ανώμαλη δομή και η λειτουργία του φλοιού είναι ένα από τα πιο συχνά αναφερθέντα ευρήματα στις μελέτες νευροαπεικόνισης, που έχει κατανοηθεί ως βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης.

Η παχυσαρκία θα μπορούσε να οδηγήσει σε κατάθλιψη μέσω του στίγματος του βάρους, της κακής αυτοεκτίμησης, ή / και της λειτουργικής ανεπάρκειας. Η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει στην παχυσαρκία άμεσα μέσω της εμφάνισης

καταθλιπτικών συμπτωμάτων παρενέργειες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, ή προσπάθειες που αυτο-φαρμακοποιούν τα καταθλιπτικά συναισθήματα όπως είναι τα ανθυγιεινά τρόφιμα.

Η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε περιβαλλοντικούς παράγοντες άγχους, γεγονός που με τη σειρά τους μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Επιπλέον, η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε βιολογικές αλλαγές όπως αυξημένη ευπάθεια στην κατάθλιψη.

Η κοινωνική υποστήριξη είναι μια σημαντική μεταβλητή που επηρεάζει την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής στήριξης.

Συμπεράσματα: Η κατάθλιψη στην εφηβεία σχετίζεται με βιολογικούς, δημογραφικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Η έγκυρη διάγνωση και η κατάλληλη παρέμβαση συμβάλλουν θετικά στην αντιμετώπιση της διαταραχής.

ADOLESCENCE AND DEPRESSION

ABSTRACT

Introduction: Depression in adolescence and in the emerging adulthood is common, affecting up to 20% of that population. It represents a significant concern for the public health and is associated with a serious hardship and a functional disorder. Adolescent depression tends to be a particularly malignant and enduring state, which increases the probability of relapse and chronic illness through adulthood.

Purpose: The purpose of this systematic review is to detect, select and assess the proper investigative researches which pertain to depression in adolescence while, at the same time, record and analyse their findings.

Material and Method: All the articles were recovered through electronic databases, in particular, PubMed, Scopus and Google Scholar. The keywords used were : 'depression and adolescence', 'depression in adolescence', 'alcohol, depression and adolescence', 'gender, depression and adolescence', 'social support, depression and adolescence'. The sample for this study consists of 60 out of 80 related studies which have been carried out since 2002. After having assessed the quality of these studies, the appropriate ones were selected and a critical analysis of their findings has been conducted.

Results: Some long-running studies have established the differences regarding the gender in the diagnosis of depression and the symptoms from childhood throughout adolescence, primarily in the female sex.

The intercellular orbital cortex plays a critical role in the prognosis of the oncoming emotional states and reactions. Thus, the structural abnormalities of this region could contribute to the onset of depression, interrupting the neural processing of the reward. According to this statement, the irregular structure and the function of the cortex is one of the most frequently mentioned findings in the studies of neuroimaging, which has been perceived as a major symptom of depression. Obesity could lead to depression through the stigma of the weight, low self esteem and/or functional deficiency. Depression may lead to obesity with the development of symptoms of depression, side effects of antidepressant medication, or efforts to self-medicate feelings of depression by consuming unhealthy foods.

Alcohol consumption can also lead to surrounding stress factors, which, in turn, can lead to depression. Moreover, alcohol consumption may lead to biological changes such as increased susceptibility to depression.

Social support is an important variable which affects the depressive symptomology. Higher levels of depressive symptoms are related to lower levels of social support.

Conclusions: Depression in adolescence is associated with biological, demographic and social factors. Early diagnosis and appropriate intervention contribute positively to the treatment of the disorder.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Τάκης Χ.Ν. Η ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας κατά την εφηβεία www.iatronet.gr 03/02/18
2. Λαζαράτου Ε. Αναγνωστόπουλος Δ.Κ. Εφηβεία και κατάθλιψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής (2001), 18(5) p.466-474.
3. Μάτζογλου Δ.Ν. Μηλιώνη Ι. Έφηβοι και κατάθλιψη Διπλωματική εργασία ΤΕΙ Κρήτης τμήμα Νοσηλευτικής Αθήνα 2010 σ.14-20.
4. Hayes N. Εισαγωγή στην Ψυχολογία. Β' τόμος. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα 1998
5. Μαστροθεόδωρος, Σ. Π. Δεσμός, Αναπτυξιακά Επιτεύγματα και Ψυχική Υγεία: Μια διαχρονική μελέτη στην ύστερη εφηβεία [Διδακτορική Διατριβή]. Αθήνα 2015
6. Βοσνιάδου Σ. Εισαγωγή στην Ψυχολογία. Α' τόμος. Αθήνα: Gutenberg 2007
7. Αναστασόπουλος, Δ. Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη στην εφηβεία, στο Τσιάντης (επιμ), Εφηβεία, τόμος β, τεύχος α, Αθήνα: Καστανιώτη 1997
8. Cole M. – Cole S.R. Η Ανάπτυξη των Παιδιών: Εφηβεία, Τόμος Γ, μτφρ. Μαρία Σολμάν, Αθήνα: Τυπωθήτω,- Γιώργος Δάρδανος 2002
9. Λιούπη, Χ. Έφηβοι και διαδίκτυο: ψυχική υγεία, υπερβολική χρήση και ο ρόλος της οικογένειας. [Διδακτορική Διατριβή]. Βόλος 2018
10. Gladstone, T. R., Beardslee, W. R., & O'Connor, E. E. (2011) The prevention of adolescent depression. *Psychiatric Clinics*, 34(1), 35-52.
11. Cook, M. N., Peterson, J., & Sheldon, C. (2009) Adolescent depression: an update and guide to clinical decision making. *Psychiatry (Edgmont)*, 6(9), 17.
12. Lopez A, Mathers C, Ezzati M, Jamison D, Murray C. Global burden of disease and risk factors. Washington: Oxford University Press and the World Bank; 2006.
13. Maughan, B., Collishaw, S., & Stringaris, A. (2013) Depression in childhood and adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 35.
14. Thapar A, Collishaw S, Potter R, Thapar AK. Managing and preventing depression in adolescents. *BMJ*. 2010;340:c209
15. Alonso, J., Ferrer, M., & Romera, B. (2002). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) Project: rationale

and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11, 55–67.

16. Pinto-Foltz, M. D., Hines-Martin, V., & Logsdon, M. C. (2010). How adolescent girls understand and manage depression within their peer group: A grounded theory investigation. *School mental health*, 2(1), 36-43
17. Beck, C. T. (1999). Postpartum depression: Stopping the thief that steals motherhood. *AWHONN Lifelines*, 3(4), 41-44.
18. Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Haro, J.M., Fernández, A., Pinto-Meza, A., & Alonso, J. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project. (in press) *J Affect Disord*. 2009
19. Shavers, C. A. (2014). Commentary: Emotional Problems and Depression among Children and Adolescents in Today's Society. *Open Journal of Depression*, 3, 74-87
20. Kessler RC, Avenevoli S, Ries Merikangas K. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biol Psychiatry*. 2001;49:1002–14
21. Green H, McGinnity A, Meltzer H, Ford T, Goodman R. Mental health of children and young people in Great Britain, 2004. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan; 2005
22. Blakemore SJ. (2008). The social brain in adolescence. *Nat Rev Neurosci*. 9:267–77.
23. Nelson EE, Leibenluft E, McClure EB, Pine DS. The social re-orientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychol Med*. 2005;35:163–74.
24. Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychol Rev*. 115:291–313
25. McDougall, F.A., Kvaal, K., Matthews, F.E., Paykel, E., Jones, P.B., Dewey, M.E., & Brayne, C. (2007). Prevalence of depression in older people in England and Wales: the MRC CFA Study. *Psychological Medicine*, 37, 1787–1795
26. Hankin, B. L. (2015). Depression from childhood through adolescence: risk mechanisms across multiple systems and levels of analysis. *Current Opinion in Psychology*, 4, 13-20.

27. March J, Silva S, Petrycki S, et al. (2004). Treatment for adolescents with depression study (TADS) team. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA*.292:807–20
28. Dunn V, Goodyer IA. (2006). Longitudinal investigation into childhood- and adolescence- onset depression: psychiatric outcome in early adulthood. *Br J Psychiatry*.188:216–22.
29. Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Treatment of adolescent depression: frequency of services and impact on functioning in young adulthood. *Depression and anxiety*, 7(1), 47-52.
30. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior (2003). juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 60:709–17
31. Ferguson DM, Horwood LJ, Riddler EM, Beautrais AL. Subthreshold (2005). depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Arch Gen Psychiatry*.62:66–72.
32. Garber J. (2006). Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. *Am J Prev Med*. 31:S104–25
33. Rice F, Harold G, Thapar A. (2002). The genetic aetiology of childhood depression: a review. *J Child Psychol Psychiatry*.43:65–79
34. Rice F, Harold G, Thapar A. (2002). The genetic aetiology of childhood depression: a review. *J Child Psychol Psychiatry*. 43:65–79
35. Kendler KS, Gardner CO, Lichtenstein P. A (2008). developmental twin study of symptoms of anxiety and depression: evidence for genetic innovation and attenuation. *Psychol Med*. 38:1567–75
36. Jafari, F., Yousefi, Z., & Manshaee, G.-R. (2014). Mothers Characters and Adolescence Depression. *Open Journal of Depression*, 3, 45-51
37. Shyn SI, Shi J, Kraft JB, et al. (2011). Novel loci for major depression identified by genome-wide association study of sequenced treatment alternatives to relieve depression and meta-analysis of three studies. *Mol Psychiatry*.16:202–15
38. Shi J, Potash JB, Knowles JA, et al. (2011). Genome-wide association study of recurrent early-onset major depressive disorder. *Mol Psychiatry*.16:193–201.

39. Pine DS, Cohen P, Johnson JG, Brook JS. (2002). Adolescent life events as predictors of adult depression. *J Affect Disord.*68:49–57
40. Hariri AR, Mattay VS, Tessitore A, et al. (2002). Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. *Science.*297:400–03
41. Parker G, Brotchie H. (2010). Gender differences in depression. *Int Rev Psychiatry.* 22:429–36
42. Restifo K, Bögels S. (2009). Family processes in the development of youth depression: translating the evidence to treatment. *Clin Psychol Rev.*29:294–316
43. Hawker DS, Boulton MJ. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: a meta-analytic review of cross-sectional studies. *J Child Psychol Psychiatry.*41:441–55.
44. Patel V, Fisher AJ, Hetrick S, McGorry P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet.* 369:1302–13
45. Silberg J, Rutter M, Neale M, Eaves L. (2001). Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girls. *Br J Psychiatry.*179:116–21
46. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, et al. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science.* 301:386–89
47. Risch N, Herrell R, Lehner T, et al. (2009). Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: a meta-analysis. *JAMA.*301:2462–71
48. Karg K, Burmeister M, Shedden K, Sen S. (2011). The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: evidence of genetic moderation. *Arch Gen Psychiatry.* 68:444–54
49. Institute of Medicine. Preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people: progress and possibilities. Washington DC: National Academies Press; 2009.
50. Pargas RC, Brennan PA, Hammen C, Le Brocque R. (2010). Resilience to maternal depression in young adulthood. *Dev Psychol.*46:805–14.
51. Collishaw S, Pickles A, Messer J, Rutter M, Shearer C, Maughan B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. *Child Abuse Negl.*31:211–29

52. Pickles A, Rowe R, Simonoff E, Foley D, Rutter M, Silberg J. (2001). Child psychiatric symptoms and psychosocial impairment: relationship and prognostic significance. *Br J Psychiatry*.179:230–35
53. Klein DN, Shankman SA, Lewinsohn PM, Seeley JR. (2009). Subthreshold depressive disorder in adolescents: predictors of escalation to full-syndrome depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.48:703–10
54. Khaw KT, Wareham N, Luben R, et al. (2001). Glycosylated haemoglobin, diabetes and mortality in men in Norfolk cohort of European prospective investigation of cancer and nutrition (EPIC-Norfolk) *BMJ*.322:15–18
55. WHO. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) Geneva: World Health Organisation; 2010.
56. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein RE, Laraque D (2007). GLAD-PC Steering Group. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): I. Identification, assessment, and initial management. *Pediatrics*.120:e1299–312
57. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care*.41:1284–92.
58. Borner I, Braunstein JW, St Victor R, Pollack J. (2010). Evaluation of a 2-question screening tool for detecting depression in adolescents in primary care. *Clin Pediatr (Phila)* 49:947–53.
59. Goodman R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 38:581–86.
60. Daviss WB, Birmaher B, Melhem NA, Axelson DA, Michaels SM, Brent DA. (2006). Criterion validity of the mood and feelings questionnaire for depressive episodes in clinic and non-clinic subjects. *J Child Psychol Psychiatry*.47:927–34
61. Beck AT. *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 1972
62. Kovacs, M. *Children's Depression Inventory*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc. 1992
63. Yesavage, J.A. (1988). Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacology Bulletin* 24 (4): 709–11

64. Katz, I.R. (1998). Diagnosis and treatment of depression in patients with Alzheimer's disease and other dementias. *The Journal of clinical psychiatry*. 59 Suppl 9: 38–44.
65. Zung WW (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 12: 63–70.
66. Spitzer RL¹, Kroenke K, Williams JB. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire*. JAMA. Nov 10;282(18):1737-44
67. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS (1997). "Case-Finding Instruments for Depression: Two Questions Are as Good as Many". *Journal of General Internal Medicine* 12 (7): 439–45.
68. Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 23 (1): 56–62.
69. Demyttenaere K, De Fruyt J (2003). Getting what you ask for: on the selectivity of depression rating scales. *Psychotherapy and psychosomatics* 72 (2): 61–70.
70. Montgomery, S.A., & Asberg, M. (1979). "A new depression scale designed to be sensitive to change". *British Journal of Psychiatry* 134 (4): 382–9.
71. Raskin, A., Schulterbrandt, J., Reatig, N., & McKeon, J.J. (1969). Replication of factors of psychopathology in interview, ward behavior and self-report ratings of hospitalized depressives. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 148 (1): 87–98.
72. Verhulst FC, Ven der Ende V. (2008). Using rating scales in a clinical context. In: Rutter M, Bishop D, Pine D, et al., editors. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. 5. Oxford: Blackwell; pp. 289–98.
73. Hollis C. (2008). Schizophrenia and allied disorders. In: Rutter M, Bishop D, Pine D, et al., editors. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. 5. Oxford: Blackwell. pp. 737–58
74. Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, et al. (2006). Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biol Psychiatry*. 60:991–97.
75. Ford T, Goodman R, Meltzer H. (2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 42:1203–11

76. Costello EJ, Foley DL, Angold A.(2006). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.45:8–25
77. Angold A, Costello EJ. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. *Am J Psychiatry*.150:1779–91
78. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J (1999). Child Psychol Psychiatry*. 40:57–87
79. Young JF, Mufson L, Davies M. (2006). Impact of comorbid anxiety in an effectiveness study of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 45:904–12.
80. NICE Clinical Guideline CG28. Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005
81. George, L.K., (1999). Life course perspectives on mental health. In C.S. Aneshensel & J. Phelan (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 565–582). New York: Kluwer Academic/Plenum.
82. Bennett P. Κλινική Ψυχολογία και ψυχοπαθολογία, επιμ. Καλαντζή-Αζίζι και Γ. Ευσταθίου. Εκδ. Πεδίο Αθήνα 2010
83. Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2005). The concept of flow. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 89–105). Oxford, England: Oxford University Press.
84. Κοσμόπουλος Β., Μουλαδούδης Γ. Ο Carl Rogers και η Προσωποκεντρική του Θεωρία για την Ψυχοθεραπεία και την Εκπαίδευση Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα 2003
85. Harris,J.O μύθος της ανατροφής. επιμ. Γ. Ευσταθίου και Α Αγγελή. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα,Αθήνα 2004.
86. Αναγνωστόπουλος Φ. Κοσμόγιαννη Α., Μεσσήνη Β. Σύγχρονη ψυχολογία στην Ελλάδα. Έρευνα και εφαρμογές στους τομείς της υγείας, της εκπαίδευσης και της κλινικής πράξης. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα 1997
87. Παπαγεωργίου Ε. Ψυχιατρική, Εκδ. Παρισιάνος ΑΕ, Αθήνα, 2009
88. Καλαντζή - Αζίζι, Α. Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο του σχολείου. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα 1999
89. Μαδιανός Μ. Κλινική Ψυχιατρική. Αθήνα: Καστανιώτης 2006

90. Κουτσελίνη Α. (1990). Αναγκαιότητα και αρμοδιότητες των επιτροπών δεοντολογίας. *Ιατρική*;57:127-129
91. Κανδυλάκη Α. Η Συμβουλευτική στην Κοινωνική Εργασία. Αθήνα: Σύγχρονες ακαδημαϊκές και επιστημονικές εκδόσεις 2001
92. Π. Γ. Κυριαζόπουλος,Γ., Ειρ. Σαμαντά Ειρ. Μεθοδολογία έρευνας εκπόνησης διπλωματικών εργασιών, Σύγχρονη Εκδοτική, Αθήνα, 2011
93. Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological bulletin*, 115(3), 424.
94. Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Sasagawa, S. (2010). Gender differences in the developmental course of depression. *Journal of affective disorders*, 127(1-3), 185-190.
95. Garber, J., Keiley, M. K., & Martin, N. C. (2002). Developmental trajectories of adolescents' depressive symptoms: Predictors of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(1), 79.
96. Marmorstein, N. R. (2009). Longitudinal associations between alcohol problems and depressive symptoms: early adolescence through early adulthood. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(1), 49-59.
97. Jose, P. E., Kljakovic, M., Scheib, E., & Notter, O. (2012). The joint development of traditional bullying and victimization with cyber bullying and victimization in adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 22(2), 301-309.
98. Graff, K. A., Murnen, S. K., & Krause, A. K. (2013). Low-cut shirts and high-heeled shoes: Increased sexualization across time in magazine depictions of girls. *Sex roles*, 69(11-12), 571-582.
99. Haroon, E., Raison, C. L., & Miller, A. H. (2012). Psychoneuroimmunology meets neuropsychopharmacology: translational implications of the impact of inflammation on behavior. *Neuropsychopharmacology*, 37(1), 137.
100. Hidaka, B. H. (2012). Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. *Journal of affective disorders*, 140(3), 205-214.
101. Bor, W., Dean, A. J., Najman, J., & Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 606-616.

102. Ge, X., Conger, R. D., & Elder Jr, G. H. (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental psychology*, 37(3), 404.
103. Rawana, J. S., & Morgan, A. S. (2014). Trajectories of depressive symptoms from adolescence to young adulthood: the role of self-esteem and body-related predictors. *Journal of youth and adolescence*, 43(4), 597-611
104. Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.
105. Lampard, A. M., MacLehose, R. F., Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., & Davison, K. K. (2014). Weight-related teasing in the school environment: associations with psychosocial health and weight control practices among adolescent boys and girls. *Journal of youth and adolescence*, 43(10), 1770-1780.
106. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, 289(23), 3095-3105.
107. Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Treatment of adolescent depression: frequency of services and impact on functioning in young adulthood. *Depression and anxiety*, 7(1), 47-52.
108. Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R. C., & Merikangas, K. R. (2008). Epidemiology of depression in children and adolescents. *Handbook of depression in children and adolescents*, 6-32.
109. Tao, R., Emslie, G. J., Mayes, T. L., Nakonezny, P. A., & Kennard, B. D. (2010). Symptom improvement and residual symptoms during acute antidepressant treatment in pediatric major depressive disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 20(5), 423-430.
110. Murray, C. J., Lopez, A. D., & World Health Organization. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary. 1996

111. Amodio, D. M., & Frith, C. D. (2006). Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 7(4), 268.
112. Gorwood, P. (2008). Neurobiological mechanisms of anhedonia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 10(3), 291.
113. Pizzagalli, D. A. (2014). Depression, stress, and anhedonia: toward a synthesis and integrated model. *Annual review of clinical psychology*, 10, 393-423.
114. Gangwisch, J. E., Malaspina, D., Boden-Albala, B., & Heymsfield, S. B. (2005). Inadequate sleep as a risk factor for obesity: analyses of the NHANES I. *Sleep*, 28(10), 1289-1296.
115. Liu, X., Buysse, D. J., Gentzler, A. L., Kiss, E., Mayer, L., Kapornai, K., ... & Kovacs, M. (2007). Insomnia and hypersomnia associated with depressive phenomenology and comorbidity in childhood depression. *Sleep*, 30(1), 83-90.
116. Falkner, N. H., French, S. A., Jeffery, R. W., Neumark- Sztainer, D., Sherwood, N. E., & Morton, N. (1999). Mistreatment due to weight: prevalence and sources of perceived mistreatment in women and men. *Obesity Research*, 7(6), 572-576.
117. Pedrelli, P., Shapero, B., Archibald, A., & Dale, C. (2016). Alcohol use and depression during adolescence and young adulthood: a summary and interpretation of mixed findings. *Current addiction reports*, 3(1), 91-97.
118. Pedrelli, P., Nyer, M., Yeung, A., Zulauf, C., & Wilens, T. (2015). College students: mental health problems and treatment considerations. *Academic Psychiatry*, 39(5), 503-511.
119. Hingson, R. W., Edwards, E. M., Heeren, T., & Rosenbloom, D. (2009). Age of drinking onset and injuries, motor vehicle crashes, and physical fights after drinking and when not drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(5), 783-790.
120. Jackson, K. M., Sher, K. J., Gotham, H. J., & Wood, P. K. (2001). Transitioning into and out of large-effect drinking in young adulthood. *Journal of abnormal psychology*, 110(3), 378.
121. Druss, B. G., Rosenheck, R. A., & Sledge, W. H. (2000). Health and disability costs of depressive illness in a major US corporation. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1274-1278.
122. Zisook, S., Lesser, I., Stewart, J. W., Wisniewski, S. R., Balasubramani, G. K., Fava, M., ... & Trivedi, M. H. (2007). Effect of age at onset on the course of

major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1539-1546.

123. Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual review of psychology*, 52(1), 83-110.
124. Hankin, B. L. (2006). Adolescent depression: description, causes, and interventions. *Epilepsy & behavior*, 8(1), 102-114.
125. White, H. R., Xie, M., Thompson, W., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2001). Psychopathology as a predictor of adolescent drug use trajectories. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(3), 210.
126. Thomasson, H. R. (2002). Gender differences in alcohol metabolism. In *Recent developments in alcoholism* (pp. 163-179). Springer, Boston, MA.
127. Wade, T. J., Cairney, J., & Pevalin, D. J. (2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 190-198.
128. Edwards, A. C., Heron, J., Dick, D. M., Hickman, M., Lewis, G., Macleod, J., & Kendler, K. S. (2014). Adolescent alcohol use is positively associated with later depression in a population-based UK cohort. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 75(5), 758-765.
129. Brière, F. N., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D., & Lewinsohn, P. M. (2014). Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Comprehensive psychiatry*, 55(3), 526-533.
130. Mason, W. A., Kosterman, R., Haggerty, K. P., Hawkins, J. D., Redmond, C., Spoth, R. L., & Shin, C. (2008). Dimensions of adolescent alcohol involvement as predictors of young-adult major depression. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(2), 275-285.
131. Hill, K. G., White, H. R., Chung, I. J., Hawkins, J. D., & Catalano, R. F. (2000). Early adult outcomes of adolescent binge drinking: person- and variable- centered analyses of binge drinking trajectories. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(6), 892-901.
132. Crum, R. M., Green, K. M., Storr, C. L., Chan, Y. F., Ialongo, N., Stuart, E. A., & Anthony, J. C. (2008). Depressed mood in childhood and subsequent alcohol use through adolescence and young adulthood. *Archives of general psychiatry*, 65(6), 702-712.

133. Owens, T. J., Shippee, N. D., & Hensel, D. J. (2008). Emotional distress, drinking, and academic achievement across the adolescent life course. *Journal of youth and adolescence*, 37(10), 1242-1256.
134. Schwinn, T. M., Schinke, S. P., & Trent, D. N. (2010). Substance use among late adolescent urban youths: mental health and gender influences. *Addictive behaviors*, 35(1), 30-34.
135. Edwards, A. C., Joinson, C., Dick, D. M., Kendler, K. S., Macleod, J., Munafo, M., ... & Heron, J. (2014). The association between depressive symptoms from early to late adolescence and later use and harmful use of alcohol. *European child & adolescent psychiatry*, 23(12), 1219-1230.
136. Brady, K. T., & Randall, C. L. (1999). Gender differences in substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(2), 241-252.
137. Geisner, I. M., Larimer, M. E., & Neighbors, C. (2004). The relationship among alcohol use, related problems, and symptoms of psychological distress: Gender as a moderator in a college sample. *Addictive Behaviors*, 29(5), 843-848.
138. Falk, D., Yi, H. Y., & Hiller-Sturmhöfel, S. (2008). An epidemiologic analysis of co-occurring alcohol and drug use and disorders: findings from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Alcohol Research & Health*, 31(2), 100.
139. Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of personality and social psychology*, 69(5), 990.
140. Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2009). Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Archives of general psychiatry*, 66(3), 260-266.
141. Mushquash, A. R., Stewart, S. H., Sherry, S. B., Sherry, D. L., Mushquash, C. J., & MacKinnon, A. L. (2013). Depressive symptoms are a vulnerability factor for heavy episodic drinking: A short-term, four-wave longitudinal study of undergraduate women. *Addictive behaviors*, 38(5), 2180-2186.
142. Schöne, C., Tandler, S. S., & Stiensmeier-Pelster, J. (2015). Contingent self-esteem and vulnerability to depression: academic contingent self-esteem predicts depressive symptoms in students. *Frontiers in psychology*, 6, 1573.
143. Rao, U., Hammen, C. L., & Poland, R. E. (2009). Mechanisms underlying the comorbidity between depressive and addictive disorders in adolescents:

- interactions between stress and HPA activity. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 361-369.
144. Lisdahl, K. M. (2013). Dare to delay? The impacts of adolescent alcohol and marijuana use onset on cognition, brain structure, and function. *Frontiers in psychiatry*, 4, 53.
 145. Squeglia, L. M., Tapert, S. F., Sullivan, E. V., Jacobus, J., Meloy, M. J., Rohlfing, T., & Pfefferbaum, A. (2015). Brain development in heavy-drinking adolescents. *American journal of psychiatry*, 172(6), 531-542.
 146. Yap, M. B., & Devilly, G. J. (2004). The role of perceived social support in crime victimization. *Clinical Psychology Review*, 24(1), 1-14.
 147. Colarossi, L. G., & Eccles, J. S. (2000). A prospective study of adolescents' peer support: Gender differences and the influence of parental relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(6), 661-678.
 148. Brissette, I., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of personality and social psychology*, 82(1), 102.
 149. Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on psychological science*, 4(3), 236-255.
 150. Calloway, C. S. (2010). Cognitive vulnerabilities, negative life events, and depressive symptoms in young adolescents. Vanderbilt University.
 151. Shih, J. H., Eberhart, N. K., Hammen, C. L., & Brennan, P. A. (2006). Differential exposure and reactivity to interpersonal stress predict sex differences in adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(1), 103-115.
 152. Abela, J. R., & Hankin, B. L. (2008). *Handbook of depression in children and adolescents*. Guilford Press.
 153. Miloseva, L., Vukosavljevic-Gvozden, T., Richter, K., Milosev, V. and Niklewski, G. (2017). Perceived social support as a moderator between negative life events and depression in adolescence: implications for prediction and targeted prevention, *EPMA J.* 8(3): 237–245.
 154. Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R. C., & Merikangas, K. R. Epidemiology of depression in children and adolescents. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin

(Eds.), Handbook of depression in children and adolescents (pp. 6-32). New York, NY, US: Guilford Press. 2008