

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΑΘΗΝΩΝ**

**ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΟΥ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ:

**Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΕΚΦΡΑΖΟΜΕΝΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ (EXPRESSED  
EMOTION) ΣΤΙΣ ΜΗΤΕΡΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΝΕΑΡΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ  
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥΣ**

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ Κ. ΧΑΡΗ  
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΣ

ΑΘΗΝΑ, 2013

## Ὅρκος του Ιπποκράτη

Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγίαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἴστορας ποιεύμενος, ἐπιτελέα ποιήσῃν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν ὄρκον τόνδε καὶ ξυγγραφὴν τήνδε. Ἠγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ οὐτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρῃσι, καὶ διδάξειν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ ξυγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσι τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοισί τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἰητρικῷ, ἄλλῳ δὲ οὐδενί. Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξειν. Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑψηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε. Ὅμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἀγνῶς δὲ καὶ ὁσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμὴν. Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε. Ἐς οἰκίας δὲ ὀκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίας, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρῶν, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων. Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπείης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρῃτα ἠγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα. Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ ξυγχεόντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιπορκοῦντι, τάναντία τουτέων.

Αίτηση υποψηφίου: 7958/13-4-2005

Ορισμός τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 9043/25-5-2005

Ορισμός του θέματος της διατριβής: 11365/20-7-2005

Τροποποίηση τίτλου και ερευνητικού πρωτοκόλλου: 6045/26-3-2012

Μέλη της τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων: **Ι. Τσιάντης**

Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής

Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Μέλη: 1) **Β. Τομαράς** (25-5-2005 μέχρι 28-4-2010)

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής

Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

**Δ. Πλουμπίδης** (28-4-2010 μέχρι σήμερα)

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής

Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

(αριθμ. αιτήσεως αντικατάστασης: 7551/28-4-2010)

2) **Στ. Χριστογιώργος**

Επίκουρος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής

Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Κατάθεση διδακτορικής διατριβής: 28-1-2013

Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής: Καθηγητής κ. Μελέτιος-Αθανάσιος Δημόπουλος

Μέλη της 7μελούς Εξεταστικής Επιτροπής:

1) Ι. Τσιάντης, Αναπλ. Καθηγ. Παιδοψυχιατρικής

2) Δ. Πλουμπίδης, Αναπλ. Καθηγ. Ψυχιατρικής

3) Σ. Χριστογιώργος, Επίκ. Καθηγ. Παιδοψυχιατρικής

4) Δ. Αναγνωστόπουλος, Επίκ. Καθηγ. Παιδοψυχιατρικής

5) Γ. Κολαΐτης, Αναπλ. Καθηγ. Παιδοψυχιατρικής

6) Ε. Λαζαράτου, Επίκ. Καθηγ. Παιδοψυχιατρικής

7) Α. Παπανικολάου, Επίκ. Καθηγ. Παιδοψυχιατρικής

Η Διατριβή έγινε αποδεκτή με τον βαθμό: ΑΡΙΣΤΑ

## ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Αθήνα, Ιανουάριος 2013

ΧΑΡΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ του Κων/νου  
 Παιδοψυχίατρος - βαθμός Διευθύντριας ΕΣΥ  
 Στο Παιδοψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης  
 Διεύθυνση οικίας: Εθν. Αντιστάσεως 129B, 15235 Βριλήσσια  
 Τηλέφωνο εργασίας: 2132052271  
 Τηλέφωνο οικίας: 210-8035056  
 κιν. 6944778359  
 e-mail: [kdamanaki@yahoo.gr](mailto:kdamanaki@yahoo.gr)

### A. ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ

1. Πτυχίο Ιατρικής, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 25/3/85.
2. Άδεια Άσκησης Επαγγέλματος, 28/6/85.
3. Τίτλος Ειδικότητας Παιδοψυχιατρικής, 30/9/91.

### B. ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ

- |               |   |
|---------------|---|
| 1985 – 1986   | <b>αγροτικός ιατρός</b>   |
| 1986 – 1991   | <b>ειδικευόμενη στην Παιδοψυχιατρική</b><br>Ψυχιατρικό Τμήμα, Περ. Γεν. Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός»<br>Νευρολογικό Τμήμα, Γεν. Νοσοκομείο « Ερυθρός Σταυρός»<br>Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Δ' Κλινική |
| 1992 – 1996   | <b>ελεύθερο επάγγελμα</b> (ιδιωτικό ιατρείο)  |
| 1993 – 1994   | <b>έμμισθη επί συμβάσει</b><br>Υπεύθυνος παιδοψυχίατρος στο Συμβουλευτικό<br>Κέντρο Οικογενειών του Δήμου Ζωγράφου  |
| 1996 – σήμερα | <b>παιδοψυχίατρος, ιατρός ΕΣΥ</b><br>Στο: Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Β' Κλινική.<br>Δ/ντρια: κ. Ειρ. Τσανίρα   |
| 1996 – 2003   | Επιμ. Β' ΕΣΥ επί θητεία   |
| 2003 – 2006   | Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ (αυτοδίκαιη μονιμοποίηση)  |
| 2006 – 2010   | Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ<br>Στο: Παιδοψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου<br>Παίδων Πεντέλης.<br>Δ/ντρια: κ. Ειρ. Τσανίρα  |
| 2010 – 2012   | Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ  |
| 2012 – σήμερα | Διευθύντρια ΕΣΥ   |

### Γ. ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ

1. Τελειόφοιτη του 5/ετούς προγράμματος της Ελληνικής Εταιρείας Ομαδικής Ανάλυσης και Οικογενειακής Θεραπείας (θεωρητικά σεμινάρια, εποπτείες, ομαδική ανάλυση) (1988-1993)
2. Τελειόφοιτη του 5/ετούς εκπαιδευτικού προγράμματος της Ελληνικής Εταιρείας Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας Παιδιού και Εφήβου, μέλους της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας στον Δημόσιο Τομέα (Ε.Φ.Ρ.Ρ.) (ψυχαναλυτική θεωρία, ψυχαναλυτική παρατήρηση βρέφους, κλινικά σεμινάρια, ανάληψη 3 εντατικών θεραπειών, ατομικές εποπτείες, ομαδικές εποπτείες, προσωπική ανάλυση) (1993-1998)  
Υπολείπεται η υποβολή της τελικής εργασίας, για την απόκτηση του τίτλου του τακτικού μέλους
3. Ετήσιες ομαδικές εποπτείες στην ψυχοδυναμική κατανόηση και αντιμετώπιση παιδιών και εφήβων (2)
4. Εκπαιδευτικά Σεμινάρια σε θέματα ψυχοθεραπείας παιδιών και εφήβων, συστημικής οικογενειακής θεραπείας, ψυχοφαρμακολογίας, ψυχαναλυτικής θεωρίας, ψυχοδυναμικής κλινικής (7)
5. Παρακολούθηση συνεδρίων, συμποσίων, ημερίδων κ.λ.π. (αριθμ. 45)

### Δ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

1. Διαλέξεις σε κοινότητα/ φορείς και επαγγελματίες ψυχικής υγείας/γιατρούς άλλων ειδικοτήτων (18)
2. Συμμετοχή στην εκπαίδευση των ειδικευομένων παιδοψυχιάτρων και των άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής και του Γ. Ν. Παίδων Πεντέλης (Εισηγήσεις, Μαθήματα, Εποπτείες)
3. Συν-εκπαιδύτρια στο 1ετές Κλινικό Σεμινάριο « ψυχοδυναμικής μελέτης περιστατικών, παιδιών και εφήβων» και στο 2ετές Σεμινάριο «παρατήρησης νηπίου» (Β΄ Κλινική ΠΝΑ. Επιστ. Υπεύθ. κ. Ειρ. Τσανίρα)
4. Συμμετοχή, με εισηγήσεις σε παιδοψυχιατρικά σεμινάρια (4)
5. Μαθήματα στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα της Κλινικής Ψυχολογίας του Τομέα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, 2002-2003, (3)

### Ε. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΕΡΓΟ

1. Συμμετοχή σε ελληνικά παιδοψυχιατρικά και ψυχιατρικά συνέδρια / συμπόσια με: εισηγήσεις σε στρογγυλές τράπεζες (4), εισηγήσεις σε ομάδες εργασίας (4) προφορικές ανακοινώσεις (4), αναρτημένες ανακοινώσεις (8)
2. Προεδρία – συντονισμός ομάδων εργασίας και συνεδρίων ανακοινώσεων (6)
3. Συμμετοχή σε επιστημονικό συγγραφικό έργο (3)
4. Συμμετοχή σε πολυκεντρικά ευρωπαϊκά ερευνητικά προγράμματα (2)
5. Οργάνωση και επιστημονικός συντονισμός ελληνικών ερευνητικών προγραμμάτων (3)

## ΣΤ. ΑΛΛΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

1. Επιστημονική πλαisiώση και συντονισμός προγραμμάτων προληπτικής Παρέμβασης σε κοινοτικό παιδικό πληθυσμό (2) (Β΄ Κλινική ΠΝΑ. Επιστ. Υπεύθ. κ. Ειρ. Τσανίρα)
2. Αναπληρώτρια επιστημονική υπεύθυνη ενδονοσοκομειακών τμημάτων Β΄ Κλινικής Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Ατικής (2006-2007)  
Αναπληρώτρια της Διευθύντριας του Παιδοψυχιατρικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Παιδών Πεντέλης (2010-σήμερα)
3. Μέλος της Επιστημονικής Γραμματείας (1 Πανελλήνιου Παιδοψυχιατρικού Συνεδρίου και 1 Ημερίδας για τον παιδικό αυτισμό))
4. Μέλος του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΝΑ, (2006 – 2010)
5. Εισηγητής-Κριτής για θέσεις Επιμελητών ΕΣΥ Παιδοψυχιατρικής (3)

## Ζ. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

1. Μέλος της Οργανωτικής Επιτροπής του 1<sup>ου</sup> και 2<sup>ου</sup> Πανελλήνιου Παιδοψυχιατρικού Συνεδρίου (1999 και 2001)
2. Μέλος της Οργανωτικής Επιτροπής (σε 1 Ευρωπαϊκό Παιδοψυχιατρικό Συνέδριο, 2005 και 1 Ημερίδα, 1998)

## Η. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ

1. Μέλος της Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδος (Π.Ε.Ε.).
2. Ταμίας του Δ.Σ. της Π.Ε.Ε. (1999 – 2001)
3. Γεν. Γραμματέας του Δ.Σ. Π.Ε.Ε. (2001 – 2003)
4. Ιδρυτικό μέλος της Εταιρείας για την Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων.
5. Εκπαιδευόμενο μέλος της Ελληνικής Εταιρείας Ομαδικής Ανάλυσης και Οικογενειακής Θεραπείας.
6. Εκπαιδευόμενο μέλος της Ελληνικής Εταιρείας Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας Παιδιού και Εφήβου.

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΕΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΕΙΣ

Ολοκληρώνοντας αυτή την εργασία, αισθάνομαι την ανάγκη, κατά πρώτο λόγο, να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου, στον αναπληρωτή καθηγητή της Παιδοψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, κ. Ιωάννη Τσιάντη, ο οποίος καταρχήν με παρότρυνε να εκπονήσω αυτή τη διατριβή. Και στη συνέχεια, με την αρμοδιότητα του επόπτη της διεξαγωγής της εργασίας και του προέδρου της τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής, μου έδωσε πολύτιμες οδηγίες και συμβουλές σε καίρια σημεία δυσκολιών της ολοκλήρωσής της. Μνημονεύω ιδιαίτερα τη βοήθειά του στην αναζήτηση των δεδομένων των παράλληλων 5MSS ερευνών των δύο άλλων ερευνητικών κέντρων, της Αγγλίας και Φινλανδίας. Εκφράζω ομοίως τις θερμές μου ευχαριστίες στα άλλα μέλη της τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής κ.κ.: Βλάση Τομαρά, αναπληρωτή καθηγητή Ψυχιατρικής, Δημήτρη Πλουμπίδη, αναπληρωτή καθηγητή Ψυχιατρικής, Στέλιο Χριστογιώργο, επίκουρο καθηγητή Παιδοψυχιατρικής, οι οποίοι ενίσχυσαν την προσπάθειά μου με χρήσιμα σχόλια επί των περιοδικά υποβαλλόμενων σημειωμάτων προόδου της εργασίας μου και προθύμως ανταποκρίθηκαν, όταν χρειάστηκα τη συνδρομή τους.

Ευχαριστώ πολύ την επίκουρη καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής κ. Αικ. Παπανικολάου για τη μέτρηση του 5MSS των μητέρων του δείγματος, καθώς επίσης τον αναπληρωτή καθηγητή της Παιδοψυχιατρικής κ. Γεράσιμο Κολαίτη, ο οποίος μου παρέσχε ευχερή πρόσβαση στους φακέλους των παιδιών και των λοιπών δεδομένων του ελληνικού ερευνητικού δείγματος.

Πολλές ευχαριστίες, ακόμη, εκφράζω προς την παιδοψυχίατρο Δρ Ειρήνη Τσανίρα που, ως διευθύντριά μου στο Παιδοψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης, ενίσχυσε αμείωτα όλα τα χρόνια και υποστήριξε με κάθε δυνατό τρόπο την προσπάθειά μου αυτή. Ευχαριστώ επίσης τη στατιστικολόγο κ. Χαρά Τζαβάρα για τη βοήθειά της στη στατιστική επεξεργασία των μετρήσεων της έρευνας.

Τέλος, ευχαριστώ τον πατέρα μου Κώστα Χάρη, επίτιμο σύμβουλο του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, ο οποίος ανέγνωσε το πρώτο ολοκληρωμένο δοκίμιο της εργασίας και επισήμανε σημεία που χρειάζονταν περισσότερη φραστική αποσαφήνιση.

**Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΕΚΦΡΑΖΟΜΕΝΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ  
(EXPRESSED EMOTION) ΣΤΙΣ ΜΗΤΕΡΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ  
ΝΕΑΡΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ  
ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥΣ**

**Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η**

Η ανακάλυψη και η θεραπευτική χρήση των ψυχοφαρμάκων τη δεκαετία του '50 επέτρεψε σε πολλούς χρόνιους ενήλικες νοσηλευόμενους ψυχιατρικούς ασθενείς να επιστρέψουν στις οικογένειές τους. Το γεγονός ότι, παρά την φαρμακευτική αγωγή, άλλοι υποτροπίαζαν σε σύντομο χρονικό διάστημα και άλλοι όχι, έστρεψε το ενδιαφέρον των ειδικών σε παράγοντες του οικογενειακού περιβάλλοντος, που μπορεί να επηρεάζουν την πορεία της ψυχικής νόσου. Έτσι, η οικογενειακή ατμόσφαιρα και οι πτυχές που τη συνθέτουν μελετήθηκαν αρχικά σε σχέση με τη σχιζοφρένεια των ενηλίκων και τις υποτροπές της, αλλά σύντομα το ερευνητικό πεδίο διευρύνθηκε, για να συμπεριλάβει και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.

Στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης ερευνητικής κατεύθυνσης, η οποία εξετάζει την ποιότητα των σχέσεων μεταξύ ασθενών και των συγγενών τους, σε σχέση με την πορεία της ψυχικής διαταραχής, προέκυψε ο δείκτης του «Εκφραζόμενου Συναισθήματος» (ΕΣ - “Expressed Emotion”). Το ΕΣ εκφράζει κάποιες κεντρικές πτυχές των διαπροσωπικών σχέσεων. Συμπεριλαμβάνει μετρήσεις της κριτικής στάσης, της εχθρότητας και της συναισθηματικής υπερεμπλοκής, από τη μεριά ενός σημαντικού προσώπου, συνήθως μέλους της οικογένειας, απέναντι στον ψυχικά ασθενή. Μέσα από την πλούσια ερευνητική εργασία, το ΕΣ έχει αναδειχτεί ως προγνωστικός δείκτης για την έκβαση τόσο της σχιζοφρένειας όσο και άλλων ψυχιατρικών και σωματικών καταστάσεων (κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, αγοραφοβία, ψυχογενής ανορεξία, νοητική καθυστέρηση, επιληψία, φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου κ.α.).

Αναφορικά με την κατάθλιψη των ενηλίκων, τα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν, ότι το υψηλό επίπεδο του ΕΣ στην οικογένεια συσχετίζεται με κακή έκβαση της νόσου του ασθενούς (παράταση του καταθλιπτικού επεισοδίου, υποτροπές), αλλά και με την ίδια τη βαρύτητα του καταθλιπτικού επεισοδίου. Συγκριτικά, πολύ λίγες μελέτες έχουν διεξαχθεί σε δείγματα παιδιών και εφήβων, οι οποίες παρέχουν επίσης ισχυρά ευρήματα συσχέτισης του γονεϊκού ΕΣ, τόσο με ψυχοπαθολογία στους γονείς –και ιδιαίτερα μητρική κατάθλιψη– όσο και με κατάθλιψη στα παιδιά. Η διερεύνηση των οικογενειακών παραγόντων σε σχέση με την επίπτωση ή την πορεία της κατάθλιψης στα παιδιά έχει ιδιαίτερο κλινικό ενδιαφέρον για δύο βασικούς λόγους: α) διότι τα παιδιά συγκροτούνται ψυχικά μέσα στο πλέγμα των οικογενειακών σχέσεων και η σύνδεση μεταξύ οικογενειακής δυσλειτουργίας και ψυχικής διαταραχής στο παιδί είναι ιδιαίτερα ισχυρή, και β) διότι σε σύγκριση με τους ενηλίκους, η χρήση και η αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στα παιδιά και στους εφήβους είναι εξαιρετικά περιορισμένη.

Σ’ αυτό το πεδίο, επιχειρεί να συνεισφέρει η παρούσα μελέτη: της διερεύνησης, δηλαδή, των οικογενειακών παραγόντων σε σχέση με την παιδική κατάθλιψη. Σκοπός της, ειδικότερα, είναι η μελέτη του μητρικού ΕΣ και η συσχέτισή



του με την πορεία της θεραπείας παιδιών και νεαρών εφήβων (9-15 ετών) που πάσχουν από Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή ή/και Δυσθυμική Διαταραχή. Αυτό διερευνήθηκε μέσω επιμέρους ερωτημάτων, με εξέταση μεταβλητών από ένα ευρύ σχετικό ερευνητικό φάσμα. Έτσι, το μητρικό ΕΣ μελετήθηκε: α) σε σχέση με κλινικούς-ψυχιατρικούς και κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες της μητέρας, β) σε σχέση με τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας ή της κοινωνικής προσαρμογής του παιδιού και γ) σε σχέση με τις μεταβολές της κλινικής εικόνας του παιδιού κατά την πορεία της θεραπείας του.

Η μελέτη βασίστηκε στο ερευνητικό υλικό της πολυκεντρικής ευρωπαϊκής έρευνας για την ψυχοθεραπεία στην παιδική κατάθλιψη των Trowell et al. (2007): *Childhood Depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing Individual Psychodynamic Psychotherapy and Family Therapy*. Τα παιδιά και οι νεαροί έφηβοι του δείγματος μαζί με τους γονείς τους κατανεμήθηκαν τυχαία σε δύο διαφορετικές αλλά εξίσου καθιερωμένες μορφές ψυχοθεραπείας: τη Συστημικά Απαρτιωμένη Οικογενειακή Θεραπεία (ΣΑΟΘ) και την Εστιασμένη Ατομική Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία (ΕΑΨΨ), συνοδευόμενη από Συμβουλευτική-Υποστηρικτική Θεραπεία γονέων. Οι θεραπείες διήρκεσαν 9-12 μήνες και το δείγμα επαναξιολογήθηκε μετά 6μηνο.

Πραγματοποιήθηκαν συγχρονικές μετρήσεις των μεταβλητών μας στις τρεις φάσεις της θεραπείας (baseline - end of therapy - follow up) και μετρήσεις των μεταβολών τους ανάμεσα σε αυτές. Για τη μέτρηση του μητρικού ΕΣ χρησιμοποιήθηκε το 5MSS και για τις υπόλοιπες μεταβλητές ερωτηματολόγια αναφοράς και διαγνωστικές συνεντεύξεις.

Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι, σε σύγκριση με τις μητέρες χαμηλού ΕΣ, οι μητέρες υψηλού ΕΣ έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, αποδίδουν βαρύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία στο παιδί τους, βρίσκονται σε μεγαλύτερη ασυμφωνία με τις αυτό-αξιολογήσεις των παιδιών τους, και τα παιδιά τους, από την άποψη των δασκάλων, παρουσιάζουν περισσότερη απόσυρση / εσωτερικευόμενη συμπεριφορά (εσωστρέφεια), στο σχολικό περιβάλλον.

Τα αποτελέσματά μας συγκλίνουν στην κατανόηση του υψηλού μητρικού ΕΣ στα πλαίσια μιας διαταραγμένης αλληλεπίδρασης μητέρας-παιδιού. Ο συσχετισμός του με μια υπερβάλλουσα εκτίμηση των προβλημάτων του παιδιού αποτυπώνει στη μητέρα μια στάση «προκατάληψης» (“bias”) σε σχέση με το παιδί της. Στην κλινική έρευνα, οι ίδιες οι διαστάσεις του υψηλού ΕΣ («κριτική», «εχθρότητα», «συναισθηματική υπερεμπλοκή»), μαζί και με άλλες χαρακτηριστικές στάσεις των μητέρων που έχουν περιγραφεί (παρεμβατικότητα, θυμός, ακαμψία, χαμηλή ανοχή και μη αποδοχή της νόσου, αιτιακές προσάψεις σε σχέση με τη νόσο και τον έλεγχο του παιδιού πάνω στα συμπτώματά του) μπορούν να ερμηνεύσουν μια στάση της μητέρας λιγότερο ψύχραιμη και αντικειμενική, μια προκατάληψη όσον αφορά τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του παιδιού της. Το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων, το οποίο βρέθηκε να συσχετίζεται με το ΕΣ τους, μπορεί να επιδρά στη διαμόρφωση ή στην τροποποίηση των στάσεων αυτών. Η πανεπιστημιακή σπουδή, η οποία συσχετίστηκε με χαμηλό ΕΣ, φαίνεται να καλλιεργεί στις μητέρες μια πιο ψύχραιμη, επιστημονική θεώρηση της νόσου, και μεγαλύτερη, κατά συνέπεια, αποδοχή και ανοχή των συμπτωμάτων του παιδιού.

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση των στάσεων των συγγενών υψηλού ΕΣ, βάσει του ασυνείδητου ψυχικού μηχανισμού της «προβλητικής ταύτισης» (“projective identification”), μπορεί επίσης να ερμηνεύσει την καθ’ υπερβολή απόδοση, από τις

μητέρες υψηλού ΕΣ, καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά. Η Melanie Klein (1946) περιέγραψε την προβλητική ταύτιση ως έναν πρώιμο αμυντικό μηχανισμό, που χαρακτηρίζει πρωταρχικές, επιθετικές σχέσεις αντικείμενου. Ανεπιθύμητα (οδυνηρά, καταστροφικά, εχθρικά κλπ) ψυχικά περιεχόμενα προβάλλονται φαντασιωσικά από το υποκείμενο (μητέρα) στο αντικείμενο (παιδί) ασκώντας ταυτόχρονα πίεση, προκειμένου το αντικείμενο να ταυτοποιηθεί με αυτά. Σε αυτή την περίπτωση συμβαίνει συγχώνευση του εαυτού με το αντικείμενο, το οποίο παύει να είναι ψυχικά ανεξάρτητο. Σύμφωνα με τον προσδιορισμό της, η προβλητική ταύτιση εμπεριέχει ποιότητες ψυχικής λειτουργίας (επιθετικότητα - εχθρότητα, σύγχυση ορίων – συγχώνευση – συναισθηματική υπερεμπλοκή), συγκρίσιμες με το υψηλό ΕΣ. Τέτοιες ψυχικές λειτουργίες περιγράφονται, επίσης, τόσο στην κλινική όσο και στην ψυχολογική θεώρηση του άγχους αποχωρισμού, στον πυρήνα του οποίου συναντάται η παθολογική σχέση αμοιβαίας εχθρικής εξάρτησης ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί. Υπ' αυτό το πρίσμα μπορεί να ερμηνευτεί επίσης ο συσχετισμός που βρέθηκε ανάμεσα στο υψηλό μητρικό ΕΣ και σε περισσότερη απόσυρση και εσωστρέφεια των παιδιών, από την άποψη των δασκάλων τους.

**THE STUDY OF EXPRESSED EMOTION IN  
MOTHERS OF CHILDREN AND YOUNG ADOLESCENTS WITH  
DEPRESSION IN RELATION TO THE COURSE OF THEIR THERAPY**

**ABSTRACT**

The discovery and therapeutic use of psychotropic drugs, during the fifties, allowed for many chronic hospitalized psychiatric adult patients to return to their families. The fact that some of them, despite their drug medication, soon after relapsed, while others did not, shifted the specialists' focus to the family environment and how it might influence the course of the psychiatric illness. In consequence, the family atmosphere and its aspects were primarily studied in relation to adult schizophrenia and its relapses, but soon after, the research field was enlarged in order to include other psychiatric disorders.

In the context of a particular research direction which examined the quality of the relations between patients and their relatives in relation to the course of the psychic disorder, the index of "Expressed Emotion" (EE) was accrued. EE indicates a number of central aspects of interpersonal relations. It includes measurements of critical attitude, hostility and emotional over-involvement on the part of a significant other, usually a family member, towards the psychiatric patient. Vast research work in this field has shown EE as a predictive index for the outcome of schizophrenia as well as for a number of other psychiatric and somatic conditions (depression, obsessive compulsive disorder, agoraphobia, anorexia nervosa, mental retardation, epilepsy, inflammatory bowel disease etc.)

Regarding adult's depression, the research findings indicate that high level of EE in the family is related to a negative outcome of the patient's illness (prolonging of the depressive episode, relapses) as well as to the severity of the depressive episode. Comparatively, few studies have been conducted in samples of children and adolescents, though they also provide the same strong findings of correlation between parental EE and parental psychopathology (especially maternal depression) as well as depression in children. The investigation of the family factors in relation to

the incidence or course of childhood depression has special clinical interest for two basic reasons: a) because children are psychically integrated within the family relationships and the connection between family dysfunction and the child's psychic disorder is specifically strong, and b) because, in comparison to adults, the use and effectiveness of anti-depressive drugs is very restricted in the case of children and adolescents.

It is in this scientific field that the present study attempts to contribute: that is, to investigate the family factors in relation to childhood depression. Its aim, in particular, is to study maternal EE and its correlation to the course of therapy in children and young adolescents (age 9-15), who suffer from Major Depressive Disorder or / and Dysthymic Disorder. This was investigated by means of a number of questions that examine variables from a relatively large field of research. That is, maternal EE was studied: a) in relation to mother's clinical-psychiatric and social-demographic factors, b) in relation to the severity of the child's clinical picture or social adjustment, and c) in relation to the changes of the child's clinical picture in the course of its therapy.

The study has been based on research material from a multi-center European research on the psychotherapy of children with depression, conducted by Trowell et al. (2007): "*Childhood Depression: a place for psychotherapy: An outcome study comparing Individual Psychodynamic Psychotherapy and Family Therapy*". The children and young adolescents of the sample, together with their parents were randomly allocated to two different but equally established forms of psychotherapy: the Systems Integrative Family Therapy (SIFT) and the Focused Individual Psychodynamic Psychotherapy (FIPP), accompanied by Supportive - Counseling Therapy for the parents. The therapies lasted 9-12 months and the sample was re-evaluated after 6 months.

In the present study, cross-sectional measurements were carried out of our variables at three phases of therapy (baseline - end of therapy - follow up) and also measurements were carried out of the changes in between. The 5MSS was used for the measurement of maternal EE, while for the rest of the variables, report questionnaires and diagnostic interviews.

Results showed that high EE mothers, in comparison with low EE mothers: are of a lower educational level, attribute more severe depressive symptomatology to their children, are in more disagreement with their children's self-evaluations, and their children -according to the teachers' views- show more withdrawn/ internalizing behavior (introversion) in the school environment.

Our results converge to an understanding of high maternal EE in the context of a disturbed mother-child interaction. Its correlation with an exaggerated evaluation of the child's problems, imprints on the mother an attitude of bias in relation to her child. In the clinical research, the dimensions of high EE ("criticism", "hostility", "emotional over-involvement"), along with other characteristic attitudes that have been described of mothers (intrusiveness, anger, inflexibility, low tolerance and non-acceptance of the illness, causal attributions of the child's behavior) can explain their less composed and objective attitude, a bias, regarding the severity of their children's symptoms. Mothers' educational level, which was found to correlate with their EE, might influence the formulation or transformation of these attitudes. University level studies, which have been correlated with low EE, seem to cultivate in them a composed scientific consideration of the illness and, consequently, a greater acceptance and tolerance of their children's symptoms.

The psychoanalytic approach to relatives' high EE attitudes, based on the unconscious psychic mechanism of "projective identification", can also explain the fact that high EE mothers attribute excessive depressive symptomatology to their children. Melanie Klein (1946) described projective identification as an early defense mechanism, which characterizes primary aggressive object relationships. Undesirable (painful, catastrophic, hostile etc) psychic contents are projected in fantasy from the subject (mother) to the object (child), exerting, at the same time, pressure, so that the object identifies with them. In this case, a fusion occurs of the self with the object, which ceases to be psychically independent. According to its definition, projective identification contains qualities of psychic functions comparable with high EE: aggressiveness - hostility, blurriness of limits - fusion - emotional over-involvement). Such psychic functions are also described in the clinical, as well as the theoretical psychological considerations of separation anxiety, at the core of which, a pathological relation of mutual hostile dependence between mother and child is noted. From this point of view, the correlation between high maternal EE and the child's withdrawal and introversion in the school environment, according to the teachers, can also be explained.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<i><b>Εισαγωγή</b></i>	15
I. Σκοπός της έρευνας	15
II. Σκοπιμότητα	15
III. Ερευνητικά ερωτήματα (Υποθέσεις)	16
IV. Σημαντικότητα της μελέτης	17
V. Προσδιορισμός όρων	18
<i><b>Γενικό Μέρος: Θεωρητική Επισκόπηση</b></i>	19
<b>Κεφάλαιο 1: Κατάθλιψη στα παιδιά και στους εφήβους</b>	19
1.1. Νοσολογικά Χαρακτηριστικά	19
1.1.1. Κλινικά χαρακτηριστικά και διάγνωση	19
1.1.2. Η φυσική πορεία	23
1.2. Επιδημιολογικά Δεδομένα	23
1.3. Αιτιολογία και Παθογένεση	25
1.3.1. Μελέτες σε οικογένειες καταθλιπτικών	26
1.3.2. Αιτιολογικοί παράγοντες	27
<b>Κεφάλαιο 2: Το εκφραζόμενο συναίσθημα (ΕΣ)</b>	36
2.1 Προσδιορισμός του ΕΣ	36
2.1.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός	36
2.1.2. Το Εκφραζόμενο συναίσθημα ως παράμετρος της οικογενειακής ατμόσφαιρας	36
2.1.3. Οι ιστορικές (ερευνητικές) καταβολές του εκφραζόμενου συναισθήματος	39
2.1.4. Περιγραφή-περιεχόμενο του CFI – ΕΣ	41
2.2. Μέτρηση του ΕΣ	43
2.3. Το ΕΣ στην έρευνα	52
2.3.1. Το ΕΣ σε ερευνητικές μελέτες με οικογένειες ενηλίκων ασθενών	52
2.3.2. Το ΕΣ σε ερευνητικές μελέτες με οικογένειες παιδιών και εφήβων ασθενών	66
2.4. Συμπεράσματα	79

<b><i>Ειδικό Μέρος: Ερευνητική Εργασία</i></b>	80
<b>Κεφάλαιο 3: Σκοπός-Ερευνητικά Ερωτήματα</b>	80
<b>Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία</b>	80
4.1. Σχεδιασμός	81
4.2. Δείγμα	82
4.2.1. Περιγραφή του δείγματος	82
4.2.2. Η επιλογή του δείγματος	83
4.2.3. Τυχαιοποίηση του δείγματος	85
4.3. Θεραπείες	85
4.4. Μετρήσεις	87
4.4.1. Αξιολόγηση	87
4.4.2. Μέθοδοι εκτίμησης	95
<b>Κεφάλαιο 5: Ερευνητικά αποτελέσματα</b>	96
5.1. Στατιστική ανάλυση	96
5.2. Στατιστικά αποτελέσματα	97
<b>Κεφάλαιο 6: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων</b>	122
<b>Κεφάλαιο 7: Συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας</b>	128
7.1. Εισαγωγικά σχόλια	128
7.2. Τα επίπεδα του μητρικού ΕΣ του δείγματος στα πλαίσια του σχετικού ερευνητικού πεδίου	129
7.3. Τα αποτελέσματα στα επιμέρους ερωτήματα της παρούσας έρευνας σε σύγκριση με τα αντίστοιχα ευρήματα άλλων σχετικών ερευνών	131
7.4. Συνθετική θεώρηση και συζήτηση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από τα επιμέρους ερωτήματα	138
7.5. Συμπεράσματα	145
7.6. Περιορισμοί της έρευνας	148
7.7. Συνεισφορά της μελέτης	150
7.8. Περαιτέρω ερευνητικές κατευθύνσεις	151
<b><i>Βιβλιογραφία</i></b>	153
<b><i>Παράρτημα</i></b>	197

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### I. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετηθεί το «Εκφραζόμενο Συναίσθημα» (ΕΣ) στις μητέρες παιδιών και νεαρών εφήβων (9 - 15 ετών) με μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη και να συσχετισθεί με την πορεία της θεραπείας τους.

### II. ΣΚΟΠΙΜΟΤΗΤΑ

Από την βιβλιογραφία είναι γνωστές παλαιότερες θεωρίες, οι οποίες συσχετίζουν τη σχιζοφρένεια ενηλίκων ασθενών με ορισμένους «παθογόνους» τύπους ενδοοικογενειακής επικοινωνίας (Bateson 1956, Lidz et al. 1957, Singer & Wynne 1966).

Αργότερα, στη δεκαετία του '70, το ενδιαφέρον και η έρευνα στράφηκαν πάλι στην οικογένεια, αυτή τη φορά ως παράγοντα που επηρεάζει την πορεία της νόσου. Έτσι, η διερεύνηση αυτής της υπόθεσης ξεκίνησε με την μέτρηση κάποιων παραμέτρων της οικογενειακής ατμόσφαιρας, όπως του ΕΣ σε σχέση με την πορεία της νόσου. Το ΕΣ των συγγενών αναδείχτηκε σε προγνωστικό δείκτη των υποτροπών. Βρέθηκε δηλαδή, ότι ασθενείς που ζουν με συγγενείς υψηλού ΕΣ έχουν πολλαπλάσια πιθανότητα να υποτροπιάζουν από ό,τι εκείνοι που ζουν με συγγενείς χαμηλού ΕΣ (Brown et al. 1972, Vaughn & Leff 1976b, Vaughn et al. 1984).

Στη συνέχεια, μια νεότερη γενιά ερευνών (Falloon et al. 1982, Falloon et al. 1987, Goldstein et al. 1978, Hogarty et al. 1986, Leff et al. 1982, Leff et al. 1985, Tarrier et al. 1988b) διερευνά την επίδραση της ψυχοκοινωνικής παρέμβασης στην οικογένεια του σχιζοφρενούς σε σχέση με την κλινική πορεία της νόσου του. Στις έρευνες αυτές η πειραματική ομάδα αφορούσε οικογένειες υψηλού ΕΣ και εφαρμόστηκαν ποικίλα μοντέλα παρέμβασης. Κοινό χαρακτηριστικό των παραπάνω ερευνών είναι η σημαντική μείωση των υποτροπών στην πειραματική ομάδα, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, στο διάστημα 6 έως 12 μηνών μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος (Tomaras et al. 2000).

Άλλες έρευνες συνηγορούν υπέρ της συσχέτισης της ενδοοικογενειακής ατμόσφαιρας όχι μόνο με τις υποτροπές, αλλά και με την όλη κλινική εικόνα του αρρώστου. Ασθενείς από οικογένειες υψηλού ΕΣ εμφανίζουν περισσότερα υπολειμματικά, αλλά και ενεργά συμπτώματα της ασθένειας συγκρινόμενοι με ασθενείς προερχόμενους από οικογένειες χαμηλού ΕΣ (Glynn et al. 1988, Hinrichsen & Pollack 1997, Mavreas et al. 1992, Tomaras et al. 1988).

Αργότερα η έννοια του ΕΣ εξαπλώθηκε και σε διαφορετικούς κλινικούς πληθυσμούς (κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, αγοραφοβία, ψυχογενής ανορεξία, νοητική καθυστέρηση, άνοια, επιληψία, φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου) (Chambless & Steketee 1999, Greedharry 1987, Hodes et al. 1999, Otero & Hodes 2000, Szmukler et al. 1985, Vaughn et al. 1987). Στις περισσότερες μελέτες έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ των εκφραζόμενων συναισθημάτων μελών της οικογένειας και της υποτροπής των ασθενών.

Όσον αφορά στη μελέτη της οικογενειακής ατμόσφαιρας (και του ΕΣ) σε σχέση με την κατάθλιψη, υπάρχει αρκετή πρόσφατη βιβλιογραφία για ενήλικους ασθενείς, αλλά ελάχιστες μελέτες για παιδιά και εφήβους με κατάθλιψη. Οι περισσότερες μελέτες ενηλίκων καταθλιπτικών υποστηρίζουν, ότι υψηλό επίπεδο του ΕΣ στην οικογένεια και ιδιαίτερα στην κλίμακα της κριτικής στάσης σχετίζεται με κακή έκβαση της νόσου του ασθενούς (παράταση του καταθλιπτικού επεισοδίου, υποτροπές), αλλά και με την ίδια την βαρύτητα του επεισοδίου (Gerisma & Hale 1997, Hayhurst et al. 1997, Uehara 1995, Uehara et al. 1996). Προτείνουν συνεπώς το ΕΣ της οικογένειας ως προγνωστικό δείκτη της πορείας της κατάθλιψης του ασθενούς. Στα ίδια αποτελέσματα καταλήγουν και οι έρευνες που επικεντρώνονται στο ΕΣ του συζυγικού ζεύγους, όταν ο ένας εκ των δύο πάσχει από κατάθλιψη (Fiedler et al. 1998, Florin et al. 1992, Hooley et al. 1986).

Κάποιες πρόσφατες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί με στόχο τη μελέτη του ΕΣ σε γονείς παιδιών με συναισθηματική διαταραχή, με διαταραχή διαγωγής, με προβλήματα συμπεριφοράς, καθώς επίσης και σε οικογένειες μη νοσούσες (Hibbs et al. 1991, Hibbs et al. 1992, Peris & Baker 2000, Schwartz et al. 1990, Seifer et al. 1992, Vostanis et al. 1994, Vostanis & Nicholls 1992).

Ελάχιστες μελέτες επικεντρώνονται στην συσχέτιση του ΕΣ της οικογένειας με την κατάθλιψη του παιδιού ή του εφήβου. Οι Asarnow et al. (1994) στο υπό μελέτη δείγμα τους με καταθλιπτικά παιδιά το ΕΣ της οικογένειας βρέθηκε σημαντικά υψηλότερο σε σύγκριση με τις οικογένειες του φυσιολογικού δείγματος και τις οικογένειες με σχιζοφρενικά παιδιά. Οι Schwartz et al. (1990) κατέληξαν, πως ο υψηλός βαθμός ΕΣ στην μητέρα σχετίζεται με τριπλάσιο κίνδυνο να εμφανίζει το παιδί μια από τις ακόλουθες διαγνώσεις: καταθλιπτική διαταραχή (μείζονα κατάθλιψη ή δυσθυμία), κατάχρηση ουσιών, ή διαταραχή διαγωγής. Τέλος, οι Fennig & Carlson (1995), συμπεραίνουν στο σχετικό τους άρθρο, πως το ΕΣ και ιδιαίτερα η κλίμακα της κριτικής στάσης της οικογένειας συμβάλλουν στη σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των παιδιών και των εφήβων.

Φαίνεται λοιπόν, πως η μελέτη που προτείνεται στο παρόν πρωτόκολλο, και αφορά στην διερεύνηση του ΕΣ στις μητέρες παιδιών και νεαρών εφήβων με μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη, σε ένα ικανοποιητικό, αριθμητικά, δείγμα και με μια καταγραφή της θεραπευτικής πορείας, θα εμπλουτίσει τις γνώσεις στο επιστημονικό αυτό πεδίο. Επιπλέον, παρότι όλα σχεδόν τα μέχρι σήμερα ερευνητικά στοιχεία υποστηρίζουν τη συσχέτιση ενδοοικογενειακής ατμόσφαιρας και κλινικής πορείας της ψυχικής νόσου, τίθεται σταθερά το ερώτημα: αν η στάση υψηλού ΕΣ ενός μέλους ή μελών της οικογένειας, με τα συναισθήματα που τη διαποτίζουν, είναι σταθερή μέσα στο χρόνο ή διακυμαίνεται, καθώς και αν αυτή απορρέει από τη διαταραγμένη συμπεριφορά του ασθενούς, αποτελώντας, έτσι, αντίδραση του περιβάλλοντος στο σύνολο των συμπτωμάτων του ασθενούς, ή αν η στάση αυτή προϋπάρχει της εκδήλωσης της διαταραχής (Brown et al. 1972, Hibbs et al. 1991). Οποσδήποτε, οι υποθέσεις αυτές, μαζί με άλλα ερωτήματα, απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση.

### **III. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ (ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ)**

Για τον σκοπό της παρούσας εργασίας θα διερευνηθούν στο κλινικό δείγμα, των παιδιών και νεαρών εφήβων με μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη, τα εξής ερωτήματα:



A. Εάν το Εκφραζόμενο Συναίσθημα (ΕΣ) της μητέρας συσχετίζεται με την βαρύτητα της κλινικής εικόνας ή της κοινωνικής προσαρμογής του παιδιού. Θα μελετηθεί κατά την έναρξη της μελέτης.

B. Εάν το ΕΣ συσχετίζεται με κλινικούς - ψυχιατρικούς παράγοντες ή/και κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες που αφορούν τη μητέρα. Θα μελετηθεί κατά την έναρξη της μελέτης.

Γ1. Εάν η αλλαγή στην κλινική εικόνα του παιδιού κατά την πορεία της θεραπείας του συμβαδίζει με αλλαγή στο ΕΣ της μητέρας του.

Γ2. Εάν η αλλαγή στην κλινική εικόνα του παιδιού κατά την πορεία της θεραπείας του συμβαδίζει με αλλαγή στο ΕΣ της μητέρας του: Συγκρίνονται δύο θεραπευτικές υποομάδες. Στην μια έχει εφαρμοστεί Συστημική Απαρτιωτική Οικογενειακή Θεραπεία (ΣΑΟΘ) και στην άλλη Εστιασμένη Ατομική Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία (ΕΑΨΨ) του παιδιού με παράλληλη ψυχοθεραπεία γονέων.

Δ. Εάν η σταθεροποίηση της κλινικής εικόνας του παιδιού στην βμηνη, μετά το τέλος της θεραπείας, επανεκτίμηση (follow up) συσχετίζεται με σταθεροποίηση του ΕΣ της μητέρας.

#### IV. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ενώ για τους ενήλικους διαθέτουμε ένα συνεχώς διευρυνόμενο φάσμα αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, το ζήτημα της χορήγησης φαρμάκων για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης στα παιδιά και τους εφήβους εγείρει σοβαρές διαφωνίες. Κατ' αρχήν, οι νευροενδοκρινικές μελέτες σχετικά με την εφηβική κατάθλιψη, από τις μέχρι τώρα ενδείξεις, υποδεικνύουν πως η κατάθλιψη των εφήβων και εκείνη των ενηλίκων δεν είναι ταυτόσημες (Kolvin et al., 1999). Η υπόθεση αυτή συνάδει με την κλινική σημειολογία της διαταραχής, εφόσον οι κύριες συναισθηματικές διαταραχές, που αποτελούν τη μοναδική ένδειξη για τη χορήγηση αυτών των φαρμάκων, δεν παρουσιάζονται κλινικά παρά στο τέλος της εφηβείας (Lester-Παπαμαθαιάκη 1988). Συνάδει επίσης και με την μειωμένη αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών στα παιδιά και στους εφήβους σε σχέση με τους ενήλικους (Kolvin et al., 1999). Τέλος, η κατανάλωση αντικαταθλιπτικών από το παιδί, του επιτείνει την αίσθηση ότι είναι «άρρωστο» και ανίκανο, ενώ εγείρει σημαντικές αντιστάσεις στους γονείς.

Για τους λόγους αυτούς, η χρήση αντικαταθλιπτικών περιορίζεται, προς το παρόν, στην έρευνα και οι περισσότεροι γιατροί αντιμετωπίζουν την κατάσταση με παρεμβάσεις σε ψυχολογικό και περιβαλλοντικό επίπεδο (Lester - Παπαμαθαιάκη 1988). Εξ' άλλου είναι γνωστό, ότι η πορεία και η έκβαση της κατάθλιψης στους εφήβους επηρεάζονται από την υπάρχουσα ψυχοπαθολογία και τις συγκρούσεις στην οικογένεια, καθώς και από άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες (Harrington et al. 1997, Kovacs & Bastiaens 1995, Newman et al. 1996, Τσιάντης και συν. 2002, Weissman et al. 1987).

Οι Harrington et al. (1998), σε μια ανασκόπηση της έρευνας για την ψυχολογική αντιμετώπιση της κατάθλιψης στα παιδιά και τους εφήβους, υποστηρίζουν ότι: «η σύνδεση μεταξύ παιδικής κατάθλιψης και οικογενειακής δυσλειτουργίας είναι τόσο ισχυρή, που περαιτέρω μελέτες οικογενειακών παρεμβάσεων συνιστώνται ανεπιφύλακτα».

Εάν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είναι θετικά, εάν δηλαδή αποδειχθούν οι συσχετισμοί που διατυπώνονται στα ερευνητικά ερωτήματα, θα αποδώσουν θεωρητικές και πρακτικές συνεισφορές στο επιστημονικό πεδίο της αντιμετώπισης της κατάθλιψης στον υπό μελέτη πληθυσμό. Αναλυτικότερα θα προκύψουν:

A. Οφέλη στον τομέα της πρόληψης (και των τριών βαθμίδων):

1. Το ΕΣ της μητέρας θα αναδειχθεί σε προγνωστικό δείκτη της βαρύτητας της κλινικής εικόνας της κατάθλιψης των παιδιών ή/και της πορείας της θεραπείας τους (παράταση καταθλιπτικού επεισοδίου, ύφεση, υποτροπές). Ως τέτοιος θα ληφθεί υπόψη στους θεραπευτικούς σχεδιασμούς και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις που συμπεριλαμβάνουν την οικογένεια του νεαρού ασθενούς.
2. Θα αποτελέσει έναυσμα για περαιτέρω διερεύνηση του ΕΣ της μητέρας, ως παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης στο παιδί (επίπτωση της νόσου).
3. Η σύγκριση των δύο θεραπευτικών υποομάδων (ερώτημα Γ2) υποστηρίζει ερευνητικά τη βασική μας υπόθεση. Η στατιστική ανάλυση ωστόσο, θα δώσει χρήσιμες πληροφορίες για τις τεχνικές των δύο ψυχοθεραπειών (ΣΑΟΘ και ΕΑΨΨ), που επηρεάζουν το ΕΣ της μητέρας.

B. Θεωρητική συνεισφορά:

Το ΕΣ της μητέρας, ως μέτρο της συναισθηματικής στάσης της οικογένειας απέναντι στο μέλος με ψυχική νόσο, συσχετιζόμενο με την κατάθλιψη, θα συνεισφέρει στο πολυπαραγοντικό, βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο θεώρησης της κατάθλιψης, με αναγωγές από την πρόγνωση και την θεραπεία, στην αιτιοπαθογένεια της νόσου.

## V. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΟΡΩΝ

### ΕΚΦΡΑΖΟΜΕΝΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ (ΕΣ)

Η ανάγκη εκτίμησης συγκεκριμένων παραγόντων που συνθέτουν τη συναισθηματική στάση μελών της οικογένειας απέναντι στον ασθενή ή, γενικότερα, τη συναισθηματική ενδοοικογενειακή ατμόσφαιρα οδήγησε στη διαμόρφωση διαφόρων εργαλείων, από τα οποία κυρίως χρησιμοποιείται το εκφραζόμενο συναίσθημα (ΕΣ) (expressed emotion)

Το εκφραζόμενο συναίσθημα (ΕΣ) (Brown et al. 1972, Vaughn & Leff 1976a,b) είναι ένα μέτρο εκτίμησης των στάσεων και των συναισθημάτων που εκφράζει ένας συγγενής για ένα μέλος της οικογένειας με ψυχική νόσο. Προέκυψε αρχικά από την εκτεταμένη, ημιδομημένη συνέντευξη, Camberwell Family Interview (CFI) (Brown & Rutter, 1966). Η συνέντευξη αυτή, που χορηγείται χωριστά σε καθένα από τους οικείους του ασθενούς, μαγνητοφωνείται και από το περιεχόμενό της βαθμολογούνται οι 5 κλίμακες του ΕΣ: 1. «κριτικής», 2. «συναισθηματικής υπερεμπλοκής», 3. «εχθρότητας», 4. «εγκαρδιότητας», 5. «θετικών σχολίων».

Βρέθηκε, ότι οι τρεις πρώτες κλίμακες έχουν προγνωστική αξία και καθορίζουν την κατηγοριοποίηση του ερωτώμενου ως προς το ΕΣ (υψηλό ή χαμηλό). Αν και το ΕΣ αξιολογεί άμεσα τη στάση απέναντι στον άρρωστο, αντανακλά ως ένα βαθμό και την ποιότητα της όλης ενδοοικογενειακής επικοινωνίας.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

#### ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

Η κατάθλιψη είναι μια αρκετά συνηθισμένη ψυχική διαταραχή. Για παράδειγμα, ο κατά την διάρκεια της ζωής επιπολασμός της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στον γενικό πληθυσμό είναι 5-12% στους άνδρες και 10-25% στις γυναίκες, και ο σημειακός επιπολασμός της είναι 2-3% στους άνδρες και 5-9% στις γυναίκες (American Psychiatric Association, 1994). Παρουσιάζεται όμως εξίσου συχνά όχι μόνο ως μείζων πρωτογενής ψυχιατρική διαταραχή αλλά και ως δευτερογενής σε πολλές άλλες ψυχιατρικές και ιατρικές καταστάσεις, με σημαντική πολλές φορές επίπτωση στον βαθμό αναπηρίας και στην λειτουργικότητα του ασθενούς. Έτσι, ο σημειακός επιπολασμός των διαταραχών της διάθεσης γενικότερα, εμφανίζεται υψηλός στον τομέα της πρωτογενούς περίθαλψης. Επιπλέον, η αυτοκτονικότητα (Gelder et al., 1996) και η απουσία από την εργασία (Broadhead et al., 1990) εξαιτίας της κατάθλιψης θέτουν μείζονα ζητήματα, και η έρευνα συνεχίζει να αναζητά τρόπους ανίχνευσης και αποτελεσματικής θεραπευτικής αντιμετώπισής της (Cooper & Eastwood 1992, Mino et al. 1994).

Οι πρώιμης-έναρξης μείζων καταθλιπτική διαταραχή (ΜΚΔ) και δυσθυμική διαταραχή (ΔΔ) είναι υποτροπιάζουσες και χρόνιες ασθένειες με σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα (Birmaher et al. 1996a, 1996b). Ένα στα πέντε παιδιά παρουσιάζει ένα χρόνιο πρώτο επεισόδιο, ενώ υπάρχει επιπλέον ο κίνδυνος συνέχειας της κατάθλιψης κατά την ενήλικη ζωή (Kolvin et al., 1999). Δεδομένου μάλιστα ότι η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά τη σχολική επίδοση καθώς και την κοινωνική και διαπροσωπική συμπεριφορά του παιδιού υπάρχει η ανάγκη ενδελεχούς διαγνωστικής εκτίμησης, άμεσης θεραπείας, και προληπτικών παρεμβάσεων (Birmaher et al. 1996a, 1996b, Kolvin et al., 1999).

### 1.1. ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

#### 1.1.1. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ και ΔΙΑΓΝΩΣΗ

##### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η πρώτη προσπάθεια εκπόνησης μιας νοσολογικής ταξινόμησης στην Παιδοψυχιατρική με κοινή συναίνεση διαφόρων θεραπευτών, με διαφορετικές θεωρητικές τοποθετήσεις, είναι αυτή που έκανε το G.A.P. (Group for the Advancement of Psychiatry of the American Psychiatric Association), το 1965, σύμφωνα με την οποία, η κατάθλιψη περιγράφηκε ως ένα είδος ψυχονευρωτικής πάθησης, που εκδηλώνεται με διαταραχές στο φαγητό και στον ύπνο ή με υπερδραστηριότητα (Lester-Παπαματθαϊάκη, 1988).

Επί χρόνια, ωστόσο, επικράτησε ασάφεια σχετικά με τη φύση της κατάθλιψης στα παιδιά και στους εφήβους (Brockless, 1977). Αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στο ότι η μελέτη της ακολούθησε τις εξελίξεις στο χώρο της ψυχικής υγείας των

ενηλίκων, με σημαντικό ζητούμενο το κατά πόσον η διάγνωση της κατάθλιψης στα παιδιά θα έπρεπε να χρησιμοποιεί διαφορετικά κριτήρια συγκριτικά με τους ενήλικες (Puura et al., 1997). Έτσι, ενώ για τον ορισμό της κατάθλιψης υπάρχει σύγκλιση ως προς το βασικό πυρήνα συμπτωμάτων (αρνητική διάθεση, απουσία ευχαρίστησης σε οτιδήποτε, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αλλαγή στις λειτουργίες ύπνου και φαγητού, και δυσκολίες συγκέντρωσης), υπάρχει μικρότερη συμφωνία ως προς τα δευτερεύοντα συμπτώματα και το κριτήριο της χρονικής διάρκειας και ακόμα μικρότερη σύγκλιση ως προς την παρουσία «καταθλιπτικών ισοδυνάμων», όπως θεωρούνται τα σωματικά συμπτώματα, η επιθετικότητα, η σχολική άρνηση ή οι φοβίες (Barker, 1997). Οι Bailly et al. (1992a), με βάση τις υπάρχουσες ερευνητικές συνεργασίες, συνοψίζουν τα ουσιώδη ερωτήματα σχετικά με την παιδική και εφηβική κατάθλιψη σε δύο κυρίαρχες υποθέσεις: α) κατά πόσον αυτή εκδηλώνεται με τον ίδιο τρόπο που εμφανίζεται στους ενήλικες (Compass & Hammen 1996, Kashani et al. 1997), και β) εάν παίζουν ρόλο τα διάφορα αναπτυξιακά κριτήρια τα οποία, ενώ διαφοροποιούν την εικόνα της κατάθλιψης στα παιδιά, από την άλλη πλευρά διατηρούν ένα βασικό πυρήνα συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, αναφέρεται πως τα παιδιά εκδηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό καταθλιπτική εμφάνιση, σωματικά παράπονα (Kramer & Garralda 1998, Moor et al. 2000), ψυχοκινητική διέγερση και άγχος αποχωρισμού (Ryan et al., 1987), ενώ οι έφηβοι εκφράζουν περισσότερο ανηδονία και έλλειψη ελπίδας, διαταραχές στον ύπνο με συχνή υπερυπνία, και αλλαγή σωματικού βάρους.

Οι Carlson & Kashani (1988b) μελέτησαν τη συχνότητα διαφορετικών συμπτωμάτων σε διαφορετικές ηλικίες. Βρήκαν πως η καταθλιπτική διάθεση, η έλλειψη συγκέντρωσης, η αϋπνία και ο αυτοκτονικός ιδεασμός συμβαίνουν εξίσου σε όλες τις ομάδες. Με την αύξηση της ηλικίας υπήρχε μια μείωση στη συχνότητα της καταθλιπτικής εμφάνισης και των σωματικών αιτιάσεων, και μια αύξηση στην εμφάνιση της ανηδονίας, της ημερήσιας διακύμανσης της διάθεσης, του αισθήματος έλλειψης ελπίδας, της ψυχοκινητικής επιβράδυνσης και των παραληρημάτων. Γενικώς, στην εφηβεία η κλινική εικόνα αρχίζει να μοιάζει περισσότερο με εκείνη των ενηλίκων, ενώ η έλλειψη ελπίδας και το αίσθημα ότι τα πράγματα δεν πρόκειται να αλλάξουν ποτέ αντικατοπτρίζεται στον αυξημένο επιπολασμό της αυτοκτονίας. (Ryan et al. 1987, Weller & Weller, 1991).

Οι Barker (1997) και Kent et al. (1997) υποστηρίζουν πως, οι αναπτυξιακοί παράγοντες που συναρτώνται με την αξιολόγηση της κατάθλιψης σε παιδιά και σε εφήβους σχετίζονται με την εκδήλωση των συναισθηματικών καταστάσεων (μεγαλύτερη αμφιθυμία στα παιδιά και στους εφήβους), την ανάπτυξη των γνωστικών σχημάτων, καθώς και με τις δυνατότητες ή την αναγκαιότητα για αναφορά και περιγραφή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων από τα νέα άτομα. Οι έφηβοι, για παράδειγμα, σπάνια αναζητούν βοήθεια ή συμβουλευονται τους επαγγελματίες (Settertobulte & Kolip, 1997), και ακόμα λιγότερο πιστεύουν ή ελπίζουν σε αλλαγή.

Γενικώς, η κατανόηση της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης εξελίχθηκε, από την πεποίθηση ότι είναι ανύπαρκτη, στην άποψη ότι είναι συγκαλυμμένη πίσω από άλλες μορφές ψυχοπαθολογίας («masked depression»), μέχρι την τρέχουσα άποψη ότι είναι παρόμοια με την κατάθλιψη των ενηλίκων (Fennig & Carlson, 1995). Έτσι, η τρίτη έκδοση του Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-III) (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών), το DSM-III-R και το DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) χρησιμοποιούν τα ίδια

κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης στους ενήλικες και στα παιδιά, συμπεριλαμβάνοντας ως ουσιαστικό και απαραίτητο σύμπτωμα, τη δυσφορική διάθεση. Έγιναν λίγες μόνο προσαρμογές δευτερεύουσας σημασίας στα κριτήρια για την εξήγηση των διαφορών μεταξύ ενηλίκων και παιδιών ανάλογα με την ηλικία και το αναπτυξιακό στάδιο (Weller & Weller, 1991). Σε γενικές γραμμές, η φαινομενολογική περιγραφή βάσει του ταξινομητικού συστήματος DSM-IV, περιλαμβάνει τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (ΜΚΔ), τη δυσθυμική διαταραχή (ΔΔ), τα άτυπα καταθλιπτικά στοιχεία, και την καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

Η κλινική εικόνα της *Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (ΜΚΔ)* πρώιμης έναρξης, προσομοιάζει φαινομενολογικά με την ΜΚΔ των ενηλίκων, με κάποιες διαφοροποιήσεις συνυφασμένες με το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού (Ryan et al. 1987, Roberts et al. 1995, Birmaher et al. 1996). Συμπτώματα ενδογενούς μελαγχολίας, ψύχωσης, αυτοκτονικότητας, θανατηφόρων αυτοκτονικών αποπειρών, και διαταραχής της λειτουργικότητας αυξάνουν με την ηλικία. Αντιθέτως, συμπτώματα άγχους αποχωρισμού, φοβιών, σωματικών ενοχλημάτων, και προβλημάτων συμπεριφοράς φαίνεται να συμβαίνουν συχνότερα στα παιδιά (Carlson & Kashani 1988b, Kolvin et al. 1991, Mitchell et al. 1998, Ryan et al. 1987). Η ψυχωτική κατάθλιψη στα παιδιά εκδηλώνεται μάλλον με ακουστικές ψευδαισθήσεις παρά με παραληρήματα όπως συμβαίνει στους εφήβους και στους ενηλίκους, και έχει αποδοθεί στην γνωστική ανωριμότητα των παιδιών (Ryan et al. 1987). Η εποχιακή διαταραχή της διάθεσης, η άτυπη κατάθλιψη, και η προεμνηορρυσιακή δυσφορική διάθεση τείνουν να εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εφηβείας και, μολονότι δεν έχουν μελετηθεί αρκετά στους νέους, απαιτούν διαφορετικές μάλλον θεραπευτικές στρατηγικές. (Lucas 1991, Stewart et al. 1993, Swedo et al. 1995).

Στη *Δυσθυμική Διαταραχή (ΔΔ)*, εκτός από την απαίτηση 1ετούς διάρκειας αντί 2ετούς και εκτός του ότι τα παιδιά μπορεί να παρουσιάζουν μόνο ευερέθιστη διάθεση αντί κατάθλιψης, τα DSM κριτήρια της πρώιμης έναρξης και της ενήλικης ΔΔ είναι όμοια (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994). Άλλα συμπτώματα που αναφέρονται στην πρώιμη έναρξης ΔΔ είναι ο θυμός, η αυτουποτίμηση, οι σωματικές αιτιάσεις, το άγχος, η ανυπακοή, και η αίσθηση του παιδιού ότι δεν αγαπιέται (Kovacs et al., 1994a). Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΔ φαίνεται να έχουν λιγότερα μελαγχολικά συμπτώματα σε σύγκριση με τα παιδιά με ΜΚΔ (Kovacs et al., 1994a). Το 70% περίπου των ατόμων με πρώιμη έναρξης ΔΔ θα αναπτύξουν εν τέλει ένα επεισόδιο ΜΚΔ, εμφανίζοντας έτσι και τις δύο διαγνώσεις, ως «διπλή κατάθλιψη» (Ferro et al. 1994, Kovacs et al. 1994a, Lewinsohn et al. 1991).

Οι Compass & Hammen (1996) καταλήγουν, ωστόσο, πως η εφαρμογή των διαγνωστικών κριτηρίων δεν επιλύει θεωρητικά και πρακτικά ζητήματα σε σχέση με το νόημα και την κατανόηση της κατάθλιψης.

## ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Ένα άλλο ερώτημα αφορά στο κατά πόσον η κατάθλιψη συνυπάρχει με διαφορετικές δυσκολίες στα διάφορα αναπτυξιακά στάδια του παιδιού και του εφήβου (Μπίμπου & Κιοσέογλου, 2001). Στους ενήλικες συναντάμε περισσότερο

χρήση ουσιών και αγχώδεις διαταραχές (Compass & Hammen, 1996). Οι Kovacs & Devlin (1998) αναφέρουν πως τα παιδιά στην πρώιμη παιδική ηλικία παρουσιάζουν διαταραχές άγχους, στη μέση παιδική ηλικία εκδηλώνουν διαταραχές συμπεριφοράς και στην εφηβεία κατάθλιψη. Οι Fleming & Offord (1990), σε μια επισκόπηση των σχετικών κοινοτικών επιδημιολογικών μελετών, κατέληξαν πως οι δείκτες συννοσηρότητας της παιδικής κατάθλιψης με άλλες ψυχολογικές διαταραχές κυμαίνονταν από 33% μέχρι 100%.

Ειδικότερα, όσον αφορά την *Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή*, τόσο οι κλινικές (Biederman et al. 1995a, Kovacs et al. 1984a,b, Puig-Antich & Rabinovich 1986, Ryan et al. 1987) όσο και οι επιδημιολογικές έρευνες (Anderson & McGee 1994, Angold & Costello 1993, Bird et al. 1988, Kashani et al. 1987a,b, Rohde et al. 1991) έχουν δείξει ότι 40% έως 70% των καταθλιπτικών παιδιών και εφήβων παρουσιάζουν συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, και ότι τουλάχιστον 20% έως 50% έχουν δύο ή περισσότερες επιπλέον διαγνώσεις. Οι συχνότερες συννοσηρές διαταραχές είναι η ΔΔ και οι αγχώδεις διαταραχές (και οι δύο από 30% έως 80%), οι διασπαστικές διαταραχές (10% έως 80%), και η κατάχρηση ουσιών (20% έως 30%). Συμπτωματολογία διαταραχής διαγωγής αναπτύσσεται συχνά ως επιπλοκή της κατάθλιψης και τείνει να επιμένει και μετά την ύφεσή της (Kovacs et al., 1988). Σε λίγες μελέτες αναφέρεται ότι περισσότερο από το 60% των καταθλιπτικών εφήβων παρουσιάζουν συννοσηρότητα με διαταραχές προσωπικότητας, των οποίων, ωστόσο, η σημειολογία υποχωρεί μετά την ύφεση της κατάθλιψης (Birmaher et al. 1996, Marton et al. 1987).

Σε σχέση με την *Δυσθυμική Διαταραχή*: το 70% των ασθενών με ΔΔ πρώιμης έναρξης παρουσιάζουν επικαθήμενη ΜΚΔ και 50% έχουν άλλες προϋπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των αγχωδών διαταραχών (40%), της διαταραχής διαγωγής (30%), της ΔΕΠΥ (24%), και της ενούρησης ή της εγκόπρισης (15%), ενώ 15% έχουν δύο ή περισσότερες συννοσηρές διαταραχές (Birmaher et al. 1996, Kovacs et al. 1994a).

Η συννοσηρότητα, πάντως, είναι εξαιρετικά υψηλή (Weller & Weller 1991, Compass & Hammen 1996, Kolvin et al. 1999, Μπίμπου & Κιοσέογλου 2001, Τσιάντης και συν. 2002) και περιπλέκει ιδιαίτερα την κλινική κατάσταση και την λειτουργικότητα των παιδιών (Fennig & Carlson, 1995), ενώ φαίνεται να αυξάνεται με την ηλικία (Strauss et al. 1988). Βρέθηκε πως επιδρά στον κίνδυνο για υποτροπιάζουσα κατάθλιψη, στη διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου, στις αυτοκτονικές συμπεριφορές ή απόπειρες, στη λειτουργική έκβαση, στην ανταπόκριση στη θεραπεία, και στη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Brent et al. 1988, 1993a,b, 1994, Clarke et al. 1992, Kovacs et al. 1993, Lewinsohn et al. 1993b, 1994, 1995b, Marton et al. 1989, Rohde et al. 1991, Sanford et al. 1995). Ειδικότερα, οι νέοι με «διπλή κατάθλιψη» (ΜΚΔ και ΔΔ), βρέθηκε πως παρουσιάζουν σοβαρότερα και πιο μακρόχρονα καταθλιπτικά επεισόδια, υψηλότερο ποσοστό συννοσηρών διαταραχών, μεγαλύτερη αυτοκτονικότητα, και χειρότερη κοινωνική λειτουργικότητα απ' ό,τι οι νέοι με μόνο ΜΚΔ ή ΔΔ (Birmaher et al. 1996, Ferro et al. 1994, Kovacs et al. 1994a, Lewinsohn et al. 1991).

### 1.1.2. Η ΦΥΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ

Οι περισσότερες μελέτες μαρτυρούν ότι τα συμπτώματα της κατάθλιψης, που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία, συχνά διατηρούνται σταθερά και εμφανίζουν υψηλά ποσοστά υποτροπής (Capaldi & Stoolmiller 1999, Goodyer et al. 1991, Μπίμπου & Κιοσέογλου 2001, Stark et al. 1999). Στην εφηβεία μάλιστα, τα καταθλιπτικά συμπτώματα τείνουν να συνεχίζουν στην ενήλικη ζωή (Ollson & von Knorring, 1999) και συνδέονται συχνά με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Stark et al. 1999).

Στην *Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ)*: Κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες σε παιδιά και εφήβους αναφέρουν ότι, η μέση διάρκεια ενός επεισοδίου ΜΚΔ είναι περίπου 7 έως 9 μήνες (Kovacs et al. 1984b, Lewinsohn et al. 1994, McCauley et al. 1993, Rao et al. 1995, Strober et al. 1993, Warner et al. 1992). Περίπου το 90% των μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων υφίστανται σε 1,5 έως 2 έτη μετά την έναρξη, ενώ το 6% έως 10% παρατείνονται (Kovacs et al. 1984a,b, McCauley et al. 1993, Sanford et al. 1995, Strober et al. 1993). Προοπτικές μελέτες σε κλινικά (Kovacs et al. 1984a,b, McCauley et al. 1993, McGee & Williams 1998, Rao et al. 1995, Sanford et al. 1995, Strober & Carlson 1982, Strober et al. 1993), καθώς επίσης και σε επιδημιολογικά δείγματα (Fleming et al. 1993, Hammen et al. 1990a, Lewinsohn et al. 1994, Warner et al. 1992) υποδεικνύουν ότι η ΜΚΔ είναι μια υποτροπιάζουσα διαταραχή, με αθροιστική πιθανότητα υποτροπών 40% μέσα στα 2 επόμενα χρόνια και 70% στα επόμενα 5 χρόνια. Ερευνητικές μελέτες σε εφήβους προς την ενηλικίωσή τους (Rao et al., 1995) και σε ενήλικους ασθενείς, στους οποίους έγινε αναδρομική αρχική διάγνωση από τα σχετικά κλινικά δεδομένα (Garber et al. 1988, Harrington et al. 1990, King & Pittman 1970) δείχνουν επίσης ότι η κατάθλιψη επιμένει στην ενήλικη ζωή, με ποσοστά υποτροπών από 60% έως 70%. Πολύ λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει τους ψυχοκοινωνικούς και βιολογικούς παράγοντες που μπορεί να συντελούν στην υποτροπή της παιδικής ΜΚΔ (Asarnow & Ben-Meir 1988, Warner et al. 1992). Έχει αναφερθεί, για παράδειγμα, ότι τα καταθλιπτικά παιδιά που ζουν σε συγκρουσιακό οικογενειακό περιβάλλον παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό υποτροπών από αυτά που ζουν σε οικογένειες με λιγότερες συγκρούσεις (Asarnow & Ben-Meir 1988, Asarnow et al. 1994, 2001).

Στη *Δυσθυμική Διαταραχή (ΔΔ)*: Η πρόωμης έναρξης ΔΔ έχει παρατεταμένη πορεία, με 4 μήνες τη μέση διάρκεια ενός επεισοδίου, και συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο επακόλουθης ΜΚΔ (70%), διπολικής διαταραχής (13%), και χρήσης ουσιών (15%) (Keller et al. 1988, Kovacs et al. 1984a,b, 1994a, Lewinsohn et al. 1991). Το πρώτο επεισόδιο ΜΚΔ συμβαίνει συνήθως σε 2 έως 3 χρόνια μετά την έναρξη της ΔΔ. Αυτό υποδηλώνει ότι η ΔΔ είναι μια από τις «πύλες» για την ανάπτυξη υποτροπιάζουσών διαταραχών της διάθεσης και υποδεικνύει την αναγκαιότητα ανάπτυξης προληπτικών παρεμβάσεων σε αυτό τον πληθυσμό (Birmaher et al. 1996, Kovacs et al. 1994a).

## 1.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Έχουν αναφερθεί διάφορα ποσοστά επιπολασμού για την κατάθλιψη στα παιδιά και τους εφήβους. Οι διαφορές αυτές μπορεί να προκύπτουν από τα

διαφορετικά πληθυσμιακά δείγματα στα οποία έχει μελετηθεί. Μπορεί δηλαδή να συναρτώνται με την ηλικία (Ehrenberg et al. 1990, Ollson et al. 1999, Todd & Geller 1995), το φύλο (Lewinsohn et al., 1998), τους φορείς (Puura et al., 1997), τα εργαλεία της αξιολόγησης, το δείγμα (κλινικό, κοινοτικό κλπ), τη διάρκεια παρακολούθησης του δείγματος (Reinherz et al., 1993), τον τύπο της κατάθλιψης (Anderson et al. 1989, Costello & Angold 1988, Kashani et al. 1990, McGee & Williams 1988), καθώς και από το τι ακριβώς αξιολογείται ως κατάθλιψη (καταθλιπτικά συμπτώματα, διαταραχή ή σύνδρομο). Η βελτίωση, ασφαλώς, των δομημένων και ημιδομημένων εργαλείων διάγνωσης των παιδικών και εφηβικών ψυχιατρικών διαταραχών, που συντελέστηκε στη δεκαετία του 1980, έκανε την αξιολόγηση πιο ακριβή (Weller & Weller 1986, Weller et al. 1984a).

Συμπτώματα κατάθλιψης παρατηρούνται συχνά σε παιδιά των τελευταίων τάξεων του δημοτικού και σε παιδιά του γυμνασίου, κυρίως σε εκείνα που έχουν ήδη ήβη (Angold, 1998a) και κυμαίνονται από 13% σε δεκάχρονους (Rutter et al., 1976) έως περισσότερο από 30% στην περίοδο μετά την ήβη (Fleming et al., 1989). Σε πρόσφατη ελληνική επιδημιολογική μελέτη (Μπίμπου & Κιοσέογλου, 2001) σε παιδιά και εφήβους από 10-18 ετών, βρέθηκε ένα ποσοστό 11,5% με υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Οι περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες στον πληθυσμό παιδιών και εφήβων αναφέρουν επιπολασμό της κατάθλιψης κυμαινόμενο, από 0,4% έως 2,5% στα παιδιά, και από 0,4% έως 8,3% στους εφήβους (Anderson & McGee 1994, Fleming & Offord 1990, Kashani et al. 1987a,b, Kashani & Sherman, 1988, Lewinsohn et al. 1986, 1993a, 1994).

Η *Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ)* είναι πιο σπάνια και η επίπτωσή της αναφέρεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 1% έως και περισσότερο από 8% (Kolvin et al., 1999). Ο επιπολασμός κατά τη διάρκεια της ζωής ("life time prevalence") στους εφήβους εκτιμάται από 15% έως 20%, ποσοστό συγκρίσιμο με το αντίστοιχο στους ενήλικους, υποδηλώνοντας ότι η κατάθλιψη των ενηλίκων, συχνά ξεκινά στην εφηβεία (Kessler et al. 1994b, Lewinsohn et al. 1986, 1993a,c). Στα παιδιά, τα ποσοστά της ΜΚΔ ανάμεσα σε κορίτσια και αγόρια εμφανίζονται όμοια, ενώ στους εφήβους, η αναλογία αγοριών/κοριτσιών είναι περίπου 1:2, ίδια με την αναφερόμενη αναλογία σε ενήλικους με ΜΚΔ (Fleming & Offord 1990, Kessler et al. 1994a, Lewinsohn et al. 1994).

Οι λίγες επιδημιολογικές μελέτες πάνω στη *Δυσθυμική Διαταραχή (ΔΔ)* αναφέρουν σημειακό επιπολασμό από 0,6% έως 1,7% στα παιδιά, και 1,6% έως 8,0% στους εφήβους (Kashani et al. 1987a,b, Lewinsohn et al. 1993a, 1994).

Μελέτες έχουν επίσης διεξαχθεί και σε ειδικούς παιδιατρικούς πληθυσμούς. Για παράδειγμα, το 40% των ασθενών ενός νευρολογικού τμήματος με ανεξήγητους πονοκεφάλους υπέφερε από κατάθλιψη (Ling et al., 1970). Οι Kashani et al. (1981) βρήκαν, πως το 7% των εσωτερικών ασθενών γενικών παιδιατρικών νοσοκομείων είχε κατάθλιψη. Σε δείγματα προερχόμενα από ψυχιατρικά πλαίσια, 28% των ασθενών σε μια παιδοψυχιατρική κλινική (Carlson & Cantwell, 1980), 59% των ψυχιατρικών εσωτερικών ασθενών (Petti, 1978) και 27% των εφήβων εσωτερικών ασθενών (Robbins et al., 1982) θα μπορούσαν να διαγνωσθούν ως καταθλιπτικοί.

Επομένως, όπως δείχνουν οι μελέτες, τόσο στον κλινικό όσο και στον γενικό πληθυσμό, η εμφάνιση της κατάθλιψης όχι μόνο δεν είναι σπάνια, αλλά μάλλον αυξάνει σημαντικά τα τελευταία χρόνια, ενώ υπάρχει επίσης μια τάση κατά τον αιώνα



που διανύουμε, οι ήπιες και μέσης βαρύτητας καταθλιπτικές διαταραχές να εμφανίζονται σε μικρότερες ηλικίες (Gershon et al. 1987, Joyce et al. 1990, Kessler et al. 1994a, Klein et al. 1995, Kovacs & Gatsonis 1994, Lavori et al. 1987, Lewinsohn et al. 1993c, Ryan et al. 1992, Wickramaratne et al. 1989). Το γεγονός αυτό, δεδομένου ότι το γενετικό υλικό του πληθυσμού δεν έχει αλλάξει ουσιωδώς, αποδίδεται είτε σε περιβαλλοντικούς παράγοντες είτε στον συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Klerman & Weissman 1989, Gershon et al. 1987, Fombonne 1995, Barker 1997).

### 1.3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ και ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ

Μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε διδύμους και υιοθετημένους καταθλιπτικούς ενηλίκους παρέχουν ενδείξεις ότι για το 36%-50% της μεταβίβασης των διαταραχών της διάθεσης ενέχονται γενετικοί παράγοντες. Οι γενετικές μελέτες από την άλλη μεριά, αναδεικνύουν τη σημαντικότητα της επίδρασης περιβαλλοντικών παραγόντων στην έναρξη, διάρκεια, και υποτροπή της κατάθλιψης (Birmaher et al. 1996, Kendler 1995, Plomin 1994). Άτομα σε υψηλό γενετικό κίνδυνο φαίνεται να είναι πιο ευαίσθητα απέναντι σε αρνητικές περιβαλλοντικές επιδράσεις απ' ό,τι τα άτομα χαμηλού γενετικού κινδύνου (Kendler, 1995). Από την άλλη πλευρά, οι περιβαλλοντικές επιδράσεις φαίνεται να υπόκεινται, εν μέρει τουλάχιστον, στη γενετική επιρροή (Plomin, 1994). Η πολυσύνθετη σχέση γενετικών- περιβαλλοντικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης αποτυπώνονται στο προτεινόμενο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Σύμφωνα με αυτό, τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης στα παιδιά και η συνεπαγόμενη λειτουργική διαταραχή προκύπτουν ως αποτέλεσμα συμβαλλουσών και αλληλεπιδρυσών επιρροών γενετικής ευαλωτότητας, βιολογικής και ψυχολογικής ευαλωτότητας, οικογενειακής δυσλειτουργίας, και ψυχοπνευστικών γεγονότων ζωής, σε διαφορετικά σημεία της αναπτυξιακής πορείας των παιδιών και των εφήβων (Cicchetti & Rogosch 2002, Gibb et al. 2009, Miklowitz et al. 2006). Η άποψη αυτή συνάδει με την παραδοσιακή βιοψυχοκοινωνική άποψη των σωματικών νόσων (Engel 1977, Wynne et al. 1992), η οποία τονίζει την αλληλεπίδραση βιολογικής και ψυχολογικής λειτουργίας, γνωστικού επιπέδου, κοινωνικής και συναισθηματικής ανάπτυξης ενός ασθενούς, καθώς επίσης το οικογενειακό, πολιτισμικό, και ιατρικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εκδηλώνονται τα συμπτώματά του. Επσημαίνεται έτσι η ανάγκη για μια ολοκληρωμένη θεραπεία (Miklowitz et al. 2006).

Αντιστρόφως, αναλύοντας το πολυπαραγοντικό μοντέλο στις επιμέρους παραμέτρους, πολλοί παράγοντες συνδέθηκαν αιτιολογικά με την έναρξη, τη διάρκεια, και τις υποτροπές της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης, όπως: δημογραφικοί παράγοντες (π.χ. ηλικία, φύλο, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο), ψυχοπαθολογία (π.χ. προϋπάρχουσα διάγνωση, υποκλινικά καταθλιπτικά συμπτώματα, αρνητικό γνωσιακό στυλ), οικογενειακοί παράγοντες (π.χ. γονεϊκή ψυχοπαθολογία, υψηλό ποσοστό διαταραχών της διάθεσης στους συγγενείς, πρόωμης έναρξης διαταραχές της διάθεσης), και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (π.χ. απουσία υποστηρικτικών συστημάτων, ψυχοπνευστικά γεγονότα ζωής, φτώχη μητρική λειτουργικότητα). Οι παράγοντες αυτοί φαίνεται να επηρεάζουν με διαφορετικούς τρόπους την έναρξη και τη φυσική πορεία της διαταραχής (Kovacs et al. 1984b,

Reinherz et al. 1993, Sanford et al. 1995), και αναδείχτηκαν ως επί το πλείστον μέσα από μελέτες οικογενειών καταθλιπτικών ασθενών.

### **1.3.1. ΜΕΛΕΤΕΣ σε ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ**

#### **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΤΗ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

##### **Μελέτες παιδιών καταθλιπτικών γονέων**

Η ανασκόπηση των σχετικών μελετών (Birmaher et al., 1996) υποδεικνύει πως, τα παιδιά καταθλιπτικών γονέων έχουν τριπλάσια πιθανότητα να παρουσιάσουν ένα επεισόδιο ΜΚΔ κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Τα ποσοστά κινδύνου για ΜΚΔ κατά τη διάρκεια της ζωής παιδιών με καταθλιπτικούς γονείς εκτιμώνται μεταξύ 15% (Orvaschel et al., 1988) και 45% (Hammen et al., 1990a). Κάποιοι παράγοντες σε σχέση με τη γονεϊκή κατάθλιψη, όπως η πρόωμη έναρξη και η υποτροπή φαίνεται να πριμοδοτούν τον υψηλότερο κίνδυνο για ΜΚΔ στα παιδιά (Mufson et al. 1992, Orvaschel et al., 1990, Warner et al. 1995, Weissman et al. 1987,1988). Ο κίνδυνος για κατάθλιψη αυξάνει επίσης όταν και οι δύο γονείς πάσχουν από διαταραχές της διάθεσης (Merikangas et al., 1988). Τα παιδιά καταθλιπτικών γονέων δεν βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για κατάθλιψη μόνο, αλλά και για ψυχοπαθολογία γενικώς, συμπεριλαμβανομένων των αγχωδών και διασπαστικών διαταραχών (Biederman et al. 1991,1995a, Hammen et al. 1990a, Keller et al. 1988, Mufson et al. 1992, Orvaschel et al. 1988, Warner et al. 1995, Weissman et al. 1987,1988,1992). Οι μελέτες αυτές, καθώς και μελέτες με διδύμους, όπως αυτή των Kendler et al. (1992), υποθέτουν ότι αυτό που ενδεχομένως κληρονομείται είναι μια ευαλωτότητα στην κατάθλιψη και το άγχος, και πως η εκδήλωση τέτοιων διαταραχών προϋποθέτει την επενέργεια ορισμένων στρεσογόνων παραγόντων (Brown & Harris 1993, Kendler 1995, Plomin 1994, Warner et al. 1995).

##### **Μελέτες των οικογενειών καταθλιπτικών παιδιών**

Ο επιπολασμός της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της ζωής στους πρώτου βαθμού συγγενείς καταθλιπτικών παιδιών και εφήβων εκτιμάται πως κυμαίνεται από 20% έως 46% (Kutcher & Marton 1991, Livingston et al. 1985, Mitchell et al. 1989, Puig-Antich et al. 1989b, Strober 1984, Todd et al. 1993, Williamson et al. 1995c). Οικογενειακές μελέτες ΜΚΔ-με έναρξη στην ενήλικη ζωή, αναφέρουν επίσης, διπλάσια έως τριπλάσια αύξηση των καταθλιπτικών διαταραχών κατά τη διάρκεια της ζωής στους συγγενείς των καταθλιπτικών μελών της οικογένειας, σε σύγκριση με φυσιολογικές ομάδες ελέγχου (Gershon et al. 1982, Tsuang et al. 1985, Weissman et al. 1982,1984a,b). Υπάρχει, ωστόσο, μια αντιστρόφως ανάλογη σχέση ανάμεσα στην ηλικία έναρξης και στην πυκνότητα της συσσωρευτικής εμφάνισης της κατάθλιψης μέσα στις οικογένειες. Όψιμης έναρξης κατάθλιψη ( $\geq 60$  ετών) συνδέεται με τον μικρότερο κίνδυνο για κατάθλιψη, και πρόωμης έναρξης κατάθλιψη ( $\leq 20$  ετών) συνδέεται με τον μεγαλύτερο κίνδυνο για κατάθλιψη στα μέλη της οικογένειας (Puig-Antich et al. 1989b, Weissman et al. 1984b,1988).

## ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΤΗ ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Οι Klein et al. (1995) μελέτησαν νέους ενηλίκους με πρώιμης έναρξης ΔΔ, και βρήκαν πως οι ασθενείς με διαγνώσεις ΔΔ και ΜΚΔ είχαν υψηλότερα ποσοστά συγγενών με ΜΚΔ σε σύγκριση με το δείγμα ελέγχου. Ο βαθμός της ΔΔ, ωστόσο, ήταν σημαντικά υψηλότερος στους συγγενείς των ασθενών με ΔΔ απ' ό,τι στους συγγενείς των ασθενών με ΜΚΔ και στους συγγενείς της ομάδας ελέγχου, υποδεικνύοντας ότι, ΔΔ και ΜΚΔ έχουν ενδεχομένως διαφορετικά πρότυπα οικογενούς μεταβίβασης. Όπως και στις οικογένειες με ΜΚΔ, παρομοίως και στις οικογένειες με ΔΔ, οι ασθενείς πρώιμης έναρξης ΔΔ είχαν μεγαλύτερα ποσοστά διαταραχών της διάθεσης ανάμεσα στους συγγενείς τους, σε σύγκριση με τους ασθενείς όψιμης έναρξης ΔΔ (Klein et al. 1988a,b, 1995). Φαίνεται πως περιβαλλοντικοί παράγοντες θα παίζουν κάποιο ρόλο (Birmaher et al., 1996). Για παράδειγμα, το χαοτικό οικογενειακό περιβάλλον έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο για δυσθυμία στους απογόνους γονέων με ΜΚΔ (Warner et al., 1995).

### 1.3.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

#### ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

##### Νευροαπεικόνιση και Ηλεκτροεγκεφαλογραφία

Νευροαπεικονιστικές εξετάσεις όπως η μαγνητική τομογραφία (MRI), η λειτουργική μαγνητική τομογραφία (fMRI), η μαγνητική συντονιστική σπεκτροσκοπία (MRS) και η μαγνητοεγκεφαλογραφία (MEG) είναι οι πλέον κατάλληλες για τη μελέτη των δομικών, φυσιολογικών και αναπτυξιακών εγκεφαλικών ανωμαλιών στα παιδιά και στους εφήβους, και επιτρέπουν επαναλαμβανόμενες μετρήσεις, καθώς δεν χρησιμοποιούν ιονίζουσα ακτινοβολία ή ραδιενεργά ισότοπα (Hendren et al., 2000). Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET) έχει μια μοναδική χρησιμότητα, αφού επιτρέπει τη μελέτη της ποσότητας των νευροϋποδοχέων και της επίδρασης που μπορεί να έχει ένα παρασκεύασμα σε αυτούς. Ωστόσο η χρήση του PET στα παιδιά και στους εφήβους είναι προβληματική καθώς απαιτεί πολύπλοκο εξοπλισμό και χρησιμοποιεί ακτινοβολία.

Λίγες νευροαπεικονιστικές μελέτες υπάρχουν στα καταθλιπτικά παιδιά και εφήβους. Οι Steingard και συνεργάτες (1996) εξέτασαν με μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου 65 νοσηλεύόμενα καταθλιπτικά παιδιά στη λανθάνουσα και εφηβική ηλικία (Μη: 13 ετών) και τα συνέκριναν με 18 μάρτυρες. Τα καταθλιπτικά παιδιά και έφηβοι είχαν μια σημαντικά μικρότερη αναλογία όγκου μετωπιαίου λοβού/συνολικό εγκεφαλικό όγκο, και μια σημαντικά μεγαλύτερη αναλογία όγκου πλαγίων κοιλιών/συνολικό εγκεφαλικό όγκο, από ό,τι οι μάρτυρες. Οι ερευνητές προτείνουν ότι οι αλλαγές στον όγκο του μετωπιαίου λοβού και των πλαγίων κοιλιών είναι ένα πολλά υποσχόμενο εύρημα και ίσως υποδεικνύει ένα ρόλο των μετωπιαίων λοβών στην ανάπτυξη της κατάθλιψης με πρώιμη έναρξη.

Οι Tutus και συν. (1998) μελέτησαν εφήβους με μείζονα κατάθλιψη χρησιμοποιώντας την τομογραφία εκπομπής μονήρους φωτονίου (SPET) εγκεφάλου, για να εξετάσουν τις πιθανές αλλαγές στην εγκεφαλική αιμάτωση και την ενδεχόμενη

σχέση ανάμεσα στους δείκτες αιμάτωσης και στις κλινικές μεταβλητές. Τα ευρήματά τους υποδεικνύουν πως οι έφηβοι με μείζονα κατάθλιψη μπορεί να έχουν τοπικά ελλείμματα στην εγκεφαλική ροή του αίματος στις αριστερές προμετωπιαίες και αριστερές κροταφικές φλοιώδεις περιοχές και μεγαλύτερη ασυμμετρία αριστερής-δεξιάς αιμάτωσης σε σύγκριση με τους φυσιολογικούς εφήβους. Αυτές οι ανωμαλίες στους δείκτες αιμάτωσης φαίνεται πως τείνουν να επιστρέψουν στις φυσιολογικές τιμές με τη βελτίωση της κατάθλιψης, οπότε θα μπορούσαν να αποτελούν έναν δείκτη εξαρτώμενο από την κατάσταση (“state-dependent”) στους εφήβους με μείζονα κατάθλιψη.

Η ηλεκτροεγκεφαλογραφική (EEG) δραστηριότητα μελετήθηκε σε 16 καταθλιπτικές και μη καταθλιπτικές εφήβους που είχαν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας και σε 22 φυσιολογικές μάρτυρες (Graae et al., 1996). Οι διαφορές στην EEG ασυμμετρία που βρέθηκε στις υπό μελέτη ομάδες υποδεικνύει, κατά τους συγγραφείς, πως υπάρχουν διαφορές της συμπεριφοράς και της φυσιολογίας ανάμεσα στις δύο ομάδες των εφήβων με απόπειρα αυτοκτονίας.

Ο αριθμός των νευροεγκεφαλογραφικών μελετών στους εφήβους με κατάθλιψη είναι προς το παρόν περιορισμένος, παρότι τέτοιες μελέτες μπορεί να βοηθήσουν να διασαφηνιστούν πιθανές ανωμαλίες της δομής και της φυσιολογίας του εγκεφάλου στην εφηβική κατάθλιψη (Weller & Weller, 1991).

### **Νευροενδοκρινικές Διαταραχές**

Νευροενδοκρινικές διαταραχές έχουν παρατηρηθεί στους καταθλιπτικούς ενήλικες. Πλήθος τέτοιων διαταραχών έχει μελετηθεί για να καθοριστεί αν αποτελούν βιολογικούς δείκτες της κατάθλιψης. Θεωρητικά υπάρχουν δύο βασικοί τύποι δεικτών, ο «δείκτης κατάστασης» (“state marker”) και ο «δείκτης χαρακτηριστικού» (“trait marker”). Ένας «δείκτης κατάστασης» είναι παρών ή «θετικός» κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου της ασθένειας και απουσιάζει ή γίνεται «αρνητικός» καθώς η νόσος υποχωρεί.

Μια από τις ευρύτερα διαδεδομένες νευροενδοκρινικές διαταραχές που εντοπίστηκε στην κατάθλιψη είναι η υπερδραστηριότητα του άξονα υποθάλαμου-υπόφυσης-επινεφριδίων, όπως φαίνεται από μια αύξηση της κορτιζόλης στο πλάσμα και στα ούρα. Η δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθαζόνη (DST) χρησιμοποιείται ευρέως ως ένα βιολογικό τεστ στη διάγνωση της κατάθλιψης και θεωρείται ένας «δείκτης κατάστασης» (Carroll, 1985). Η DST είναι θετική στο 50% των ορθώς διαγνωσμένων ενηλίκων με ενδογενή κατάθλιψη. Συνήθως ο δείκτης επανέρχεται στο φυσιολογικό όταν υπάρχει ανταπόκριση στη θεραπεία (Greden et al., 1983).

Η υπερέκκριση κορτιζόλης καθώς και η μη καταστολή με δεξαμεθαζόνη αναφέρονται τόσο στα παιδιά προεφηβικής ηλικίας όσο και στους εφήβους. Οι Weller & Weller (1988) έκαναν μια ανασκόπηση της χρήσης της DST σε παιδιά και εφήβους. Συνολικά το 54% των καταθλιπτικών παιδιών και εφήβων που μελετήθηκαν είχαν διαταραγμένη DST. Η διαταραχή φαίνεται πιο έντονη στα παιδιά προεφηβικής ηλικίας (70% ευαισθησία) σε σύγκριση με τους εφήβους (43% ευαισθησία). Στις πιθανές ερμηνείες αυτών των ευρημάτων περιλαμβάνεται η εκδοχή, η κατάθλιψη με έναρξη στην προεφηβική ηλικία να είναι πιο σοβαρή από την κατάθλιψη με έναρξη στην εφηβεία, και τα νευροενδοκρινικά συστήματα των παιδιών στην προεφηβική

ηλικία να είναι πιο άθικτα, καθώς δεν έχουν ακόμα επηρεαστεί από τη χρήση φαρμάκων ή τη δράση των ορμονών του φύλου. Οι Weller et al. (1985) έδειξαν επίσης ότι η κλινική έκβαση σε μερικά καταθλιπτικά παιδιά προεφηβικής ηλικίας σχετίζεται με τα αποτελέσματα της DST. Τα παιδιά που είχαν ομαλοποιήσει τη DST σε 5 μήνες έτειναν να είναι κλινικά καλά, ενώ εκείνα με μη φυσιολογική DST στους 5 μήνες είχαν την τάση να είναι καταθλιπτικά.

Άλλοι βιολογικοί δείκτες που έχουν μελετηθεί στους ενήλικες, όπως η αυξητική ορμόνη, έχουν αρχίσει πρόσφατα να μελετώνται και στα παιδιά. Οι δημοσιευμένες μελέτες αναφέρουν ότι τα καταθλιπτικά παιδιά έχουν υποέκκριση αυξητικής ορμόνης ως απάντηση στη διέγερση με ινσουλίνη και υπερέκκριση αυξητικής ορμόνης στη διάρκεια του ύπνου (Puig-Antich et al., 1987), αν και το τελευταίο δεν επιβεβαιώθηκε στη μελέτη των De Bellis et al. (1996).

Πρόσφατες έρευνες έχουν επίσης εξετάσει πιθανές διαταραχές στα συστήματα νευρομεταβίβασης. Οι Nobile et al. (1999) βρήκαν ότι η πρόσληψη 5-HT στα αιμοπετάλια του ανθρώπου επηρεάζεται με διαφορετικό τρόπο στα μη καταθλιπτικά και στα καταθλιπτικά παιδιά, εξαιτίας μιας συνήθους γενετικής παραλλαγής της προκινητικής περιοχής της 5-HTT. Τα καταθλιπτικά παιδιά είχαν μειωμένη μεταφορική δραστηριότητα, αλλά αυτή η διαφορά παρατηρούνταν σχεδόν αποκλειστικά στα παιδιά που είχαν ένα συγκεκριμένο γονότυπο (την II παραλλαγή της προκινητικής περιοχής της 5-HTT). Οι Birmahher et al. (1997) βρήκαν ότι πριν από την έναρξη της συναισθηματικής ασθένειας, τα παιδιά υψηλού κινδύνου είχαν το ίδιο πρότυπο νευροενδοκρινικής ανταπόκρισης στη διέγερση με L-5-HTP με τα παιδιά με μείζονα κατάθλιψη. Τα ευρήματα σχετικά με τη σεροτονίνη σε αυτή τη θεωρία μπορεί να αντιπροσωπεύουν ένα δείκτη προδιάθεσης για κατάθλιψη στα παιδιά. Η θεωρία της κατεχολαμίνης για την κατάθλιψη υποθέτει ότι τα επίπεδα νορεπινεφρίνης στους καταθλιπτικούς ασθενείς είναι μειωμένα. Αυτό έχει μελετηθεί από τους McKnew & Cytryn (1979), οι οποίοι ανέφεραν ελάττωση του μεταβολίτη της νορεπινεφρίνης 3-μεθοξυ-4-υδροξυφαινυλγλυκόλης (MHPG) στα ούρα των καταθλιπτικών παιδιών. Απαιτείται επανάληψη των πειραμάτων με μεγαλύτερα δείγματα, ενώ η πρόσφατη έρευνα στα καταθλιπτικά παιδιά έχει εστιάσει περισσότερο στις διαταραχές του σεροτονινεργικού συστήματος.

### **Μελέτες ύπνου**

Μελέτες σε καταθλιπτικούς ενήλικες έχουν δείξει ελάττωση της λανθάνουσας περιόδου πριν το REM (“rapid eye movement”) ύπνο, αύξηση της «πυκνότητας» του REM ύπνου, ανωμαλία των βραδίων κυμάτων και μια μείωση στον ικανοποιητικό ύπνο (Kupfer et al., 1985). Ανάμεσα στις μελέτες που έχουν γίνει στα παιδιά (Dahl et al. 1991a, Emslie et al. 1990, Puig-Antich et al. 1982, Young et al. 1982), σε μία μόνο βρέθηκε μειωμένη REM λανθάνουσα και αυξημένη λανθάνουσα του ύπνου, σε ένα δείγμα νοσηλευομένων καταθλιπτικών παιδιών (Emslie et al., 1990). Ανάμεσα στις μελέτες με MKΔ-καταθλιπτικούς εφήβους (Appleboon-Fondu et al. 1988, Dahl et al. 1990, 1996, Emslie et al. 1994, Goetz et al. 1987, Kahn & Todd 1990, Kutcher et al. 1992, Lahmeyer et al. 1983), πέντε αναφέρουν παρατεταμένη λανθάνουσα του ύπνου, τέσσερις μειωμένη REM

λανθάνουσα, και τρεις ανεπαρκή συνολικά ύπνο. Δεν βρέθηκαν διαφορές στον δέλτα ύπνο.

### Γενετικές μελέτες

Πολλές μελέτες στους καταθλιπτικούς ενήλικους δείχνουν ότι υπάρχει μια γενετική συνιστώσα στην αιτιολογία των συναισθηματικών διαταραχών. Οι μελέτες αυτές μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις γενικές κατηγορίες (Weller & Weller, 1991) :

1. Οι μελέτες διδύμων έχουν δείξει ότι ο βαθμός συμφωνίας (concordance) συναισθηματικών διαταραχών στους μονοζυγώτες διδύμους είναι 76%, σε σύγκριση με το 19% των διζυγωτών διδύμων. Όταν οι μονοζυγώτες διδύμοι μεγαλώνουν χωριστά, ο βαθμός συμφωνίας πέφτει στο 67%, υποδεικνύοντας πιθανότατα ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να παίζουν ένα ρόλο στην έκφραση των γενετικών παραγόντων (Akishal & Weller, 1989).
2. Οι μελέτες σε παιδιά καταθλιπτικών ενήλικων δείχνουν ότι εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα συναισθηματικών διαταραχών, σε σύγκριση με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (Weissman et al., 1984).
3. Οι μελέτες σε γονείς και άλλους συγγενείς παιδιών και εφήβων με συναισθηματική νόσο έχουν δείξει έναν αυξημένο κίνδυνο νόσησης από συναισθηματικές διαταραχές, σε σύγκριση με τον κίνδυνο για τους συγγενείς συναισθηματικά αρρώστων ενήλικων (Puig-Antich et al. 1989b, Strober et al. 1987).

### ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Οι αντιλήψεις μας για την κατάθλιψη στηρίζονται, σε μεγάλο βαθμό, στο έργο των Spitz (1946, 1965) και Bowlby (1980) και έχουν συνδεθεί με πλήθος ερμηνευτικών παραγόντων (Kolvin et al., 1999). Η κατάθλιψη κατανοήθηκε μέσα από το συμπεριφορικό μοντέλο ενίσχυσης (Ferster, 1973) και το μοντέλο μαθημένου αισθήματος “αβοηθησίας” (Seligman, 1975). Συνδέθηκε, μεταξύ άλλων, με τη θεωρία του συναισθηματικού δεσμού (Armsden et al. 1990, Ivarsson et al. 2000) καθώς και με τη διερεύνηση των προσανατολισμών-στόχων που θέτουν τα παιδιά (Carroll et al., 1999). Επίσης η ρύθμιση των συναισθημάτων (Kobak & Ferrenz-Gillies, 1995), η διαφοροποίηση των παιδιών ως προς τη χρήση «στρατηγικών» (coping strategies) (Asarnow et al. 1987, McCauley et al. 1995) και η χρήση συγκεκριμένων γνωστικών σχημάτων διερευνήθηκαν ως ερμηνευτικοί παράγοντες για τη διαταραχή της κατάθλιψης, όπως αυτή εκδηλώνεται και αναγνωρίζεται στο αντίστοιχο πολιτισμικό πλαίσιο αναφοράς (Goodyer 1995, Fombonne 1995, Edman et al. 1999, Somera et al. 1999). Από τις επικρατέστερες ψυχολογικές θεωρίες αιτιοπαθογένειας της κατάθλιψης είναι η ψυχαναλυτική/ψυχοδυναμική, η γνωσιακή, και οι θεωρίες της μάθησης.

### Ψυχαναλυτική/Ψυχοδυναμική Θεώρηση

Ο Freud και ο Abraham θεωρούσαν ότι η κατάθλιψη οφειλόταν στην απώλεια ενός πραγματικού ή φαντασιωσικού αντικειμένου αγάπης. Ο Freud (1957) υπέθεσε

ότι όταν χάνεται ένα αντικείμενο, η λιβιδινική ενέργεια μεταφέρεται στο Εγώ, όπου χρησιμοποιείται για την ταύτιση του υποκειμένου με το χαμένο αντικείμενο. Ο Abraham (1927) υποστήριξε ότι, τόσο ο θρήνος όσο και η μελαγχολία είναι αντιδράσεις στην απώλεια ενός αγαπημένου αντικειμένου, αλλά ότι μόνο η μελαγχολία συνδέεται με εχθρότητα προς το απωλεσθέν αντικείμενο, η οποία με τη σειρά της δημιουργεί ενοχή στο μελαγχολικό άτομο. Αλλά επειδή το ενοχικό βίωμα προϋποθέτει την ανάπτυξη του Υπερεγώ, η κατάθλιψη δε μπορεί να συμβαίνει στα μικρά παιδιά.

Οι Sandler & Joffe (1965) υπογράμμισαν ότι στη νηπιακή ηλικία η απώλεια ενός αντικειμένου δε βιώνεται αρνητικά για την απώλεια αυτή καθαυτή του αντικειμένου αλλά, μάλλον, για την απώλεια της ψυχο-σωματικής ευεξίας («psychophysical well being») που πρόσφερε το αντικείμενο αυτό. Αργότερα φυσικά, στην παιδική ηλικία, η απώλεια του αντικειμένου βιώνεται σαν ένα σοβαρό τραύμα, αλλά αν το χαμένο αντικείμενο αντικατασταθεί κατάλληλα, το παιδί, ύστερα από μια περίοδο θλίψης, δε βιώνει κατάθλιψη.

Ο Bowlby (1973) επεσήμανε ότι οι πρώιμες απώλειες στη ζωή των ανθρώπων προδιαθέτουν σε μετέπειτα κατάθλιψη. Συστηματικές παρατηρήσεις παιδιών σε νοσοκομεία και ιδρύματα έδειξαν ότι αυτή η μορφή αποχωρισμού μητέρας-παιδιού οδηγεί αρχικά σε μια περίοδο συναισθηματικού «μουδιάσματος» (“numbness”), ακολουθούμενη από «διαμαρτυρία» (“protest”), κατά την οποία το παιδί είναι ανήσυχο και θυμωμένο, και στη συνέχεια από «απελπισία» (“despair”) και «απόσπαση» (“detachment”). Ο Bowlby υπέθεσε ότι μια ανολοκλήρωτη ψυχική επεξεργασία αυτής της διαδικασίας, μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη. Εάν η περίοδος της διαμαρτυρίας εμμένει μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω απόρριψη του παιδιού από το νέο περιβάλλον του. Εάν η περίοδος της απελπισίας, η οποία κατά τον Bowlby ισοδυναμεί με την λαχτάρα για το χαμένο αντικείμενο, εμμένει θα οδηγήσει αναπόφευκτα σε απογοήτευση, και μαζί με αυτή σε μια αίσθηση αποτυχίας και σε αυτό-μομφή. Μπορεί να ακολουθήσουν ένας αριθμός από αμυντικές αντιδράσεις. Αυτές περιλαμβάνουν την “άρνηση” ότι η απώλεια του αντικειμένου είναι μόνιμη, ή την “προβλητική ταύτιση”, στην οποία το υποκείμενο εμπλέκεται με άλλους που υποφέρουν ή πενθούν. Αυτό μπορεί να ευαισθητοποιήσει το υποκείμενο στο να αντιδρά με παρόμοιο θρήνο όταν στην μετέπειτα ζωή του αντιμετωπίζει κάποια απώλεια.

Οι υποθέσεις του Bowlby κινητοποίησαν αρκετή έρευνα γύρω από τις μακροπρόθεσμες συνέπειες της πρώιμης απώλειας (Lloyd 1980, Sandler & Joffe 1965, Tennant et al. 1981, Brown et al. 1985). Παρότι υπάρχουν εγγενή μεθοδολογικά προβλήματα σε αυτές τις έρευνες (Roy, 1983) είναι σαφές, ότι δεν υπάρχει κάποια απλή, μονοσήμαντη σχέση ανάμεσα στην πρώιμη απώλεια και στη μετέπειτα κατάθλιψη. Η έκβαση εξαρτάται από την ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων πριν την απώλεια και από την ποιότητα της φροντίδας μετά από αυτήν (Birtchnell, 1980). Επιπλέον, είναι πιθανό, ότι οι χωρισμοί και οι επαναλαμβανόμενες απειλές για την απώλεια του αντικειμένου είναι το ίδιο παθογενείς, όσο και η απώλεια αυτή καθαυτή (Lester-Παπαματθαϊάκη, 1988).

Τέλος, οι ψυχοδυναμικές θεωρητικές υποθέσεις διευρύνουν την έννοια της απώλειας, συμπεριλαμβάνοντας όλες τις πρώιμες αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες του βρέφους στη σχέση με τη μητέρα του. Επαναλαμβανόμενες εμπειρίες

ματαίωσης, ανεπάρκειας της μητρικής φροντίδας, ή σωματικής, ψυχικής και γνωστικής στέρησης, καθώς και η έλλειψη ευκαιριών που θα επέτρεπαν στο παιδί να κατακτήσει την αυτό-εκτίμηση, την εμπιστοσύνη και την εσωτερική ασφάλεια, μπορεί να διαμορφώσουν έναν καταθλιπτικό πυρήνα στην δομούμενη προσωπικότητά του (Bibring 1953, Cantwell 1981).

### **Γνωσιακή Θεώρηση**

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό μια αρνητική άποψη για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον (η «γνωσιακή τριάδα») είναι η βασική αιτία της κατάθλιψης (Beck, 1987). Μολονότι οι μηχανισμοί με τους οποίους τα παιδιά και οι έφηβοι αναπτύσσουν αρνητικά γνωσιακά στυλ δεν έχουν αποσαφηνιστεί, οι μελέτες προτείνουν κάποιους πιθανούς γενεσιουργούς παράγοντες, όπως η διαμόρφωση μέσω μίμησης προτύπου, τα τελειοθηρικά πρότυπα, η κριτική, η απόρριψη, και εμπειρίες με ανεξέλεγκτα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής (Garber & Hilsman, 1992).

Καταθλιπτικά παιδιά και έφηβοι, που μελετήθηκαν σε κοινοτικά και κλινικά δείγματα, συγκρινόμενα με φυσιολογικά και ψυχιατρικά μη-καταθλιπτικά δείγματα, έδειξαν αυξημένες γνωσιακές διαστρεβλώσεις, αρνητικές αποδόσεις (“attributions”), απελπισία, τάση να αποδίδουν τις εκβάσεις των καταστάσεων σε ανεξέλεγκτες εξωτερικές αιτίες, ελλείμματα των κοινωνικών δεξιοτήτων, και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Asarnow & Bates 1988, Garber & Hilsman 1992, Garber et al. 1993, Gladstone & Kaslow 1995, Gotlib et al. 1993, Hammen 1990, Marton et al. 1993b, Marton & Kutcher 1995). Κάποιες μελέτες υποδεικνύουν ότι το αρνητικό γνωσιακό στυλ είναι ειδικό για την κατάθλιψη, και μάλιστα για τις πιο σοβαρές καταθλίψεις (Marton et al. 1993a, Marton & Kutcher 1995), ενώ άλλες μελέτες δεν συμφωνούν ως προς αυτό (Kazdin et al. 1983, 1986).

Μακροπρόθεσμες μελέτες σε κοινοτικά δείγματα παιδιών αναφέρουν, ότι το αρνητικό γνωσιακό στυλ προδιαθέτει τα παιδιά στο να βιώνουν παρατεταμένη δυσφορική διάθεση όταν εκτίθενται σε στρεσογόνους παράγοντες, όπως είναι οι κακοί βαθμοί στο σχολείο ή η απόρριψη από τους συνομηλίκους (Garber & Hilsman 1992, Hilsman & Garber 1995, Nolen-Hoeksema et al. 1992). Αυτό το αρνητικό γνωσιακό στυλ, ωστόσο, φαίνεται να αναδύεται κατά τη διάρκεια της πρώτης εφηβείας κυρίως (Nolen-Hoeksema et al. 1992, Turner & Cole 1994), ή μπορεί να είναι προϊόν επαναλαμβανόμενων υποκλινικών επεισοδίων κατάθλιψης (Birmaher et al., 1996).

Αν και η γνωσιακή θεώρηση φαίνεται ελκυστική, δεν είναι σαφές αν οι στρεβλές «γνωσίες» (“cognitions”) είναι η ρίζα ή το αποτέλεσμα της κατάθλιψης, και χρειάζονται περαιτέρω, καλά σχεδιασμένες μελέτες για να εκτιμήσουν την εγκυρότητά της (Birmaher et al. 1996, Weller & Weller 1991).

### **Θεωρίες της Μάθησης**

Οι Θεωρίες της Μάθησης υποστηρίζουν ότι, ένα άτομο παθαίνει κατάθλιψη επειδή δεν προσπορίζεται επαρκή «ενίσχυση» (“reinforcement”) από το περιβάλλον του (Ferster, 1973). Αυτό μπορεί να προκύψει εξαιτίας της απώλειας του προσώπου που παρείχε ενισχύσεις, ή εξαιτίας της έλλειψης των κοινωνικών δεξιοτήτων που



μπορούν να κινητοποιούν ενισχύσεις, ή επειδή περιβαλλοντικές αλλαγές έχουν μειώσει την διαθεσιμότητα των ενισχύσεων όπως, για παράδειγμα, όταν συμβαίνει ένας επιβεβλημένος αποχωρισμός ενός παιδιού (Shaffer, 1985).

Ο Ferster (1973) κατηγοροποίησε πολλά από τα κλινικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης σε όρους της θεωρίας της μάθησης. Έτσι, η απόσυρση εξισώθηκε με την αποφευκτική συμπεριφορά, και η αυτό-υποτίμηση, το κλάμα, η ευερεθιστότητα και η αναζήτηση βοήθειας ως συμπεριφορές που επιτρέπουν στο υποκείμενο να δραστηρεύει από δυσάρεστες καταστάσεις, ή εξυπηρετούν την προσέλευση της προσοχής. Υπέθεσε, επίσης, ότι η προηγούμενη εμπειρία του ατόμου θα τροποποιήσει το μετέπειτα βίωμα της απώλειας ή της αλλαγής στη ζωή του. Αυτό το μοντέλο έχει οδηγήσει σε ορισμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις με ενήλικους (Lewinsohn et al. 1976), που στοχεύουν στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, ώστε να είναι ο ασθενής πιο αποτελεσματικός στην απόσπαση ενίσχυσης από το περιβάλλον του.

Το 1939, οι McCulloch & Brunner διεξήγαγαν ένα πείραμα με ποντίκια, το οποίο θεμελίωσε τη θεωρία, σύμφωνα με την οποία, αιτία της κατάθλιψης είναι η «μαθημένη αβοηθησία» (“learned helplessness”). Στην περίπτωση των ανθρώπων, ανεξέλεγκτα αρνητικά γεγονότα προδιαθέτουν σε κατάθλιψη, ενώ εμπειρίες με ελεγχόμενα γεγονότα απολήγουν στην κυριάρχησή τους, ανοχή στο στρες και αντίσταση στην κατάθλιψη (Seligman & Peterson, 1985). Οι Brown et al. (1977) υποστηρίζουν ότι, μια πρόιμη απώλεια μπορεί να δράσει μέσω της «μαθημένης αβοηθησίας», και προτείνουν πως η εμπειρία του θανάτου ενός γονιού θα προκαλέσει στο παιδί ένα αίσθημα ανικανότητας να αντιδράσει στην απώλεια και θα το ευαισθητοποιήσει να απαντά με απόσυρση και κατάθλιψη σε μελλούμενες απώλειες.

## ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

### Ψυχοπαιστικά Γεγονότα Ζωής

Πολλές μελέτες με καταθλιπτικούς ενήλικους, και με τη χρήση ποικίλων μεθοδολογιών, έχουν καταδείξει πως, το 60-70% έχουν βιώσει ένα ή περισσότερα “σοβαρά” ψυχοπαιστικά γεγονότα ζωής (ιδιαίτερα απώλειες) τη χρονιά πριν την έναρξη της ΜΚΔ (Brown & Harris 1989, 1993, Frank et al. 1994). Αρκετές πάλι μελέτες, τόσο σε κλινικά όσο και σε κοινοτικά δείγματα καταθλιπτικών παιδιών και εφήβων, έχουν επίσης δείξει μια μετριότερη αλλά, ωστόσο, σημαντική σχέση ανάμεσα στα ψυχοπαιστικά γεγονότα ζωής και στην κατάθλιψη (Garber & Hilsman 1992, Williamson et al. 1995a).

Ιδιαίτερα γεγονότα, όπως η απώλεια, το διαζύγιο, το πένθος, η έκθεση σε αυτοκτονία, είτε μόνα είτε μαζί με άλλους παράγοντες κινδύνου (π.χ. απουσία υποστήριξης), έχουν συνδεθεί με την εμφάνιση κατάθλιψης (Brent et al. 1993c,d, Reinherz et al. 1993, Weller et al. 1991). Γυναίκες, εκτιθέμενες σε ψυχοπαιστικά γεγονότα ζωής, βρέθηκε να είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν κατάθλιψη, που μπορούσε όμως να αποτραπεί εάν είχαν έναν υποστηρικτικό σύζυγο (Brown & Harris, 1993). Η έκθεση σε αυτοκτονία είναι ένα σοβαρό, ψυχοπαιστικό γεγονός το οποίο έχει συνδεθεί με τριπλάσια αύξηση οξείας και υποτροπιάζουσας ΜΚΔ στους φίλους, τα αδέρφια, και τις μητέρες των θυμάτων αυτοκτονίας (Brent et

al. 1988, 1993c,d). Ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης φαίνεται να συσχετίζεται αναλογικά με την εγγύτητα της σχέσης με το θύμα και με την ένταση της έκθεσης στο γεγονός. Επιπλέον, παράγοντες όπως το ιστορικό επιπρόσθετων προσωπικών απωλειών και στρεσογόνων παραγόντων, το οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό, και η προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη (Brent et al. 1988, 1993c,d).

Ένας μείζων περιορισμός στην έρευνα των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής σε σχέση με την πρόωμη έναρξη κατάθλιψη είναι ότι, η πλειονότητα των ερευνητικών μελετών εστιάζουν σε συγκριτικά δεδομένα μεταξύ συγχρονικών μελετών, δεδομένα τα οποία εξήγαγαν μέσω ερωτηματολογίων αυτό-αναφοράς, γεγονός που δυσχεραίνει την θεμελίωση αιτιακών σχέσεων. Τα ευρήματα, δηλαδή, μπορεί να αποτελούν εξίσου αιτία ή αποτέλεσμα της κατάθλιψης. (Birmaher et al., 1996). Κάποιες μελέτες, χρησιμοποιώντας την Life Event and Difficulty Schedule Interview (Brown & Harris, 1989) προσαρμοσμένη για παιδιά και εφήβους, αναφέρουν σημαντικά περισσότερα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής (στα πεδία των σχέσεων, της εκπαίδευσης, της εργασίας και της υγείας) στους καταθλιπτικούς νέους, 12 μήνες πριν την έναρξη της κατάθλιψής τους, σε σύγκριση με ομάδα ελέγχου (Birmaher et al. 1995, Goodyer et al. 1985, 1988).

### **Οικογενειακό Περιβάλλον**

Τα ευρήματα των σχετικών μελετών συντείνουν στο ότι ατομικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες ευθύνονται για το 61% περίπου της οικογενούς προδιάθεσης για ΜΚΔ και ΔΔ, ενώ το 36% αποδίδεται στην κληρονομικότητα (Kendler 1995, Kendler & Prescott 1999, Silberg et al. 1999). Αυτό υπογραμμίζει την αναγκαιότητα για διασαφήνιση των περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου, μεταξύ των οποίων σημαντικό μερίδιο κατέχει το στρεσογόνο οικογενειακό περιβάλλον (Asarnow et al., 2001).

Μελέτες καταθλιπτικών ενηλίκων (που ανακαλούν τις πρώιμες οικογενειακές σχέσεις), απογόνων καταθλιπτικών γονέων, και καταθλιπτικών νέων δείχνουν ότι οι οικογενειακές αλληλεπιδράσεις χαρακτηρίζονται από περισσότερες συγκρούσεις, περισσότερη απόρριψη, περισσότερα προβλήματα επικοινωνίας, λιγότερη συναισθηματική έκφραση, λιγότερη υποστήριξη, και περισσότερη κακοποίηση απ' ό,τι οι οικογενειακές αλληλεπιδράσεις των φυσιολογικών ομάδων ελέγχου (Kaufman 1991, McCauley & Myers 1992). Ωστόσο, οι λίγες μελέτες που συμπεριέλαβαν ψυχιατρικές ομάδες ελέγχου αμφισβήτησαν την ειδική σχέση αυτών των ευρημάτων (Downey & Coyne 1990, Goodman & Brumley 1990, Stubbe et al. 1993), και θεώρησαν πιθανό, η οικογενειακή σύγκρουση να αντανakλά μια στρατηγική αντιμετώπισης (“coping strategy”), με την οποία οι γονείς προσπαθούν να ελέγξουν τις διαταρακτικές συμπεριφορές του παιδιού τους (Asarnow et al., 1994). Επιπλέον, φάνηκε να υπάρχει ένας αυξημένος κίνδυνος για οποιαδήποτε ψυχιατρική διαταραχή στα παιδιά μητέρων χαμηλής λειτουργικότητας, ανεξαρτήτως της ψυχιατρικής κατάστασης της μητέρας ( Lee & Gotlib 1991, Mufson et al. 1994).

Οι μηχανισμοί με τους οποίους οι μη-φυσιολογικές οικογενειακές αλληλεπιδράσεις μπορεί να αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης στα παιδιά δεν έχουν διευκρινιστεί ακόμη (Birmaher et al., 1996). Ένας πιθανός μηχανισμός

είναι οι πρώιμες προβληματικές αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί, οι οποίες μπορεί να το οδηγήσουν στην ανάπτυξη τέτοιων προτύπων χειρισμού του στρες που να προδιαθέτουν στην ανάπτυξη κατάθλιψης. Οι γονείς μπορεί να μαθαίνουν τα παιδιά τους να “παραιτούνται” όταν αντιμετωπίζουν ένα ψυχοπαιστικό καθήκον, και να μη τα βοηθούν να διαμορφώσουν προσαρμοστικούς τρόπους ρύθμισης των αρνητικών συναισθημάτων τους (Garber & Hilsman, 1992). Οι οικογενειακές συγκρούσεις μπορεί να συνιστούν επίσης ένα μη-ειδικό στρες, το οποίο προκαλεί κατάθλιψη σε άτομα ευάλωτα σε αυτήν (Birmaher et al. 1996). Άλλοι παράγοντες, όπως η συναισθηματική απουσία, η ευερέθιστη διάθεση απέναντι στο παιδί, οικογενειακές συγκρούσεις, και η κακοποίηση μπορεί επίσης να συντελούν στην αυξημένη ευαλωτότητα του παιδιού απέναντι στην κατάθλιψη ή άλλη ψυχοπαθολογία (Adrian & Hammen 1993, Billing & Moos 1986). Τέλος, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι τα καταθλιπτικά παιδιά μπορεί επίσης να δημιουργήσουν συγκρούσεις, οι οποίες συνεισφέρουν ενδεχομένως στη διατήρηση της κατάθλιψης των ίδιων και των γονέων τους (Hammen 1991, Hammen et al. 1990b), ή να δημιουργήσουν συγκρούσεις σε μια κατά τα άλλα φυσιολογική οικογενειακή λειτουργία ( Birmaher et al., 1996).

Αρκετές, λοιπόν, μελέτες τονίζουν τη σημαντικότητα του στρεσογόνου οικογενειακού περιβάλλοντος για τις καταθλιπτικές διαταραχές στο νεαρό πληθυσμό. Κάποιες από αυτές να καταδεικνύουν ότι το οικογενειακό στρες συνδέεται με χειρότερη έκβαση της κατάθλιψης (Asarnow et al. 1993, McCauley et al. 1993) και άλλες με χειρότερη ανταπόκριση στη θεραπεία (Birmaher et al. 2000, Emslie et al. 1998). Τα δεδομένα αυτά υποστηρίζουν ότι οι δείκτες που αποτυπώνουν το οικογενειακό στρες μπορούν να παρέχουν σημαντικές προγνωστικές πληροφορίες.

Ένας δείκτης του οικογενειακού-περιβαλλοντικού στρες που έχει προσελκύσει σημαντική ερευνητική εργασία είναι και το εκφραζόμενο συναίσθημα (ΕΣ).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Το ΕΚΦΡΑΖΟΜΕΝΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ (ΕΣ)

#### 2.1. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ του ΕΣ.

##### 2.1.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ

Σήμερα, είναι ευρέως αποδεκτό, ότι ψυχολογικοί, οικογενειακοί και κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την ευπάθεια σε μια νόσο, την προσαρμογή σε αυτήν, την πορεία της και την ανάρρωση, με επιπτώσεις στην χρήση των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, στην κατάσταση αναπηρίας, και στην ποιότητα ζωής (Gottschalk & Keatinge 1993, Wearden et al. 2000)

Η πλούσια έρευνα που διεξήχθη προς την κατεύθυνση της διερεύνησης των επιπτώσεων του οικογενειακού περιβάλλοντος στην κατάσταση της υγείας, οδήγησε στη διαμόρφωση εργαλείων εκτίμησης συγκεκριμένων παραγόντων που συνθέτουν τη συναισθηματική ενδοοικογενειακή ατμόσφαιρα ενός ασθενούς. Ένα από αυτά που κυρίως χρησιμοποιείται για το σκοπό αυτό είναι το εκφραζόμενο συναίσθημα (ΕΣ) (“Expressed Emotion”) (Hooley & Gotlib 2000, Hooley & Parker 2006, Cole & Reiss 1993, Τομαράς & Μαυρέας 1990).

Το *εκφραζόμενο συναίσθημα* (ΕΣ) αντανακλά τον βαθμό στον οποίο στενοί συγγενείς ενός συγκεκριμένου ασθενούς εκφράζουν κριτική ή εχθρική στάση, ή συναισθηματική υπερεμπλοκή απέναντι στον ασθενή, κατά την διάρκεια μιας ατομικής συνέντευξης με έναν ερευνητή (Hooley & Parker 2006). Το ΕΣ αναδείχθηκε ως ένας τρόπος μέτρησης πτυχών της συνηθισμένης οικογενειακής ατμόσφαιρας, μέσα από τις έρευνες των Brown, Birley & Wing (1972), και Brown & Rutter (1966) σε οικογένειες σχιζοφρενών, τις δεκαετίες του '60 και του '70 (Brown 1985, Van Humbeeck et al. 2002, Hooley & Parker 2006, Kuipers & Moore 1995), και βρέθηκε να έχει προγνωστική αξία για την έκβαση της σχιζοφρένειας, στην οποία μελετήθηκε αρχικά, αλλά και σε άλλες ψυχιατρικές και σωματικές καταστάσεις (Brown et al. 1972, Butzlaff & Hooley 1998, Kavanagh 1992, Kuipers 1992, Τομαράς & Μαυρέας 1990, Tompson et al. 2003, Wearden et al. 2000).

##### 2.1.2. Το ΕΚΦΡΑΖΟΜΕΝΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ως παράμετρος της ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΑΣ.

Η οικογενειακή ατμόσφαιρα και οι πτυχές που την συνθέτουν μελετήθηκαν αρχικά σε σχέση με την σχιζοφρένεια ενηλίκων. Με έναυσμα τις γενεαλογικές μελέτες (Gottesman et al. 1987, McGue & Gottesman 1989), που αποδεικνύουν ότι η σχιζοφρένεια παρουσιάζει υψηλότερο βαθμό επίπτωσης (“coincidence”) μέσα στην οικογένεια, με μεγαλύτερη σύμπτωση (“concordance”) ανάμεσα στα μέλη με στενότερη γενετική σχέση (Rowe, 1994), η έρευνα στράφηκε προς όλες τις κατευθύνσεις. Παραδοσιακά, η στατιστική συσχέτιση ανάμεσα στην σύμπτωση της διαταραχής και στην γενετική εγγύτητα μέσα στις οικογένειες εκλήφθηκε ως ένδειξη της κληρονομικής φύσης της σχιζοφρένειας, αλλά θεωρήθηκε πως μπορεί να αντανακλά, επίσης, το κοινό περιβάλλον (Pardes et al., 1989).

Το οικογενειακό περιβάλλον βρέθηκε έτσι στο ερευνητικό επίκεντρο και τα τελευταία 80 χρόνια αναπτύχθηκαν πολλές θεωρίες, οι οποίες συσχετίζουν τη σχιζοφρένεια με συναισθηματικές ποιότητες των ενδοοικογενειακών σχέσεων του ασθενούς (Wuerker, 2000). Ο Sullivan (1931) ήταν ένας από τους πρώτους κλινικούς που περιέγραψε την ανεπαρκή μητρική φροντίδα ως μείζονα αιτιολογικό παράγοντα στην σχιζοφρένεια. Ο Levy (1931) πρότεινε την έννοια της υπερπροστατευτικής μητέρας, η οποία υπερεμπλέκεται στη σχέση της με το παιδί και υποτιμά τον σύζυγο. Οι Kasanin et al. (1934) προσέθεσαν την έννοια της απορριπτικής μητέρας. Το 1948, ο Fromm-Reichmann εισήγαγε τον όρο της «σχιζοφρενιογόνου μητέρας», την οποία περιέγραψε ψυχρή, απορριπτική και κυριαρχική. Ο πατέρας, μέρος και αυτός της οικογενειακής παθολογίας, περιγράφηκε παθητικός, αποστασιοποιημένος και αναποτελεσματικός (Goldenberg & Goldenberg, 1990).

Το κίνημα της οικογενειακής θεραπείας κατά την δεκαετία του '50, ήταν σε μεγάλο βαθμό το αποτέλεσμα του επιστημονικού ενδιαφέροντος γύρω από την οικογένεια του σχιζοφρενούς (Wuerker, 2000). Αρκετοί κλινικοί και ερευνητές συνέδεσαν την πρόκληση της διαταραχής με ορισμένους «παθογόνους» τύπους ενδοοικογενειακής επικοινωνίας. Κάποια από τα χαρακτηριστικά επικοινωνιακά πρότυπα που διατυπώθηκαν είναι: η «αλληλεπίδραση διπλού δεσμού» (Bateson, Jackson, Haley & Weakland 1956), ο «διαδραστικός αποκλεισμός» (Sluzki, Beavin, Tarnopolski & VerAn 1967), η «ψευδο-αμοιβαιότητα» (Wynne, Ryckoff & Day 1958), το «συζυγικό σχίσμα» ή το «βλαιοζέυγος» (Lidz 1968, 1973, Lidz & Fleck 1985) και ο «αποδιοπομπαίος τράγος» (Ackerman, 1958). Οι Lidz & Fleck (1985), για παράδειγμα, στην θεωρία τους περί «συζυγικού σχίσματος», συλλαμβάνουν την ιδέα μιας δυσλειτουργικής αλληλεπίδρασης μέσα στην οικογένεια, με αδυναμία στην σχέση του συζυγικού υποσυστήματος, η οποία συχνά απολήγει σε υπερβολική εμπλοκή των παιδιών στις γονεϊκές ανησυχίες. Ο N.W. Ackerman (1958), υποθέτει ομοίως, πως η συμπτωματική συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων συμβάλλει αποφασιστικά στις προσπάθειες των οικογενειών να επιλύσουν τα λειτουργικά τους προβλήματα. Πιο πρόσφατα, ο Beavers (1982) προτείνει ένα «Συνεχές Προσαρμοστικότητα». Σύμφωνα με αυτό, μια οικογένεια που βρίσκεται στο άκαμπτο, δυσπροσάρμοστο άκρο του συνεχούς παράγει συχνά έναν απόγονο με σχιζοφρένεια, σε αντίθεση με το άλλο άκρο, την ευέλικτη, ευπροσάρμοστη, στοχοπροσηλωμένη οικογένεια. Καμιά επαρκής, σταθμισμένη μελέτη δεν επικύρωσε αυτές τις ιδέες γύρω από την οικογενειακή παθολογία και την αιτιολογική σχέση της με την εκδήλωση της σχιζοφρένειας ενός μέλους (Kaplan & Sadock 1998). Επηρέασαν, ωστόσο, επί μακρόν την κλινική πρακτική και γονιμοποίησαν το πεδίο διερεύνησης των πτυχών που συνθέτουν την οικογενειακή ατμόσφαιρα.

Με την ανάπτυξη και την ευρεία χρήση των ψυχοφαρμάκων στη θεραπεία της σχιζοφρένειας, και την επακόλουθη αποασυλοποίηση, το ενδιαφέρον στράφηκε στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της διαταραχής και ιδιαίτερα αυτούς που αφορούν το στενό, οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο επέστρεφε ο ασθενής (Gottschalk & Keatinge 1993). Το έναυσμα δόθηκε από την διαπίστωση ότι, παρά την αναμφισβήτητη αποτελεσματικότητα των μειζόνων νευροληπτικών, αρκετοί ασθενείς υπό προφυλακτική αγωγή, επιστρέφοντας στην οικογένειά τους, υποτροπιάζαν (Hogarty et al. 1979, Schooler et al. 1980). Σύντομα, το ερευνητικό πεδίο διευρύνθηκε, για να συμπεριλάβει το οικογενειακό περιβάλλον

και άλλων κατηγοριών ασθενών, με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές και σωματικές νόσους (Wearden et al., 2000).

Για αρκετές δεκαετίες, η έρευνα προσπάθησε να τεκμηριώσει (α) την κατανόηση και την αντίδραση των οικογενειών σε ποικίλες καταστάσεις ασθένειας και υγείας, (β) ειδικά χαρακτηριστικά των ασθενειών και τη σχετική τους επίδραση πάνω στην οικογένεια, και (γ) τους τρόπους με τους οποίους οι οικογένειες προσεγγίζουν τη βραχύχρονη και μακρόχρονη διαχείριση της αρρώστιας. Μέσα από μια συγκεκριμένη ερευνητική κατεύθυνση, η οποία εξετάζει την ποιότητα των σχέσεων μεταξύ ασθενών και των συγγενών τους, και την πορεία της ψυχιατρικής νόσου, προέκυψε μια μοναδική μέθοδος για την μέτρηση των διαπροσωπικών στάσεων. Το Εκφραζόμενο Συναίσθημα (ΕΣ) αναφέρεται σε μια «κατασκευή», η οποία αναπαριστά κάποιες κεντρικές πτυχές των διαπροσωπικών σχέσεων. Συμπεριλαμβάνει μετρήσεις της κριτικής στάσης, της εχθρότητας, της εγκαρδιότητας, των θετικών σχολίων, και της συναισθηματικής υπερεμπλοκής από τη μεριά ενός σημαντικού προσώπου – συνήθως οικογενειακού μέλους – απέναντι στον ψυχικά ασθενή (Barrowclough & Hooley 2003, Brown & Rutter 1966, Leff & Vaughn 1985, Van Humbeeck et al. 2002, Vaughn & Leff 1976a, Wearden et al. 2000)

Το ΕΣ στηρίζεται στις κλίμακες της τυποποιημένης, ημιδομημένης συνέντευξης, Camberwell Family Interview (CFI), από την οποία αρχικά άντλησε κατ' αποκλειστικότητα την βαθμολόγησή του. Από την πλούσια ερευνητική εργασία το ΕΣ έχει καθιερωθεί σήμερα ως ένα σημαντικό μέτρο εκτίμησης της συνηθισμένης οικογενειακής ατμόσφαιρας (Brown 1985, Hooley & Parker 2006, Kuipers & Moore 1995, Moore & Kuipers 1992, 1999, Oliver & Kuipers 1996, Snyder et al. 1994, Tattan & Tarrier 2000, Van Humbeeck et al. 2001, 2002) και τα αποτελέσματα της συνεχιζόμενης και παραγωγικής έρευνας γύρω από αυτό, αναδεικνύουν την προγνωστική του σημασία για την έκβαση τόσο της σχιζοφρένειας όσο και άλλων ψυχιατρικών και σωματικών καταστάσεων (Alway et al. 2012, Brown et al. 1972, Butzlaff & Hooley 1998, Kavanagh 1992, Kuipers 1992, Wearden et al. 2000).

Εκτός από το ΕΣ έχουν χρησιμοποιηθεί και άλλα όργανα εκτίμησης του οικογενειακού περιβάλλοντος όπως, η επικοινωνιακή απόκλιση (“communication deviance”) (Wynne et al., 1976), η οικογενειακή συνέντευξη του Munster (Buchkremer et al., 1986), η κλίμακα οικογενειακής ατμόσφαιρας (Madianos et al. 1988), το συναισθηματικό στυλ (ΣΣ) (Doane et al. 1981) κ.ά. Το συναισθηματικό στυλ (ΣΣ) αποτελεί μέτρο των διαντιδράσεων μέσα στην οικογένεια, οι οποίες καταγράφονται σε μια συζήτηση των μελών της γύρω από συγκρουσιακά θέματα. Τα δεδομένα της συζήτησης κωδικοποιούνται πάνω στους άξονες: κριτική – πρόκληση ενοχής – παρεισδυτικότητα (Doane et al. 1981, Τομαράς & Μαυρέας 1990). Η σχετική διερεύνηση μάλιστα έδειξε, πως το ΕΣ και το ΣΣ είναι όργανα συγκρίσιμα (Miklowitz et al. 1984, Valone et al. 1983). Οι περισσότεροι από τους συγγενείς που αξιολογήθηκαν ως επικριτικοί σύμφωνα με τους κανόνες βαθμολόγησης του ΕΣ, βρέθηκαν, επίσης, επικριτικοί σύμφωνα με τα κριτήρια του ΣΣ.

### 2.1.3. ΟΙ ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ (ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ) ΚΑΤΑΒΟΛΕΣ του ΕΚΦΡΑΖΟΜΕΝΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Στην δεκαετία του '50, ο George Brown και οι συνεργάτες του (Brown GW., Carstairs GM. & Topping G. 1958) στο Medical Research Council's Social Psychiatry Unit του Λονδίνου ξεκίνησαν μια σειρά επιδημιολογικών ερευνών με χρονικό ορίζοντα 12 χρόνων, οι οποίες περιελάμβαναν τρία επιμέρους προγράμματα. Ο ευρύτερος σκοπός αυτής της εργασίας ήταν να διερευνηθούν πιθανοί περιβαλλοντικοί παράγοντες που να σχετίζονται με τις υποτροπές της σχιζοφρένειας (Vaughn 1989, Wearden et al. 2000). Όπως περιγράφει ο ίδιος (Brown, 1985), παρότι δεν ήξεραν τότε ποιες πλευρές της οικογενειακής ζωής θα ήταν σημαντικές, είχαν διαπιστώσει πως συνηθισμένες πτυχές της οικογενειακής ζωής, σε τέτοιες που σχεδόν όλοι μετέχουμε, θα ήταν πιθανόν κεντρικής σημασίας.

Η πρώτη έρευνα αφορούσε 229 χρόνιους άρρηνες ασθενείς, οι οποίοι πήραν εξιτήριο μετά από δύο ή περισσότερα χρόνια ενδονοσοκομειακής νοσηλείας (Brown, Carstairs & Topping 1958, Brown 1959). Δύο ενδιαφέροντα ευρήματα έδωσαν υλικό για περαιτέρω έρευνα. Το πρώτο, ήταν η σημαντική σχέση που βρέθηκε ανάμεσα στην υποτροπή των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας και στον τύπο της ανθρώπινης ομάδας στην οποία επέστρεφε ο ασθενής για να ζήσει. Ασθενείς που επέστρεψαν σε γονείς ή συζύγους είχαν υψηλότερο δείκτη υποτροπών και επανεισαγωγών, από εκείνους που επέστρεψαν να ζήσουν με άλλους ή και χωρίς συγγενείς. Δεύτερον, η έκβαση της νόσου για ασθενείς που επέστρεψαν να ζήσουν με τη μητέρα τους, είχε υψηλή συσχέτιση με το εάν ο ένας, ή και οι δύο, εργαζόνταν εκτός σπιτιού, με τη χρονική δηλαδή διάρκεια της διαπροσωπικής τους επαφής.

Η περαιτέρω διερεύνηση των πρώτων ευρημάτων των Brown et al. (1958) και Brown (1959) προχώρησε με την μέτρηση κάποιων παραμέτρων της οικογενειακής ατμόσφαιρας. Για τον σκοπό αυτό σχεδιάστηκε μια δεύτερη μελέτη από τους Brown, Monck, Carstairs & Wing (1962) που διερευνούσε την «συναισθηματική εμπλοκή» της οικογένειας των σχιζοφρενών, με την ποιοτική και ποσοτική εκτίμηση του ΕΣ 128 αρρένων ασθενών, και του ΕΣ σημαντικών γυναικών συγγενών τους, με τις οποίες έζησαν οι ασθενείς μετά το εξιτήριό τους. Μέσα στον πρώτο χρόνο μετά το εξιτήριο, τα 3/4 των ασθενών που επέστρεψαν σε οικογένειες «υψηλής συναισθηματικής εμπλοκής» υποτροπίασαν, ενώ από τους υπόλοιπους υποτροπίασαν λιγότεροι από το 1/3. Ο συσχετισμός ανάμεσα στην «εμπλοκή» των συγγενών και στην επακόλουθη αποδιοργάνωση των ασθενών δεν εξηγείτο απλώς με διαφορές στην κλινική κατάσταση των ασθενών κατά το εξιτήριο, αλλά με τον τύπο της οικογένειας όπου επέστρεφε ο ασθενής. Συνδέοντας τα ευρήματα αυτά με δεδομένα παρατήρησης και με αποτελέσματα άλλων, ψυχο-φυσιολογικών μελετών (Venables et al. 1962), ο Brown και οι συνεργάτες του (1962) υπέθεσαν ότι, μια από τις συνέπειες των στενών οικογενειακών δεσμών είναι ο υπερ-ερεθισμός (“over-stimulation”) των σχιζοφρενών, ο οποίος αυξάνει τα επίπεδα της φυσιολογικής εγρήγορσης και επιβαρύνει την ικανότητα του ασθενούς να αντιμετωπίζει καταστάσεις.

Ερωτήματα γύρω από τη φύση αυτής της μάλλον ασαφούς έννοιας της «συναισθηματικής εμπλοκής» και της σημασίας της συναισθηματικής αντίδρασης των συγγενών, οδήγησαν στον σχεδιασμό της επόμενης μελέτης, επικεντρωμένης στη δημιουργία εργαλείων μέτρησης (Brown & Rutter 1966, Rutter & Brown 1966). Από

την έρευνα αυτή προέκυψε ένα ερευνητικό εργαλείο, το οποίο σκόπευε στην καταγραφή όλου του φάσματος των συναισθημάτων που συναντώνται στις συνηθισμένες οικογένειες, η τυποποιημένη, ημιδομημένη συνέντευξη: Camberwell Family Interview (CFI). Ο Brown δεν ενδιαφερόταν να προσμετρήσει τις επιπτώσεις των βαθειά διαταραγμένων ή ασυνήθιστων σχέσεων, αλλά να δημιουργήσει μια κλίμακα, η οποία θα αποτύπωνε το κοινότοπο και συνηθισμένο φάσμα των συναισθημάτων που συναντάμε στην φυσιολογική οικογενειακή ζωή (Wearden et al. 2000).

Χρησιμοποιώντας την Camberwell Family Interview, οι Brown, Birley & Wing (1972) κατάφεραν να συσχετίσουν πτυχές της οικογενειακής ζωής 101 ανδρών και γυναικών ασθενών, με τις υποτροπές, μετά το εξιτήριό τους. Οι σχιζοφρενείς με περισσότερη επαφή (πάνω από 35 ώρες/εβδομαδιαίως) με “επικριτικούς” και “συναισθηματικά υπερεμπλεκόμενους” συγγενείς, παρουσίαζαν σταθερά συχνότερες υποτροπές. Έτσι, από τις εκατοντάδες κλίμακες αξιολόγησης που εφαρμόστηκαν αρχικά, τρεις μόνο φάνηκε να συσχετίζονται με την πορεία της σχιζοφρένειας: τα κριτικά σχόλια των συγγενών, η εχθρότητα και η συναισθηματική υπερεμπλοκή. Αυτές οι τρεις κλίμακες (η πρώτη μετρούμενη σε συχνότητα, η δεύτερη και η τρίτη σε σφαιρικές μετρήσεις) συνδυάστηκαν σε έναν δείκτη (“index”) που αφορά στο ΕΣ, έναν δείκτη ουσιαστικά των αρνητικών συναισθημάτων ενός συγγενούς ή/και της παρεμφερητικής υπερ-ενασχόλησής του (overconcern) με τον ασθενή (Leff & Vaughn, 1985). Το 1976, οι Vaughn & Leff, επαναλαμβάνοντας την μέτρηση του ΕΣ στις οικογένειες των ψυχιατρικών ασθενών δημιούργησαν τη συντεταγμένη μορφή της CFI (Vaughn & Leff 1976a).

Τα αποτελέσματα από αυτή την σειρά των Βρετανικών ερευνών κατέληξαν ότι, ο καλύτερος προγνωστικός δείκτης υποτροπών της σχιζοφρένειας κατά το 9μηνο μετά το εξιτήριο του ασθενούς είναι το εκφραζόμενο συναίσθημα ενός στενού συγγενούς, με τον οποίο ζει ο ασθενής, μετρούμενο με συνέντευξη του συγγενούς κατά την στιγμή της επανόδου του ασθενούς στο σπίτι. (Brown et al. 1972, Vaughn & Leff 1976b). Ασθενείς, των οποίων οι συγγενείς έδειχναν στη συνέντευξη στάσεις έντονης κριτικής ή/και υπερεμπλοκής (κατηγοριοποιημένοι ως υψηλού ΕΣ) ήταν πολύ πιθανότερο να υποτροπιάζουν σε σύγκριση με ασθενείς των οποίων οι (χαμηλού ΕΣ) συγγενείς δεν έδειχναν τέτοιες στάσεις (Brown, Birley & Wing 1972,  $n=101, p < .001$ ; Vaughn & Leff 1976,  $n=37, p < .001$ ) (Vaughn & Leff 1981).

Με αφετηρία την πρωτοπόρα εργασία των Brown et al. (1962,1972) και Vaughn & Leff (1976a, 1976b), η έννοια του ΕΣ άρχισε να συζητιέται όλο και περισσότερο και να ερευνάται, αρχικά κυρίως στην Μ. Βρετανία και στις Ηνωμένες Πολιτείες και, αργότερα στην Δυτ. Γερμανία (Seywert, 1984). Μετά τα τέλη της δεκαετίας του 1980, το διευρυμένο πλέον ενδιαφέρον γύρω από το ΕΣ έφερε στο φως μια πληθώρα άρθρων από χώρες της Κεντρικής Ευρώπης κυρίως, αλλά και από άλλες χώρες και Ηπείρους του κόσμου (Αυστραλία, Βόρεια και Νότια Αμερική, Ιαπωνία και Ινδία) (Kuipers, 1992).

Από την πλευρά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας υπάρχει ένα κλιμακούμενο ενδιαφέρον γύρω από το ΕΣ, με βάση το οποίο αναπτύσσονται τα τελευταία χρόνια ποικίλες θεραπευτικές προσεγγίσεις της οικογένειας (Hatfield et al., 1987).



#### 2.1.4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ – ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ του CFI - ΕΣ

Η δημιουργία της μεθόδου εκτίμησης του ΕΣ στηρίχθηκε στις κλίμακες της τυποποιημένης, ημιδομημένης συνέντευξης, Camberwell Family Interview (CFI), ένα ερευνητικό εργαλείο που προέκυψε από τις έρευνες σε σχέση με σχιζοφρενείς ασθενείς (Brown & Rutter 1966, Rutter & Brown 1966) με σκοπό την καταγραφή και μέτρηση όλου του φάσματος των συναισθημάτων που συναντώνται στις συνηθισμένες οικογένειες (Barrowclough & Hooley 2003, Gottschalk & Keatinge 1993, Halford 1992, Magana et al. 1986, Rodriguez Santos & Vaz Lear 2006, Τομαράς & Μαυρέας 1990, Vaughn & Leff 1976a, Van Humbeeck et al. 2002).

Οι πέντε κλίμακες της CFI που προσμετρούν το ΕΣ είναι:

1. Κριτική (“criticism”) ή Κριτικά Σχόλια (ΚΣ) (“critical coments”).  
Πρόκειται για δηλώσεις που εκφέρονται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης CFI και διαμορφώνουν ένα δυσμενές σχόλιο για την συμπεριφορά ή την προσωπικότητα του προσώπου στο οποίο αναφέρονται. Αφορά σαφείς και αναμφίβολες δηλώσεις μνησικακίας, αποδοκιμασίας, ή αντιπάθειας. Εκτιμώνται τόσο το περιεχόμενο, όσο και ο τόνος της φωνής. Για να προσμετρηθεί ένα κριτικό σχόλιο, ο ερωτώμενος θα πρέπει να χρησιμοποιήσει φράσεις όπως: «Αυτό δε μ’ αρέσει (don’t like)...», «αυτό με ενοχλεί (annoys)...», «το αποδοκιμάζω (disapprove)...» ή «αυτό με πειράζει (resent)...». Παρότι δεν έχουν καθοριστεί σαφώς τα φωνητικά χαρακτηριστικά που προσμετρούν την κριτική στάση, εκτιμάται συνήθως μια αλλαγή στο τόνο της φωνής του ερωτώμενου, όπως μια αύξηση του ρυθμού της ομιλίας, ένταση, διακύμανση ή μια κορώνα της φωνής.
2. Εχθρότητα (“hostility”).  
Πρόκειται για μια γενικευμένη αρνητική, επικριτική διάθεση και απορριπτική στάση απέναντι στον ασθενή. Παρότι συμπεριλαμβάνεται στα κριτήρια υψηλού ΕΣ, δεν απεδείχθη σημαντική, εξαιτίας της αλληλοεπικάλυψής της με το κριτήριο της επικριτικής στάσης.
3. Συναισθηματική Υπερεμπλοκή (ΣΥΕ) (“emotional overinvolvement”).  
Εκτιμάται είτε από την συμπεριφορά του ερωτώμενου κατά την συνέντευξη, είτε από αναφορές προηγούμενων συμπεριφορών του. Η ήπια μορφή της χαρακτηρίζεται από υπερβολικές συναισθηματικές αντιδράσεις του ερωτώμενου, που αφορούν στο πρόβλημα ή στα προβλήματα του ασθενούς, υπερβολική ανησυχία γι αυτόν κλπ. Η εκσεσημασμένη υπερεμπλοκή περιλαμβάνει υπερπροστατευτικότητα, παρεμβάσεις, επιτήρηση και έλεγχο στην καθημερινή ζωή του ασθενούς, καθώς επίσης και θυσίες στην προσωπική ζωή του συγγενούς, προκειμένου ο συγγενής να αφοσιωθεί στην εξυπηρέτηση των αναγκών του ασθενούς.  
Η υπερεμπλοκή μπορεί να γίνει έκδηλη κατά την συνέντευξη με:  
Αναφορές *υπερπροστατευτικότητας* (π.χ. «ανησυχώ όταν πάει η ώρα 9 και η κόρη μου δεν έχει επιστρέψει σπίτι» - η κόρη είναι 18 ετών).

Δηλώσεις που εκφράζουν συναισθήματα για τον ασθενή (π.χ. «θα έκανα τα πάντα πάνω στη γη για την κόρη μου»),

Δηλώσεις υπερβολικής συναισθηματικής αντίδρασης απέναντι στον ασθενή (π.χ. «είχα ανησυχήσει τόσο πολύ για τον γιό μου, που κόντεψα να πάω στο νοσοκομείο εξαιτίας του shock»)

Δραματοποίηση, με την μορφή υπέρμετρου επαίνου ή υπερβολικής λεπτολογίας περί τον ασθενή. Ο υπέρμετρος έπαινος είναι μια θετική, αλλά αφύσικη στην υπερβολή της δήλωση (π.χ. «τα δόντια του γιου μου είναι σα μαργαριτάρια»). Η υπερβολική λεπτολογία προσμετρείται, όταν ο ερωτώμενος παρέχει ασυνήθιστα πολλές λεπτομέρειες γύρω από σχετικά ήσσονος σημασίας πλευρές της συμπεριφοράς του ασθενούς.

Αναφορές αυτοθυσίας/αφοσίωσης (π.χ. «πηγαίνω στη δουλειά μου με το λεωφορείο, παρότι δεν είναι εύκολο, ώστε να έχει το παιδί μου το αυτοκίνητο στη διάθεσή του αν χρειαστεί»).

Έλλειψη αντικειμενικότητας, όταν ένας ερωτώμενος πιστεύει, για παράδειγμα, ότι ο ασθενής δεν κάνει κανένα λάθος, όπως η δήλωση, «δεν πέρασε τις εξετάσεις γιατί τον αδίκησαν οι καθηγητές».

Συναισθηματική εκδραμάτιση κατά την διάρκεια της συνέντευξης, όπως είναι το κλάμα.

4. Εγκαρδιότητα (“warmth”).

Εκτιμάται η συναισθηματική ζεστασιά απέναντι στον ασθενή, εκφραζόμενη κατά την συνέντευξη.

5. Θετικά Σχόλια (ΘΑ) (“positive comments”).

Δηλώσεις, που εκφράζουν αδιαμφισβήτητο έπαινο, επιδοκιμασία, ή εκτίμηση της συμπεριφοράς ή της προσωπικότητας του άλλου.

Ο ίδιος ο Brown με τους συνεργάτες του, στη γενεσιουργό για το ΕΣ έρευνα του 1972, περιγράφει:

«Τα κριτικά σχόλια, εκτιμώνταν είτε βάσει του τόνου της φωνής, είτε βάσει του περιεχομένου τους. Για να κριθεί ένα σχόλιο επικριτικό ως προς το περιεχόμενο, θα έπρεπε να είναι μια ξεκάθαρη και αναμφίβολη δήλωση μνησικακίας, αποδοκιμασίας, ή αντιπάθειας. Οποιαδήποτε δήλωση μπορούσε να εκτιμηθεί ως επικριτική από τον τόνο και μόνο, και για την βαθμολόγησή της δόθηκε έμφαση στην κρίση του συνεντευκτή σε σχέση με τον τόνο της φωνής.

Η συναισθηματική εμπλοκή σχεδιάστηκε για να εκμαιεύσει τυχόν ασυνήθιστο νοιάξιμο για τον ασθενή. Βαθμολογήθηκε, είτε βάσει των εκφραζόμενων συναισθημάτων κατά την συνέντευξη, είτε βάσει αναφερόμενων συμπεριφορών εκτός αυτής.»

Από τις παραπάνω πέντε κλίμακες, οι τρεις πρώτες βρέθηκε να έχουν προγνωστική αξία και να καθορίζουν εν τέλει την κατηγοριοποίηση του ερωτώμενου ως προς το

ΕΣ (υψηλό ή χαμηλό) (Brown, Birley, & Wing 1972, Vaughn, & Leff 1976a). Προσμετρούν στην ουσία, τον βαθμό κατά τον οποίο ένα μέλος της οικογένειας μιλά για ένα άλλο οικογενειακό μέλος με έναν επικριτικό ή εχθρικό τρόπο, ή με έναν τρόπο που φανερώνει εκσεσημασμένη συναισθηματική υπερεμπλοκή (ΣΥΕ). Έτσι, περιγραφικά, το ΕΣ έγινε συνώνυμο των κριτικών και αρνητικών αλληλεπιδράσεων ή/και της συναισθηματικής υπερεμπλοκής, όπως εκφράζονται κατά τη χορήγηση της CFI (Gottschalk & Keatinge 1993, Hatfield et al. 1987, Μαυρέας 1990, Seywert 1984, Τομαράς & Miklowitz 1994). Χαρακτηριστική είναι η περιγραφή του D. J. Miklowitz (1994):

«είναι ένα μέτρο των συναισθηματικών στάσεων, όπως εκφράζονται από ένα σημαντικό συγγενή (συνήθως γονέα, λιγότερο συχνά σύζυγο ή αδελφό/ή) στον συνεντευκτή, κατά την διάρκεια της 1-1½ωρης συνέντευξης Camberwell Family Interview (Vaughn & Leff 1976a), η οποία χορηγείται συνήθως κατά την περίοδο της νοσηλείας του ασθενούς. Οι συγγενείς ταξινομούνται ως υψηλού ΕΣ εάν δείχνουν υψηλά επίπεδα κριτικής, εχθρότητας ή /και συναισθηματικής υπερεμπλοκής, και χαμηλού ΕΣ στην αντίθετη περίπτωση»

## 2.2. ΜΕΤΡΗΣΗ του ΕΣ

Η συνέντευξη, Camberwell Family Interview (CFI) (Brown & Rutter 1966, Rutter & Brown 1966, Vaughn & Leff 1976b) ήταν το πρώτο εργαλείο εκτίμησης της οικογενειακής ατμόσφαιρας. Επειδή, ωστόσο, είναι χρονοβόρα στην χορήγηση και στην κωδικοποίησή της, η μέτρηση του ΕΣ βρέθηκε στο πεδίο του ερευνητικού ενδιαφέροντος, κατά τα μέσα της δεκαετίας του '80 και, σήμερα έχουν αναπτυχθεί πολλά εναλλακτικά εργαλεία, συνεντεύξεις και ερωτηματολόγια (Moore & Kuipers 1999, Van Humbeeck et al. 2002).

Ακολουθεί μια σύντομη αναφορά (Glynn et al. 1988) στα εργαλεία μέτρησης, με εστίαση στην CFI, η οποία παραμένει ακόμη το παραδοσιακό και το καλύτερο ίσως εργαλείο εκτίμησης της ποιότητας των σχέσεων (Van Humbeeck et al. 2002, Hooley & Parker 2006) και, στο Five-Minute-Speech-Sample (FMSS), το οποίο χρησιμοποιείται στην παρούσα εργασία για την μέτρηση του ΕΣ των μητέρων των παιδιών και νεαρών εφήβων του δείγματος.

## ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ

### Η ημιδομημένη συνέντευξη: Camberwell Family Interview (CFI)

Οι Brown, Carstairs & Topping (1958), Brown (1959), Brown, Birley & Wing (1972), Brown, Monck, Carstairs & Wing (1962), και Rutter & Brown (1966), δημιούργησαν και επεξεργάστηκαν το παραδοσιακό και καθιερωμένο εργαλείο μέτρησης του ΕΣ, την ημιδομημένη συνέντευξη, CFI.

## Περιγραφή

Η CFI χορηγείται σε έναν ή περισσότερους, σημαντικούς για τον ασθενή συγγενείς, χωρίς ο ίδιος ο ασθενής να είναι παρών. Η συνέντευξη μαγνητοφωνείται πάντα για να κωδικοποιηθεί αργότερα. Μοιάζει περισσότερο με συζήτηση, παρά με τυπική συνέντευξη (Hooley & Parker 2006). Επιτρέπει μια ευέλικτη χρήση των καθιερωμένων ερωτήσεων και ο συνεντευκτής ασκείται να ακούει την πληροφορία καθώς αναδύεται, χωρίς να διακόπτει όταν ενσκήπτουν αυθόρμητα περιοχές ενδιαφέροντος (Moore & Kuipers 1999, Hooley & Parker 2006). Σκοπός της συνέντευξης είναι να συλλέξει πληροφορίες γύρω από γεγονότα και στάσεις: την έναρξη και την πορεία του παρόντος επεισοδίου της νόσου, το ιστορικό της νόσου, την πρόσφατη συμπτωματολογία, το επίπεδο της έντασης, της ευερεθιστότητας και των διαπληκτισμών μέσα στην οικογένεια, την συμμετοχή του ασθενούς στην καθημερινή ρουτίνα του σπιτιού, τον χρόνο καθημερινής επαφής του ασθενούς με τους συγγενείς, στάσεις του συγγενούς απέναντι στον ασθενή και στην νόσο του. Εάν ένας συγγενής είναι επιφυλακτικός ή αόριστος, ενθαρρύνεται να δώσει ένα πρόσφατο παράδειγμα. (Vaughn and Leff 1976a, 1976b).

Ένας έμπειρος, εκπαιδευμένος βαθμολογητής κωδικοποιεί την μαγνητοφωνημένη CFI σε πέντε κλίμακες: της Κριτικής ή Κριτικών Σχολίων, της Εχθρότητας, της Συναισθηματικής Υπερεμπλοκής, της Εγκαρδιότητας και των Θετικών Σχολίων (Παράρτημα, πίνακας: 1) (Barrowclough & Hooley 2003, Gottschalk & Keatinge 1993, Magana et al. 1986, Moore & Kuipers 1999, Rodriguez Santos & Vaz Lear 2006, Τομαράς & Μαυρέας 1990, Van Humbeeck et al. 2002). Τα κριτικά σχόλια μετρώνται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, ενώ η εχθρότητα, η εγκαρδιότητα και η συναισθηματική υπερεμπλοκή είναι σφαιρικές μετρήσεις και βαθμολογούνται στο τέλος της συνέντευξης (Magana et al. 1986, Van Humbeeck et al. 2002). Εκτός από το περιεχόμενο μετρώνται και οι φωνητικές πλευρές της ομιλίας, γεγονός που σχετίζεται με την προγνωστική αξία του ΕΣ. Η χρήση των φωνητικών χαρακτηριστικών, όπως η ταχύτητα, ο τόνος, η χροιά και η έμφαση κατά την εκφορά του λόγου φαίνεται πως επιτρέπει τον εντοπισμό συναισθηματικών πτυχών ανεξαρτήτως του ειδικού περιεχομένου τους (Kuipers, 1992).

Η κλίμακα της κριτικής θεωρείται τυπικά ως η κύρια κλίμακα. Η κλίμακα της εχθρότητας επικαλύπτεται με την κλίμακα της κριτικής, επειδή η εχθρότητα σχεδόν πάντα συνοδεύεται από έναν αριθμό κριτικών σχολίων πάνω από το κατώτατο όριο. Από την άλλη μεριά, η ΣΥΕ αντανάκλα μια διαφορετική ομάδα συναισθημάτων και συμπεριφοράς απ' ό,τι η κριτική στάση, και η σχέση της με την υποτροπή είναι λιγότερο ισχυρή. Εάν το υψηλό ΕΣ θεωρείται ότι απεικονίζει την προσπάθεια του συγγενούς να τα βγάλει πέρα με τη νόσο του ασθενούς, τότε πρέπει να υποθέσουμε πως οι υψηλής ΣΥΕ συγγενείς μπορεί να υιοθετούν διαφορετικές στρατηγικές από τους συγγενείς της υψηλής κριτικής (Barrowclough et al., 1994). Η εγκαρδιότητα και τα θετικά σχόλια συσχετίζονται αρνητικά με την κλίμακα της κριτικής (Vaughn & Leff 1976b) και θετικά με την ΣΥΕ (Wearden et al., 2000). Η τελευταία αυτή σχέση συγκαλύπτει οποιαδήποτε θετική επίδραση της εγκαρδιότητας, δεδομένου ότι οι Brown et al. (1972) αναφέρουν ότι η εγκαρδιότητα με την απουσία ΣΥΕ συνδέεται με θετική έκβαση. Εν τέλει, οι κλίμακες που αντανάκλουν θετικά χαρακτηριστικά δεν συμπεριελήφθησαν στην ταξινόμηση του ΕΣ. Έτσι, ένας συγγενής ταξινομείται

υψηλά στον δείκτη του ΕΣ εάν κάνει 6 ή περισσότερα κριτικά σχόλια, εάν είναι εχθρικός (1-3 βαθμοί), και/ή έχει 3 ή περισσότερους βαθμούς στην κλίμακα της ΣΥΕ.

### Μεθοδολογικά χαρακτηριστικά του CFI-ΕΣ: Reliability, Validity, Consistency

Ένας σημαντικός αριθμός μελετών σε διαφορετικές πολιτισμικά κοινότητες, υποστηρίζουν ότι το ΕΣ μετρούμενο με την CFI (CFI-ΕΣ), είναι ένας δείκτης με σημαντική “concurrent validity” και “predictive validity” για μια ποικιλία διαταραχών (Hooley & Parker 2006, Van Humbeeck et al. 2002).

Η “concurrent validity” του CFI-ΕΣ υποστηρίχθηκε τόσο από ψυχοφυσιολογικές έρευνες με σχιζοφρενείς ασθενείς (Tarrrier et al. 1979, Tarrrier & Barrowclough 1984, Tarrrier et al. 1988a, Tarrrier & Turpin 1992) όσο και από έρευνες που μελετούν την αλληλεπιδραστική σχέση μεταξύ των ανθρώπων (Doane et al. 1981, Goldstein et al. 1989, Hahlweg et al. 1989, Hooley 1986, Kuipers et al. 1983, Miklowitz et al. 1984, Miklowitz et al. 1989, Moore & Kuipers, 1992, Strachan et al. 1989). Από την πρώτη ομάδα μελετών προέκυψε ότι, οι σχιζοφρενείς με συγγενείς υψηλού ΕΣ εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα δερματικής αγωγιμότητας απ’ ό,τι εκείνοι με συγγενείς χαμηλού ΕΣ. Οι δύο ομάδες των ασθενών διαφοροποιήθηκαν κατά το δεύτερο μέρος της πειραματικής καταγραφής, όταν δηλαδή βρέθηκαν αντιμέτωποι με έναν οικείο τους. Στην ομάδα των ασθενών με παρόντα συγγενή χαμηλού ΕΣ το επίπεδο των ηλεκτροδερμικών αντιδράσεων κατέβηκε, ενώ δεν συνέβη το ίδιο και με την άλλη ομάδα. Από την δεύτερη ομάδα μελετών προέκυψε σαφώς, ότι συγγενείς που ταξινομούνται ως υψηλού ΕΣ συμπεριφέρονται με περισσότερους αρνητικούς τρόπους όταν αλληλεπιδρούν με τον ασθενή, διεγείροντάς τον κατά κάποιο τρόπο, σε σύγκριση με τους χαμηλού ΕΣ συγγενείς, οι οποίοι έχουν μια ηρεμιστική επίδραση (Hooley 1986, Miklowitz et al. 1984, Tarrrier et al. 1979, Tarrrier & Barrowclough 1984, Tarrrier et al. 1988a). Το συμπέρασμα αυτό εναρμονίζεται με την υπόθεση του Brown για την ενδοοικογενειακή ατμόσφαιρα ως χρόνιου παράγοντα stress, που ευνοεί τις υποτροπές στο σχιζοφρενή, σε ένα άτομο δηλαδή με βιολογικά καθορισμένο, χαμηλό ουδό ανοχής στο stress (Τομαράς & Μαυρέας 1990).

Το CFI-ΕΣ έχει προγνωστική εγκυρότητα σε σχέση με την υποτροπή των συμπτωμάτων ασθενών με μια ποικιλία διαταραχών (Butzlaff & Hooley 1998, Chambless & Steketee 1999, O’ Farrell et al. 1998). Σε μια μετα-ανάλυση των Butzlaff & Hooley (1998) εξετάστηκαν 27 μελέτες πάνω στην σχέση μεταξύ ΕΣ και υποτροπής, σε δείγματα ασθενών με σχιζοφρένεια ή διαταραχή της διάθεσης. Στις 24 από αυτές (89%) βρέθηκε πως η σχέση αυτή είναι σημαντική. Οι Butzlaff & Hooley (1998) υποστηρίζουν, ωστόσο, ότι τα ευρήματα αυτά θα έπρεπε να επαναληφθούν χρησιμοποιώντας “regression analysis” ή “path analysis”. Οι κλίμακες της υψηλότερης προγνωστικής αξίας ήταν αυτές της κριτικής και της συναισθηματικής υπερεμπλοκής (Butzlaff & Hooley 1998, Kavanagh 1992, Vaughn & Leff 1976b, Wearden et al. 2000), οι οποίες μαζί με την κλίμακα της εχθρότητας θεωρούνται οι κλίμακες – κλειδιά της CFI (Van Humbeeck et al., 2002). Η προγνωστική εγκυρότητα του CFI-ΕΣ (κυρίως στην σχιζοφρένεια) αποδείχθηκε πως είναι διαπολιτισμική (Bebbington & Kuipers 1994, Kavanagh 1992, Kuipers 1992, Phillips & Xiong 1995, Tanaka et al. 1995).

Η αξιοπιστία της βαθμολόγησης του CFI-ΕΣ έχει μελετηθεί σε σχέση με τη σχιζοφρένεια (Bensten et al. 1996, Mino et al. 1995a, Orhagen & d'Elia 1991, Wing et al. 1987a) και λιγότερο σε σχέση με την κατάθλιψη (Mino et al., 2000).

### Περιορισμοί στην χρήση της CFI

Εξαιτίας της υψηλής προγνωστικής αξίας και του πλούσιου περιεχομένου της η CFI είναι ένα πολύ καλό εργαλείο εκτίμησης της οικογενειακής ατμόσφαιρας ανάμεσα σε ένα οικογενειακό μέλος και τους στενούς συγγενείς του (Van Humbeeck et al., 2002). Ωστόσο, παρά τα θετικά χαρακτηριστικά της δε χρησιμοποιείται κατ' αποκλειστικότητα στις μελέτες του ΕΣ για τον βασικό λόγο ότι η εκπαίδευση στην χρήση της, η χορήγηση και η βαθμολόγησή της είναι πολύ χρονοβόρες διαδικασίες (Magaña et al. 1986, Van Humbeeck et al. 2002).

Η εκπαίδευση στη χορήγηση και τη βαθμολόγηση της CFI απαιτεί περίπου 70 ώρες μέσα σε μια χρονική περίοδο μηνών. Η ίδια η χορήγηση του πρωτότυπου εργαλείου απαιτούσε 5 ή 6 ώρες (Brown et al., 1972), ενώ η συντεταγμένη του μορφή (Vaughn and Leff, 1976a, 1976b), η οποία έχει συγκρίσιμη προγνωστική εγκυρότητα με την πρωτότυπη εκδοχή και έχει πλέον καθιερωθεί, απαιτεί 1½ περίπου ώρα. Για την βαθμολόγησή της απαιτούνται περίπου 3 ώρες.

Τέλος, για τη μέτρηση θα πρέπει πάντα να στρατολογείται ένας συγγενής. Αυτό δημιουργεί προβλήματα, άλλοτε διότι δεν υπάρχει στενός συγγενής και άλλες φορές επειδή ο ίδιος ο ασθενής δεν θέλει να εμπλέξει την οικογένειά του (Van Humbeeck et al., 2002).

### **Το Πεντάλεπτο Δείγμα Ομιλίας (Five Minutes Speech Sample, 5MSS)**

Το πρώτο εναλλακτικό εργαλείο που δημιουργήθηκε έναντι της χρονοβόρας συνέντευξης CFI, είναι το Πεντάλεπτο Δείγμα Ομιλίας (5MSS), (το πρωτότυπο των Gottschalk & Gleser, 1969, τροποποιημένο από τους Magaña et al., 1985). Είναι το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο εναλλακτικό εργαλείο μέτρησης του ΕΣ στην έρευνα (Hooley & Parker 2006), και έχει χρησιμοποιηθεί ιδιαίτερα σε δείγματα παιδιών και εφήβων (Asarnow et al. 1993, Hibbs et al. 1991, Marshall et al. 1990, McCarty & Weisz 2002, McCleary & Sanford 2002, McGuire & Earls 1994, Stubbe et al. 1993).

Ο σκοπός της συνέντευξης είναι να αναγνωρισθούν οι στάσεις και τα συναισθήματα του ερωτώμενου απέναντι στον ασθενή καθώς επίσης οι αντιλήψεις για την ποιότητα της σχέσης τους.

### Περιγραφή

Στην συνέντευξη αυτή, ζητείται από έναν στενό συγγενή να μιλήσει ελεύθερα επί 5 λεπτά για το άρρωστο μέλος, μετά από την ακόλουθη οδηγία: «θα ήθελα να ακούσω τις σκέψεις σας για τον/την [όνομα ασθενούς] με τα δικά σας λόγια και χωρίς να σας διακόψω με οποιαδήποτε δική μου ερώτηση ή σχόλια. Όταν θα σας ζητήσω να ξεκινήσετε, θα ήθελα να μιλήσετε για 5 λεπτά, λέγοντάς μου τι είδους άτομο είναι ο/η [όνομα ασθενούς] και πώς τα πάτε οι δύο μεταξύ σας. Από τη στιγμή που θα αρχίσετε

να μιλάτε, θα προτιμούσα να μην απαντάω σε ερωτήσεις. Υπάρχουν ερωτήσεις που θα θέλατε να μου κάνετε πριν ξεκινήσουμε;» (Magaña et al. 1986, p.205)

Τόσο οι οδηγίες όσο και η συνέντευξη μαγνητοφωνούνται. Για την χορήγηση της συνέντευξης απαιτούνται 5' και για την βαθμολόγησή της 20'. Ένας εκπαιδευμένος βαθμολογητής κωδικοποιεί το δείγμα σε τέσσερις διαστάσεις: (1) ποιότητα της αρχικής δήλωσης, (2) ποιότητα της σχέσης, (3) κριτική, και (4) συναισθηματική υπερεμπλοκή (ΣΥΕ). Τα θετικά σχόλια του συγγενούς χρησιμοποιούνται στη βαθμολόγηση της ΣΥΕ. Δεν υπάρχουν κλίμακες εγκαρδιότητας και εχθρότητας.

#### Κριτήρια προσδιορισμού του ΕΣ από το 5MSS (Magaña et al. 1986)

Οποιοδήποτε από τα τρία ακόλουθα κριτήρια ή οποιοσδήποτε συνδυασμός τους ορίζουν έναν υψηλού ΕΣ συγγενή να έχει *κριτική* στάση:

- (1) αρνητική αρχική δήλωση
- (2) μια συνολικά αρνητική βαθμολόγηση της σχέσης
- (3) ένα ή περισσότερα κριτικά σχόλια αξιολογούμενα είτε βάσει του περιεχομένου, είτε βάσει του τόνου της φωνής.

Παρομοίως, οποιαδήποτε από τις ακόλουθες τρεις στάσεις ή οποιοσδήποτε συνδυασμός τους καθορίζουν ένα συγγενή ως υψηλού ΕΣ στην ΣΥΕ:

- (1) συναισθηματική έκθεση κατά τη διάρκεια της συνέντευξης (π.χ. κλάμα)
- (2) αναφερόμενη υπερπροστατευτική συμπεριφορά ή αυτοθυσία, ή
- (3) δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: υπερβολικές λεπτομέρειες από το παρελθόν, μια δήλωση στάσης (ορίζεται παρακάτω), ή υπερβολικός έπαινος.

Όπως και στην συνέντευξη CFI, η κριτική στάση αξιολογείται βάσει της συχνότητας των κριτικών σχολίων. Για την ΣΥΕ κάποιες κατηγορίες απαιτούν την συνολική βαθμολόγηση του 5MSS, και άλλες την μέτρηση της συχνότητας. Σφαιρικές βαθμολογήσεις της ΣΥΕ χρησιμοποιούνται στις ακόλουθες κατηγορίες: αυτοθυσία/υπερπροστατευτική συμπεριφορά, συναισθηματική έκθεση, και υπερβολική λεπτομέρεια. Ο υπολογισμός της συχνότητας αφορά τις απομείνασες κατηγορίες, δηλαδή τις δηλώσεις στάσης που φανερώνουν συναισθηματική υπερεμπλοκή (π.χ. «αγαπώ την κόρη μου», ή «θα έκανα τα πάντα στον κόσμο για την κόρη μου») και τα θετικά σχόλια. Θετικό είναι ένα σχόλιο που περιγράφει θετικά χαρακτηριστικά ή συμπεριφορά του ασθενούς (π.χ. «ο γιός μου είναι καλός άνθρωπος»).

Σε σχέση με την συνέντευξη CFI έχουν προστεθεί δύο κατηγορίες επειδή αποδείχτηκαν σχετικές με τον δείκτη του ΕΣ. Πρόκειται για:

#### (I) την ποιότητα της αρχικής δήλωσης.

Ως αρχική δήλωση ορίζεται η πρώτη ολοκληρωμένη σκέψη ή ιδέα που εκφράζει ο ερωτώμενος για τον ασθενή. Αυτή η δήλωση θεωρήθηκε ιδιαίτερα σημαντική, διότι αντανάκλα τις αρχικές συναισθηματικές στάσεις απέναντι στον ασθενή, και κωδικοποιήθηκε συνεπώς ανεξαρτήτως του υπολοίπου δείγματος ομιλίας.

Η αρχική δήλωση βαθμολογείται ως θετική (σκορ +1), ουδέτερη (σκορ 0), ή αρνητική (σκορ -1).

- Μια θετική αρχική δήλωση θα πρέπει να ικανοποιεί το κριτήριο είτε ενός θετικού σχολίου είτε μιας θετικής δήλωσης για την σχέση (π.χ. «εγώ και ο Κ. τα πάμε πολύ καλά»).
- Ουδέτερη αρχική δήλωση είναι αυτή που δεν παρέχει αρκετή πληροφόρηση για να βαθμολογηθεί είτε ως θετική είτε ως αρνητική (π.χ. «Είμαστε εντάξει μαζί»), ή που αναφέρεται σε πρακτικής φύσεως θέματα και δεν φανερώνει πώς ο ερωτώμενος βλέπει ή νιώθει για τον ασθενή (π.χ. «ο Τ. συνηθίζει να ξυπνάει νωρίς το πρωί»).
- Μια αρνητική δήλωση ορίζεται είτε βάσει ενός κριτικού σχολίου (ως προς το περιεχόμενο ή τον τόνο της φωνής), ή μιας αρνητικής δήλωσης για την σχέση (π.χ. «ο Β κι εγώ ποτέ δεν τα πηγαίναμε καλά»), είτε βάσει μιας δήλωσης που αναφέρεται σε κάποιο αρνητικό χαρακτηριστικό του ασθενούς (π.χ. «η Π. είναι πολύ τεμπέλα»). Η τελευταία αυτή κατηγορία αρχικής δήλωσης βαθμολογείται αρνητικά ανεξαρτήτως του τόνου της φωνής. Κατά συνέπεια, υπάρχουν τρία κριτήρια με τα οποία μια αρχική δήλωση βαθμολογείται ως αρνητική.

(II) *την ποιότητα της σχέσης.*

Οι σχολιασμοί που αναφέρονται στην σχέση ανάμεσα στον ερωτώμενο και τον ασθενή βαθμολογούν την ποιότητα της σχέσης. Ως δήλωση σχέσης ορίζεται το σχόλιο που γίνεται για την σχέση συγγενούς-ασθενούς, το οποίο εκφράζει μια ολοκληρωμένη σκέψη. Κάθε δήλωση βαθμολογείται σε τέσσερις βαθμίδες:

- ισχυρή θετική, όπως π.χ. «τα πάμε πολύ καλά»
- ασθενής θετική, όπως π.χ. «συνήθως τα πάμε αρκετά καλά»
- ασθενής αρνητική, όπως π.χ. «δεν τα έχουμε πάει τόσο καλά»
- ισχυρή αρνητική, όπως π.χ. «τσακωνόμαστε όλη την ώρα».

Η συνολική βαθμολόγηση του δείγματος ομιλίας βασίζεται στην συναισθηματική αξία των δηλώσεων σχέσης. Κάποιοι πιθανοί συνδυασμοί των δηλώσεων σχέσης και του τρόπου με τον οποίο αξιολογούνται στην συνολική βαθμολόγηση της σχέσης είναι:

- (1) μια ισχυρή θετική και μια ασθενής αρνητική δήλωση σχέσης = θετική βαθμολόγηση σχέσης,
- (2) μια ισχυρή θετική και μια ισχυρή αρνητική δήλωση = ουδέτερη βαθμολόγηση σχέσης,
- (3) μια ισχυρή αρνητική και μια ασθενής θετική δήλωση = αρνητική βαθμολόγηση σχέσης,
- (4) μια ασθενής θετική και μια ασθενής αρνητική δήλωση = ουδέτερη βαθμολόγηση σχέσης,
- (5) μια ή περισσότερες θετικές δηλώσεις σχέσης = θετική βαθμολόγηση σχέσης,
- (6) μια ή περισσότερες αρνητικές δηλώσεις σχέσης = αρνητική βαθμολόγηση σχέσης,
- (7) μια ή περισσότερες ασθενείς δηλώσεις (είτε θετικές είτε αρνητικές) = ουδέτερη βαθμολόγηση σχέσης.



Μεθοδολογικά χαρακτηριστικά του 5MSS: Αξιοπιστία ('Reliability'), Εγκυρότητα ('Validity'), Ευαισθησία ('Sensitivity')

Στην αρχική τους μελέτη οι Magaña et al. (1986) εξέτασαν την εγκυρότητα του 5MSS έναντι της CFI ("concurrent validity"). Οι 15 από τους 23 συγγενείς που βαθμολογήθηκαν υψηλά στο CFI-ΕΣ βαθμολογήθηκαν υψηλά και στο 5MSS-ΕΣ, εύρημα που υποστηρίζει την "concurrent validity" του 5MSS και αντιστοιχεί σε μια ευαισθησία (ποσοστό συγγενών που προσδιορίστηκε σωστά ως υψηλού ΕΣ) της τάξεως του 65,2%. Από τους 17 συγγενείς που βαθμολογήθηκαν χαμηλά στο CFI-ΕΣ, οι 15 βαθμολογήθηκαν χαμηλά στο 5MSS-ΕΣ., προσδίνοντας μια εξειδίκευση ("specificity") (αριθμό συγγενών που προσδιορίστηκε σωστά ως χαμηλού ΕΣ) στο 5MSS της τάξεως του 88,2%. Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν στην ίδια μελέτη των Magaña et al. (1986), με την σύγκριση των δύο οργάνων σε ισπανόφωνο δείγμα: η ευαισθησία ("sensitivity") του 5MSS = 50% και η "specificity" = 90,9%. Εντυπωσιακοί ήταν οι δείκτες αυτοί στην έρευνα των Leeb et al (1991), οι οποίοι μελέτησαν την δια-κρατική αξιοπιστία, την "concurrent validity" και την "stability" του 5MSS και βρήκαν ευαισθησία = 80,0% και specificity = 71,0%. Βρήκαν επίσης μεγαλύτερη συσχέτιση ανάμεσα σε υψηλό ΕΣ και αριθμό κριτικών σχολίων απ' ότι ανάμεσα ΕΣ και ΣΥΕ για το Ισπανόφωνο Αμερικανικό και για το Γερμανικό δείγμα.

Σημαντική συνολική συμφωνία ("overall agreement") υπήρχε ανάμεσα στις βαθμολογήσεις της CFI και του 5MSS στα δύο δείγματα των μελετών των Magaña et al. (1986) και των Leeb et al. (1991). Στην πρώτη μελέτη, η συνολική συμφωνία ήταν 75,0% και στην δεύτερη ήταν 73,0%. Επιπλέον, η εξέταση των δεδομένων αποκάλυψε ότι, συμμετέχοντες που βαθμολογήθηκαν ως υψηλού ΕΣ στο 5MSS σχεδόν πάντα ταξινομήθηκαν ως υψηλού ΕΣ όταν χρησιμοποιήθηκε η CFI. Όμως, σχεδόν το 20% των συμμετεχόντων που ταξινομήθηκαν ως χαμηλού ΕΣ στο 5MSS, με την CFI ταξινομήθηκαν ως υψηλού ΕΣ (Hooley & Parker 2006). Με άλλα λόγια, στο πλαίσιο της οικογένειας, το 5MSS υπο-αξιολογεί το σκορ της CFI στο 20-30% των δειγμάτων (Van Humbeeck et al., 2002). Αυτό σημαίνει ότι υψηλού ΕΣ σκορ στο 5MSS συνεπάγεται υψηλό σκορ στην CFI, αλλά χαμηλού ΕΣ συγγενής στο 5MSS δεν είναι απαραίτητος χαμηλά στην CFI (Fujita et al. 2002, Leeb et al. 1991, Magaña et al. 1986, Malla et al. 1991, Van Furth et al. 1993).

Οι οδηγίες βαθμολόγησης του 5MSS προτείνουν στους βαθμολογητές να είναι συντηρητικοί και, όταν έχουν αμφιβολίες, να αποφεύγουν αξιολογήσεις που οδηγούν σε υψηλό ΕΣ (Hooley & Parker 2006). Ωστόσο, η εγκυρότητα του 5MSS αυξάνει όταν συγγενείς που βρίσκονται στο όριο ταξινομούνται ως υψηλού ΕΣ (Uehara et al., 1997). Σε συγγενείς Ιαπώνων νοσηλευομένων με διαταραχές της διάθεσης, η ευαισθησία αυξήθηκε από 66,7% σε 100,0% όταν οι συγγενείς που βαθμολογήθηκαν οριακά στο χαμηλό ΕΣ εκχωρήθηκαν στην ομάδα του υψηλού ΕΣ (Shimodera et al., 2002). Σε άλλη έρευνα των ιδίων με Ιάπωνες συγγενείς σχιζοφρενών ασθενών, η ευαισθησία του 5MSS αυξήθηκε από 53,8% σε 92,3% όταν οι οριακοί στο σκορ συμμετέχοντες συμπεριελήφθησαν στην ομάδα υψηλού ΕΣ. Αυτές οι αλλαγές, ωστόσο, είχαν ως αποτέλεσμα την μείωση της "specificity" από 65,2% σε 52,2% (Shimodera et al., 1999)

Η "concurrent validity" του 5MSS-ΕΣ μελετήθηκε επίσης σε πληθυσμούς ασθενών με διαταραχές διατροφής. Οι Rein et al. (2006) μελέτησαν την εγκυρότητα

του 5MSS αναφορικά με την CFI, σε ένα δείγμα 40 νοσηλευομένων ασθενών με ψυχογενή ανορεξία. Στα συμπεράσματά τους καταλήγουν πως, το 5MSS προσφέρει αξιόπιστες μετρήσεις σε σχέση με την CFI όσον αφορά το συνολικό ΕΣ και την υποκλίμακα της ΣΥΕ. Για την υποκλίμακα της κριτικής προτείνουν περαιτέρω έρευνα με μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος. Οι Van Furth et al. (1993) μελέτησαν την “concurrent validity” του 5MSS-ΕΣ σε σχέση με το CFI-ΕΣ, σε ένα δείγμα 84 γονέων γερμανών εφήβων με βουλιμία ή ψυχογενή ανορεξία. Τα αποτελέσματα έδειξαν περιορισμένη συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεθόδους μέτρησης του ΕΣ. Παραμένει, λένε οι συγγραφείς ασαφές, εάν το αποτέλεσμα αυτό οφείλεται στην χαμηλή τιμή που βρέθηκε στην υποκλίμακα της κριτικής, σε πολιτισμικές διαφορές του δείγματος ή/και σε διαφορές στην ψυχοπαθολογία του δείγματος.

Η υψηλότερη συσχέτιση βαθμολόγησης ανάμεσα στο 5MSS και στην CFI βρέθηκε στην μελέτη των Moore and Kuipers (1999), σε επαγγελματίες του προσωπικού φροντίδας νοσηλευομένων ψυχιατρικών ασθενών. Στην έρευνά τους αυτή αναφέρουν υψηλή συσχέτιση σε επιμέρους κλίμακες και 89,7% συμφωνία στην ταξινόμηση του ΕΣ ανάμεσα σε 5MSS και CFI. Ωστόσο, όπως αναφέρουν οι ίδιοι οι συγγραφείς, χρειάζεται να είναι κανείς προσεκτικός στην ερμηνεία αυτών των αποτελεσμάτων, διότι ο ίδιος ερευνητής βαθμολόγησε και τα δύο εργαλεία και αυτό μπορεί να οδήγησε σε μεγαλύτερη σύμπτωση μεταξύ τους. Επιπλέον στην μελέτη τους δεν συμπεριέλαβαν την υποκλίμακα της ΣΥΕ. Κατέληξαν δε, ότι το 5MSS μπορεί να χρησιμοποιηθεί με αξιοπιστία ιδιαίτερα για τον προσδιορισμό των αρνητικά φορτισμένων σχέσεων, εκείνων δηλαδή όπου επικρατεί η κριτική στάση απέναντι στον ασθενή. Στην ίδια διαπίστωση κατάληξαν και οι Van Humbeeck et al. (2002).

Ως προς την αξιολόγηση των συγκριτικών ερευνητικών αποτελεσμάτων, οι Asarnow et al. (2001) επισημαίνουν ότι, παρότι η “concurrent validity” του 5MSS έναντι της CFI υποστηρίζεται από τις σχετικές έρευνες (Leeb et al. 1991, Magaña et al. 1986, Moore and Kuipers 1999), πρόκειται για διαφορετικά εργαλεία που ανιχνεύουν τόσο επικαλυπτόμενες όσο και μη-επικαλυπτόμενες διαστάσεις. Συνεπώς, τα ευρήματα βάσει της CFI μπορεί να μη γενικεύονται στο 5MSS και τα ευρήματα βάσει του 5MSS μπορεί να μη γενικεύονται στη CFI.

Η προγνωστική εγκυρότητα (“predictive validity”) του 5MSS έχει αναδειχθεί περισσότερο σε σχέση με την κατάθλιψη και σε λιγότερο βαθμό σε σχέση με την σχιζοφρένεια. Τα ανάμεικτα ευρήματα σε σχέση με την προγνωστική του εγκυρότητα μπορεί να ερμηνεύονται βάσει των προβλημάτων της αξιοπιστίας του, από το γεγονός δηλαδή, ότι υπο-αξιολογεί τους υψηλού ΕΣ συγγενείς (Hooley & Parker, 2006). Για διαταραχές στις οποίες ο βαθμός της επίπτωσης στη σχέση ΕΣ-υποτροπή είναι υψηλότερος, όπως συμβαίνει στην κατάθλιψη (Butzlaff & Hooley, 1998), το 5MSS μπορεί να παρέχει μια αρκετά καλή εκτίμηση οδηγώντας σε σημαντικά ευρήματα. Για διαταραχές που παρουσιάζουν χαμηλότερο βαθμό συσχέτισης ανάμεσα σε ΕΣ και υποτροπή, όπως στην σχιζοφρένεια (Butzlaff & Hooley, 1998), τότε απαιτούνται ενδεχομένως μεγαλύτερα δείγματα, όπως στην μελέτη των Marom et al. (2002), προκειμένου να αντισταθμιστεί η χαμηλότερη αξιοπιστία του 5MSS. Το πιο σημαντικό είναι ότι, σε περίπτωση που οι ερευνητές δε βρίσκουν συσχέτιση ανάμεσα στο 5MSS-ΕΣ και στην έκβαση της νόσου, η πιθανότητα το αρνητικό αποτέλεσμα να αναπαριστά ένα Type II error είναι μεγαλύτερη απ’ ό,τι εάν οι ερευνητές είχαν

χρησιμοποιήσει την CFI. Διατυπωμένο αλλιώς, όταν οι ερευνητές αναφέρουν σημαντική συσχέτιση ανάμεσα σε 5MSS-ΕΣ και έκβαση της νόσου, η πιθανότητα να είχαν καταλήξει σε παρόμοιο αποτέλεσμα με την CFI είναι αρκετά υψηλή (Hooley & Parker, 2006).

Οι Halford (1992), Van Humbeeck et al. (2002) και Hooley & Parker (2006), στην επισκόπηση των εργαλείων εκτίμησης του ΕΣ προτείνουν την CFI ως το καλύτερο ερευνητικό εργαλείο μέτρησης του ΕΣ, και το 5MSS ως ένα από τα εναλλακτικά εργαλεία, με την επιφύλαξη ότι υπο-εκτιμά το υψηλό ΕΣ και ότι απαιτείται εκπαίδευση για την χορήγησή του. Είναι ωστόσο χρήσιμο εργαλείο σε έναν ερευνητή που ενδιαφέρεται για μια ευρεία ανίχνευση του πληθυσμού. Προτείνεται επίσης σε έρευνες που μελετούν τη σχέση ανάμεσα στον ασθενή και τον επαγγελματία που τον φροντίζει, διότι σε αυτά τα πλαίσια σπάνια συμβαίνει συναισθηματική υπερεμπλοκή και, το 5MSS, όπως είδαμε (Moore & Kuipers, 1999), είναι πολύ καλό στην ανίχνευση και την αποτίμηση της κριτικής και της δυσαρέσκειας.

### **Η συνέντευξη με τον ασθενή για την αξιολόγηση των Αντιλήψεών του γύρω από τις Οικογενειακές Σχέσεις (Patient Interview for Assessing Patient Perceptions of Family Relationships) (PPI)**

Οι Mintz et al. δημιούργησαν την PPI μέσα από την έρευνα των Thompson et al. (1995), η οποία εκτιμά την αντίληψη του ασθενούς για το ΕΣ των συγγενών. Διερευνά τρία πεδία συμπεριφορών των συγγενών: την *κριτική*, την *συναισθηματική υπερεμπλοκή*, και την *γκρίνια*. Συνίσταται από τρεις κλίμακες με αρκετά καλή “internal consistency”: (1) αντίληψη (εκ μέρους του ασθενούς) της κριτικής (των συγγενών), (2) αντίληψη της ΣΥΕ, και (3) αντίληψη της γκρίνιας. Σε μια μελέτη εξετάστηκε η “concurrent validity” με το 5MSS, και μόνο η κλίμακα της αντίληψης της κριτικής βρέθηκε να έχει θετική συσχέτιση με την κλίμακα της κριτικής του 5MSS. Στην μελέτη των Thompson et al. (1995), μόνο η κλίμακα της κριτικής βρέθηκε να έχει προγνωστική αξία για την επιδείνωση ψυχωτικών ασθενών μετά ένα (1) χρόνο παρακολούθησης.

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ**

### **Ερωτηματολόγια εκτίμησης του ΕΣ των συγγενών από την άποψη του ασθενούς**

1. Level of Expressed Emotion (LEE) (Cole & Kazarian, 1988)
2. Influential Relationships Questionnaire (IRQ) (Baker et al., 1984)
3. Perceived Criticism Scale (PCS) (Hooley & Teasdale, 1989)
4. Family Emotional Involvement and Criticism Scale (FEICS) (Shields et al., 1992)

### **Ερωτηματολόγια εκτίμησης του ΕΣ των συγγενών από την άποψη των ίδιων των συγγενών**

1. Patient Rejection Scale (PRS) (Kreisman et al., 1979, 1988)
2. Questionnaire Assessment of Expressed Emotion (QAEE) (Docherty et al., 1990)

3. Adjective Checklist (AC) (Friedman & Goldstein, 1993, 1994)
4. Family Attitude Scale (FAS) (Kavanagh et al., 1997)

### **Ερωτηματολόγια εκτίμησης του ΕΣ από την άποψη του ασθενούς και του συγγενούς**

1. The Family Environment Scale (FES) (Moos & Moos, 1981)

Τα εργαλεία με την μεγαλύτερη προγνωστική ισχύ είναι η CFI, η PCS και το LEE. Η προγνωστική εγκυρότητα των άλλων εργαλείων είναι μικρότερη (5MSS, PRS) ή άγνωστη (AC, FEICS, QAEE, FAS). Οι κλίμακες της κριτικής και της εχθρότητας έχουν την μεγαλύτερη προγνωστική ισχύ, ενώ η κλίμακα της ΣΥΕ είναι λιγότερο ευαίσθητη στην υποτροπή (Van Humbeeck et al., 2002).

### **2.3. Το ΕΣ στην ΕΡΕΥΝΑ**

Η ερευνητική εργασία γύρω από το ΕΣ κινήθηκε κυρίως σε σχέση με τους ενηλίκους ασθενείς, και πολύ πιο πρόσφατα και, σε μικρότερο βαθμό, σε σχέση με τα παιδιά και τους εφήβους. Διέτρεξε έξι ως επί το πλείστον πεδία: την έκβαση της σχιζοφρένειας, άλλες ψυχιατρικές και σωματικές καταστάσεις, τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στις οικογένειες, την συναισθηματική στάση του προσωπικού ψυχιατρικών δομών. Εκφράστηκε επίσης ερευνητικό ενδιαφέρον σε μεθοδολογικά ζητήματα, όπως είναι η εγκυρότητα και η σταθερότητα των εργαλείων μέτρησης, αλλά και η αναζήτηση άλλων εργαλείων πλην της CFI. Τέλος, τέθηκαν προβληματισμοί κατά πόσον το ΕΣ είναι μια “α-θεωρητική” κατασκευή (Kuipers, 1992).

#### **2.3.1. Το ΕΣ σε ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ με οικογένειες ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

##### **ΕΣ και ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

Με την ανακάλυψη των ψυχοδραστικών φαρμακευτικών ουσιών και τη βελτίωση που αυτά επέφεραν στην ψυχική κατάσταση των ψυχιατρικών ασθενών κατέστη σε μεγάλο βαθμό εφικτή η αποασυλοποίηση και η κοινοτική ψυχιατρική περίθαλψη. Κατά συνέπεια, το ενδιαφέρον στράφηκε στις ποιότητες της φροντίδας του ψυχικά πάσχοντος και στις ψυχοκοινωνικές μεθόδους αναβάθμισής της. Αρχικά μελετήθηκαν η οικογενειακή ατμόσφαιρα και οι πτυχές που την συνθέτουν σε σχέση με την σχιζοφρένεια ενηλίκων ασθενών. Η μέτρηση του ΕΣ κυριάρχησε στην ερευνητική προσπάθεια για να αποσαφηνιστούν παράγοντες και μεταβλητές που επιδεινώνουν ή βελτιώνουν την πορεία της νόσου (Gottschalk & Keatinge, 1993).

Η υποτροπή των θετικών συμπτωμάτων είναι η κύρια μεταβλητή έκβασης στην έρευνα του ΕΣ στην σχιζοφρένεια. Πρόκειται για μελέτες που διερευνούν και, υποδεικνύουν εν τέλει, την διαπολιτισμική, προγνωστική εγκυρότητα του ΕΣ στην σχιζοφρένεια των ενηλίκων ασθενών.

## CFI – ΕΣ και πορεία της Σχιζοφρένειας

Τα κύρια αποτελέσματα της μελέτης των Brown et al. (1972) επαναλήφθηκαν με επιτυχία σε επακόλουθες ανεξάρτητες προοπτικές μελέτες που έλαβαν χώρα στο Λονδίνο (Vaughn & Leff, 1976b) και στο Los Angeles (Vaughn, Snyder, Jones, Freeman & Falloon, 1984). Και στις τρεις αυτές μελέτες τα χαρακτηριστικά των υποτροπών ήταν παρόμοια. Σε κάθε περίπτωση, οι ασθενείς οι οποίοι μετά τη νοσηλεία τους επέστρεφαν σε συγγενείς υψηλού ΕΣ είχαν τρεις έως τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να υποτροπιάσουν από ό,τι οι ασθενείς που επέστρεφαν σε χαμηλού ΕΣ συγγενείς. Πιο συγκεκριμένα, στις ανωτέρω μελέτες, τα αντίστοιχα ποσοστά υποτροπών κατά το εννεάμηνο μετά τη λήξη της νοσηλείας ήταν 58% προς 16%, 50% προς 12%, και 56% προς 17% (Τομαράς & Μαυρέας, 1990). Αυτή η σημαντική συσχέτιση διατηρήθηκε και στην μετά δύο έτη, από το εξιτήριο, επανεκτίμηση (Leff & Vaughn, 1981) των ασθενών της μελέτης των Vaughn και Leff (1976b). Δύο παράγοντες που αλληλεπιδρούν με το ΕΣ και μπορούν έτσι να τροποποιούν την επίδραση που έχουν οι υψηλού ΕΣ συγγενείς στους ασθενείς τους είναι: (α) η διάρκεια του χρόνου που ο ασθενής και ο συγγενής βρίσκονται σε άμεση επαφή και (β) η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής. Οι προαναφερόμενες μελέτες έδειξαν ότι, η προστατευτική δράση της μειωμένης επαφής ασθενούς-υψηλού ΕΣ συγγενούς και τακτικής φαρμακευτικής αγωγής είναι αθροιστική (Τομαράς & Μαυρέας, 1990)

Η έκβαση της σχιζοφρένειας παρέμεινε το κατ' εξοχήν πεδίο έρευνας του ΕΣ, όχι μόνο ως προς τον αριθμό των μελετών, αλλά και ως προς τον βαθμό επανάληψής τους σε μια ποικιλία ως προς την γλώσσα και τον πολιτισμό πληθυσμών (Kavanagh 1992, Kuipers 1992, Vaughn 1989). Οι περισσότερες μελέτες επιβεβαιώνουν τα αρχικά ευρήματα: ο δείκτης του ΕΣ έχει προγνωστική εγκυρότητα όσον αφορά τις υποτροπές στη σχιζοφρένεια, και μπορεί να προσδιορίσει «στρεσογόνα» περιβάλλοντα σε διαφορετικές κουλτούρες, όπως οι Leff et al. (1987) έδειξαν σε δείγμα ασθενών στην Ινδία, οι Aguilera et al. 2010 και Karno et al. 1987) σε Αμερικανο-Μεξικάνικο δείγμα, οι Li & Arthur (2005) και Phillips et al. (1995) στην Κίνα, οι Tanaka et al. (1995) και Mino et al. (1997,1998) στην Ιαπωνία. Οι Gutierrez et al. (1988) σε Ισπανικό δείγμα 32 ασθενών βρήκαν ποσοστά υποτροπών κατά το εννεάμηνο μετά το εξιτήριο, 54% σε οικογένειες υψηλού ΕΣ και 10% σε χαμηλού ΕΣ. Οι Montero et al., (1992) πάλι στην Ισπανία, σε δείγμα 60 ασθενών βρήκαν αντίστοιχα ποσοστά 40% και 12%. Οι Vidal et al. (2008) σε Ισπανικό δείγμα ψυχωσικών ασθενών (N:41) διαπίστωσαν συσχέτιση του υψηλού ΕΣ των στενών συγγενών με υπεροχή των θετικών συμπτωμάτων της νόσου του ασθενούς. Οι Rostworowska et al., (1989), στην Πολωνία, σε 36 ασθενείς διαπίστωσαν αντίστοιχα ποσοστά 60% και 30%. Οι Barrelet et al. (1990) στην Ελβετία, σε 36 ασθενείς 33% και 0% αντιστοίχως. Οι Buchremer et al. (1991) σε 99 Γερμανούς ασθενείς, 37% και 28% αντιστοίχως. Στην Γερμανία πάλι, οι Cohen, Niedermeier & Watzl (1992), σε 64 ασθενείς διαπίστωσαν στατιστικά σημαντικά ποσοστά υποτροπών μόνο στους 12 μήνες μετά το εξιτήριο. Οι Bertrando et al. (1992) σε 42 Ιταλούς ασθενείς στο Μιλάνο, βρήκαν 14% και 4%. Στην Τσεχοσλοβακία, οι Mozny & Votyckova (1992), σε 125 ασθενείς βρήκαν ποσοστά 59% και 23% αντιστοίχως.

Η μελέτη των Stirling et al. (1991) στην Μ. Βρετανία, με ποσοστά υποτροπών 31% για τις υψηλού ΕΣ οικογένειες και 47% για τις χαμηλού ΕΣ, είναι μία από τις λίγες μελέτες που απέτυχε να υποστηρίξει την συσχέτιση ανάμεσα σε υψηλό ΕΣ και υποτροπή, σε ένα δείγμα που χαρακτηριζόταν από ασθενείς πρώιμης έναρξης ή πρώτης νοσηλείας, και κυρίως από υψηλής ΣΥΕ συγγενείς. Οι Moline et al. (1986) βρήκαν θετική σχέση ανάμεσα σε ΕΣ συγγενών και υποτροπή μόνο με την ανύψωση του συνήθους ουδού του ΕΣ για την κλίμακα της κριτικής, από 6 σε 9 κριτικά σχόλια. Οι Docherty et al. (2011) διαπίστωσαν ότι τα υψηλά επίπεδα του άγχους στους ασθενείς με σχιζοφρένεια ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή τους καθιστά πιο ευάλωτους απέναντι στην κριτική των συγγενών υψηλού ΕΣ και παρουσιάζουν μεγαλύτερη έξαρση των συμπτωμάτων συγκριτικά με τους μη αγχώδεις ασθενείς. Οι MacMillan et al. (1986) υπέθεσαν στη μελέτη τους, πως η σχέση μεταξύ ΕΣ και υποτροπής σε ένα δείγμα ασθενών πρόσφατης έναρξης της νόσου, διαμεσολαβείτο από μια άλλη μεταβλητή, τη διάρκεια που η νόσος έμεινε χωρίς θεραπεία, μεταξύ της πρώτης εμφάνισης των συμπτωμάτων και της πρώτης νοσηλείας. Σε παρόμοιους συσχετισμούς κατέληξαν και οι Parker & Johnson (1987), οι οποίοι δεν διαπίστωσαν κανένα ανεξάρτητο αποτέλεσμα του ΕΣ στην έκβαση της νόσου. Οι Nuechterlein et al. (1986), ωστόσο, στην μελέτη των οποίων το ΕΣ των συγγενών βρέθηκε να έχει ισχυρή προγνωστική αξία για την υποτροπή, δεν βρήκαν συσχετισμό ανάμεσα στο ΕΣ και στην διάρκεια της νόσου. Αντιθέτως, στην πρόσφατη μελέτη τους, οι Meneghelli et al. (2000) διαπίστωσαν σε δείγμα ασθενών πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου, ότι το υψηλότερο ΕΣ συσχετιζόταν με μεγαλύτερη διάρκεια της νόσου, και η υψηλότερη γονεϊκή ΣΥΕ με μεγαλύτερη διάρκεια του χωρίς-θεραπευτική-αγωγή ψυχωσικού επεισοδίου. Τέτοιες ασυμφωνίες αντανακλούν, εν μέρει τουλάχιστον, διαφορές στην μεθοδολογία και στην ερμηνεία. Διαφορές στον σχεδιασμό και στην μεθοδολογία, καταλήγει η C. Vaughn (1989), μπορούν επίσης να εξηγήσουν τα αρνητικά αποτελέσματα της γερμανικής μελέτης των Köttgen et al. (1984) και των Dulz & Hand (1986). Οι ερευνητές αυτοί δε βρήκαν στη μελέτη τους κανέναν από τους παράγοντες που θεωρούντο προστατευτικοί έναντι της υποτροπής της σχιζοφρένειας να επαληθεύει αυτή τους την ιδιότητα. Υπήρχαν ωστόσο μείζονες διαφορές έναντι άλλων ερευνών του ΕΣ ως προς τα κριτήρια της υποτροπής, του σχετικού χρόνου συνεχούς παραμονής του ασθενούς στο σπίτι κατά την περίοδο της παρακολούθησης και, των διαδικασιών τοποθέτησης των οικογενειών στις ομάδες υψηλού και χαμηλού ΕΣ (Vaughn, 1986a).

Ο Kavanagh (1992) ανασκόπησε 3 θεραπευτικές μελέτες και 23 νατουραλιστικές μελέτες παρακολούθησης των ασθενών μετά 9 έως 12 μήνες από το εξιτήριο. Οι 23 νατουραλιστικές μελέτες περιελάμβαναν συνολικά 1222 ασθενείς και τις οικογένειές τους και έδειξαν μέσο όρο υποτροπών 48% για τις οικογένειες υψηλού ΕΣ και 21% για τις χαμηλού ΕΣ οικογένειες. Μόνο 3 από τις 23 απέτυχαν να βρουν υψηλότερο ποσοστό υποτροπών στους ασθενείς που επέστρεφαν σε υψηλού ΕΣ οικογένειες. Επιπλέον, η αναλογία υποτροπών στις υψηλού ΕΣ ομάδες ελέγχου των τριών θεραπευτικών μελετών ήταν αξιοσημείωτα παρόμοιο με αυτό που βρέθηκε στις νατουραλιστικές μελέτες. Μεταγενέστερες μελέτες υποδεικνύουν ότι, οι συνέπειες του ΕΣ μπορεί να είναι μακροπρόθεσμες με διαφορές στα ποσοστά υποτροπών εμφανείς μετά 5 (Huguelet et al. 1995, Tarrrier et al. 1994) ακόμη και μετά 8 έτη (Tarrrier et al. 1994).

Η Liz Kuipers (1992), ανασκοπώντας τις Ευρωπαϊκές έρευνες του ΕΣ πάνω σε ποικίλους πληθυσμούς και καταστάσεις, καθώς και ο Kavanagh (1992) τις 23 έρευνες με πληθυσμούς σχιζοφρενών ασθενών, και ομοίως οι Bebbington & Kuipers (1994), όλοι καταλήγουν πως το ΕΣ είναι ένας ισχυρός προγνωστικός δείκτης της υποτροπής της σχιζοφρένειας, και η αξία του αυτή είναι διαπολιτισμική. Αντιθέτως, οι Parker & Hadzi-Pavlocic (1990) υποδεικνύουν ότι το μέγεθος της επίδρασης του ΕΣ φαίνεται να φθίνει στις πιο πρόσφατες μελέτες. Ωστόσο, σε μια πιο πρόσφατη μετα-ανάλυση 26 μελετών, οι Butzlaff & Hooley (1998) επανα-επιβεβαίωσαν την προγνωστική εγκυρότητα του ΕΣ. Υπέδειξαν ότι, η σχέση μεταξύ ΕΣ και υποτροπής ήταν ισχυρότερη στους χρόνιους ασθενείς και υπαινίχθησαν την πιθανότητα για κάποια γεωγραφική διακύμανση της σχέσης. Πρότειναν τέλος, ένα μορατόριο στην περαιτέρω έρευνα σ' αυτό το πεδίο, στην μελέτη δηλαδή ΕΣ και υποτροπής στην σχιζοφρένεια (Wearden et al., 2000).

### **5MSS – ΕΣ και πορεία της Σχιζοφρένειας**

Το 5MSS είναι ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εναλλακτικά εργαλεία μέτρησης του ΕΣ. Όπως, ωστόσο, θα περίμενε κανείς από ένα εργαλείο που έχει μέτρια συσχέτιση με την CFI, οι ενδείξεις για την προγνωστική εγκυρότητα του 5MSS είναι αμφίροπες (Hooley & Parker, 2006). Για παράδειγμα, οι Thompson et al. (1995) ανέφεραν ότι το 5MSS δεν προέβλεψε επιδείνωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων σε 33 άρρνες σχιζοφρενείς στον ένα χρόνο παρακολούθησης. Παρόμοια αρνητικά αποτελέσματα ανάμεσα σε 5MSS-ΕΣ και υποτροπή σε ψυχωτικούς ασθενείς έχουν επίσης αναφερθεί από τους Kurihara et al. (2000), Nugter (1997), Tattan & Tarrrier (2000), Uehara et al. (1997). Όταν, ωστόσο, οι Uehara et al. (1997) συμπεριέλαβαν στην ομάδα του υψηλού ΕΣ, συγγενείς που βαθμολογήθηκαν οριακά στο υψηλό σκορ, βρήκαν σημαντική συσχέτιση ανάμεσα σε 5MSS και υποτροπή των σχιζοφρενών ασθενών. Ως εκ τούτου, οι McGuire & Earls (1994) υπέθεσαν ότι η οριακή ομάδα είχε περισσότερα κοινά χαρακτηριστικά με την ομάδα υψηλού ΕΣ παρά με την ομάδα χαμηλού ΕΣ.

Από τα παραπάνω ευρήματα και λαμβάνοντας υπ' όψιν τη μελέτη των Jarbin et al. (2000) προτείνεται ότι, όταν το 5MSS χορηγείται παραπάνω από μια φορά στο υπό μελέτη δείγμα, και ληφθούν υπ' όψιν τα συνδυασμένα αποτελέσματα των δύο μετρήσεων και, ιδιαίτερα, εάν συμπεριληφθούν οι οριακές μετρήσεις στην υψηλού ΕΣ ομάδα, το 5MSS-ΕΣ έχει σημαντική προγνωστική εγκυρότητα σε σχέση με την υποτροπή στην σχιζοφρένεια (Hooley & Parker, 2006).

Η πιο σαφής υποστήριξη της προγνωστικής εγκυρότητας του 5MSS στην σχιζοφρένεια προκύπτει από μια μεγάλη μελέτη 93 Ισραηλιτών ασθενών με σχιζοφρένεια και 15 με σχιζο-συναισθηματική διαταραχή, των Marom et al. (2002, 2005), παρότι το κριτήριο της επανεισαγωγής στο νοσοκομείο, το οποίο χρησιμοποιούν στην εν λόγω μελέτη οι συγγραφείς ως μέτρο της κλινικής έκβασης, εγείρει μεθοδολογικά προβλήματα. Είναι πιθανόν, για παράδειγμα, οι συγγενείς υψηλού ΕΣ να επιδιώκουν ευκολότερα τη νοσηλεία του ασθενούς απ' ό,τι οι συγγενείς χαμηλού ΕΣ, αλλά και άλλες πρακτικές της εισαγωγής για νοσηλεία μπορεί να επηρεάσουν μια σειρά παραγόντων. Σε κάθε περίπτωση, τα δεδομένα των Marom et al. (2002,2005), υποδεικνύουν ότι 5MSS έχει κάποια προγνωστική εγκυρότητα για

ασθενείς με σχιζοφρένεια και καταστάσεις συνδεόμενες με σχιζοφρένεια (Hooley & Parker 2006, Wearden et al. 2000).

### **Μελέτες παρέμβασης στην οικογένεια**

Ενώ το ΕΣ επιδεικνύει μια σταθερότητα μέσα στο χρόνο (Hooley, 2007), είναι επίσης τροποποιήσιμο, και σχεδιάστηκαν για το λόγο αυτό επιτυχείς παρεμβάσεις για την μείωσή του (Miklowitz & Tompson 2003, Pharoah et al. 2010). Οι σχετικές μελέτες αφορούν σχεδόν κατ' αποκλειστικότητα παρεμβάσεις σε οικογένειες ενηλίκων σχιζοφρενών με στόχο τη μείωση του ΕΣ και την πρόληψη της υποτροπής. Εφαρμόστηκε μια ποικιλία μοντέλων παρέμβασης, τα οποία ταξινομούνται σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες: την ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση, την πολλαπλή θεραπεία οικογένειας, την συμπεριφεριολογική θεραπεία οικογένειας και, την συστημική θεραπεία οικογένειας (Τομαράς & Μαυρέας, 1990). Στα πλαίσια αυτά, περιλαμβάνοντο προσεγγίσεις όπως, η εκπαίδευση της οικογένειας γύρω από τη νόσο, η βελτίωση της επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια, η διδασκαλία δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, η διαχείριση της κρίσης, η βοήθεια προς τους ασθενείς και τους συγγενείς να μπορέσουν να εκφράσουν αρνητικά συναισθήματα με πιο επικοινωνιακούς τρόπους, συμπεριφεριολογικοί χειρισμοί και, η ανάπτυξη πιο ρεαλιστικών προσδοκιών σε σχέση με την κοινωνική λειτουργικότητα και τις επιδόσεις του ασθενούς (Amaresha & Venkatasubramanian 2012, Vaughn 1989). Υπήρχαν ωστόσο διαφοροποιήσεις σε άλλες παραμέτρους όπως: ο τύπος της θεραπείας, η 24ωρη διαθεσιμότητα επαγγελματία για την αντιμετώπιση μιας κρίσης, το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενούς, η διάρκεια και το περιεχόμενο του προγράμματος, ο έλεγχος της φαρμακευτικής αγωγής κ. α. (Hatfield et al., 1987).

Οι μελέτες που εστίασαν σε οικογένειες υψηλού ΕΣ και εφήρμοσαν τυχαιοποιημένο ερευνητικό σχέδιο (Falloon 1982 & 1987, Goldstein et al. 1978, Hogarty et al. 1986, Leff et al. 1982 & 1985, Tarrrier et al. 1988b) παρά τις διαφορές τους ως προς το θεωρητικό υπόστρωμα και τις τεχνικές που εφάρμοσαν, σημείωσαν σημαντική επιτυχία στην εκπλήρωση του στόχου τους: η μείωση των επιπέδων του ΕΣ των συγγενών φάνηκε να συνδέεται με σημαντική μείωση των ρυθμών υποτροπής στις οικογένειες παρέμβασης, συγκριτικά με τις οικογένειες που συμμετείχαν στις ομάδες ελέγχου, σε ένα διάστημα 6 έως 12 μήνες μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος. (Τομαράς & Μαυρέας 1990, Tomaras et al. 2000, Vaughn 1989). Το ευεργετικό αυτό αποτέλεσμα έδειξε να διατηρείται και σε διάστημα μακρότερης, διετούς παρακολούθησης, αν και στην έρευνα των (Hogarty et al., 1986) φαίνεται ότι προοδευτικά εξασθενεί. Κατά την άποψη του ίδιου του συγγραφέα, αυτό μπορεί να σημαίνει ότι η θεραπευτική παρέμβαση οικογένειας δεν αναστέλλει, απλώς επιβραδύνει την εκδήλωση των υποτροπών. Στην ίδια μελέτη των Hogarty et al. (1986) οι ερευνητές διατύπωσαν το συμπέρασμα πως, συγκριτικά με την ατομική παρακολούθηση των ασθενών που εφαρμόστηκε στην ομάδα ελέγχου, όταν εφαρμόζονται και τα δύο είδη ψυχο-κοινωνικών παρεμβάσεων μαζί (οικογενειακή ψυχοεκπαίδευση και εκπαίδευση του ασθενούς σε κοινωνικές δεξιότητες), τότε προκύπτουν τα καλύτερα αποτελέσματα στην μείωση των υποτροπών, και αυτό συσχετίζεται με την μείωση του ΕΣ των συγγενών.



Τα εμπειρικά ευρήματα της μελέτης των Leff et al. (1982, 1985) έδειξαν πως η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση στις οικογένειες πέτυχε να αλλάξει τα επίπεδα του ΕΣ στην πειραματική ομάδα, μειώνοντας σημαντικά την επικριτικότητα, και σε κάποιο βαθμό, όχι όμως στατιστικά σημαντικό, την ΣΥΕ. Στις οικογένειες που έγινε η παρέμβαση και μειώθηκε το ΕΣ ή/και η πρόσωπο-με-πρόσωπο επαφή των μελών, τα επίπεδα των υποτροπών ήταν σημαντικά χαμηλότερα. Μια επόμενη μελέτη των Leff et al. (1989) εξέτασε τις διαφορές ανάμεσα σε εκπαίδευση και οικογενειακή θεραπεία έναντι εκπαίδευσης και ομαδικής θεραπείας συγγενών. Και αυτοί επίσης δε βρήκαν σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο θεραπείες όσον αφορά τους ρυθμούς υποτροπής των ασθενών μέσα στο εννεάμηνο.

Οι Goldstein et al. (1978) διατυπώνοντας τα συμπεράσματα της μελέτης τους επισημαίνουν πως η συνδυαστική παρέμβαση οικογενειακής θεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής στο πειραματικό δείγμα, έναντι μόνης της φαρμακευτικής αγωγής στην ομάδα ελέγχου, πέτυχε να μειώσει τα επίπεδα των υποτροπών και να αυξήσει το διάστημα παραμονής των νέο-διαγνωσμένων πασχόντων με σχιζοφρένεια στο φυσικό περιβάλλον της κοινότητας. Η ομάδα των Tarrier et al. (1988b) παρατήρησε ότι, αν και γενικά συμβαίνουν αναστροφές του υψηλού ΕΣ σε χαμηλό, αυτές είναι συχνότερες και μεγαλύτερες στις υπο-ομάδες που δέχτηκαν οικογενειακή θεραπευτική παρέμβαση. Τα ευρήματα έδειξαν επίσης υπεροχή των οικογενειακών παρεμβάσεων συμπεριφορικού προσανατολισμού έναντι της κλασσικής ατομικής παρακολούθησης του ασθενούς, και επιπλέον την ανεπάρκεια της βραχείας εκπαιδευτικής παρέμβασης στην οικογένεια (2 συνολικά συνεδριών) να μειώσει από μόνη της τα επίπεδα των υποτροπών. Η ομάδα των Falloon et al. (1982, 1987) κατέγραψε επίσης μείωση της επικριτικότητας και της διεισδυτικότητας στην πειραματική ομάδα των συγγενών που εφαρμόστηκε συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας. Τα κύρια ευρήματα της μελέτης στους εννέα μήνες follow-up έδειξαν επιπλέον, πως τα επεισόδια σοβαρής έξαρσης της συμπτωματολογίας ήταν περισσότερο συχνά και μεγαλύτερης διάρκειας στους πάσχοντες της ομάδας ελέγχου που έλαβαν την κλασσική ατομική υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, έναντι της πειραματικής ομάδας.

Αρκετά εμπειριστατωμένες ανασκοπήσεις των συγκεκριμένων παρεμβάσεων έχουν γίνει από τους Kuipers & Bebbington (1988), Lam (1991), Kuipers (1992) και Kavanagh (1992). Τα κυριότερα ευρήματα από την μετα-ανάλυση και την ανασκόπηση των μελετών έδειξαν πως, η εκπαίδευση των οικογενειών από μόνη της έχει μέτρια μακροχρόνια επίδραση και, για να είναι αποτελεσματική χρειάζεται να αποτελεί συστατικό μιας περισσότερο σύνθετης παρέμβασης. Οι οικογενειακές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στην αύξηση της συμμόρφωσης στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, και της μείωσης των εισαγωγών στο νοσοκομείο. Τίποτα όμως στην μέχρι σήμερα βιβλιογραφία δεν υποδεικνύει πιο είδος παρέμβασης είναι το καλύτερο, ή ποιοι παράγοντες ή συνδυασμός παραγόντων υπεισέρχονται στην διαμόρφωση των θετικών ευρημάτων. Φαίνεται πως η καλύτερη κατανόηση της ψυχικής νόσου και η απόκτηση κάποιων δεξιοτήτων αντιμετώπισής της, μπορεί να βελτιώνουν την δυναμική της οικογένειας, και να μειώνουν τη ματαίωση και την τάση για κριτική. Πιο πρόσφατες μελέτες (Bentsen et al. 1998b, Wasserman et al. 2012) υποστηρίζουν ότι τα έντονα συναισθήματα ντροπής, ενοχής και αυτό-μομφής που νιώθουν κάποια πρόσωπα του οικογενειακού περιβάλλοντος επειδή έχουν ένα

σχιζοφρενή συγγενή προγιγνώσκουν υψηλό ΕΣ, και θα πρέπει συνεπώς να συμπεριληφθούν στο στόχο των οικογενειακών παρεμβάσεων. Ωστόσο, μια ενδιαφέρουσα μικρή μελέτη των Byalon et al. (1982) αναφέρει πως και μόνο οι ανεπίσημες επισκέψεις στο σπίτι, που προσφέρουν υποστήριξη, νοιάξιμο, και φροντίδα σε συγγενείς σοβαρά πασχόντων, μπορεί να μειώσουν σημαντικά τον ρυθμό των υποτροπών. Ενδεχομένως, το κοινό συστατικό των επιτυχημένων προγραμμάτων είναι η προσφορά υποστήριξης στην οικογένεια λένε οι Hatfield et al. (1987). Την άποψη αυτή αντικρούει η μελέτη των Vaughan et al. (1992), στην οποία οι 10 συνεδρίες συμβουλευτικής των γονέων δε μείωσαν σημαντικά τον βαθμό υποτροπών σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Οι συγγραφείς διευκρινίζουν, πως για να είναι αποτελεσματική μια παρέμβαση θα πρέπει να είναι εστιασμένη, να συμπεριλαμβάνει τον ασθενή, να έχει χρονική διάρκεια, και να εφαρμόζεται από εκπαιδευμένο προσωπικό σε διασύνδεση με την υπόλοιπη κλινική ομάδα. Η Kuipers (1992), στην ανασκόπηση της ερευνητικής εργασίας που έχει διεξαχθεί στην Ευρώπη πάνω στο ΕΣ καταλήγει στο ίδιο συμπέρασμα, πως δηλαδή για αποτελεσματικές παρεμβάσεις απαιτούνται κάποιες ελάχιστες προϋποθέσεις.

## ΕΣ και ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Δεδομένου ότι η αιτιολογία της κατάθλιψης, όπως και σε πολλές άλλες ψυχιατρικές διαταραχές παραμένει ασαφής, και περιορίζεται έτσι η χρήση πρωτογενών προληπτικών τεχνικών, η κατανόηση των παραγόντων που συνδέονται με τις υποτροπές της νόσου έχει προφανή αξία (Hooley et al., 1986). Στον τομέα αυτό υπάρχει αρκετή βιβλιογραφία όσον αφορά τους ενηλίκους καταθλιπτικούς ασθενείς. Οι υποτροπές της κατάθλιψής τους έχουν συνδεθεί με την διάρκεια της νόσου (Keller & Shapiro, 1981), την ηλικία του ασθενούς (Caboret et al., 1982) και, ιδιαίτερα με το κοινωνικό περιβάλλον (Brown & Harris, 1978), όπως εκφράζεται με τις παραμέτρους της συζυγικής δυσαρμονίας (Kerr et al., 1974), και με τα επίπεδα του ΕΣ μέσα στην οικογένεια. Ανάμεσα σε αυτούς τους παράγοντες, το ΕΣ είναι μια μεταβλητή με ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθότι έχει ήδη καθιερωθεί στην προϋπάρχουσα έρευνα ως αξιόπιστη παράμετρος σχετιζόμενη με την υποτροπή στην σχιζοφρένεια (Brown et al. 1972, Vaughn & Leff 1976b, Vaughn et al. 1984). Σε μια πιο πρόσφατη, ωστόσο, μετα-ανάλυση, αυτή των Butzlaff & Hooley (1998) φάνηκε ότι οι συνέπειες οι συνδεόμενες με το ΕΣ μπορεί να είναι ακόμη μεγαλύτερες στην κατάθλιψη και στα προβλήματα διατροφής απ' ό,τι στη σχιζοφρένεια. Η αξία του λοιπόν έγκειται στο ότι μπορεί να έχει προγνωστική χρησιμότητα σε περισσότερες της μιας ψυχιατρικές ομάδες, αλλά και στο γεγονός ότι είναι τροποποιήσιμη παράμετρος και μπορεί κατά συνέπεια να φανεί χρήσιμη στην πρόληψη της ψυχιατρικής υποτροπής.

Η πρώτη αναφορά γύρω από την σχέση ανάμεσα σε ΕΣ και υποτροπή της καταθλιπτικής νόσου βρίσκεται στην μελέτη των Vaughn & Leff (1976b) πάνω στην σχιζοφρένεια και τη νευρωτική κατάθλιψη. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι, οι συγγενείς των καταθλιπτικών ασθενών ήσαν εξ' ίσου κριτικοί όσο και αυτοί των σχιζοφρενών ασθενών, αλλά υπήρχε μια ουσιαστική απουσία της ΣΥΕ στους συγγενείς των καταθλιπτικών. Αυτό το εύρημα μπορεί να αποδοθεί στον τύπο των σχέσεων: στην ομάδα των καταθλιπτικών υπήρχε μικρότερο ποσοστό γονέων (οι 28 από τους 30 ασθενείς ζούσαν με τον/την σύζυγο) απ' ό,τι στην ομάδα των σχιζοφρενών.

Επίσης, στη μελέτη αυτή, η χρήση του συμβατικού κατώτατου ορίου για τα κριτικά σχόλια (6 κριτικά σχόλια) δεν κατέληξε σε σημαντικές διαφορές όσον αφορά τους βαθμούς υποτροπών ανάμεσα στις ομάδες υψηλού και χαμηλού ΕΣ. Όταν όμως υιοθετήθηκε ως κατώτατο όριο τα δύο κριτικά σχόλια, τότε προέκυψε μια σημαντική διαφορά, με 67% υποτροπές στην ομάδα υψηλού ΕΣ σε αντιδιαστολή με 22% στην ομάδα χαμηλού ΕΣ. Χαμηλά επίπεδα φυσικής επαφής ανάμεσα στον ασθενή και στον συγγενή δεν φάνηκε να προστατεύουν τον ασθενή, όπως καταδείχτηκε στην ομάδα των σχιζοφρενών. Υπήρξε, ωστόσο, μια συσχέτιση ανάμεσα σε χαμηλή φυσική επαφή και κριτική, ανεξαρτήτως των υποτροπών, η οποία ερμηνεύτηκε ως ένδειξη κακής προνοσηρής σχέσης του ζευγαριού (Leff & Vaughn, 1985). Λόγω του μικρού δείγματος δεν κατέστη δυνατόν να διερευνηθεί η προστατευτική δράση της φαρμακευτικής αγωγής στους ασθενείς που ζούσαν με υψηλού ΕΣ συγγενείς.

Μια δεκαετία αργότερα, οι Hooley, Orley & Teasdale (1986) επανέλαβαν τη μελέτη στην Οξφόρδη, με 39 νοσηλευόμενους, έγγαμους ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη, ηλικίας από 20 έως 70 ετών ( $M=47,6$ ). Κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους, δόθηκε στους/στις συζύγους τους η CFI για την εκτίμηση του ΕΣ, ενώ οι ίδιοι οι ασθενείς εκτιμήθηκαν ψυχιατρικά στους 3 και στους 6 μήνες μετά το εξιτήριό τους. Τα ποσοστά υποτροπών (51%) και επανεισαγωγών (18%) προσέγγιζαν αυτά που προέκυψαν στη μελέτη των Vaughn & Leff (1976b), 53% και 23% αντιστοίχως. Από τους 8 ασθενείς που ζούσαν με συζύγους χαμηλού ΕΣ δεν υποτροπίασε κανείς, ενώ από τους 31 ασθενείς που ζούσαν με συζύγους υψηλού ΕΣ υποτροπίασαν οι 20 (65%). Όπως κατέδειξε συνεπώς η μελέτη, το επίπεδο του ΕΣ των συζύγων έδειξε σημαντική συσχέτιση με την ψυχιατρική νοσηρότητα των ασθενών κατά το 9μηνο μετά το εξιτήριό τους: ασθενείς που ζούσαν με συζύγους υψηλού ΕΣ είχαν φτωχότερη πρόγνωση από εκείνους που ζούσαν με συζύγους χαμηλού ΕΣ. Μια Ιαπωνική μελέτη των (Uehara et al., 1996) εξέτασε την σχέση ανάμεσα σε 5MSS-ΕΣ και την 6μηνη έκβαση σε 40 εξωτερικούς ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα υπέδειξαν δύο ισχυρούς προγνωστικούς δείκτες που σχετίζονται με την παράταση των καταθλιπτικών επεισοδίων: το προηγούμενο ιστορικό μείζονος κατάθλιψης και το επίπεδο της κριτικής. Η κλίμακα της ΣΥΕ, όπως και στην μελέτη των Vaughn & Leff (1976b) δεν έδειξε προγνωστική αξία. Τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών επαναλαμβάνουν την προηγούμενη εργασία των Vaughn & Leff (1976b) και ενισχύουν την υπόθεση ότι το ΕΣ είναι μια μεταβλητή με προγνωστική εγκυρότητα τόσο στην σχιζοφρένεια όσο και στην κατάθλιψη.

Η μελέτη των Hooley, Orley & Teasdale (1986) έδειξε επίσης, όπως θα περίμενε κανείς, ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς τείνουν να υποτροπιάζουν σε χαμηλότερα επίπεδα κριτικής απ' ό,τι οι σχιζοφρενείς. Όπως προαναφέρθηκε, στη μελέτη των Vaughn & Leff (1976b) ο πιο σαφής διαχωρισμός ανάμεσα στην ομάδα που υποτροπίασε και σε αυτήν που δεν υποτροπίασε προέκυψε όταν χρησιμοποιήθηκε το κατώτατο όριο των 2 κριτικών σχολίων στον προσδιορισμό του ΕΣ. Στη μελέτη των Hooley, Orley & Teasdale παρότι το όριο αυτό συσχετίστηκε επίσης με τις υποτροπές (59% υποτροπές στην ομάδα υψηλού ΕΣ), ο πιο σαφής διαχωρισμός των δύο ομάδων προέκυψε όταν χρησιμοποιήθηκε το κατώτατο όριο των 3 κριτικών σχολίων (65% υποτροπές στην ομάδα υψηλού ΕΣ). Η διαφορά ανάμεσα στα κατώτατα όρια των κριτικών σχολίων στις δύο μελέτες είναι ελάχιστη, επιβεβαιώνοντας ξανά τα εν λόγω αποτελέσματα, ότι δηλαδή οι καταθλιπτικοί

ασθενείς υποτροπιάζουν σε χαμηλότερα επίπεδα κριτικής απ' ό,τι οι σχιζοφρενείς, για τους οποίους το καταλληλότερο κατώτατο σκορ είναι τα 6 (Vaughn & Leff, 1976b) ή τα 7 (Brown et al., 1972) κριτικά σχόλια. Η διάρκεια της φυσικής επαφής, όπως και κλινικές και δημογραφικές μεταβλητές φάνηκε πάλι να μη σχετίζονται σημαντικά με την υποτροπή, ενώ δεν κατέστη δυνατόν να εκτιμηθούν οι επιπτώσεις της συνεπούς φαρμακευτικής αγωγής, διότι τα δεδομένα σ' αυτόν τον τομέα ήσαν αναξιόπιστα.

Ερμηνεύοντας τα παραπάνω ευρήματα, και στις δύο ερευνητικές μελέτες διατυπώθηκε η υπόθεση, ότι οι καταθλιπτικοί είναι κατά κάποιο τρόπο πιο ευαίσθητοι στην κριτική απ' ό,τι οι σχιζοφρενείς, χωρίς όμως να αποσαφηνίζεται η ακριβής φύση αυτής της αυξημένης ευαισθησίας. Οι Wearden et al. (2000) επιχειρούν στο άρθρο τους να προσεγγίσουν αυτό το ζήτημα, παρέχοντας μια θεωρητική βάση από το γνωσιακό μοντέλο της κατάθλιψης. Σύμφωνα με αυτό, οι καταθλιπτικοί άνθρωποι έχουν την τάση, αρνητικά γεγονότα της ζωής να τα αποδίδουν στον εαυτό τους (Brewin, 1985). Όταν κριτικοί συγγενείς αποδίδουν και αυτοί με τη σειρά τους αρνητικά γεγονότα σε εσωτερικούς παράγοντες του ασθενούς, τότε ενισχύουν τις πεποιθήσεις του και κατά συνέπεια την ευαισθησία και την απαντητικότητα του στα κριτικά σχόλια των συγγενών. Στην πρότυπη μελέτη τους, οι Hooley et al. (1986), έθεσαν το ερώτημα μήπως η φαινομενική ευαισθησία των καταθλιπτικών έχει να κάνει με το ποιος ασκεί την κριτική. Μήπως, με άλλα λόγια, η διαφορά στον ουδό της κριτικής ανάμεσα σε σχιζοφρενείς και καταθλιπτικούς ασθενείς αντανακλά περισσότερο την οικογενειακή κατάσταση και λιγότερο την ψυχιατρική διάγνωση των ασθενών. Διότι ενώ στην περίπτωση των σχιζοφρενών ο σημαντικός συγγενής είναι εξίσου πιθανό να ήταν σύζυγος ή γονέας, στις υπό συζήτηση μελέτες (Hooley et al. 1986, Vaughn & Leff 1976b) σχεδόν όλοι οι καταθλιπτικοί ζούσαν και υφίσταντο κριτική από τους συζύγους τους. Έτσι, η απάντηση στο ερώτημα της ευαισθησίας των καταθλιπτικών απέναντι στην κριτική αναζητήθηκε και στην πηγή της ασκούμενης κριτικής. Είναι πιθανό, η κριτική από έναν σύζυγο να είναι πιο ψυχοπιεστική για τον ασθενή απ' ό,τι η κριτική από έναν γονέα, καθότι το ενδεχόμενο του χωρισμού μπορεί να προκαλεί αίσθημα ανασφάλειας και φόβους απώλειας της αγάπης. Αντιθέτως, ο γονεϊκός δεσμός σπάνια σπάει και, ανεξαρτήτως του τι κάνει το παιδί, οι γονείς παραμένουν γονείς (Hooley et al. 1986, Jacobson et al. 1980, 1982). Με βάση αυτές τις διαπιστώσεις οι Hooley et al. (1986) διατύπωσαν την υπόθεση ότι, εάν επιχειρείτο μια νέα ανάλυση της μελέτης των Vaughn & Leff (1976) που αφορούσε σχιζοφρενείς ασθενείς, δεν αποκλείεται η ουδός για την συνολική ομάδα να παρέμενε μεν στα έξι ή επτά κριτικά σχόλια, για τους ασθενείς όμως που διέμεναν με συζύγους να αποκαλυπτόταν ένα κατώτατο όριο πλησιέστερο σε εκείνο της ομάδας των καταθλιπτικών ασθενών.

Ο Hooley (1986) διερευνώντας περαιτέρω αυτό το ζήτημα, μελέτησε στο ίδιο δείγμα τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ ασθενών και συζύγων υψηλού, έναντι χαμηλού ΕΣ, λαμβάνοντας υπ' όψιν του τη συμπεριφορά και των δύο μελών σε κάθε ζεύγος. Στην ουσία, δηλαδή, εξέτασε την πιθανότητα ορισμένα χαρακτηριστικά του ασθενούς να εκλύουν υψηλά επίπεδα ΕΣ στους συγγενείς. Σε αυτή την περίπτωση ενισχύεται η άποψη ότι το ΕΣ αντανακλά μάλλον κάποια σημασία για το αλληλεπιδραστικό σύστημα ασθενούς-συγγενούς ως σύνολο, και δεν περιγράφει απλά και μόνο την συμπεριφορά του συγγενούς. Στα αποτελέσματά του, οι σύζυγοι υψηλού ΕΣ βρέθηκαν περισσότερο αρνητικοί απέναντι στους καταθλιπτικούς συμβίους τους,

τόσο με λεκτικούς όσο και με εξω-λεκτικούς τρόπους. Έκαναν περισσότερες κριτικές παρατηρήσεις, διαφωνούσαν συχνότερα με αυτούς, και δεχόντουσαν δυσκολότερα αυτό που τους έλεγαν. Οι ίδιοι οι ασθενείς, ωστόσο, στην αλληλεπίδραση με τους υψηλού ΕΣ συζύγους τους, δεν ήταν σημαντικά πιο αρνητικοί απ' ό,τι η ομάδα χαμηλού ΕΣ συζύγων (ούτε βαθμολογούσαν περισσότερο αρνητικά τη συμπεριφορά των υψηλού ΕΣ συζύγων τους). Αντιθέτως, το υψηλό επίπεδο ΕΣ συζύγων βρέθηκε να συσχετίζεται με χαμηλή συχνότητα αυτό-έκφρασης, με παθητικότητα, και με υψηλά επίπεδα ουδέτερης εξω-λεκτικής συμπεριφοράς των ασθενών. Διαπιστώθηκαν εν τέλει αρκετές διαφορές ανάμεσα στη συμπεριφορά των υψηλού-και χαμηλού-ΕΣ ζευγαριών, παρέχοντας έτσι υποστήριξη στην εγκυρότητα της βαθμολόγησης του ΕΣ. Ο συγγραφέας προτείνει, μεταξύ των άλλων, να διερευνηθεί περαιτέρω η σταθερότητα αυτών των αλληλεπιδραστικών προτύπων μέσα στον χρόνο, όταν παράλληλα τα επίπεδα του ΕΣ είναι σταθερά.

Πάνω στην ίδια προβληματική, οι Jacobson et al. (1980, 1982), επιβεβαίωσαν στις μελέτες τους πως, όταν υπάρχει συζυγική δυσαρμονία ("marital distress"), η κριτική από τον/την σύζυγο έχει μεγαλύτερη επίδραση στους ασθενείς. Λίγο αργότερα, οι Hooley & Teasdale (1989), εξέτασαν σε δείγμα 42 νοσηλευομένων καταθλιπτικών ασθενών τόσο την προγνωστική εγκυρότητα του ΕΣ, όσο και τη συζυγική δυσαρμονία (Dyadic Adjustment Scale) και τις αντιλήψεις του ασθενούς σε σχέση με την κριτική του/της συζύγου του (Visual Analog Scale). Και οι τρεις αυτές ψυχοκοινωνικές μεταβλητές βρέθηκε να συσχετίζονται σημαντικά με την υποτροπή της νόσου μέσα στο 9μηνο παρακολούθησης των ασθενών. Το ΕΣ και η συζυγική δυσαρμονία έδειξαν τις ίδιες περίπου αναλογίες (13%-14%) στην πρόγνωση της έκβασης, ενώ μόνη της η μεταβλητή του τρόπου με τον οποίο ο ασθενής αντιλαμβάνεται την κριτική του/της συζύγου έδειξε να είναι ο υψηλότερος προγνωστικός δείκτης υποτροπών (38%), σε σχέση με τις άλλες δύο. Οι Florin et al. (1992) σχεδίασαν μια μελέτη για να εκτιμήσουν το ΕΣ όχι μόνο των συζύγων καταθλιπτικών ασθενών, αλλά και των ίδιων των ασθενών, υποδεικνύοντας το ενδεχόμενο το ΕΣ να είναι ένα αλληλεπιδραστικό φαινόμενο που θα πρέπει να μελετάται αμφίδρομα μέσα στις οικογένειες των ασθενών. Στη μελέτη τους εξέτασαν επίσης τη σχέση ανάμεσα στο ΕΣ και στην σοβαρότητα της κατάθλιψης και συνέκριναν τον επιπολασμό του υψηλού ΕΣ ανάμεσα στο δείγμα και την ομάδα ελέγχου. Στο δείγμα συμμετείχαν 17 καταθλιπτικοί ασθενείς με τους/τις συζύγους του και στην ομάδα ελέγχου 20 ζευγάρια. Για την εκτίμηση του ΕΣ χορηγήθηκε το 5MSS και για την κατάθλιψη το Beck Depression Inventory (BDI). Στα αποτελέσματα βρέθηκε το υψηλό ΕΣ σημαντικά πιο συχνό στους ίδιους τους καταθλιπτικούς ασθενείς και στους/στις συζύγους τους απ' ό,τι στα ζευγάρια της ομάδας ελέγχου. Υπήρχε επίσης σημαντική σχέση ανάμεσα στο ΕΣ του ασθενούς και του/της συζύγου. Τέλος, το υψηλό ΕΣ στο ζευγάρι αντιστοιχούσε σημαντικά με υψηλή BDI βαθμολογία του ασθενούς. Στο τελευταίο αυτό εύρημα των Florin et al. (1992) ο Goldstein (1992) σχολιάζει ότι το υψηλό ΕΣ του ζευγαριού είναι εξ' ίσου πιθανό για τους ασθενείς που βρίσκονται πάνω ή κάτω από το κατώτατο σκορ στο BDI. Ενώ δηλαδή, η σοβαρή κατάθλιψη απουσιάζει μόνο στα χαμηλού ΕΣ ζευγάρια, από την άλλη το υψηλό ΕΣ ζευγαριού δεν συναντιέται αποκλειστικά στις περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης. Το αποτέλεσμα αυτό επαναφέρει το ερώτημα, γιατί ορισμένα συζυγικά συστήματα με έναν από τους δύο σε κατάθλιψη καταλήγουν σε στάσεις και

συμπεριφορές αμοιβαίου ΕΣ και άλλα όχι. Οι συγγραφείς Florin et al. (1992) πάντως καταλήγουν πως, ενώ δεν αμφισβητείται η προγνωστική εγκυρότητα του ΕΣ των σημαντικών συγγενών (συζύγων στην προκειμένη περίπτωση), θα άξιζε η περαιτέρω διερεύνηση του βαθμού στον οποίο το ΕΣ των ίδιων των ασθενών προοιωνώσκει την πορεία της κατάθλιψής τους. Προτείνουν επίσης μαζί με το ΕΣ των ασθενών να συνεκτιμάται και η παρούσα ψυχική τους κατάσταση.

Οι μελέτες των Leff et al. (1982) και Stirling et al. (1993) έδειξαν πως το παρατεινόμενο υψηλό ΕΣ φαίνεται να είναι ένας σημαντικός διαμεσολαβητικός παράγοντας στην υποτροπή της σχιζοφρένειας. Στην περίπτωση της κατάθλιψης, πρώτοι οι Hayhurst et al. (1997) εξέτασαν την σταθερότητα του ΕΣ μέσα στο χρόνο σε σχέση με την πορεία της νόσου. Παρακολούθησαν 39 καταθλιπτικούς ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη και τους/τις συζύγους τους για μια περίοδο ενός χρόνου. Η νόσος εκτιμήθηκε με τα εργαλεία Research Diagnostic Criteria και Hamilton Depression Rating Scale, ενώ για την εκτίμηση του ΕΣ χορηγήθηκε η CFI. Εξετάστηκαν: α) οι σχέσεις ανάμεσα σε ΕΣ και την έκβαση της κατάθλιψης, β) οι αλλαγές του ΕΣ μέσα στον χρόνο και η συσχέτισή του με την πορεία της κατάθλιψης και γ) το περιεχόμενο της εκφραζόμενης κριτικής από τους συγγενείς και οι απόψεις τους γύρω από τη νόσο του ασθενούς. Η μελέτη αυτή δεν επιβεβαίωσε προηγούμενα ευρήματα, ότι υψηλά επίπεδα κριτικής των συζύγων προοιωνώσκουν υποτροπή μετά την ανάρρωση των ασθενών από μείζονα κατάθλιψη. Τα αρνητικά αυτά ευρήματα συμφωνούν με τα αποτελέσματα μιας ευρύτερης μελέτης των Ramana et al. (1995) και Paykel et al. (1996) και με την μελέτη πάνω στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και την έκβαση της κατάθλιψης των Andrew et al. (1993). Οι συγγραφείς αποδίδουν τα αρνητικά ευρήματα των εν λόγω ερευνών στα χαρακτηριστικά του δείγματος. Συμπεριελήφθησαν ασθενείς, οι οποίοι είχαν σοβαρή και υποτροπιάζουσα κατάθλιψη, μη ανταποκρινόμενη στην φαρμακευτική αγωγή, σε σύγκριση με τους ασθενείς που μελετήθηκαν στις πρωτοπόρες έρευνες της δεκαετίας του '70 και του '80. Πιθανόν λοιπόν, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση σε λιγότερο σοβαρή νόσο να μην επενεργούν σε τόσο σοβαρά καταθλιπτικούς ασθενείς. Διαπίστωσαν ωστόσο, ότι όταν τα επεισόδια της νόσου διαχωρίζονταν από σαφείς περιόδους βελτίωσης, η κριτική που ασκείτο κατά την οξεία φάση της νόσου εξαφανιζόταν με την υποχώρηση των συμπτωμάτων. Όταν όμως η νόσος έπαιρνε μια χρόνια μορφή με υπολειπόμενα συμπτώματα, τότε τα επίπεδα της κριτικής παρέμεναν υψηλά. Ενώ, λοιπόν, τα επίπεδα της νόσου και της κριτικής είχαν παράλληλη διακύμανση, εκείνο που ήταν ουσιώδους σημασίας ήταν το επίπεδο των συνεχιζόμενων υπολειπόμενων συμπτωμάτων. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι η χρονίζουσα κατάθλιψη προκαλεί δυσφορία και κριτική. Ο κρίσιμος παράγοντας στην σχέση ανάμεσα στη νόσο και στην κριτική φάνηκε να είναι η κατανόηση από την πλευρά του συγγενούς της φύσης της κατάθλιψης και η διαφοροποίηση της "νόσου" από το ίδιο το άτομο.

Μια πιο πρόσφατη μελέτη των Hinrichsen & Pollack (1997), χρησιμοποιώντας το 5MSS, διερεύνησε το ΕΣ σε σχέση με την έκβαση της μείζονος κατάθλιψης 54 ηλικιωμένων νοσηλευομένων ασθενών, εκ των οποίων παρακολούθηθηκαν οι 47. Στο σύνολο του δείγματος, το ΕΣ δε βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με την έκβαση της νόσου. Υπήρχε, ωστόσο, ένας συσχετισμός ανάμεσα στο ΕΣ και στην σχέση του συγγενούς με τον ασθενή. Εάν ο

συγγενής ήταν ένα ενήλικο παιδί τότε το υψηλό ΕΣ προέβλεπε υψηλούς ρυθμούς υποτροπών και χαμηλότερους ρυθμούς πλήρους και σταθερής ανάρρωσης. Τέτοιος συσχετισμός δε φάνηκε στις περιπτώσεις που ο συγγενής ήταν σύζυγος, σε αντίθεση με τα ευρήματα των Jacobson et al. (1980, 1982) και Hooley et al. (1986). Η διάσταση των ευρημάτων μπορεί να αναζητηθεί στα υπό μελέτη δείγματα. Στις μελέτες των Jacobson et al. (1980, 1982) και Hooley et al. (1986) οι ερωτηθέντες συγγενείς ήταν γονείς ή σύζυγοι. Στο δείγμα της μελέτης των Hinrichsen & Pollack (1997) οι νοσηλεύόμενοι ασθενείς ήταν ηλικιωμένοι και οι ερωτηθέντες συγγενείς ήταν τα ενήλικα παιδιά τους ή ηλικιωμένοι επίσης σύζυγοι. Μπορούμε να φανταστούμε τους ηλικιωμένους ασθενείς να είναι πιο ευαίσθητοι στην κριτική των παιδιών τους, διότι σε αυτές τις περιπτώσεις ο φυσικοί ρόλοι έχουν αντιστραφεί, και τα παιδιά γίνονται οι φροντιστές των γονέων τους.

Ενώ η έρευνα πάνω στη σχέση ΕΣ και μονοπολικής κατάθλιψης υποδεικνύει σαφώς κάποια συσχέτιση ανάμεσα σε ΕΣ και υποτροπή (βλέπε μετα-ανάλυση των Butzlaff & Hooley, 1998), τόσο στην ερμηνεία των ήδη υπάρχουσών μελετών όσο και στον σχεδιασμό των μελλοντικών θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν οι πρόσφατες πρόοδοι πάνω στον προσδιορισμό των εννοιών της υποτροπής, της επανεμφάνισης, της ύφεσης και της ανάρρωσης στην κατάθλιψη (Frank et al. 1991, Wearden et al 2000).

Η έρευνα του ΕΣ έχει συμπεριλάβει ασφαλώς και διπολικούς καταθλιπτικούς ασθενείς. Οι Miklowitz et al. (1988) παρακολούθησαν 23 διπολικούς ασθενείς, οι οποίοι είχαν νοσηλευθεί για μανιακό επεισόδιο. Εκτιμήθηκαν το ΕΣ (με κατώτατο όριο κριτικών σχολίων το 6) και το Συναισθηματικό Στυλ (ΣΣ), μια εναλλακτική κλίμακα, η οποία συχνά συνυπάρχει με το ΕΣ και κωδικοποιεί συγκεκριμένες αλληλεπιδράσεις στην οικογένεια. Και οι δύο δείκτες προέβλεψαν επακόλουθες υποτροπές και μάλιστα έδειξαν έναν συσχετισμό μεταξύ τους. Ασθενείς από οικογένειες χαμηλού ΕΣ έτειναν να υποτροπιάζουν μόνο όταν η οικογένεια βαθμολογείτο ως αρνητικού-ΣΣ. Παρομοίως, ασθενείς από ήπιου-ΣΣ οικογένειες υποτροπιάζαν συχνότερα όταν ο συγγενής βαθμολογείτο ως υψηλού ΕΣ. Ασθενείς από οικογένειες χαμηλής βαθμολογίας και στις δύο παραμέτρους είχαν πολύ χαμηλά ποσοστά υποτροπών (17%), ενώ ασθενείς με αρνητική βαθμολογία σε οποιαδήποτε από τις δύο είχαν πολύ υψηλά ποσοστά υποτροπών (94%). Οι Priebe et al. (1989) μελέτησαν ένα δείγμα 21 διπολικών ασθενών σε χημειοπροφύλαξη με λίθιο, υιοθετώντας τα 2 κριτικά σχόλια ως κατώτατο όριο για τον προσδιορισμό του υψηλού ΕΣ. Εξέτασαν την πορεία της νόσου τόσο αναδρομικά όσο και προοπτικά. Ασθενείς από οικογένειες υψηλού ΕΣ ήταν περισσότερο ασταθείς κλινικά τόσο κατά την 3-χρονη περίοδο πριν την εκτίμηση όσο και κατά το ακόλουθο 6-μηνο.

Σε μια σχετικά πρόσφατη Αιγυπτιακή έρευνα των Okasha et al. (1994) μελετήθηκαν 32 ενδονοσοκομειακοί ασθενείς με μονοπολική και διπολική κατάθλιψη. Στους συγγενείς χορηγήθηκε μια αραβική εκδοχή της CFI για την εκτίμηση του ΕΣ, ενώ εξετάστηκε επίσης η αντίληψη του ασθενούς για την κριτική της οικογένειας ("perceived criticism"). Τα αποτελέσματα της μελέτης επιβεβαίωσαν ότι το ΕΣ, και ιδιαίτερα η κλίμακα της κριτικής, είναι επίσης σημαντικοί δείκτες υποτροπών και σε ασθενείς μιας Ανατολικής κουλτούρας. Ωστόσο, η διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες όσον αφορά τις υποτροπές ήταν σημαντική όταν ως κατώτερο όριο κριτικών σχολίων χρησιμοποιήθηκε το 7, πολύ μεγαλύτερο από το 2

που προέκυψε στις Δυτικές μελέτες. Οι συγγραφείς, ερμηνεύοντας τα ευρήματά τους, συμπεραίνουν πως, παρότι το ΕΣ είναι ένας προγνωστικός δείκτης, θα πρέπει να εκτιμάται με περίσκεψη, λαμβάνοντας υπ' όψιν πολιτισμικούς παράγοντες, οικογενειακά δυναμικά σχέσεων και αλληλεπιδραστικά πρότυπα. Οι Hooley & Miklowitz (1995) εκτιμούν ότι πολιτισμικοί και μεθοδολογικοί παράγοντες ενέχονται στην διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων των Okasha et al. (1994), ενώ οι Wearden et al. (2000) καταλήγουν ότι το μικτό δείγμα ασθενών της εν λόγω μελέτης καθιστά δύσκολη την ερμηνεία των ευρημάτων της. Οι τελευταίοι προτείνουν η έρευνα να διεξάγεται μάλλον σε ομοιογενή δείγματα, με κριτήρια που θα ορίζουν σαφώς το επεισόδιο της νόσου και την πορεία της ανάρρωσης από αυτό. Ένας ακόμη λόγος που συνηγορεί υπέρ αυτής της άποψης είναι ότι δεν υπάρχει συναίνεση γύρω από το κατώτατο όριο της κλίμακας της κριτικής που θα αποδοθεί στο υψηλό ΕΣ στις περιπτώσεις που μελετάται η κατάθλιψη γενικώς και οι διαφορετικές νοσολογικές υπο-κατηγορίες ειδικότερα.

#### ΕΣ και άλλες ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ και ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ενηλίκων ασθενών

Η μελέτη του ΕΣ της οικογένειας εξαπλώθηκε γρήγορα σε διαφορετικούς κλινικούς πληθυσμούς, όπως στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Chambless & Steketee 1999), την αγοραφοβία (Chambless & Steketee 1999), την ψυχογενή ανορεξία (Szmukler et al. 1985), τη νοητική καθυστέρηση (Greedharry 1987), την άνοια (Orford et al. 1987), την επιληψία (Hodes et al. 1999, Otero & Hodes 2000), τις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (Vaughn et al. 1999), την τραυματική εγκεφαλική βλάβη (Alway et al. 2012, Flanagan 1998). Στις περισσότερες μελέτες έχει βρεθεί σχέση μεταξύ των εκφραζόμενων συναισθημάτων της οικογένειας και της υποτροπής των ασθενών.

Μελετήθηκε ευρέως στις διαταραχές διατροφής (Hodes & Le Grange, 1993), και ιδιαίτερα στην ψυχογενή ανορεξία και στην ψυχογενή βουλιμία (Blair et al. 1995, Medina-Pradas et al. 2011, Moulds et al. 2000, Rodriguez Santos & Vaz Lear 2006, Szmukler et al. 1985, Van Furth 1991) οι οποίες συνδέονται θεωρητικά με την δυναμική της οικογένειας (Bruch 1973, 1987, Minuchin et al. 1978, Selvini Palazzoli 1978, Williams 1997). Η πρώτη μελέτη ήταν αυτή των Szmukler et al. (1985), οι οποίοι μελέτησαν το CFI-ΕΣ των γονέων 51 νοσηλευόμενων ασθενών με ψυχογενή ανορεξία ή ψυχογενή βουλιμία. Οι ερευνητές διαπίστωσαν πως, το υψηλό ΕΣ (ιδιαίτερα τα κριτικά σχόλια), η ψυχογενής βουλιμία, και ο τύπος της θεραπευτικής παρέμβασης (οικογενειακή ή ατομική) αλληλεπιδρούν με κάποιο τρόπο στο αποτέλεσμα της διακοπής της θεραπείας των ασθενών. Διαπίστωσαν επίσης, ότι οι μετρήσεις της κριτικής και της εχθρότητας ήταν πολύ χαμηλότερες από αυτές των δειγμάτων σχιζοφρενών ασθενών (Vaughn & Leff, 1976a). Με την τελευταία διαπίστωση συμφωνεί και η μελέτη των Santos & Vaz Leal (2005) στην Ισπανία. Την συσχέτιση υψηλού μητρικού ΕΣ και κακής θεραπευτικής έκβασης επιβεβαιώνει και ο Van Furth (1991) στην Ουτρέχτη της Ολλανδίας, σε ένα δείγμα 46 οικογενειών ανορεκτικών και βουλιμικών ασθενών, όπου για την μέτρηση του ΕΣ των γονέων χρησιμοποίησε την CFI και το 5MSS. Άλλοι ερευνητές (Fischmann-Havstad & Marston 1984, Flanagan & Wagner 1991) μελέτησαν το ΕΣ των συγγενών



παχύσαρκων ασθενών και βρήκαν τις υψηλές τιμές να σχετίζονται με την μη συμμόρφωση των ασθενών στο διαιτητικό τους πρόγραμμα.

Τα ευρήματα των ερευνών πάνω στις διαταραχές διατροφής είναι περισσότερο πολύπλοκα, και οι μετρήσεις στην κλίμακα της κριτικής βρέθηκαν χαμηλότερες απ' ό,τι στις έρευνες της σχιζοφρένειας και της κατάθλιψης (Wearden et al., 2000). Οι Hodes & Le Grange (1992) υποθέτουν πως αυτό οφείλεται στις αμφιθυμικές στάσεις των γονέων απέναντι στις προσπάθειες του ασθενούς να ελέγξει το βάρος του. Οι Wearden et al. (2000) υποθέτουν πως οι διαφορετικές μετρήσεις σχετίζονται πιθανόν με την φυσική πορεία της κάθε διαταραχής. Οι συγγενείς, δηλαδή, γίνονται πιθανόν πιο επικριτικοί απέναντι σε νόσους με έντονες εξάρσεις, όπως στη σχιζοφρένεια και στην κατάθλιψη, σε αντίθεση με αυτές που έχουν μια χρόνια και σταθερή πορεία. Φαίνεται πάντως πως υπάρχουν συσχετισμοί ανάμεσα σε υψηλότερες μετρήσεις ΕΣ και διακοπή της θεραπείας και, ανάμεσα σε υψηλότερο ΕΣ (προσδιοριζόμενου βάσει ποικίλων κατώτατων ορίων των κριτικών σχολίων) και χειρότερη έκβαση. Επιπλέον, όπως σημειώνουν οι Le Grange et al. (1992), στις διαταραχές διατροφής η κατεύθυνση της αιτιολογικής συσχέτισης ανάμεσα σε ΕΣ και συμπτωματολογία είναι ασαφής.

Η CFI τροποποιήθηκε και χρησιμοποιήθηκε σε συγγενείς ασθενών πασχόντων από διαταραχή μετατραυματικού stress, όπου το ΕΣ μετρήθηκε με ικανοποιητική αξιοπιστία (Tarrier, 1996). Σε μεταγενέστερη μελέτη των Tarrier et al. (1999) οι κλίμακες της εχθρότητας και της κριτικής βρέθηκαν ως οι μόνες μεταβλητές που σχετίζονταν με την έκβαση της θεραπείας της διαταραχής.

Οι Peter & Hand (1988) μελέτησαν το ΕΣ ζευγαριών, όπου ο ένας εκ των δύο έπασχε από αγοραφοβία. Οι ερευνητές διαχώρισαν τα ζευγάρια σε δυάδες υψηλού και χαμηλού ΕΣ, κυρίως βάσει της βαθμολογίας τους στην κλίμακα της κριτικής. Απροσδόκητα, οι ασθενείς από δυάδες υψηλού ΕΣ είχαν καλύτερη έκβαση στην μετά 1 έως 2 έτη επανεκτίμηση. Ίσως, αποφάνθηκαν οι συγγραφείς, οι ασθενείς που σχηματίζουν ζεύγη υψηλού ΕΣ να ήταν πιο δυσαρεστημένοι και ως εκ τούτου να είχαν υψηλότερο κίνητρο για αλλαγή. Ευρήματα και άλλων μελετών πάνω στην αγοραφοβία, όπως των Chambless & Steketee (1999) και Chambless et al. (2001), επίσης δεν επιτρέπουν την εξαγωγή κάποιων γενικών συμπερασμάτων πάνω στο θέμα (Wearden et al., 2000).

Οι Emmelkamp et al. (1992) συμπεριέλαβαν το ΕΣ στο μοντέλο τους σε σχέση με τις υποτροπές της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (ΙΔΨ). Υπέθεσαν, πως η υποτροπή της νόσου είναι πιθανή, όταν οι ασθενείς, αντιμέτωποι με στρεσογόνους παράγοντες μετά την θεραπεία τους, δεν έχουν δεξιότητες αντιμετώπισης (“coping skills”) και κοινωνική υποστήριξη ή ζουν σε υψηλού ΕΣ περιβάλλον. Στην μελέτη τους κατέληξαν πως, ο συνδυασμός υψηλού ΕΣ, ο αποφευκτικός τρόπος αντιμετώπισης, και τα γεγονότα ζωής/καθημερινές απώλειες προγιγνώσκουν σε σημαντικό βαθμό την υποτροπή. Οι Chambless & Steketee (1999) και Chambless et al. (2001) μελέτησαν το CFI-ΕΣ σε οικογένειες ασθενών με ΙΔΨ διαταραχή και ασθενών με αγοραφοβία, οι οποίοι ήσαν σε συμπεριφορική θεραπεία. Παρότι λίγοι συγγενείς έδειξαν εχθρότητα, η κλίμακα της εχθρότητας συνδέθηκε με κακή έκβαση μετά την θεραπεία. Ο αριθμός των κριτικών σχολίων κυμαινόταν ευρέως, αλλά ο συνολικός μέσος αριθμός ήταν μάλλον υψηλός σε σύγκριση με άλλα δείγματα ασθενών. Το ενδιαφέρον ήταν, ότι τα κριτικά σχόλια των συγγενών σχετίζονταν με

καλύτερη έκβαση, ένα εύρημα που κατέδειξαν επίσης οι Peter & Hand (1988) με αγοραφοβικούς ασθενείς. Μόνα τους τα κριτικά σχόλια, υποθέτουν κι εδώ οι Steketee & Van Noppen (2003), ίσως αποτελούν κίνητρο στην προσπάθεια των ασθενών για επίλυση των προβλημάτων τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Αντιθέτως, η εχθρική κριτική και, η αντίληψη που έχουν οι ασθενείς για την επικριτική στάση των συγγενών τους (“perceived criticism”), επιδρούν αρνητικά στην θεραπευτική προσπάθεια. Οι Steketee et al. (1998) προτείνουν στρατηγικές παρέμβασης για μείωση της κριτικής, της υπερεμπλοκής και της εχθρότητας κατά τη θεραπεία συμπεριφοράς ασθενών με ΙΔΨ διαταραχή.

Το πεδίο της έρευνας του ΕΣ διευρύνθηκε σημαντικά. Αναζητήθηκε η συσχέτισή του με την υποτροπή ή με άλλες μεταβλητές σε ποικίλες νοσολογικές οντότητες, όπως: Στην κατάχρηση αλκοόλ (Fichter et al. 1997, O’ Farrell et al. 1998), στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας (Hooley & Hoffman, 1999), στην άνοια και στη v. Alzheimer (Bledin et al. 1990, Fearon et al. 1998, Gilhooly & Whittick 1989, Orford et al. 1987, Wagner et al. 1997, Vitaliano et al. 1993), στη νοητική καθυστέρηση (Greedharry, 1987). Μελετήθηκε σε χρόνιες σωματικές καταστάσεις, βάσει της υπόθεσης ότι, ψυχοκοινωνικοί και οικογενειακοί παράγοντες μπορεί να παίζουν κάποιο ρόλο στην πορεία ή την έκβαση της νόσου. Οι ερευνητές, λαμβάνοντας υπόψη της προγνωστική εγκυρότητα του ΕΣ στις ψυχικές νόσους όπου είχε ήδη μελετηθεί, το εξέλαβαν ως έναν οικογενειακό παράγοντα στρες, που θα μπορούσε να έχει άμεσες σωματικές επιπτώσεις. Έτσι, η κατεύθυνση της έρευνας σ’ αυτό το πεδίο στόχευσε στο να καταδείξει την συσχέτιση ανάμεσα στο ΕΣ και την σωματική συμπτωματολογία, αλλά και να διερευνήσει επίσης, άλλες πτυχές της νόσου, πέρα από τα συμπτώματα και την βαρύτητα (Wearden et al., 2000). Κάποιες μελέτες, για παράδειγμα, σε χειρουργημένους καρδιοπαθείς (Invernizzi, 1991), ή σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Manne & Zautra, 1989), εξέτασαν το ΕΣ των συγγενών σε σχέση με την προσαρμογή του ασθενούς στη χρόνια νόσο του. Άλλες μελέτες εξέτασαν το ΕΣ των συγγενών σε σχέση με τον έλεγχο της γλυκόζης των διαβητικών (Koenigsberg et al. 1993, 1995), σε σχέση με τη συχνότητα των κρίσεων των επιληπτικών ασθενών (Jadresic, 1988), με την πορεία της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (Vaughn et al., 1999). Αυτό που σίγουρα προκύπτει από αυτές τις έρευνες είναι ότι, η έννοια του ΕΣ θεωρείται από ερευνητές και κλινικούς ως δείκτης κινδύνου ή ως “marker variable” για πολλές διαταραχές (Vaughn, 1989).

### **2.3.2. Το ΕΣ σε ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ με οικογένειες ΠΑΙΔΙΩΝ και ΕΦΗΒΩΝ ασθενών**

Το ΕΣ, αφότου επινοήθηκε από τους Brown et al. (1956), αναδείχθηκε στο ερευνητικό πεδίο της ψυχικής υγείας ως ο πιο μελετημένος δείκτης. Η πλειονότητα των ερευνητικών εργασιών διενεργήθηκε σε δείγματα ενηλίκων ασθενών, και μάλιστα στο φάσμα της σχιζοφρενικής διαταραχής. Υπάρχουν, ωστόσο, αρκετές προοπτικές και αναδρομικές μελέτες οι οποίες χρησιμοποίησαν τον δείκτη του ΕΣ, για να διερευνήσουν τον ρόλο των οικογενειακών παραγόντων στην πορεία και την έκβαση μιας ποικιλίας ψυχολογικών και συμπεριφορικών καταστάσεων που αφορούν σε παιδιά και εφήβους, όπως είναι, οι καταθλιπτικές διαταραχές (Asarnow et al. 1993, 1994, 2001, Burkhouse et al. 2012, Schwartz et al., 1990, Silk et al. 2009, Stubbe

et al. 1993, Tompson 2010, Vostanis et al. 1994), η διπολική διαταραχή (Miklowitz et al. 2009), η χρήση ουσιών (Schwartz et al., 1990), οι διαταραχές διατροφής (Le Grange 1989, Le Grange et al. 1992a, 1992b, 2011), η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Hibbs et al., 1991), οι διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς (Cartwright et al. 2011, Caspi et al. 2004, Hibbs et al. 1991, Peris & Baker 2000, Schwartz et al. 1990, Stubbe et al. 1993, Vostanis et al. 1994), το άγχος και η αναστολή της συμπεριφοράς (Hirshfeld et al. 1997, Raishevich et al. 2010), οι εξωτερικευόμενες (“externalizing”) και εσωτερικευόμενες (“internalizing”) συμπεριφορές (Hale et al. 2011, McCarty & Weisz 2002), η διαταραχή ταυτότητας φύλου (Owen-Anderson et al., 2010). Το ΕΣ μελετήθηκε επίσης σε άλλες, σωματικές νοσολογικές οντότητες όπως, το άσθμα (Wamboldt et al., 1995), ο διαβήτης (Liakopoulou et al., 2001), η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (Vaughn et al., 1999), η επιληψία (Brown & Jadresic 2000, Hodes et al. 1999, Otero & Hodes 2000, Wearden et al. 2000, Weintraub & Wamboldt 1996) και η νοητική υστέρηση (Greedharry, 1987).

Το πεδίο της έρευνας διαμορφώθηκε σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει το νοσολογικό φάσμα στα παιδιά και τους εφήβους, το οποίο, όσον αφορά τις ψυχικές διαταραχές αντανακλά τη ρευστότητα των αναπτυξιακών διεργασιών σε αυτό τον πληθυσμό. Δε θα πρέπει να μας εκπλήσσει, λοιπόν, ότι σε αντίθεση με τους ενηλίκους, υπάρχουν ελάχιστες μελέτες σε σχιζοφρενικούς εφήβους (Asarnow et al. 1994, Ramsauer 2000, Ramsauer et al. 2012, Rund et al. 1995), ενώ το ερευνητικό ενδιαφέρον στρέφεται κυρίως σε διαταραχές που συναντάμε συχνότερα στην παιδική και εφηβική ηλικία, όπως είναι αυτές της συμπεριφοράς, της διάθεσης, της ΔΕΠΥ (Fennig & Carlson 1995, Hibbs et al. 1991, Peris & Baker 2000, Seifer 1992, Schwartz 1990, Vostanis et al. 1994, Vostanis & Nicholls 1992 κ.α.). Επίσης, η έρευνα στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό φαίνεται να ενδιαφέρεται περισσότερο για την επίπτωση του μητρικού ΕΣ στην ψυχική υγεία του παιδιού και όχι τόσο για τον συσχετισμό του με τις υποτροπές μιας ψυχιατρικής διαταραχής, όπως συμβαίνει στους ενηλίκους ασθενείς με εγκατεστημένη ψυχοπαθολογία. Η πρόσφατη ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας καταλήγει στο συμπέρασμα ότι, οι συναισθηματικές διαταραχές στους γονείς συνδέονται με υψηλό γονεϊκό ΕΣ (Baker et al. 2000, Hibbs et al. 1991, Hirshfeld et al. 1997, Schwartz et al. 1990), αλλά και ότι το υψηλό γονεϊκό ΕΣ (και ιδιαίτερα η κριτική) είναι ένας παράγοντας κινδύνου τόσο για την παρουσία όσο και για την μακρόχρονη έκβαση της παιδικής ψυχοπαθολογίας (Hibbs et al. 1991, Schwartz et al. 1990, Wamboldt & Wamboldt 2000, Wearden et al. 2000, Weintraub & Wamboldt 1996). Επιπλέον, ο Rutter συνιστά την χρήση του ΕΣ στην έρευνα των «ειδικών για τα παιδιά ψυχο-κοινωνικών επιδράσεων» σε σχέση με τις διαταραχές της παιδικής ηλικίας (Rutter 1999, σ.489).

Τα πρώτα ευρήματα πάνω στον πιθανό ρόλο κάποιων παραμέτρων του ΕΣ στα παιδιά προέκυψαν από μελέτες που δεν χρησιμοποίησαν το εργαλείο μέτρησης του ΕΣ καθαυτό, αλλά κάποια συστατικά των κλιμάκων του, όπως είναι η εχθρότητα και η συναισθηματική ζεστασιά. Για παράδειγμα, οι Rutter et al. (1975) και οι Quinton & Rutter (1985) βρήκαν πως η εχθρότητα και η απουσία συναισθηματικής ζεστασιάς (απέναντι στον/στην σύζυγο ή στο παιδί) σχετίζεται με διαταραχές της συμπεριφοράς του παιδιού. Οι Richman et al. (1982) ανέφεραν παρόμοια ευρήματα σε ένα δείγμα 3χρονων παιδιών. Από το 1987 ξεκίνησαν οι πρώτες ερευνητικές μελέτες με την χρήση του ΕΣ στις οικογένειες των υπό μελέτη παιδιών (Wynne et al.

1976, Schimmelman et al. 2003), μετρούμενου ως επί το πλείστον με το 5MSS (Magaña et al. 1986).

#### ΓΟΝΕΪΚΗ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ, ΓΟΝΕΪΚΟ ΕΣ και ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ και ΕΦΗΒΩΝ

Από προηγούμενες ερευνητικές εργασίες είναι γνωστό ότι, παιδιά γονέων με συναισθηματική νόσο έχουν σημαντικά μεγαλύτερες πιθανότητες για κατάθλιψη και ψυχοπαθολογία συγκριτικά με παιδιά γονέων με μη-συναισθηματική ψυχιατρική διαταραχή (Beardslee et al. 1983, 1988, 1993) ή με παιδιά μη-νοσούντων ψυχικά γονέων (Beardslee et al. 1983, 1985a, 1988, Downey & Coyne 1990, Dumas & Serketich 1994, Forehand et al. 1987, Weissman et al. 1984). Κάποιες μελέτες επιχείρησαν έτσι να εξετάσουν πώς το ΕΣ της μητέρας συσχετίζεται με πιθανή ψυχοπαθολογία της, αλλά και αν το γονεϊκό ΕΣ συμβάλλει επιπροσθέτως στον κίνδυνο σοβαρής ψυχοπαθολογίας του παιδιού πάνω και πέρα από τον κίνδυνο τον συνδεόμενο με την γονεϊκή νόσο καθαυτή.

Η πρώτη έρευνα που έγινε σε ένα μεγάλο δείγμα πληθυσμού ήταν αυτή των Schwartz et al. (1990). Το δείγμα συνίστατο από 273 παιδιά και εφήβους (6-19 ετών) από 143 οικογένειες, άλλες από αυτές με γνωστή γονεϊκή ψυχοπαθολογία και άλλες από κοινοτικό δείγμα. Οι ερευνητές εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα στο επίπεδο του CFI- ΕΣ της μητέρας και στην επίπτωση μιας κατά DSM-III διαταραχής της διάθεσης (μείζων κατάθλιψη ή μανία ή δυσθυμία), κατάχρησης ουσιών, ή διαταραχής διαγωγής στα παιδιά. Μελέτησαν επίσης της σχέση μεταξύ (1) γονεϊκής ψυχοπαθολογίας, και (2) επιπέδου ΕΣ της μητέρας, ως προγνωστικούς δείκτες της ψυχοπαθολογίας του παιδιού.

Οι ερευνητές περιόρισαν την ανάλυση των αποτελεσμάτων τους στην κλίμακα της κριτικής (ΕΣ-crit) του CFI-ΕΣ. Τα αποτελέσματα της μελέτης τους έδειξαν πως, το μητρικό ΕΣ-crit συσχετίζεται με ψυχοπαθολογία σε οποιονδήποτε από τους δύο γονείς, και ιδιαίτερα με συναισθηματική διαταραχή. Υψηλότερα επίπεδα κριτικής βρέθηκαν σε μητέρες από οικογένειες όπου τουλάχιστον ο ένας γονιός είχε ιστορικό συναισθηματικής νόσου και σε οικογένειες όπου υπήρχε μη-συναισθηματική ψυχική νόσος. Μητέρες από οικογένειες με μη-συναισθηματική γονεϊκή νόσο είχαν υψηλότερα επίπεδα κριτικής απ' ότι μητέρες από οικογένειες όπου δεν υπήρχε καθόλου γονεϊκή νόσος. Όπως ήταν αναμενόμενο, οι Schwartz et al. (1990) βρήκαν επίσης ότι, οικογένειες στις οποίες ο ένας τουλάχιστον γονέας είχε συναισθηματική νόσο ήταν σε υψηλότερο κίνδυνο να έχουν παιδιά με ιστορικό μείζονος κατάθλιψης ή δυσθυμίας, κατάχρησης ουσιών, ή διαταραχής διαγωγής απ' ότι σε οικογένειες όπου υπήρχε αποκλειστικά μη-συναισθηματική γονεϊκή ψυχοπαθολογία ή δεν υπήρχε καθόλου γονεϊκή νόσος. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με προηγούμενες αναφορές των Beardslee et al. (1985a, 1988) και Weissman et al. (1984).

Αναφορικά με το ΕΣ βρέθηκε ότι, υψηλότερος βαθμός μητρικού ΕΣ-crit προοιωνίζει μια επιπρόσθετη 3πλάσια αύξηση του κινδύνου για μια τουλάχιστον από τις ακόλουθες DSM-III διαγνώσεις στα παιδιά: καταθλιπτική διαταραχή (μείζων κατάθλιψη ή δυσθυμία), κατάχρηση ουσιών ή διαταραχή διαγωγής. Αυτή η αύξηση είναι σημαντική αν συνυπολογίσει κανείς και τα δύο: την αύξηση του κινδύνου για τις διαγνώσεις αυτές σε παιδιά από συναισθηματικά νοσούσες οικογένειες και το

γεγονός ότι μητέρες από συναισθηματικά νοσούσες οικογένειες είχαν υψηλότερο ΕΣ-crit απέναντι στα παιδιά τους. Ο προγνωστικός δείκτης για διάγνωση στα παιδιά 15-19 ετών, από οικογένειες με υψηλό ΕΣ-crit και γονεϊκή συναισθηματική νόσο βρέθηκε 62,3% σε σύγκριση με 6,5% σε παιδιά από οικογένειες χωρίς κανένα παράγοντα κινδύνου. Οι συγγραφείς αποφαινόμενοι εν τέλει, πως το ΕΣ είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση των διαταραχών και δεν επηρεάζει μόνο τη βαρύτητα, την χρονιότητα, ή άλλα χαρακτηριστικά του δείγματος.

Σε μια μελέτη τους οι Hibbs et al. (1991), χρησιμοποιώντας το 5MSS, διερεύνησαν το ΕΣ σε οικογένειες παιδιών με διαταραχή διασπαστικής συμπεριφοράς (N:34, Μη:11,7 ετών), με ιδεο-ψυχαναγκαστική διαταραχή (N:49, Μη:14 ετών), και σε ομάδα ελέγχου υγιών παιδιών (N:45, MH:13,2 ετών). Όπως είναι αναμενόμενο, και σε αυτή τη μελέτη υπήρχε μια υπεροχή των ψυχιατρικών διαταραχών στους γονείς των δύο ομάδων των ψυχικά νοσούντων παιδιών. Το 64% των γονέων είχαν διάγνωση στον άξονα I και στους άξονες I και II. Το ποσοστό ανέβαινε στο 74% εάν συμπεριλάμβανε κανείς τους γονείς με διάγνωση μόνο στον άξονα II. Στην ομάδα ελέγχου 29% των γονέων είχαν κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Από τις μεταβλητές που εξετάστηκαν, το υψηλό ΕΣ και η γονεϊκή ψυχιατρική διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής βρέθηκαν εξίσου συχνά στο δείγμα των παιδιών και εφήβων με τις δύο διαταραχές σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου. Για τους πατέρες, η παρουσία ψυχιατρικής διαταραχής κατά τη διάρκεια της ζωής ήταν η μόνη μεταβλητή που σχετίστηκε σημαντικά με το υψηλό ΕΣ. Το 64% των πατέρων με ψυχιατρική διάγνωση είχαν υψηλό ΕΣ, ανεξαρτήτως διαγνωστικής κατηγορίας. Για τις μητέρες η ψυχιατρική διαταραχή και ειδικότερα η συναισθηματική διαταραχή, αλλά περισσότερο η διάγνωση του παιδιού βρέθηκε να συσχετίζονται με υψηλό ΕΣ. Εάν η μητέρα είχε μια ψυχιατρική διάγνωση ( $R^2=,15$ ) ήταν 5 φορές πιο πιθανό να είναι υψηλού ΕΣ. Εάν το παιδί είχε μια ψυχιατρική διάγνωση ( $R^2=,23$ ) ήταν 9 φορές πιο πιθανό για τη μητέρα να είναι υψηλού ΕΣ. Η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της οικογένειας, η ηλικία, το γένος και η σοβαρότητα της νόσου των παιδιών δεν συνδέονταν σημαντικά με το ΕΣ των γονέων. Σχολιάζοντας την σχέση ανάμεσα στο γονεϊκό ΕΣ και στην γονεϊκή ψυχοπαθολογία κατά τη διάρκεια της ζωής, οι συγγραφείς υποθέτουν ότι τα προηγούμενα επεισόδια γονεϊκής νόσου μπορεί να συνδέονται με κάποιου βαθμού ανικανότητα των γονέων να τα βγάλουν πέρα και με αρνητική αντίδραση στις δυσκολίες των παιδιών τους.

Οι Hirshfeld et al. (1997), με την χρήση του 5MSS, εξέτασαν πώς η ψυχοπαθολογία της μητέρας επηρεάζει το ΕΣ απέναντι σε παιδιά που παρουσιάζουν αναστολή της συμπεριφοράς (οριζόμενη ως «μια τάση για φυσιολογική εγρήγορση και περιορισμό της συμπεριφοράς σε μη-οικείες καταστάσεις»), ή ψυχιατρικές διαταραχές (συναισθήματος και συμπεριφοράς). Από την μελέτη τους προέκυψε ότι, οποιαδήποτε αγχώδης διαταραχή της μητέρας κατά τη διάρκεια της ζωής της συνδέεται θετικά με το ΕΣ-crit. Στις μητέρες με κάποια αγχώδη διαταραχή, το ΕΣ-crit βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με αναστολή συμπεριφοράς του παιδιού, ενώ αυτό δεν συνέβαινε με τις μητέρες χωρίς αγχώδη διαταραχή. Επίσης, στις μητέρες με αγχώδεις διαταραχές αποκλειστικά, η κριτική της μητέρας συνδεόταν σημαντικά με έναν υψηλό αριθμό διαταραχών του παιδιού. Υπήρχε, δηλαδή, μια αλληλεπίδραση ανάμεσα σε χαρακτηριστικά της μητέρας και της διάγνωσης του παιδιού σε συσχετισμό με το ΕΣ.

Οι Bolton et al. (2003) διερεύνησαν στη μελέτη τους την σχέση ανάμεσα στο μητρικό ΕΣ, την μητρική κατάθλιψη και τις αυθόρμητες «αποδόσεις» (“attributions”) των μητέρων απέναντι στα παιδιά τους, τα οποία παραπέμφθηκαν για προβλήματα συμπεριφοράς. Το έναυσμα γι αυτή την μελέτη δόθηκε από τις διαπιστώσεις προηγούμενων ερευνών σύμφωνα με τις οποίες, τόσο οι μητέρες υψηλού ΕΣ, όσο και οι γονείς παιδιών με προβλήματα συμπεριφοράς, τείνουν να αποδίδουν τα προβλήματα του παιδιού στην προσωπικότητα, τα χαρακτηριστικά του, τις προθέσεις και τα κίνητρά του μάλλον, παρά σε εξωτερικές ή περιβαλλοντικές αιτίες (Baden & Howe 1992, Bickett et al. 1996, Dix 1991). Οι συγγραφείς χορήγησαν την CFI σε 61 μητέρες για να εκτιμήσουν το ΕΣ και τις αυθόρμητες αιτιακές αποδόσεις τους (“causal attributions”) όσον αφορά τις συμπεριφορές των παιδιών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης τους, οι βαθμολογήσεις των μητέρων στο Beck Depression Inventory βρέθηκε να σχετίζονται με αποδόσεις “μομφής προς το παιδί” και υψηλότερα επίπεδα ΕΣ. Περαιτέρω ανάλυση παλινδρόμησης (“regression analysis”) υποστήριξε ότι οι αιτιακές αποδόσεις δεν αποτελούν διαμεσολαβητή ανάμεσα στην κατάθλιψη και το ΕΣ, και προσδιόρισε το ΕΣ ως δυνητικό διαμεσολαβητή στην σχέση ανάμεσα στο μητρικό καταθλιπτικό συναίσθημα και στον βαθμό των προβλημάτων συμπεριφοράς του παιδιού. Οι συγγραφείς συμπεραίνουν πως, τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν την συνάφεια τόσο του ΕΣ όσο και των αιτιακών αποδόσεων των μητέρων απέναντι στα παιδιά τους με προβλήματα συμπεριφοράς, και υποθέτουν πως το καταθλιπτικό συναίσθημα των μητέρων είναι ένας σημαντικός παράγοντας, συνδεδεμένος και με τα δύο.

Μια πιο πρόσφατη μελέτη είναι αυτή των Tompson et al. (2010). Η μελέτη εστιάστηκε σε δύο παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη στα παιδιά (μητρική κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ζωής του παιδιού και μητρικό ΕΣ) και στην διασταυρούμενη συσχέτισή τους με παραμέτρους ψυχοπαθολογίας στα παιδιά και ιδιαίτερα με παιδική κατάθλιψη. Στη μελέτη συμμετείχαν 171 ζευγάρια μητέρων με τα παιδιά τους, ηλικίας 8-12 ετών. Οι 69 (40%) των μητέρων είχαν κάποια διαταραχή από το καταθλιπτικό φάσμα κατά τη διάρκεια της ζωής του παιδιού, και το ΕΣ εκτιμήθηκε με το 5MSS. Από το συνολικό δείγμα, 22 (13%) παιδιά διαγνώστηκαν στο φάσμα της καταθλιπτικής διαταραχής. Στη μελέτη τους οι συγγραφείς καταλήγουν στις ακόλουθες διαπιστώσεις:

(1<sup>ov</sup>) η μητρική κατάθλιψη συνδέεται με υψηλό συνολικά ΕΣ και ΕΣ-crit στις μητέρες, όπως έδειξαν και οι προηγούμενες έρευνες (Bolton et al. 2003, Hibbs et al. 1991, Schwartz et al. 1990). Εξαίρεση αποτελεί η μελέτη των McCleary & Sanford (2002), η οποία δεν επιβεβαίωσε έναν τέτοιο συσχετισμό,

(2<sup>ov</sup>) το ιστορικό κατάθλιψης της μητέρας και το μητρικό ΕΣ-crit φαίνεται να επενεργούν ανεξάρτητα, αλλά εν τέλει να συμβάλλουν αθροιστικά στα καταθλιπτικά συμπτώματα των παιδιών. Την ίδια ανεξάρτητη και αθροιστική δράση των δύο μεταβλητών από την πλευρά της μητέρας είχαν επιβεβαιώσει οι Nelson et al. (2003) στα παιδιά με συμπτώματα εξωτερικευσών διαταραχών (“externalizing behavior”),

(3<sup>ov</sup>) η κατάθλιψη της μητέρας είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας στην διάγνωση της κατάθλιψης του παιδιού, ενώ μόνες τους οι μεταβλητές του ΕΣ δεν έχουν προγνωστική δυνατότητα. Φάνηκε ως προς το τελευταίο, ότι ΕΣ-κριτ και ΕΣ-ΣΥΕ μπορεί να αντανακλούν διαφορετικούς παράγοντες κινδύνου και συσχετίσεις με την ανάπτυξη του παιδιού. Προηγούμενες μελέτες ομοίως, συσχετίζουν την μητρική

ΣΥΕ με αγχώδεις διαταραχές στα παιδιά, ενώ την μητρική κριτική με κατάθλιψη και διασπαστική συμπεριφορά (Hirshfeld et al. 1997, Stubbe et al. 1993), (4<sup>ov</sup>) τόσο το ιστορικό της μητρικής κατάθλιψης όσο και η παρουσία οριακού ή υψηλού μητρικού ΕΣ-crit συνδέονται σημαντικά με ψυχιατρικές διαγνώσεις στα παιδιά.

Οι περισσότερες ερευνητικές μελέτες εν τέλει, φαίνεται να συμφωνούν σε έναν άξονα διαπιστώσεων: Η γονεϊκή συναισθηματική διαταραχή και ιδιαίτερα η μητρική κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ζωής σχετίζεται σημαντικά με υψηλό ΕΣ και κυρίως με υψηλό μητρικό ΕΣ-crit. Η καθεμιά από τις δύο μεταβλητές χωριστά - μητρική συναισθηματική διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής και μητρικό ΕΣ-crit - είναι προγνωστικοί παράγοντες για διαταραχές του συναισθήματος ή της συμπεριφοράς στο παιδί, και ιδιαίτερα με διαταραχή στο φάσμα των καταθλιπτικών διαταραχών. Το μητρικό ΕΣ δηλαδή, παρότι εμφανίζεται αυξημένο στην συναισθηματική διαταραχή της μητέρας, δεν είναι απλά διαμεσολαβητικός παράγων στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στο παιδί, αλλά αποτελεί επιπρόσθετο παράγοντα κινδύνου. Όταν συνεργούν και τα δύο, το ιστορικό της μητρικής συναισθηματικής διαταραχής και η παρουσία υψηλού μητρικού ΕΣ, συσχετίζονται σημαντικά με την εμφάνιση ψυχιατρικών διαγνώσεων στα παιδιά και, ιδιαίτερα παιδικής κατάθλιψης. Οι Hibbs et al. (1991) μελετώντας γονείς παιδιών με διαταραχή διασπαστικής συμπεριφοράς και γονείς παιδιών με ιδεο-ψυχαναγκαστική διαταραχή, βρήκαν πως η διάγνωση του παιδιού είναι πιο ισχυρή μεταβλητή απ' ό,τι η ψυχοπαθολογία των γονέων σε σχέση με το υψηλό μητρικό ΕΣ.

#### ΕΣ γονέων και ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ και ΕΦΗΒΩΝ

Οι Stubbe et al. (1993), χρησιμοποιώντας το 5MSS, μελέτησαν σε κοινοτικό δείγμα 108 προεφήβων, τους συσχετισμούς ανάμεσα στο ΕΣ των μητέρων ή των μητρικών υποκατάστατων και στις ποικίλες ψυχιατρικές διαγνώσεις των παιδιών. Από τη μελέτη τους προέκυψε, ότι τα παιδιά μητέρων υψηλού ΕΣ ήταν 5 φορές πιθανότερο να έχουν κάποια διάγνωση απ' ό,τι τα παιδιά μητέρων χαμηλού ΕΣ. Οι πιθανότητες έφταναν στο 8πλάσιο για διαγνώσεις διαταραχής ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας, άγχους αποχωρισμού και οποιασδήποτε από τις διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς ("disruptive disorders"). Οι συγγραφείς ανέφεραν επιπλέον διαφορετικούς συσχετισμούς για τις διαφορετικές υποκλίμακες του ΕΣ. Έτσι, τα παιδιά με επικριτικές μητέρες ήταν περισσότερο πιθανό να έχουν διαταραχή διασπαστικής συμπεριφοράς, και τα παιδιά μητέρων υψηλής ΣΥΕ ήταν πιθανότερο να έχουν αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές, ιδιαίτερα άγχος αποχωρισμού και υπεραγχώδη διαταραχή. Το γεγονός ότι οι δύο συστατικές υποκλίμακες του ΕΣ έδειξαν διαγνωστική εξειδίκευση, προσδιόρισαν, δηλαδή, μη-επικαλυπτόμενες υπο-ομάδες οικογενειών υποστηρίζει τη χρησιμότητα του 5MSS στην επιδημιολογική έρευνα, αναφέρουν οι συγγραφείς.

Οι Vostanis et al. (1994), οι οποίοι μελέτησαν επίσης το μητρικό CFI-ΕΣ σε κλινικό δείγμα παιδιών ηλικίας 6-11 ετών, με διαταραχή της διαγωγής (N:30) και με συναισθηματική διαταραχή (N:30), σε σύγκριση με δείγμα ελέγχου υγιών παιδιών (N:30) βρήκαν επίσης στατιστικά σημαντικό το ποσοστό (28,3%) υψηλού ΕΣ στις μητέρες του κλινικού δείγματος σε σύγκριση με το μηδενικό ποσοστό στην ομάδα

ελέγχου ( $\chi^2=10,48$ ,  $DF=1$ ,  $p<.01$ ). Τα αποτελέσματά τους αυτά, τα οποία συμφωνούν με των Stubbe et al. (1993) προέκυψαν όταν το CFI-ΕΣ των μητέρων εκτιμήθηκε με βάση τη μελέτη των Vaughn & Leff (1976a) στην σχιζοφρένεια των ενηλίκων, δηλαδή με κριτικά σχόλια  $>4$  και σκορ στην ΣΥΕ $>2$ . Όταν όμως εφάρμοσαν το κατώτατο όριο από τις μελέτες των καταθλιπτικών ενηλίκων (κριτικά σχόλια  $>2$ , Vaughn & Leff, 1976a,b), η διαφορά δεν ήταν πια στατιστικά σημαντική: 38,3% των μητέρων του κλινικού δείγματος και 36,6% του ελέγχου είχαν υψηλό ΕΣ ( $\chi^2=.018$ ,  $DF=1$ ). Η μέθοδος συνεπώς, μέτρησης και ταξινόμησης του ΕΣ φαίνεται πως επηρεάζει τα αποτελέσματα. Βεβαίως, το 5MSS, το οποίο κατ' εξοχήν χρησιμοποιείται στις ερευνητικές μελέτες με παιδιά και εφήβους, γνωρίζουμε από τις μελέτες σε ενηλίκους καταθλιπτικούς, ότι μπορεί να παρέχει αξιόπιστα αποτελέσματα στην κατάθλιψη, στην οποία ο βαθμός επίπτωσης στη σχέση ΕΣ-υποτροπή είναι υψηλότερος (Butzlaff & Hooley, 1998). Διότι από τις μελέτες σε ενηλίκους πάλι καταθλιπτικούς (Hooley, Orley & Teasdale 1986, Vaughn & Leff 1976b) γνωρίζουμε ότι, οι καταθλιπτικοί ασθενείς τείνουν να υποτροπιάζουν σε χαμηλότερα επίπεδα κριτικής, σε σύγκριση με τους σχιζοφρενείς.

Το ερώτημα που αναδύεται στην ερευνητική εργασία με το ΕΣ είναι, εάν αυτό ή τα συστατικά του προοιγνώνσκουν κάποιες ειδικές διαταραχές, ή εάν συνδέεται σφαιρικά με την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στα παιδιά. Στο ζήτημα αυτό, οι ανωτέρω μελέτες, των Stubbe et al. (1993) και των Vostanis et al. (1994), ανέδειξαν ενδιαφέρουσες ενδείξεις όσον αφορά την διαφοροποίηση του μητρικού ΕΣ στις δύο διαφορετικές διαγνωστικές κατηγορίες. Στην μελέτη των Vostanis et al. (1994), οι μητέρες των παιδιών από τις δύο κλινικές ομάδες ήταν λιγότερο εγκάρδιες από αυτές των υγιών παιδιών, με τις μητέρες από την ομάδα των διαταραχών διαγωγής να είναι οι λιγότερο εγκάρδιες. Οι μητέρες των παιδιών με διαταραχή διαγωγής βρέθηκαν υψηλότερα στην υποκλίμακα της κριτικής από αυτές και των δύο άλλων ομάδων, χωρίς αυτό να σχετίζεται με δημογραφικά δεδομένα (ηλικία και κοινωνική τάξη της μητέρας), ενώ η ΣΥΕ δεν βρέθηκε να διαφέρει σε καμιά από τις ομάδες. Οι συγγραφείς, συγκρίνοντας τα αποτελέσματα με αυτά των Stubbe et al. (1993), όπου η υψηλή γονεϊκή κριτική συσχετίστηκε επίσης με διασπαστική συμπεριφορά των παιδιών, αλλά αντιθέτως, η γονεϊκή ΣΥΕ βρέθηκε υψηλή σε αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές των παιδιών, διατυπώνουν την υπόθεση ότι, τα κριτήρια βαθμολόγησης της ΣΥΕ τα οποία ανεπτύχθησαν για τους συγγενείς ενηλίκων ασθενών (Vaughn & Leff 1976b) θα πρέπει ίσως να τροποποιηθούν και να δοκιμαστούν για ομάδες νεαρότερης ηλικίας, στον βαθμό που οι μητέρες των παιδιών και των εφήβων εκφράζουν 'φυσιολογικά' μεγαλύτερο νοιάξιμο και εμπλοκή στο μέγαλωμα των παιδιών τους.

Σε συνέχεια της ανωτέρω μελέτης των Vostanis et al. (1994), οι Vostanis & Nicholls (1995) εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα στο ΕΣ και την έκβαση μετά 9μηνο θεραπεία των δύο κλινικών ομάδων. Διαπίστωσαν πως το ΕΣ μπορεί να αλλάξει μέσα στον χρόνο ακόμη και όταν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις δεν στοχεύουν ειδικά την αλλαγή του. Τα κριτικά σχόλια που μετρήθηκαν στην έναρξη της θεραπείας δεν βρέθηκε να συνδέονται με την μετά 9μηνο έκβασή της, ενώ τα χαμηλά αρχικά επίπεδα εγκαρδιότητας συνδέονταν με φτωχή έκβαση στην ομάδα της διαταραχής διαγωγής. Βάσει αυτών των ευρημάτων τους, οι συγγραφείς υποθέτουν ότι, η ανάπτυξη παιδικής ψυχοπαθολογίας μπορεί να μην συνδέεται μόνο με αρνητικές



γονεϊκές συναισθηματικές στάσεις, όπως η κριτική και η ΣΥΕ, αλλά και με την απουσία εγκαρδιότητας από την μεριά των γονέων.

Ενώ οι προηγούμενες μελέτες αναδεικνύουν τη σχέση ανάμεσα σε γονεϊκό ΕΣ και συναισθηματικές διαταραχές ή προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού, οι Baker et al. (2000) και Peris & Baker (2000) χρησιμοποιώντας το 5MSS σε ένα κοινοτικό δείγμα παιδιών προσχολικής ηλικίας (N:112 και 91 αντιστοίχως), δοκίμασαν επιπλέον την μακροπρόθεσμη σταθερότητα αυτής της σχέσης. Το μητρικό ΕΣ εκτιμήθηκε όταν τα παιδιά ήταν στην προσχολική ηλικία (Μη: 4,5 ετών) και στην 1<sup>η</sup> δημοτικού (Μη: 6,8 ετών), και τα προβλήματα συμπεριφοράς τους εκτιμήθηκαν στην προσχολική ηλικία και στην 1<sup>η</sup> δημοτικού με το διαγνωστικό εργαλείο Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach 1991), και στην 3<sup>η</sup> δημοτικού (Μη: 9,1 ετών) με το Diagnostic Interview Schedule for Children. Στην πρώτη μελέτη (Baker et al. 2000) βρέθηκε μια ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στο μητρικό ΕΣ κατά την προσχολική ηλικία των παιδιών και την έκταση των προβλημάτων συμπεριφοράς τους, όπως έχουν δείξει άλλωστε και οι προηγούμενα αναφερόμενες μελέτες (Stubbe et al. 1993, Vostanis et al. 1994) σε μεγαλύτερης ηλικίας παιδικούς πληθυσμούς. Βρέθηκε επιπλέον, ότι το υψηλό ΕΣ προέκυψε βασικά από την κλίμακα της κριτικής, ενώ η κλίμακα της ΣΥΕ σπανίως έδωσε βαθμολογία στην εκτίμηση του ΕΣ και, δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με την συμπεριφορά των παιδιών. Το εύρημα αυτό συμπίπτει με τις εκτιμήσεις των Vostanis et al. (1994), αλλά και με προηγούμενα ερευνητικά αποτελέσματα σε πληθυσμούς ενηλίκων (Miklowitz et al. 1984). Επιβεβαιώνεται επίσης αργότερα από τους McCarty & Weisz (2002) οι οποίοι, σε ένα δείγμα 258 παιδιών 7-17 ετών συσχέτισαν τις δύο κλίμακες με την ψυχοπαθολογία των παιδιών και ιδιαίτερα με “externalizing problems”. Οι Baker et al. (2000) βρήκαν επίσης, ότι το υψηλό μητρικό ΕΣ κατά την προσχολική ηλικία προοιωνίζει προβλήματα του παιδιού όταν αυτό φτάνει στην 1<sup>η</sup> δημοτικού, παρότι σε μια ανάλυση παλινδρόμησης το μητρικό στρες κατά την προσχολική φάση επισκίασε το μητρικό ΕΣ, και αναδείχτηκε ως ο ισχυρότερος και αποκλειστικά σημαντικός προγνωστικός δείκτης.

Σε συνέχεια της πρώτης μελέτης των Baker et al. (2000), η μελέτη των Peris & Baker (2000) παρείχε μακροπρόθεσμα ευρήματα γύρω από την σταθερότητα του ΕΣ και της συσχέτισής του με διασπαστική συμπεριφορά των παιδιών. Τα επίπεδα του μητρικού ΕΣ έδειξαν σημαντική σταθερότητα για μια 2ετή χρονική περίοδο, από την προσχολική φάση μέχρι την 1<sup>η</sup> δημοτικού. Στην πρώτη δημοτικού, τα επίπεδα του ΕΣ συσχετίζονταν σημαντικά με προβλήματα στον άξονα των “externalizing behavior problems” του CBCL, ενώ τα επίπεδά του στην προσχολική ηλικία ήσαν προγνωστικά προβλημάτων ΔΕΠΥ και διάγνωσης ΔΕΠΥ κατά την εκτίμηση στην 3<sup>η</sup> δημοτικού. Στη μελέτη αυτή η προγνωστική εγκυρότητα του ΕΣ αναδείχτηκε λαμβάνοντας υπ’ όψη το μητρικό stress, το οποίο στην προηγούμενη μελέτη των Baker et al. (2000) έδειξε να επηρεάζει και να υπερέχει του ΕΣ στην πρόγνωση των μετέπειτα προβλημάτων συμπεριφοράς. Η αξιοπιστία μεταξύ των κριτών (“inter-rater reliability”) του 5MSS-ΕΣ βρέθηκε ικανοποιητική. Οι συγγραφείς (Peris & Baker 2000) καταλήγουν σε ενδιαφέροντα συμπεράσματα, επιβεβαιώνοντας ως επί το πλείστον προηγούμενες μελέτες. Κατ’ αρχήν, ενώ προηγούμενες μελέτες (McGuire & Earls 1994, Vostanis & Nicholls 1995) έχουν αξιολογήσει τη σταθερότητα του ΕΣ για μια περίοδο εβδομάδων ή μηνών, η μελέτη των (Peris & Baker 2000) υποστηρίζει την

εγκυρότητά του και παρέχει δεδομένα για μια 2ετή περίοδο παρακολούθησης. Το ΕΣ, λένε οι συγγραφείς, είναι ένας δείκτης του οικογενειακού περιβάλλοντος, και η σταθερότητά του εν μέσω των αλλαγών της συμπεριφοράς ενός αναπτυσσόμενου παιδιού, υποδεικνύει ότι μπορεί πράγματι να αντανakλά ένα σταθερό χαρακτηριστικό των γονεϊκών στάσεων. Από την άλλη πλευρά, το ΕΣ συσχετίζεται σημαντικά με τρέχοντα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών, και μπορεί να αντανakλά εν μέρει τις αντιδράσεις των μητέρων τους απέναντι σε αυτές τις συμπεριφορές. Ενδεχομένως, όπως συμβαίνει με τις περισσότερες σχέσεις, η αληθινή φύση της είναι πιθανόν αμφίδρομη (Bell & Harper 1977, Peris & Baker 2000).

Η αντικοινωνική συμπεριφορά βρέθηκε στο επίκεντρο της μελέτης των Caspi et al. (2004) στο Λονδίνο, οι οποίοι σε ένα δείγμα 565 ζευγαριών 5χρονων μονοζυγωτικών διδύμων εξέτασαν ποιος δίδυμος στην οικογένεια εισέπραττε περισσότερο αρνητικό ΕΣ και ποιος περισσότερη «εγκαρδιότητα» (“warmth”). Και εδώ τα αποτελέσματα αναδεικνύουν το υψηλό ΕΣ, με μεγαλύτερη αρνητικότητα και λιγότερη εγκαρδιότητα από τη μητέρα, να συσχετίζεται με περισσότερα προβλήματα αντικοινωνικής συμπεριφοράς των παιδιών.

Οι Jacobsen et al. (2000) εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα στο μητρικό ΕΣ και την σχέση προσκόλλησης (“attachment”) ανάμεσα σε μητέρα και παιδί. Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε στο Βερολίνο σε ένα μη-κλινικό δείγμα 33 παιδιών (ηλικίας 12-18 μηνών) τα οποία συμμετείχαν με τις μητέρες τους στην «Κατάσταση Έκθεσης στον Ξένο» της Ainsworth. Στην ηλικία των 6 ετών τα ζευγάρια μητέρων-παιδιών συμμετείχαν ξανά σε μια εργαστηριακή συνθήκη παρατήρησης της προσκόλλησης. Στη φάση αυτή εκτιμήθηκε το οικογενειακό stress (Life Events Questionnaire), η κατάθλιψη της μητέρας (Present State Examination) και το μητρικό ΕΣ (5MSS). Το υψηλό μητρικό ΕΣ βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με τον αποδιοργανωμένο τύπο προσκόλλησης, ένα επισφαλές πρότυπο προσκόλλησης που έχει συσχετισθεί με διεισδυτική και εχθρική μητρική συμπεριφορά. Οι συγγραφείς προτείνουν πως το ΕΣ είναι ένα έγκυρο εργαλείο εκτίμησης της ποιότητας της πρώιμης σχέσης.

Οι McCarty et al. (2004) μελέτησαν την αντιστοιχία ανάμεσα στις ΕΣ-κριτ, ΕΣ-ΣΥΕ και στην αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού, σε ένα δείγμα 252 παιδιών και εφήβων ηλικίας 7-17 ετών, τα οποία παραπέμφθηκαν για μια ποικιλία ψυχικών διαταραχών. Κατηγοριοποιήθηκαν με βάση το Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) στις διαγνώσεις διαταραχών κατάθλιψης, άγχους, διασπαστικής συμπεριφοράς και ελαττωματικής προσοχής-υπερκινητικότητας. Το ΕΣ των γονέων εκτιμήθηκε με το 5MSS και βρέθηκε ότι οι γονείς υψηλού ΕΣ-κριτ. έδειχναν περισσότερο ανταγωνισμό, αρνητικότητα, απέχθεια, σκληρότητα και λιγότερη απαντητικότητα σε σύγκριση με τους γονείς χαμηλού ή οριακού ΕΣ-κριτ. Αντιθέτως, η γονεϊκή ΣΥΕ δε βρέθηκε να αντιστοιχεί σε καμιά από τις παρατηρούμενες συμπεριφορές. Οι συγγραφείς υπέθεσαν κατά συνέπεια ότι, η παράμετρος αυτή του ΕΣ είτε δεν έχει εγκυρότητα με τα δείγματα των παιδιών και των εφήβων είτε αντιστοιχεί σε συμπεριφορές που είναι δύσκολο να παρατηρήσουμε. Κατέληξαν, ότι η γονεϊκή κριτική μπορεί να χρησιμοποιείται ως δείκτης της προβληματικής αλληλεπίδρασης γονέα-παιδιού.

Ερευνητικές μελέτες σε δείγματα εφήβων με ψυχογενή ανορεξία υπό οικογενειακή θεραπεία, αυτές των Le Grange (1989) και Le Grange et al. (1992a, 1992b, 2011) επιβεβαιώνουν στην ουσία τα ευρήματα των Szmulker et al. (1985) με

ενηλίκους ανορεκτικούς. Παρότι τα επίπεδα κριτικής, ΣΥΕ και εγκαρδιότητας ήσαν μάλλον χαμηλά στην αρχή της θεραπείας, στη συνέχεια, όταν τα παιδιά απέκρουαν τις ενθαρρυντικές προσπάθειες των γονιών ως προς την πρόσληψη τροφής, οι γονείς απελπίζονταν και γίνονταν επικριτικοί. Στο πεδίο αυτό φαίνεται πως υπάρχει μια αλληλεπίδραση ανάμεσα στη λήψη τροφής από τη μεριά του εφήβου, της αύξησης του βάρους του και της επιδοκιμασίας από τον γονέα του (Hodes & Le Grange, 1992), ή της εγκαρδιότητας (“warmth”) (Le Grange et al., 2011)

Ελάχιστες μελέτες αφορούν σε παιδιά και εφήβους με διαταραχές στο ψυχωσικό/σχιζοφρενικό φάσμα, και αυτές χωρίς αξιολογικά ευρήματα. Μια πρώτη μελέτη, αυτή των Doane et al. (1981), ανέφερε ότι το γονεϊκό Συναισθηματικό Στυλ (ΣΣ) και το υψηλό ΕΣ προοιωνίζουν την ανάπτυξη σχιζοφρενικόμορφων διαταραχών στους νέους ενηλίκους. Οι Asarnow et al. (1994) διερευνώντας την πιθανή ειδική σχέση του ΕΣ με την παιδική κατάθλιψη, εξέτασαν το γονεϊκό 5MSS-ΕΣ στις οικογένειες τριών ομάδων: (α) μιας ομάδας νοσηλευόμενων παιδιών με καταθλιπτικές διαταραχές, (β) μιας ομάδας νοσηλευόμενων με διαταραχές του σχιζοφρενικού φάσματος και, (γ) μιας ομάδας ελέγχου με παιδιά χωρίς ψυχιατρική διαταραχή. Τα αποτελέσματα της μελέτης τους ενίσχυσαν την υπόθεση ότι το ΕΣ συσχετίζεται ιδιαίτερα με την παιδική κατάθλιψη, ενώ οι μετρήσεις του ανάμεσα στους γονείς των παιδιών με διαταραχές του σχιζοφρενικού φάσματος (23% υψηλού ΕΣ) και τους γονείς των παιδιών της ομάδας ελέγχου (19%) ήταν συγκρίσιμες. Οι Rund et al. (1995), εξέτασαν στη μελέτη τους τη σχέση μεταξύ ΕΣ και επικοινωνιακής απόκλισης (ΕΑ) και της έκβασης της νόσου, σε μια ομάδα σχιζοφρενικών πρώιμης έναρξης, μετά από 2ετή ψυχο-εκπαιδευτική θεραπεία. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι ο συσχετισμός μεταξύ ΕΑ και έκβασης ήταν υψηλότερος από τον συσχετισμό ΕΣ και έκβασης, και ότι η ΕΑ αποδείχτηκε πιο ανθεκτική στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις απ’ ό,τι το ΕΣ. Οι Ramsauer et al. (2012) διαπίστωσαν ότι οι έφηβοι, και ιδιαίτερα οι σχιζοφρενικοί έφηβοι, εμφανίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό μια στάση αποστροφής του κεφαλιού όταν επικοινωνούν με πρόσωπα φροντίδας υψηλού ΕΣ.

### **Μητρικό ΕΣ και κατάθλιψη παιδιών και εφήβων**

Μολονότι η εκτεταμένη έρευνα τις τελευταίες τρεις δεκαετίες έδειξε υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στο εκφραζόμενο συναίσθημα και στη φτωχή κλινική έκβαση ενηλίκων σχιζοφρενών καθώς επίσης και στην υποτροπή ενηλίκων καταθλιπτικών (Butzlaff & Hooley 1998, Hooley et al. 1986), ελάχιστες μελέτες επικεντρώνονται στην συσχέτιση του ΕΣ της οικογένειας με την κατάθλιψη του παιδιού ή του εφήβου. Πάντως σε υπάρχουσες μελέτες η προγνωστική εγκυρότητα του 5MSS-ΕΣ βρέθηκε εξαιρετικά σημαντική στην περίπτωση των οικογενειών καταθλιπτικών παιδιών (Van Humbeeck et al. 2002), ενώ το γονεϊκό ΕΣ, και ιδιαίτερα η παράμετρος της κριτικής συσχετίστηκε σημαντικά με την παιδική κατάθλιψη.

Πρώτοι οι Asarnow et al. (1993) μελέτησαν σε οικογένειες παιδιών (Μη: 11,3 ετών) τα οποία είχαν νοσηλευτεί για μείζονα κατάθλιψη (N:21) και δυσθυμία (N:5), τον συσχετισμό ανάμεσα στο μητρικό 5MSS-ΕΣ και την έκβαση της νόσου τους μετά 1 έτος από την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα το μητρικό ΕΣ και στην έκβαση. Στα παιδιά που επέστρεψαν σε

οικογένειες υψηλού ΕΣ οι διαταραχές της διάθεσης επέμειναν ή υποτροπίασαν, ενώ στα παιδιά που επέστρεψαν σε οικογένειες χαμηλού ΕΣ η ανάρρωση ήταν περισσότερο συχνή. Αυτή η προγνωστική σχέση ήταν ανεξάρτητη από πιθανές ενδιάμεσες μεταβλητές όπως, δημογραφικά δεδομένα, θεραπευτική αγωγή και κλινικά χαρακτηριστικά. Τα αποτελέσματα της μελέτης παρέχουν την πρώτη αναφερόμενη απόδειξη ότι (1) η μέτρηση του ΕΣ με την σύντομη μέθοδο του 5MSS προηγνώσκει την κλινική έκβαση, και (2) οι μετρήσεις του ΕΣ προηγνώσκουν την μετά 1 έτος έκβαση των καταθλιπτικών διαταραχών στα παιδιά.

Σε επόμενη μελέτη, οι Asarnow et al. (1994) διερεύνησαν το ερώτημα εάν το ΕΣ είναι ένας ειδικός παράγοντας κινδύνου για την παιδική κατάθλιψη ή έχει μη-ειδική συσχέτιση με την ψυχοπαθολογία στα παιδιά.

Εξέτασαν για το σκοπό αυτό το γονεϊκό 5MSS-ΕΣ στις οικογένειες τριών ομάδων:

(1) 35 νοσηλευομένων παιδιών με καταθλιπτικές διαταραχές (Μη:11 ετών). Τα 16 με μείζονα κατάθλιψη, 6 με δυσθυμική διαταραχή και 13 με διπλή κατάθλιψη (μείζονα κατάθλιψη και δυσθυμική διαταραχή). Η συννοσηρότητα στην ομάδα αυτή αφορούσε σε 11 παιδιά με διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς, 10 με διαταραχές άγχους και 3 με σχιζότυπη διαταραχή.

(2) 30 νοσηλευομένων παιδιών με διαταραχές του σχιζοφρενικού φάσματος (Μη:10,2 ετών). Τα 20 με σχιζοφρένεια και 10 με σχιζότυπη διαταραχή. Ως προς τη συννοσηρότητα, 18 παιδιά είχαν επιπλέον διάγνωση εκ των διαταραχών διασπαστικής συμπεριφοράς, 4 εκ των διαταραχών άγχους και 14 της άτυπης κατάθλιψης.

(3) 21 παιδιών χωρίς ψυχιατρική διαταραχή, που απετέλεσαν την ομάδα ελέγχου.

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής συνοψίζονται στα εξής: (1) τα παιδιά με καταθλιπτικές διαταραχές ήταν σημαντικά πιθανότερο να έχουν γονείς υψηλού 5MSS-ΕΣ (51%) απ' ό,τι τα παιδιά της ομάδας ελέγχου (19%), (2) οι μετρήσεις του 5MSS-ΕΣ ήταν συγκρίσιμες ανάμεσα στους γονείς των παιδιών με διαταραχές του σχιζοφρενικού φάσματος (23% υψηλού ΕΣ) και τους γονείς των παιδιών της ομάδας ελέγχου (19%), (3) οι μετρήσεις του 5MSS-ΕΣ ήταν σημαντικά υψηλότερες ανάμεσα στους γονείς των καταθλιπτικών παιδιών σε σύγκριση με τους γονείς των παιδιών με διαταραχές του σχιζοφρενικού φάσματος (51% έναντι 23% υψηλού γονεϊκού ΕΣ), (4) οι τιμές της κριτικής ήταν σημαντικά υψηλότερες ανάμεσα στους γονείς των καταθλιπτικών παιδιών (34% ΕΣ-crit) σε σύγκριση με τους γονείς των παιδιών της ομάδας ελέγχου (5% ΕΣ-crit), και (5) μέσα στην καταθλιπτική ομάδα η συννοσηρότητα με διαταραχή διασπαστικής συμπεριφοράς συνδεόταν με υψηλότερα επίπεδα γονεϊκής κριτικής ( $p<0,02$ ).

Όπως είδαμε και σε προηγούμενες μελέτες, σε ένα ευρύτερο όμως δείγμα ψυχοπαθολογίας παιδιών και εφήβων, το γονεϊκό ΕΣ βρέθηκε να συσχετίζεται τόσο με την κατάθλιψη στα παιδιά (Hirshfeld et al. 1997, Schwartz et al. 1990, Stubbe et al. 1993, Tompson et al. 2010), όσο και με άλλες ψυχικές διαγνώσεις, όπως οι διαταραχές διαγωγής ή της συμπεριφοράς (Baker et al. 2000, Bolton et al. 2003, Caspi et al. 2004, Hirshfeld et al. 1997, Peris & Baker 2000, Schwartz et al. 1990, Vostanis et al. 1994, Vostanis & Nicholls 1995), η κατάχρηση ουσιών (Schwartz et al. 1990), η ιδεο-ψυχαναγκαστική διαταραχή (Hibbs et al. 1991), η διασπαστική συμπεριφορά (Hibbs et al. 1991, Stubbe et al. 1993), η ΔΕΠΥ (Peris & Baker 2000, Stubbe et al. 1993), η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά προσκόλλησης (Jacobsen et al.

2000). Τα ερωτήματα όμως των Asarnow et al. (1994) διερευνούν αν υπάρχει κάποια πιο ειδική συσχέτιση ανάμεσα στο γονεϊκό ΕΣ και στον τύπο της ψυχικής διαταραχής του παιδιού. Τα αποτελέσματά τους υποστηρίζουν εν τέλει μια πιο ειδική σχέση του ΕΣ με την παιδική κατάθλιψη και ιδιαίτερα ως προς την διάσταση του ΕΣ-crit και της συννοσηρότητας με διασπαστική συμπεριφορά: Έτσι, (1) το γονεϊκό ΕΣ και ιδιαίτερα η παράμετρος της κριτικής (ΕΣ-crit) βρέθηκε να έχει υψηλή συσχέτιση με την κατάθλιψη των παιδιών και (2) μέσα στην καταθλιπτική ομάδα, η συννοσηρότητα με διαταραχή διασπαστικής συμπεριφοράς συσχετίστηκε επίσης με υψηλά επίπεδα ΕΣ-crit.

Τα αποτελέσματα αυτά συγκλίνουν με τα αποτελέσματα άλλων μελετών, οι οποίες επίσης υποδεικνύουν ότι, η γονεϊκή κριτική (ΕΣ-crit) συσχετίζεται με παιδική κατάθλιψη (Schwartz et al. 1990, Stubbe et al. 1993, Tompson et al. 2010), καθώς επίσης και με διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς (Hibbs et al. 1991, Stubbe et al. 1993) ή με συννοσηρότητα των δύο (Hirshfeld et al. 1997). Οι συγγραφείς (Asarnow et al. 1994), σχολιάζουν, πως τα αποτελέσματα αυτά υποβαθμίζουν την άποψη της ετερογένειας των καταθλιπτικών διαταραχών στα παιδιά και συνηγορούν επιπλέον σε μια διευρυνόμενη άποψη, ότι τα καταθλιπτικά παιδιά με διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς (ΔΕΠΥ, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής, Διαταραχή Διαγωγής, Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής) μπορεί να συνιστούν μια ξεχωριστή αιτιολογική υποομάδα.

Σε επόμενη μελέτη, οι Asarnow et al. (2001) εξέτασαν το ίδιο ερώτημα, εάν δηλαδή, το ΕΣ συνιστά έναν ειδικό παράγοντα κινδύνου για την κατάθλιψη ή έχει μη-ειδική συσχέτιση με την ψυχοπαθολογία στα παιδιά. Διερεύνησαν το ερώτημα σε ένα δείγμα 229 παιδιών και εφήβων εξετάζοντας το γονεϊκό 5MSS-ΕΣ, σε τρεις υποομάδες: (1) 83 παιδιών (Μη:12,6 ετών) με καταθλιπτικές διαταραχές (μείζονα κατάθλιψη, δυσθυμική διαταραχή και διπλή κατάθλιψη), (2) 73 παιδιών (Μη:11,09ετών) με διαταραχή ελαττωματικής προσοχής υπερκινητικότητας ή διαταραχή ελαττωματικής προσοχής χωρίς υπερκινητικότητα και (3) 73 παιδιών (Μη:11,9 ετών) χωρίς καμιά από τις παραπάνω διαγνώσεις κατά τη διάρκεια της ζωής τους, τα οποία απετέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Τα αποτελέσματα της μελέτης τους συνοψίζονται στα εξής: (1) τα παιδιά της καταθλιπτικής ομάδας είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν υψηλό γονεϊκό ΕΣ και ΕΣ-crit (61,4% και 48,2% αντιστοίχως) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (38,4% και 23,3%) ή την ομάδα ΔΕΠΥ (52,05% και 35,62%), (2) τα παιδιά της καταθλιπτικής ομάδας είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν μητέρες με υψηλή μέτρηση στην κριτική (49,3%) σε σύγκριση με τα μη καταθλιπτικά παιδιά της ομάδας ΔΕΠΥ (29,4%), (3) ως προς τις μεταβλητές του ΕΣ δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους γονείς της ομάδας ελέγχου και της ομάδας με ΔΕΠΥ. Υπήρχε, ωστόσο, μια οριακή τάση για υψηλότερο ΕΣ στις οικογένειες και στους πατεράδες της ομάδας της ΔΕΠΥ σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου και, (4) υψηλές μετρήσεις στο συνολικό ΕΣ και στην μεταβλητή της κριτικής συνδέονταν με χαμηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας στα παιδιά της καταθλιπτικής ομάδας, της ομάδας ελέγχου και του συνολικού δείγματος.

Τα αποτελέσματα των Asarnow et al. (2001) υποστηρίζουν τα προηγούμενα ευρήματα (Asarnow et al. 1994), την άποψη δηλαδή, ότι το υψηλό μητρικό 5MSS-crit δείχνει κάποια εξειδίκευση ως παράγοντας κινδύνου ή συσχέτισης με την κατάθλιψη

στα παιδιά και τους εφήβους. Τα δεδομένα προκύπτουν πια από δύο ανεξάρτητα δείγματα που ποικίλουν ως προς την ηλικία (από παιδιά μέχρι εφήβους) και ως προς την σοβαρότητα της διαταραχής (ενδονοσοκομειακό μέχρι εξωνοσοκομειακό δείγμα). Υποθέτουν μάλιστα πως η γονεϊκή κριτική μπορεί να εσωτερικεύεται από το παιδί, επιδρώντας αρνητικά στην αυτοεκτίμησή του, η οποία με τη σειρά της προδιαθέτει το παιδί σε κατάθλιψη. Στην παρούσα μελέτη των Asarnow et al. (2001) δεν επιβεβαιώθηκε ωστόσο η μέτρηση υψηλού γονεϊκού ΕΣ-crit στην συννοσηρότητα της κατάθλιψης με διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς, όπως φάνηκε στη μελέτη τους (Asarnow et al., 1994) με ενδονοσοκομειακό δείγμα. Ίσως, λένε οι συγγραφείς αυτό να οφείλεται στα διαφορετικά επίπεδα λειτουργικής επιβάρυνσης των ασθενών ανάμεσα στα δείγματα, και στο γεγονός ότι συχνά η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία επιδιώκεται μετά από σοβαρή και ανεξέλεγκτη διασπαστική συμπεριφορά.

Οι McCleary & Sanford (2002) εκτίμησαν τη σοβαρότητα της κατάθλιψης σε ένα κλινικό δείγμα 57 εφήβων (13-18 ετών, Μη:15,1), με γνώμονα τον αριθμό των συμπτωμάτων Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής κατά DSM-III-R, τα οποία διαγνώστηκαν με την Revised Diagnostic Interview for Children (DISC-R) (Piacentini et al. 1993, Schwaab-Stone et al. 1993, Shaffer et al. 1993). Στα αποτελέσματά τους βρήκαν συσχέτιση ανάμεσα στο γονεϊκό 5MSS-ΕΣ (σε ποσοστό 82% μητέρες) και στον αριθμό των συμπτωμάτων ΜΚΔ, με περισσότερα συμπτώματα στους εφήβους με υψηλό γονεϊκό ΕΣ απ' ό,τι στους εφήβους χαμηλού γονεϊκού ΕΣ. Ο μέσος αριθμός συμπτωμάτων ΜΚΔ ήταν ανεξάρτητος της παρουσίας συννοσηρών διαταραχών.

Οι Silk et al. (2009) διεύρυναν την έρευνα πάνω στο μητρικό ΕΣ και στην παιδική και εφηβική κατάθλιψη, εξετάζοντας εάν το υψηλό ΕΣ-κριτ είναι προφανές (1) σε οικογένειες παιδιών τα οποία είναι σε υψηλό κίνδυνο για κατάθλιψη, (2) σε οικογένειες παιδιών που έχουν ανανήψει από ένα προηγούμενο επεισόδιο μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, ή, (3) κατά τη διάρκεια και μόνο ενός οξέος καταθλιπτικού επεισοδίου. Εξέτασαν τα ερωτήματά τους σε 109 ζεύγη μητέρων-παιδιών και εφήβων (Μη:13,24), τα οποία, βάσει της τρέχουσας ψυχιατρικής διάγνωσης του παιδιού τη στιγμή της εκτίμησης του μητρικού 5MSS-ΕΣ, χωρίστηκαν σε 4 ομάδες: (α) με τρέχουσα μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (N:29), (β) με αναρρώσαντα παιδιά από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (N:18), (γ) με παιδιά σε υψηλό-κίνδυνο για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (N:21), και (δ) σε ομάδα ελέγχου με χαμηλό-κίνδυνο (N:41). Στο κλινικό δείγμα υπήρχε συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές του συναισθήματος και της συμπεριφοράς. Από τη διεξαγωγή της έρευνας προέκυψε ότι οι μητέρες και των τριών ομάδων (α),(β),(γ) είχαν περισσότερες πιθανότητες για υψηλό ΕΣ-κριτ απέναντι στα παιδιά τους απ' ό,τι οι μητέρες της ομάδας ελέγχου. Το ΕΣ-κριτ πάλι των μητέρων των τριών πρώτων ομάδων δεν έδειξε να διαφέρει μεταξύ τους. Επιπλέον, υψηλότερο ΕΣ-κριτ φάνηκε να προηγνώσκει μια μέλλουσα έναρξη καταθλιπτικού επεισοδίου σε καταθλιπτικά παιδιά και σε παιδιά υψηλού κινδύνου. Οι διαγνωστικές ομάδες δε διέφεραν ως προς την παράμετρο της μητρικής ΣΥΕ. Οι συγγραφείς καταλήγουν πως, το ΕΣ και δη το ΕΣ-κριτ φαίνεται να είναι σταθερό χαρακτηριστικό γνώρισμα του οικογενειακού περιβάλλοντος παιδιών με κατάθλιψη και παιδιών σε υψηλό κίνδυνο για κατάθλιψη. Σε μια ακόμη πιο πρόσφατη μελέτη, οι Burkhouse et al (2012) επιβεβαιώνουν και αυτοί, πως η παρατεταμένη έκθεση των παιδιών στην μητρική κριτική είναι ένας

σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης στα παιδιά. Τα ευρήματα σε σχέση με το μητρικό ΕΣ και το ΕΣ-κριτ είναι ενδεχομένως σημαντικά για την κατανόηση της έναρξης και της κλινικής πορείας των καταθλιπτικών διαταραχών των παιδιών και των εφήβων.

#### 2.4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανασκόπηση της ερευνητικής εργασίας παρέχει ισχυρές ενδείξεις, ότι το Εκφραζόμενο Συναίσθημα είναι ένας χρήσιμος δείκτης του ρόλου που παίζει το οικογενειακό περιβάλλον στην εμφάνιση και στην πορεία των ψυχολογικών διαταραχών των ενηλίκων, των παιδιών και των εφήβων. Η μέτρηση του ΕΣ των ατόμων που φροντίζουν τον ασθενή έδειξε αξιοσημείωτη προγνωστική εγκυρότητα στη σχιζοφρένεια των ενηλίκων. Όσον αφορά στα παιδιά και τους εφήβους, οι συσχετίσεις του γονεϊκού ΕΣ και ιδιαίτερα της κριτικής με την κατάθλιψη και τις διαταραχές συμπεριφοράς, συνιστούν αρκετά ισχυρά ευρήματα, ενώ από την εργασία των Stubbe et al. (1993) προκύπτει η υπόθεση ότι η ΣΥΕ συνδέεται ενδεχομένως με τις αγχώδεις διαταραχές. Ένα ακόμη αξιοπίστο εύρημα από την έρευνα στον παιδικό πληθυσμό είναι η συσχέτιση ανάμεσα σε γονεϊκή ψυχοπαθολογία και γονεϊκό ΕΣ, υποδεικνύοντας ότι η θεραπεία των συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών των παιδιών θα πρέπει ενδεχομένως να λαμβάνει υπόψη της όχι μόνο την υγεία και τη λειτουργικότητα του παιδιού, αλλά και αυτή των γονέων του (Weintraub & Wamboldt, 1996). Ένα επίσης χαρακτηριστικό της έρευνας πάνω στις διαταραχές των παιδιών είναι ότι αρκετές από τις μελέτες χρησιμοποίησαν ομάδες ελέγχου υγείων παιδιών, και βρήκαν πως το ΕΣ σχετίζεται με χαρακτηριστικά του παιδιού ακόμη και σε μη κλινικούς πληθυσμούς (Wearden et al., 2000). Οι Vostanis et al. (1994), για παράδειγμα, ανέφεραν ότι υπήρχε μια συσχέτιση ανάμεσα στα μητρικά κριτικά σχόλια και στη συμπεριφορά παιδιών που χωρίς να παραπεμφθούν αξιολογήθηκαν με το Child Behavior Checklist.

Παρά την εκτεταμένη ερευνητική εργασία, παραμένει αβέβαιο εάν το ΕΣ και τα συστατικά του στοιχεία έχουν μια ειδική σχέση με κάποια διαταραχή, εάν το ΕΣ συνδέεται περισσότερο με χαρακτηριστικά του παιδιού ή του γονέα, και εάν το ΕΣ προηγνύσκει την κλινική πορεία ανεξαρτήτως εκείνων των κλινικών μεταβλητών που αντανακλούν τη βαρύτητα της διαταραχής (McCleary & Sanford, 2002).

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΚΟΠΟΣ-ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να μελετηθεί το εκφραζόμενο συναίσθημα (ΕΣ) στις μητέρες παιδιών και νεαρών εφήβων 9-15 ετών με μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη, και να συσχετισθεί με την πορεία της θεραπείας τους. Τα παιδιά και οι νεαροί έφηβοι μαζί με τους γονείς τους κατανεμήθηκαν τυχαία σε δύο διαφορετικές αλλά εξίσου καθιερωμένες μορφές ψυχοθεραπείας, τη Συστημικά Απαρτιωμένη Οικογενειακή Θεραπεία (ΣΑΟΘ) και την Εστιασμένη Ατομική Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία (ΕΑΨΨ), συνοδευόμενη από Συμβουλευτική-Υποστηρικτική Θεραπεία γονέων. Οι θεραπείες διήρκεσαν 9-12 μήνες και το δείγμα επαναξιολογήθηκε μετά 6μηνο.

Αναλυτικότερα θα διερευνηθούν τα εξής ερωτήματα:

A. Εάν το ΕΣ της μητέρας συσχετίζεται με την βαρύτητα της κλινικής εικόνας ή της κοινωνικής προσαρμογής του παιδιού. Θα μελετηθεί κατά την έναρξη της μελέτης.

B. Εάν το ΕΣ συσχετίζεται με κλινικούς - ψυχιατρικούς παράγοντες ή/και κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες που αφορούν τη μητέρα. Θα μελετηθεί κατά την έναρξη της μελέτης.

Γ1. Εάν η αλλαγή στην κλινική εικόνα του παιδιού κατά την πορεία της θεραπείας του συμβαδίζει με αλλαγή στο ΕΣ της μητέρας του: Μελετάται όλο το δείγμα.

Γ2. Εάν η αλλαγή στην κλινική εικόνα του παιδιού κατά την πορεία της θεραπείας του συμβαδίζει με αλλαγή στο ΕΣ της μητέρας του: Συγκρίνονται δύο θεραπευτικές υποομάδες. Στην μια έχει εφαρμοστεί Συστημικά Απαρτιωμένη οικογενειακή Θεραπεία και στην άλλη Εστιασμένη Ατομική Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία του παιδιού με παράλληλη ψυχοθεραπεία γονέων.

Δ. Εάν η σταθεροποίηση της κλινικής εικόνας του παιδιού στην 6μηνη, μετά το τέλος της θεραπείας, επανεκτίμηση (follow up) συσχετίζεται με σταθεροποίηση του ΕΣ της μητέρας.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα μελέτη βασίζεται στο ερευνητικό υλικό και εν μέρει στη μεθοδολογία της πολυκεντρικής ευρωπαϊκής έρευνας των Trowell et al. (2007): *Childhood Depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing Individual Psychodynamic Psychotherapy and Family Therapy.*<sup>1</sup>

Πρόκειται για μια διακρατική μελέτη που εφαρμόστηκε (2000-2005): Στην Tavistock Clinic, στο Λονδίνο (επιστημ. υπεύθυνοι: I. Kolvin, J Trowell), στην Παιδοψυχιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο Παίδων «η Αγία Σοφία» (επιστημ. υπεύθυνος: I. Τσιάντης) και στο Πανεπιστημιακό Τμήμα Παιδοψυχιατρικής στο Ελσίνκι (επιστημ. υπεύθυνος: F.

<sup>1</sup> Άλλες δημοσιεύσεις, σχετικές με την εν λόγω έρευνα, οι οποίες συνεισέφεραν στη συγγραφή του παρόντος κεφαλαίου είναι: Garoff et al. 2012, Κολαϊτής και συν. 2002, Kolvin et al. 1999, Μαράτου 2006, Τσιάντης και συν. 2002.



Almqvist). Είχε ως σκοπό την μελέτη της αποτελεσματικότητας δύο διαφορετικών, αλλά εξίσου αποτελεσματικών ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, της Εστιασμένης Ατομικής Ψυχοδυναμικής Ψυχοθεραπείας (ΕΑΨΨ) και της Συστημικά Απαρτιωμένης Οικογενειακής Θεραπείας (ΣΑΟΘ), στην αντιμετώπιση της παιδικής κατάθλιψης. Σύντομη περιγραφή της διακρατικής έρευνας, στο Παράρτημα.

#### 4.1. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Επικεφαλής/επιστημονικός συντονιστής της διακρατικής έρευνας ήταν ο Professor Issy Kolvin, με βασικό επιστημονικό συνεργάτη την J. Trowell, MBBS, DCH, DPM, FRCPsych, Professor of Child Mental Health. Λονδίνο, Tavistock Clinic, Child and Family Department.

Το ερευνητικό κέντρο του Λονδίνου συνεργάστηκε διεθνώς και με άλλους εταίρους σε θέματα σχεδιασμού, εφαρμογής και παρακολούθησης των πρακτικών πλευρών της θεραπείας. Κλινικοί επιστήμονες εργάστηκαν στον γενικό σχεδιασμό και στην οργάνωση του προγράμματος εκτίμησης. Άλλοι συνεργάτες είχαν διευθυντικό/εποπτικό ρόλο στον συντονισμό και την εποπτεία της οικογενειακής θεραπείας και, άλλοι της ατομικής ψυχοθεραπείας. Ο συντονισμός της έρευνας υποστηρίχθηκε κεντρικά στο Λονδίνο, από ένα στατιστικολόγο, ειδικευμένο στην χρήση H/Y.

Στην Αθήνα, επιστημονικός υπεύθυνος ήταν ο κ. Ι. Τσιάντης, MD, DPM, FRCPsych., Αναπ. Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής. Παιδοψυχιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγ. Σοφία». Το ερευνητικό κέντρο της Αθήνας με τον επιστημονικό υπεύθυνο ανέλαβε την συνολική ευθύνη για όλες τις φάσεις της έρευνας στην Αθήνα και όλες τις όψεις της εφαρμογής του θεραπευτικού προγράμματος, σε συνεργασία με Έλληνες επιστήμονες - διευθυντές, επόπτες, θεραπευτές - με υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων της Αττικής, και με τον φορέα του προγράμματος για την Ελλάδα (ΕΠΠΨΥ). (Οι συμμετέχοντες στο ερευνητικό πρόγραμμα μνημονεύονται στο Παράρτημα).

#### ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Η εκπαίδευση του προσωπικού οργανώθηκε σε καθένα ερευνητικό κέντρο, αλλά και μεταξύ τους. Πραγματοποιήθηκε μια μεγάλη αρχική συνάντηση μεταξύ των συναδέλφων των ερευνητικών κέντρων στο Λονδίνο κατά τον πρώτο χρόνο και ετησίως έκτοτε στην Αθήνα, στο Λονδίνο και στο Ελσίνκι. Οι επιστήμονες που διεξήγαγαν τις βασικές διαγνωστικές συνεντεύξεις εκπαιδεύτηκαν πάνω στις αρχές της αξιολόγησης των παραπεμφθέντων περιστατικών, ενώ οι θεραπευτές και οι επόπτες τους δεν είχαν καμιά συμμετοχή σε αυτή τη φάση. Η εκπαίδευση των εποπτών επίσης, έλαβε χώρα σε ομάδες εργασίας, οι οποίες οργανώθηκαν μεταξύ των ερευνητικών κέντρων.

Οι θεραπευτές που ανέλαβαν τα 24 περιστατικά της παρούσας μελέτης εκπαιδεύτηκαν στο ερευνητικό κέντρο της Αθήνας - Παιδοψυχιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγ. Σοφία» - στη χρησιμοποίηση ενός εγχειριδίου της θεραπείας το οποίο συντάχθηκε πριν από την έναρξη της έρευνας. Το εγχειρίδιο δόθηκε στους θεραπευτές και ακολούθησαν

κλινικές συζητήσεις επ' αυτού, υπό τον συντονισμό των εποπτών. Οι συζητήσεις βασίστηκαν σε 1-2 πιλοτικές περιπτώσεις ψυχοθεραπείας. Επικεντρώθηκαν στην υποστήριξη των θεραπευτικών τεχνικών και αρχών του εγχειριδίου, στη συζήτηση των περιπτώσεων σε θεραπεία (vignettes), στην παρακολούθηση θεραπευτικών βιντεοσκοπήσεων (οικογενειακή θεραπεία), και στην ακρόαση μαγνητοφωνημένων θεραπευτικών συνεδριών (ατομική ψυχοθεραπεία). Σκοπός ήταν η περαιτέρω επεξεργασία του εγχειριδίου καθώς και η εκπαίδευση στη χρήση του, η αξιολόγηση της διαδικασίας από τους θεραπευτές και η κατά το δυνατόν εξασφάλιση συνθηκών, ώστε η θεραπεία να είναι κατάλληλα εναρμονισμένη και προτυποποιημένη.

## 4.2. ΔΕΙΓΜΑ

### 4.2.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης εξετάσθηκαν σε ένα κλινικό δείγμα 24 παιδιών και νεαρών εφήβων ηλικίας 9-15 ετών, με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ) ή/και Δυσθυμική Διαταραχή (ΔΔ) κατά DSM-IV, και στις μητέρες τους. Τα παιδιά και οι γονείς τους κατανεμήθηκαν τυχαία σε δύο διαφορετικές αλλά εξίσου καθιερωμένες μορφές ψυχοθεραπείας για την μείζονα κατάθλιψη στην παιδική/εφηβική ηλικία. Οι θεραπείες είναι η Εστιασμένη Ατομική Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία (ΕΑΨΨ), και η Συστημικά Απαρτιωμένη Οικογενειακή Θεραπεία (ΣΑΟΘ).

Το συγκεκριμένο ηλικιακό εύρος επιλέχθηκε προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι θα είναι διαθέσιμες συνεχείς πληροφορίες σχετικά με την εκπαιδευτική πρόοδο και τη σχολική συμπεριφορά ενώ το παιδί βρίσκεται ακόμη στο σχολείο. Εξασφαλίζει επίσης ότι τα παιδιά είναι αρκετά μεγάλα, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις ορισμένων ερωτηματολογίων που χρειάστηκε να συμπληρώσουν μόνα τους.

### ΜΕΙΖΟΝΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Συμμετείχαν 24 παιδιά και νεαροί έφηβοι, ηλικίας 9-15 ετών (Μη:12,4 sd=1,5), εκ των οποίων τα 13 (54,16%) ήσαν αγόρια.

Παρουσία κατάθλιψης βάσει του Kiddie-SADS-PL:

Πριν την έναρξη της θεραπείας (Baseline): 24 παιδιά (100%)

Τέλος θεραπείας (EoT): 5 παιδιά (20,8%)

Επανεκτίμηση 6 μήνες αργότερα (FU): 1 παιδί (4,1%)

Συννοσηρότητα πριν την έναρξη της θεραπείας: γενικευμένη διαταραχή άγχους (75%), φοβική διαταραχή (75% για απλή και κοινωνική φοβία), εναντιωματική-προκλητική διαταραχή (5%), διαταραχή άγχους αποχωρισμού (25%), διαταραχή διαγωγής (8%)

Δημογραφικά στοιχεία των μητέρων: Η μέση ηλικία των μητέρων ήταν 41,2 έτη (sd±7,8). Οι 19 (86,4%) εξ' αυτών εργάζονταν. Οι 14 (60,9%) είχαν τελειώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση, 10 (41,7%) προχώρησαν στην τριτοβάθμια εκπαιδευτική βαθμίδα, και 3 (13,0%) εξ' αυτών είχαν πανεπιστημιακό πτυχίο. Οι 12 (52,2%)

αντιμετώπιζαν στην οικογένειά τους ελάχιστονα οικονομικά προβλήματα. (Παράρτημα, Πίνακες & Διαγράμματα: Πίνακας 2)

Στοιχεία από το ιστορικό των μητέρων: Οι 6 (26,1%) από τις μητέρες ήταν κάποτε καταθλιπτικές, ενώ 4 (20,0%) είχαν εμφανίσει επιλόχειο κατάθλιψη σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Οι 3 (15%) δήλωσαν πως ένιωσαν δυστυχία μετά τη γέννηση του παιδιού που συμμετείχε στην έρευνα. Καμία από τις μητέρες δεν είχε προβλήματα λόγω χρήσης αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών. Οι 2 (8,3%) είχαν προβλήματα με το νόμο.

#### 4.2.2. Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

##### ΠΗΓΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ

Οι συμμετέχοντες ασθενείς με τις οικογένειές τους, είτε αυτό-παραπέμφθηκαν στην Παιδοψυχιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγ. Σοφία», είτε προήλθαν από συνεργαζόμενες εξωτερικές πηγές, όπως κοινοτικές παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες, γενικούς ιατρούς και άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Λεκανοπεδίου Αττικής.

##### ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ των ΚΑΤΑΛΛΗΛΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Η πρώτη ανίχνευση των πιθανών περιστατικών κατάθλιψης έγινε στις κοινοτικές παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες, όπου απευθύνθηκαν αρχικά οι οικογένειες. Πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση της αυτό-συμπληρούμενης Κλίμακας Παιδικής Κατάθλιψης (Childhood Depression Inventory) (Kovacs, 1992) σε παιδιά και νεαρούς εφήβους, ηλικίας 9-15 ετών, για τα οποία υπήρχε βάσιμη κλινική ένδειξη ότι παρουσίαζαν διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Ακολουθώντας τα κριτήρια του Kovacs, ως κατώτατη οριακή βαθμολογία (cut-off score) εισόδου στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το συνολικό σκορ των 13 βαθμών στο CDI. Για τα παιδιά που βαθμολογήθηκαν θετικά (άνω του οριακού σημείου), καθώς και για όσα, ανεξαρτήτως βαθμολογίας στο CDI, η κλινική τους εικόνα ήταν συμβατή με κατάθλιψη, ενημερώθηκε η οικογένεια για την πιθανότητα να συμμετάσχουν στην έρευνα. Οι περιπτώσεις που αποδέχτηκαν την πρόταση παραπέμφθηκαν στην Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική του Νοσοκομείου Παίδων «Αγ. Σοφία» για την περαιτέρω διαγνωστική διερεύνηση.

##### ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ και ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Ακολούθησε, για το σκοπό αυτό, η χορήγηση χωριστά στον γονέα (ή τους γονείς) και το παιδί του πρώτου (ανιχνευτικού) τμήματος της ημιδομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης για τα παιδιά Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present and Lifetime version (K-SADS-PL) (Kaufman et al, 1997) από ειδικά εκπαιδευμένο στη χορήγηση της συνέντευξης αυτής παιδοψυχίατρο. Το εργαλείο αυτό είναι μια σταθμισμένη ημιδομημένη διαγνωστική συνέντευξη για την Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή και την Δυσθυμία (βάσει των DSM-IV κριτηρίων), και για ψυχιατρική συννοσηρότητα. Μετά το πέρας του ανιχνευτικού τμήματος της συνέντευξης και εφόσον κρινόταν ότι το παιδί παρουσιάζει κατάθλιψη, οι γονείς ενημερωνόντουσαν και, εάν συμφωνούσαν υπέγραφαν το έντυπο συμφωνίας

για συμμετοχή της οικογένειας στη μελέτη και τη θεραπεία που θα έπαιρναν. Ακολουθούσε η παραγματοποίηση του υπόλοιπου μέρους της συνέντευξης K-SADS-PL με την εξής διαδοχή: οι γονείς απαντούσαν για τη συμπλήρωση του τμήματος των συναισθηματικών διαταραχών (affective supplement), το παιδί για το ίδιο τμήμα και για το υπόλοιπο του ανιχνευτικού τμήματος του K-SADS-PL. Έτσι, συμπεριελήφθησαν στο δείγμα όσα παιδιά πληρούσαν τα κριτήρια για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ) και/ή Δυσθυμία, και δέχτηκαν μαζί με τις οικογένειές τους να συμμετάσχουν στη μελέτη.

Τέλος, εκτιμήθηκε η λειτουργικότητα των παιδιών και των εφήβων με βάση την Κλίμακα Ολικής Αξιολόγησης των Παιδιών (Children's Global Assessment Scale, C-GAS) (Shaffer et al., 1983), η οποία αξιολογεί τη λειτουργικότητα του παιδιού σε επίπεδο ψυχολογικό, κοινωνικό και σχολικό. Η παράμετρος αυτή θεωρήθηκε απαραίτητη τόσο για την αρχική αξιολόγηση, όσο και για την επαναξιολόγηση επειδή, ενώ η κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης μπορεί να δείχνει, για παράδειγμα, κλινική βελτίωση, η λειτουργικότητα του παιδιού μπορεί να παραμένει ελλειμματική.

Η αξιολόγηση ολοκληρώθηκε με ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν οι εκπαιδευτικοί στο χώρο του σχολείου: το Educational Achievement Questionnaire (EAQ) (Fundudis et al., 1991) και το Child Behavior Checklist (CBCL), (Achenbach, 1991).

Τα ποσοστά συννοσηρότητας, κυρίως με αγχώδεις διαταραχές, βρέθηκαν υψηλά (περίπου 75% για γενικευμένη διαταραχή άγχους, 75% για φοβική διαταραχή, 65% για εναντιωματική-προκλητική διαταραχή), και βρίσκονται βασικά σε συμφωνία με εκείνα άλλων σχετικών μελετών (Flament et al. 2001, Kovacs et al. 1989, 1996).

#### ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ – ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

1. Τα παιδιά έπρεπε να ζουν με τον έναν τουλάχιστον από τους βιολογικούς τους γονείς. Εξασφαλίστηκε έτσι μια σχετική δυνατότητα σύγκρισης των οικογενειών στην έρευνα.
2. Εάν ελάμβαναν φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά ή άλλες ψυχοτρόπες ουσίες προβλέφτηκε να τη σταματήσουν τουλάχιστον τέσσερις εβδομάδες πριν την έναρξη της θεραπείας.
3. Εάν είχαν πολύ σοβαρούς βαθμούς ΜΚΔ με σημαντική λειτουργική έκπτωση (C-GAS 1-30), καταθλιπτικές διαταραχές που χρειάζονταν επείγουσα ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, διπολική και σχιζο-συναισθηματική διαταραχή, σοβαρή διαταραχή διαγωγής, και αναπτυξιακές αναπηρίες.
4. Παιδιά γονέων που έπασχαν από ψύχωση ή από βαριά διαταραχή προσωπικότητας.

#### Η ΤΕΛΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ του ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Μέσα από την ανωτέρω διαδικασία και υπό τις προϋποθέσεις και τα κριτήρια αποκλεισμού που τέθηκαν, επελέγη το τελικό δείγμα των 24 παιδιών και νεαρών εφήβων ηλικίας 9-15 ετών, με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ) ή/και Δυσθυμική Διαταραχή (ΔΔ) κατά DSM-IV, τα οποία, μαζί με τις μητέρες τους συμπεριελήφθησαν στην παρούσα μελέτη.

Αναλυτικότερα, στην πρώτη φάση της ανίχνευσης των κατάλληλων περιστατικών, αξιολογήθηκαν με τη χορήγηση του CDI, 51 πιθανές περιπτώσεις. Από αυτές αποκλείστηκαν οι 8, λόγω χαμηλής βαθμολόγησης στο CDI ή απουσίας κατάθλιψης στο ανιχνευτικό τμήμα του K-SADS-PL. Από τις 43 περιπτώσεις που κρίθηκαν κατάλληλες, 13 οικογένειες αρνήθηκαν τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Μια περίπτωση χρειάστηκε να λάβει φαρμακευτική αγωγή επειδή παρουσίαζε επιπροσθέτως συχνές κρίσεις πανικού που έχρηζαν φαρμακοθεραπείας. Στην πορεία της έρευνας υπήρξαν 5 περιπτώσεις πρόωρης διακοπής της θεραπείας (2 από την οικογενειακή και 3 από την ατομική ψυχοθεραπεία). Τελικώς, 24 περιπτώσεις ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους (Παράρτημα: Διάγραμμα 1).

#### 4.2.3. ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Οι 24 ασθενείς κατανεμήθηκαν τυχαία είτε σε Εστιασμένη Ατομική Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία (ΕΑΨΨ), είτε σε Συστημικά Απαρτιωμένη Οικογενειακή Θεραπεία (ΣΑΟΘ). Η Ατομική Ψυχοθεραπεία συνοδεύτηκε από Συμβουλευτική-Υποστηρικτική Θεραπεία γονέων.

Προκειμένου να κατανεμηθούν τα περιστατικά σε κάθε τύπο θεραπείας, χρησιμοποιήθηκε ένας μηχανισμός τυχαίας διάταξης, ο οποίος περιελάμβανε δύο καταστάσεις: «Α» για την ατομική ψυχοθεραπεία και «Β» για την οικογενειακή θεραπεία (Altman, 1991). Έτσι, για παράδειγμα, η ακολουθία γινόταν ΑΑΒΒ, ΑΒΒΑ, ΒΑΑΒ, ΒΒΑΑ, ΑΒΒΑ, ΒΑΒΑ κ.ο.κ.

Το σχήμα αυτό έγινε από ανεξάρτητο ερευνητή, ο οποίος δε συμμετείχε στη διαδικασία της κλινικής μελέτης και επαναλαμβάνετο όπως απαιτείτο.

Με αυτή τη μέθοδο τυχαίας κατανομής 13 ασθενείς τοποθετήθηκαν στην ΣΑΟΘ και 11 στην ΕΑΨΨ.

#### 4.3. ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Τα 24 παιδιά και νεαροί έφηβοι μαζί με τους γονείς τους κατανεμήθηκαν σε δύο διαφορετικές αλλά εξίσου καθιερωμένες μορφές ψυχοθεραπείας για την κατάθλιψη στην παιδική και εφηβική ηλικία. Οι 11 τοποθετήθηκαν σε Εστιασμένη Ατομική Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία (ΕΑΨΨ), και οι 13 σε Συστημικά Απαρτιωμένη Οικογενειακή Θεραπεία (ΣΑΟΘ). Οι θεραπείες πραγματοποιήθηκαν σε εξωτερική βάση για μια χρονική περίοδο 9-12 μηνών, από έμπειρους, εγκεκριμένους θεραπευτές.

Κατά την εφαρμογή των δύο θεραπευτικών μεθόδων χρησιμοποιήθηκαν εγχειρίδια θεραπείας ειδικά γραμμένα για την έρευνα, ώστε να εξασφαλιστεί η συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων. Η τήρηση του θεραπευτικού πρωτοκόλλου διασφαλίστηκε μέσω εκπαιδευτικών σεμιναρίων πριν την έναρξη της έρευνας, αλλά και στη συνέχεια, κατά την διάρκεια της θεραπευτικής φάσης. Παρεχόταν επίσης συστηματική εποπτεία από έμπειρους εκπαιδευτές θεραπευτών και από τους συντονιστές του προγράμματος.

Η **Εστιασμένη Ατομική Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία (ΕΑΨΨ)** είναι μια προσαρμογή της ατομικής ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας. Στην περίπτωσή μας η προσαρμογή αυτή διαμορφώθηκε μέσα από την συνεργασία των τριών ερευνητικών

κέντρων της διακρατικής μελέτης “*Childhood Depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing Individual Psychodynamic Psychotherapy and Family Therapy*”, υπό τον συντονισμό της Professor Judith Trowell. Τα αποτελέσματα αυτής της συνεργασίας οδήγησαν στη σύνταξη ενός εγχειριδίου για την θεραπευτική διαδικασία (Trowell et al., 2010). Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία εστιάστηκε στις διαπροσωπικές σχέσεις, τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής (life stresses), και τις δυσλειτουργικές σχέσεις δεσμού. Το πρόγραμμα της ΕΑΨΨ περιορίστηκε σε συνολικά 30 εβδομαδιαίες ατομικές συνεδρίες για το παιδί, διάρκειας 45-50 λεπτών η καθεμιά, ωστόσο ολοκληρωμένες εκλήφθηκαν οι περιπτώσεις που συμπλήρωσαν 16-30 ατομικές συνεδρίες. Η ατομική ψυχοθεραπεία του κάθε παιδιού συνοδεύτηκε από 15 συνολικά συνεδρίες γονέων (1συνεδρία/15θήμερο), με ξεχωριστό θεραπευτή. Με αυτό τον τρόπο δινόταν η ευκαιρία να αντιμετωπιστούν χωριστά τα θέματα του παιδιού και αυτά των γονέων του. Επίσης, οι συνεδρίες μαγνητοφωνούνταν.

Τις ατομικές ψυχοθεραπείες ανέλαβαν 7 έμπειροι ψυχοθεραπευτές παιδιών και εφήβων. Η εργασία τους εποπτευόταν ανά 15θήμερο από εμπειρότερους εγκεκριμένους θεραπευτές/επόπτες. Η εποπτεία βασίστηκε στις σημειώσεις του θεραπευτή και στο υλικό της μαγνητοφώνησης από κάθε συνεδρία. (Περιγραφή της ΕΑΨΨ με παιδιά του ερευνητικού δείγματος στα: Χριστογιώργος & Σταύρου 2002, Christogiorgos et al. 2010)

Την συμβουλευτική-υποστηρικτική ψυχοθεραπευτική εργασία με τους γονείς ανέλαβαν 4 έμπειροι επίσης ψυχοθεραπευτές, εποπτευόμενοι ανά δύο, μία φορά το μήνα, από υψηλότερης βαθμίδας θεραπευτή/επόπτη. (Περιγραφή της εργασίας με τους γονείς του ερευνητικού δείγματος στο: Γκριτζέλας και συν. 2002)

**Η Συστημικά Απαρτιωμένη Οικογενειακή Θεραπεία (ΣΑΟΘ)** αναπτύχθηκε μέσα από την συστημική σκοπιά της οικογενειακής θεραπείας. Ήταν επίσης ορισμένου χρόνου, οπότε προβλέφθηκαν δεκατέσσερις 90λεπτες συνεδρίες οικογενειακής θεραπείας κάθε 2 ή 3 εβδομάδες, με ένα ζευγάρι θεραπευτών. Ολοκληρωμένες εκλήφθηκαν οι περιπτώσεις οικογενειών που συμμετείχαν σε 8-14 συνολικά συνεδρίες. Κάθε 3 οικογενειακές συνεδρίες ακολουθούσε μια συνεδρία μόνο για τους γονείς, ενώ περιστασιακά μπορούσε να συμμετάσχει κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας. Η εστία της ΣΑΟΘ περιορίστηκε στην οικογενειακή δυσλειτουργία, χωρίς ιδιαίτερη έμφαση στην πρώιμη παιδική ηλικία και σε ανεπίλυτες ενδοψυχικές συγκρούσεις. Η εργασία με τους γονείς επικεντρώθηκε σε ζητήματα γονικής φροντίδας και όχι σε αυτά του γάμου. Επίσης, όλες οι συνεδρίες οικογενειακής θεραπείας βιντεοσκοπούνταν με την αρχική συναίνεση των γονέων.

Τις οικογενειακές θεραπείες ανέλαβαν 6 έμπειροι οικογενειακοί θεραπευτές, οι οποίοι εργάστηκαν σε ζεύγη με την οικογένεια, ως συν-θεραπευτές. Ανά δύο συνεδρίες προσφερόταν εποπτεία κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και ανά τέσσερις εποπτεία μέσω των βιντεοκασετών. (Περιγραφή της ΣΑΟΘ με οικογένειες του ερευνητικού δείγματος στο: Γεωργιάδης και συν. 2002)

Η έκβαση και των δύο μορφών θεραπειών στο δείγμα αξιολογήθηκε με μια ποικιλία από εργαλεία που χορηγήθηκαν στις τρεις διαφορετικές χρονικές στιγμές («έναρξη», «τέλος θεραπείας» και «επαναξιολόγηση»). Κάποια ερωτηματολόγια που αποτυπώνουν πτυχές της θεραπευτικής διεργασίας χορηγήθηκαν κατά την διάρκεια της. Με τα ερωτηματολόγια αυτά συλλέχθηκαν πληροφορίες από διαφορετικές

σημαντικές πηγές – παιδιά, γονείς και δάσκαλοι – με τρόπο που συμπληρώνουν η μία την άλλη (Μαράτου 2006, Τσιάντης και συν. 2002, Tsiantis et al. 2005).

#### 4.4. ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ

##### 4.4.1. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η αξιολόγηση των παιδιών και των μητέρων του δείγματος έλαβε χώρα πριν την έναρξη της θεραπείας (“Baseline”), στο τέλος της θεραπείας (“End of therapy”) και μετά έξι μήνες (“Follow up”). Οι ασθενείς που “διέφυγαν της επανεκτίμησης” ήσαν αυτοί που δεν προσήλθαν για τις αξιολογήσεις του “Τέλους Θεραπείας” ή της “Επανεκτίμησης”.

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ (Παράρτημα: Πίνακας 3)

Χρησιμοποιήθηκε μια δέσμη εργαλείων αξιολόγησης, η οποία περιελάμβανε κλίμακες και ερωτηματολόγια που αφορούν:

- I. Τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία της οικογένειας και τα γεγονότα ζωής.
- II. Την κλινική κατάσταση των παιδιών
- III. Την κοινωνική προσαρμογή των παιδιών
- IV. Την ψυχιατρική κλινική κατάσταση της μητέρας
- V. Τη συναισθηματική στάση της μητέρας απέναντι στον ασθενή

Πιο συγκεκριμένα:

- I. Για τα **κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία της οικογένειας** χρησιμοποιήθηκαν επιλεκτικά ερωτήσεις από τα κάτωθι ερωτηματολόγια (1) και (2).

Για την καταγραφή και την εκτίμηση των γεγονότων ζωής της οικογένειας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο (3).

1. Demography Interview (Kolvin et al., 1991)

Πρόκειται για τυποποιημένη ημι-δομημένη συνέντευξη η οποία βασίζεται στη χρήση αξιόπιστου ερωτηματολογίου. Συλλέγει κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία, αλλά και στοιχεία γύρω από την ψυχική κατάσταση των γονέων, όπως: ηλικία, εθνικότητα, θρήσκευμα, προηγούμενοι γάμοι, εκπαίδευση, εργασία, σχέση μεταξύ των γονέων, ψυχιατρικό ιστορικό, ψυχική διάθεση και συναισθήματα γονέων. Στο ερωτηματολόγιο αυτό υιοθετήθηκε μια ανοιχτή τεχνική με χαλαρή δομή, σύμφωνα με την οποία, όλοι οι γονείς απαντούσαν στις ίδιες ερωτήσεις, αλλά επιτρεπόταν αρκετή ελαστικότητα, ώστε να λαμβάνονται υπόψη οι ατομικές διαφορές.

Συμπληρώθηκε με παρόντες και τους δύο γονείς πριν την έναρξη της θεραπείας.

2. Cambridge Inventory (Tavistock Clinic, Developmental Psychopathology Research Unit)

Ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς, το οποίο συλλέγει στοιχεία για το ατομικό ιστορικό του παιδιού και άλλων μελών της οικογένειας, από 6 βασικές περιοχές: οικογενειακή σύνθεση, στοιχεία για το παιδί (π.χ. φύλο, θέση στην

οικογένεια, αναπτυξιακά προβλήματα, προβλήματα υγείας, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά), εγκυμοσύνες μητέρας (π.χ. επιπλοκές, επιλόχεια κατάθλιψη), εκπαίδευση γονέων-εργασία-κατοικία, σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους, ιατρικό ιστορικό γονέων ή άλλων μελών της οικογένειας (σωματικά και ψυχικά προβλήματα). Το ερωτηματολόγιο είναι μέρος του σχεδίου εργασίας της Κλινικής Tavistock του Λονδίνου, για τη συναισθηματική εξέλιξη των εφήβων (Developmental Psychopathology Research Unit).

Συμπληρώθηκε από τη μητέρα πριν από την έναρξη της θεραπείας.

### 3. Life Events (Goodyer, Kolvin & Gatzanis, 1985)

Πρόκειται για ένα αυτό-συμπληρούμενο κατάλογο ψυχοπαιστικών γεγονότων ζωής. Χρησιμοποιήθηκε η πιο πρόσφατη, τροποποιημένη και συντεταγμένη εκδοχή των Berney et al. (1991), η οποία περιλαμβάνει 40 γεγονότα που αφορούν στην πρόσφατη ζωή της οικογένειας (τους τελευταίους 12 μήνες), όπως γέννηση αδελφού, διαζύγιο, απώλεια εργασίας, αλλαγή κατοικίας, ασθένεια ή θάνατος μέλους, προβλήματα με το νόμο, σχολική αποτυχία, βία στο σχολείο, φυσική καταστροφή κ.α. Η ύπαρξη ενός ψυχοπαιστικού γεγονότος βαθμολογείται με 1, αξιολογείται όμως επιπροσθέτως η επίδραση του γεγονότος στο παιδί με μια διαβάθμιση από 0 έως 2 (0=δεν το επηρέασε καθόλου, 1=το επηρέασε δυσάρεστα, 2=το επηρέασε πολύ δυσάρεστα).

Συμπληρώθηκε από τους γονείς στην έναρξη της θεραπείας.

## II. Για την κλινική κατάσταση των παιδιών:

### 1. Childhood Depression Inventory (CDI) (Kovacs., 1992)

Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς για την ανίχνευση συμπτωμάτων κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους 6-17 ετών. Περιλαμβάνει 27 θεματικά στοιχεία υπό τη μορφή δηλώσεων αυτο-αναφοράς, τα οποία αξιολογούν καταθλιπτικά συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών της διάθεσης, της ικανότητας για ευχαρίστηση (ανηδονία), των σωματικών λειτουργιών, της αυτό-εκτίμησης και της διαπροσωπικής συμπεριφοράς. Στο κάθε θεματικό στοιχείο αντιστοιχούν τρεις δηλώσεις, οι οποίες βαθμολογούνται από 0 έως 2 (0=απουσία συμπτώματος, 1=ήπιο σύμπτωμα, 2=σοβαρό σύμπτωμα). Για το κάθε στοιχείο ζητείται από το παιδί να επιλέξει τη δήλωση που περιγράφει καλύτερα τα συναισθήματά του τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Το συνολικό σκορ, κυμαινόμενο από 0 έως 54, αξιολογείται ως ενδεικτικό της σοβαρότητας της καταθλιπτικής κατάστασης. Ως οριακή βαθμολογία για την είσοδο στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε το 13, βάσει της έρευνας από τους Garvin et al (1991) για τη χρήση του CDI σε κλινικά πλαίσια.

Το CDI έχει αναδειχτεί χρήσιμο εργαλείο ανίχνευσης της κατάθλιψης σε πληθυσμό μη παραπεφθέντων νέων (Carey et al., 1987) και ικανό για ακριβή διάκριση ανάμεσα σε καταθλιπτικούς και μη-καταθλιπτικούς εφήβους που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά πλαίσια (Craighead et al., 1995). Τα πολύ μικρά παιδιά τείνουν να αναφέρουν λιγότερα συμπτώματα απ' ό,τι οι έφηβοι, αλλά το μέγεθος και η κλινική σημασία αυτών των διαφορών



είναι μικρή (Finch et al., 1985). Η εγκυρότητα και η επαναληψιμότητά του (test-retest reliability) έχουν καταδειχτεί από τους Smucker et al. (1986). Πιο πρόσφατες μελέτες επιβεβαιώνουν την αξιοπιστία (reliability) και την συγκλίνουσα εγκυρότητα (convergent validity) του CDI, παρότι τα στοιχεία του μπορεί να μην είναι όλα εξίσου σχετικά όσον αφορά τις τρέχουσες αντιλήψεις περί κατάθλιψης (Ivarsson et al. 2006, Kovacs 1992). Ο Cronbach's alpha (α) συντελεστής εσωτερικής συνοχής (internal consistency) για το CDI είναι 0,90.

Έχει σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό (Giannakopoulos et al., 2009).

Συμπληρώθηκε από το παιδί στην έναρξη, στο τέλος της θεραπείας και στην επαναξιολόγηση.

2. Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime version (K-SADS-PL) (Kaufman et al. 1997, Chambers et al. 1985, Puig-Antich & Chambers 1978)

Ημιδομημένη ψυχιατρική συνέντευξη, η οποία συλλέγει πληροφορίες από τους γονείς και το παιδί χωριστά, και ελέγχει την παρουσία Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής και Δυσθυμίας (βασισμένης σε DSM-IV κριτήρια), και ψυχιατρικής συν-νοσηρότητας.

Το K-SADS-PL έχει σχεδιαστεί για κλινική ή/και για ερευνητική εκτίμηση παιδιών ηλικίας 6-18 ετών (Kaufman et al., 1997). Σχεδιάστηκε αρχικά από τους Puig-Antich & Chambers (1978), έχοντας ως σημείο αναφοράς το SADS των ενηλίκων. Χρησιμοποιήθηκε μια αναθεωρημένη έκδοση της συνέντευξης, η χορήγηση της οποίας προϋποθέτει ειδική εκπαίδευση του παιδοψυχιάτρου που την πραγματοποιεί. Η συνέντευξη περιλαμβάνει δύο μέρη: μια εισαγωγική συνέντευξη, η οποία είναι σχετικά αδόμητη και περιλαμβάνει ερωτήσεις που σχετίζονται με το χρόνο έναρξης και τη διάρκεια του επεισοδίου, και μια ανιχνευτική συνέντευξη με 82 στοιχεία, η οποία περιλαμβάνει ερωτήσεις πάνω σε συγκεκριμένα συμπτώματα ή συμπεριφορές, ανάλογα με τις περισσότερες διαγνώσεις του άξονα I του DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Όταν συμπληρώνονται τα κριτήρια για ένα παρόν ή παλαιότερο επεισόδιο κάποιας διαταραχής, τότε χορηγείται το διαγνωστικό συμπλήρωμα γι αυτή την περιοχή συμπτωματολογίας. Τα περισσότερα στοιχεία του K-SADS-PL βαθμολογούνται ανάλογα με τη βαρύτητά τους σε μια κλίμακα από 0 έως 3 (0= μη διαθέσιμη πληροφορία, 1= δεν υπάρχει το σύμπτωμα, 2= υπάρχει υπό τον ουδό, 3= υπάρχει τουλάχιστον στον ουδό). Οι διαγνώσεις βασίζονται σε μια σύνθεση των πληροφοριών από το γονέα και το παιδί, με μεγαλύτερη βαρύτητα στις αναφορές του γονέα γύρω από την παρατηρήσιμη συμπεριφορά του παιδιού και στις αναφορές του παιδιού για τις υποκειμενικές του εμπειρίες. Έχει δείξει υψηλή συμφωνία μεταξύ των εκτιμητών (inter-rater reliability) (Kaufman et al. 1997, Gammon et al. 1983) και εξαιρετική επαναληψιμότητα (test-retest reliability) (Chambers et al., 1985) για την MKΔ σε παιδιά και εφήβους. Ωστόσο, όπως υποδεικνύει ο Ambrosini (2000), τα δεδομένα εγκυρότητας είναι περιορισμένα και στη διαγνωστική αξιοπιστία δεν υπάρχουν αναλύσεις του φύλου και επιδράσεις της ηλικίας. Οι Garoff et al. (1012) υποδεικνύουν πως το K-SADS-PL είναι

ένα χρήσιμο ερευνητικό εργαλείο στο βαθμό που όλες οι εκδόσεις του έχουν καλή αξιοπιστία μεταξύ των εκτιμητών. Στον ελληνικό κλινικό πληθυσμό έχει χρησιμοποιηθεί μια προηγούμενη μορφή της συνέντευξης και έδειξε πολύ ικανοποιητική αξιοπιστία μεταξύ των εκτιμητών (Kolaitis et al., 2003). Από τους ίδιους ερευνητές βρίσκεται σε διαδικασία ελέγχου σε δείγμα ελληνικού πληθυσμού η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της παρούσας μορφής του K-SADS-PL.

Χορηγήθηκε χωριστά στο παιδί και στους γονείς στην έναρξη, στο τέλος της θεραπείας και στην επαναξιολόγηση.

3. Moods & Feelings Questionnaire (MFQ) (Angold et al. 1987, Costello & Angold 1988)

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο διερευνά καταθλιπτικά συμπτώματα σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 8-18 ετών, σε κοινοτικό και κλινικό πληθυσμό, και στηρίζεται στα κριτήρια του DSM-III-R. Αποτελείται από 33 δηλώσεις, όμως χρησιμοποιήθηκε η βραχεία του μορφή με 16 δηλώσεις, οι οποίες περιγράφουν συναισθήματα, σκέψεις, και συμπτώματα για τους τελευταίους τρεις μήνες, και ελέγχουν την παρουσία κατάθλιψης στο παιδί. Η βαθμολόγησή του βασίζεται σε μια κλίμακα τριών διαβαθμίσεων. Όταν η δήλωση δεν ισχύει καθόλου βαθμολογείται με 0, όταν ισχύει μερικές φορές βαθμολογείται με 1, και όταν ισχύει με 2. Η υψηλή βαθμολογία καθορίζεται από το όριο των 8 βαθμών και πάνω.

Ο δείκτης αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου είναι υψηλός ( $r = 0,92$ )

Συμπληρώθηκε στην έναρξη, στο τέλος της θεραπείας και στην επαναξιολόγηση, χωριστά από τη μητέρα και το παιδί. Η φόρμα του MFQ έχει το ίδιο περιεχόμενο ερωτήσεων για τη μητέρα και για το παιδί, μόνο που για το παιδί έχει τη μορφή ερωτηματολογίου αυτό-αναφοράς, ενώ η μητέρα συμπληρώνει τις ίδιες ερωτήσεις για το παιδί της από τη δική της προοπτική.

4. Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) (Birmaher, 1999)

Πρόκειται για ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο αυτο-αναφοράς, για την ανίχνευση διαταραχής πανικού, γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, διαταραχής άγχους αποχωρισμού, κοινωνικής φοβίας, σχολικής φοβίας ή κάποιας απλής φοβίας σε κλινικό και κοινοτικό πληθυσμό. Περιλαμβάνει 41 δηλώσεις και μπορεί να συμπληρωθεί από παιδιά (9-18 ετών) και τους γονείς τους. Οι απαντήσεις διαβαθμίζονται από 0 έως 2 (0=δεν ισχύει ποτέ ή ισχύει πολύ σπάνια, 1=ισχύει κάπως ή καμιά φορά, 2=ισχύει πάντα ή πολύ συχνά). Σε κλινικά δείγματα ένα συνολικό σκορ  $\geq 25$  υπαινίσσεται την παρουσία μιας ή περισσότερων από τις διαταραχές άγχους που ανιχνεύει το SCARED. Ωστόσο, δεδομένου ότι πρόκειται για ένα ανιχνευτικό εργαλείο, η διάγνωση μιας αγχώδους διαταραχής εναπόκειται σε μια ολοκληρωμένη διαγνωστική συνέντευξη.

Έχει καλούς δείκτες αξιοπιστίας: εσωτερική συνοχή (Cronbach's-a για το συνολικό σκορ είναι περίπου 0,90 και για τις επιμέρους κατηγορίες διαταραχών άγχους από 0,78 έως 0,87) και επαναληψιμότητα (intra-class correlation coefficients είναι από 0,70 έως 0,90), ικανοποιητική διακριτική

εγκυρότητα (discriminative validity) τόσο ανάμεσα σε αγχώδεις και άλλες διαταραχές, όσο και ανάμεσα στις ίδιες τις αγχώδεις διαταραχές. Παρουσιάζει μέτρια συμφωνία παιδιού-γονέων.

Στην παρούσα μελέτη συμπληρώθηκε μόνο από το παιδί στην έναρξη, στο τέλος της θεραπείας και στην επαναξιολόγηση.

5. **Battle Self Esteem (Battle, 1981)**

Ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς που προσμετρά την αυτοεκτίμηση. Στο ερωτηματολόγιο Battle βαθμολογούνται πέντε υποκλίμακες αυτοεκτίμησης: γενική, κοινωνική, προσωπική, σχολική, ψεύδους. Από τον συμψηφισμό τους προκύπτει η συνολική. Αποτελείται από 30 δηλώσεις. Οι 25 αφορούν τις διάφορες περιοχές αυτοεκτίμησης, ενώ οι υπόλοιπες 5 αντιστοιχούν στην υποκλίμακα του ψεύδους και αφορούν στην αμυντική στάση που κρατά το άτομο κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Ο εξεταζόμενος βαθμολογείται για τις καταφατικές του απαντήσεις στα θέματα που υποδηλώνουν υψηλή αυτοεκτίμηση. Επομένως, η μέγιστη βαθμολογία, η οποία φανερώνει υψηλή αυτοεκτίμηση είναι το 25 (εξαιρείται η κλίμακα ψεύδους), ενώ μέχρι το 20 εκτιμάται ως χαμηλή. Επιπλέον, για κάθε υποκλίμακα της αυτοεκτίμησης το πιθανό εύρος της βαθμολογίας έχει ως εξής: 0-10 για την γενική και 0-5 για κοινωνική, προσωπική και σχολική. Οι δείκτες αξιοπιστίας Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ) της συνολικής κλίμακας και των υποκλιμάκων είναι επαρκείς (αυτοεκτίμηση 0,79, κοινωνική 0,32, σχολική 0,64, προσωπική 0,59)

Συμπληρώθηκε από το παιδί στην έναρξη, στο τέλος της θεραπείας και στην επαναξιολόγηση.

III. Για την **κοινωνική προσαρμογή των παιδιών:**

1. **Children's Global Assessment Scale – Current episode (C-GAS) (Shaffer et al, 1993)**

Αυτή η κλίμακα ολικής αξιολόγησης ακολουθεί τη συνέντευξη με το K-SADS-PL και συμπληρώνεται από τον παιδοψυχίατρο. Προσφέρει ένα μέτρο της ολικής ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας του παιδιού σε επίπεδο ψυχολογικό, κοινωνικό και σχολικό. Έχει ένα εύρος πιθανών βαθμολογήσεων από 1 (μέγιστη διαταραχή της λειτουργικότητας) έως 100 (ιδεώδης λειτουργικότητα). Βαθμολογία μεγαλύτερη του 70 υποδεικνύει φυσιολογική λειτουργικότητα. Έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό από πλευράς αξιοπιστίας και εγκυρότητας ως Κλίμακα Ολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (Μαδιανός, 1987). Χορηγήθηκε μαζί με το K-SADS-PL χωριστά στους γονείς και στο παιδί στην έναρξη, στο τέλος της θεραπείας και στην επαναξιολόγηση.

2. **Social Adjustment Scale (SAS) (Weissman, 1975, Weissman et al, 1981)**

Ημιδομημένη συνέντευξη με το παιδί, η οποία εκτιμά την κοινωνική προσαρμογή του. Με 25 θεματικά στοιχεία καλύπτει συνολικά τρεις βασικούς τομείς λειτουργικότητας: Σχολείο/μελέτη, κοινωνικές δραστηριότητες και δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου, σχέσεις με την ευρύτερη οικογένεια. Επιπλέον ο βαθμολογητής καλείται να κάνει σφαιρικές εκτιμήσεις για κάθε έναν από αυτούς τους τομείς. Σε γενικές

γραμμές, οι ερωτήσεις του κάθε τομέα ανήκουν σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες: την απόδοση του παιδιού στα απαιτούμενα καθήκοντα, το μέγεθος των προστριβών που έχει με τους ανθρώπους, τις λεπτότερες πτυχές των διαπροσωπικών του σχέσεων, και τα αισθήματα/ικανοποιήσεις του. Οι πρώτες τρεις κατηγορίες έχουν σχέση με τη συμπεριφορά του ασθενούς και η τέταρτη με τα εσωτερικά συναισθήματα και τις ικανοποιήσεις του.

Ως προς τη διαδικασία της συνέντευξης, κάθε αρχική ερώτηση ακολουθείται από άλλες ερωτήσεις, που έχουν σκοπό να συνεισφέρουν στη σωστή αξιολόγηση του κάθε σημείου. Μετά από κάθε ερώτηση παρέχονται προτεινόμενες φράσεις-κλειδιά. Για όλα τα θέματα, εκτός από εκείνα που αναφέρονται στα συναισθήματα του παιδιού η βαθμολόγηση γίνεται ως προς τη συμπεριφορά του, λαμβάνοντας υπόψη όλες τις πληροφορίες που δόθηκαν και όχι μόνο βάσει της υποκειμενικής αντίληψης του παιδιού για το ερωτώμενο θέμα. Στα θέματα που αξιολογούν τα συναισθήματα και τις ικανοποιήσεις του παιδιού χρησιμοποιούνται μόνο οι απαντήσεις που βασίζονται στην υποκειμενική του αντίληψη. Στις σφαιρικές βαθμολογήσεις, οι οποίες αποτελούν μια γενική εκτίμηση προσαρμογής, ο βαθμολογητής μπορεί να χρησιμοποιήσει για τη βαθμολόγηση όλες τις πληροφορίες που έχει, καθώς και την προσωπική του κρίση.

Η κλίμακα για τα ατομικά θέματα βαθμολογείται από 1 έως 5 και εκείνη για τα σφαιρικά θέματα, από 1 έως 7. Σε όλες τις περιπτώσεις, υψηλοί βαθμοί δείχνουν χαμηλή προσαρμογή.

Χορηγήθηκε στο παιδί στην έναρξη, στο τέλος της θεραπείας και στην επαναξιολόγηση. Σε κάθε χρονική στιγμή οι ερωτήσεις αφορούσαν για τους τελευταίους 2 μήνες.

### 3. Educational Achievement Questionnaire-EAQ (Fundudis et al., 1991)

Αυτό το ερωτηματολόγιο εκπαιδευτικών επιτευγμάτων, συμπληρώνεται από τους εκπαιδευτικούς. Αξιολογεί τα εκπαιδευτικά επιτεύγματα του παιδιού (γλωσσικές και αριθμητικές ικανότητες) με 13 σχετικά ερωτήματα, τη στάση του ως προς τη σχολική εργασία και τη γενική συμπεριφορά του στο σχολείο με 8 σχετικά ερωτήματα, και τυχόν ειδικές μαθησιακές δυσκολίες. Αποτελείται από απλές κλίμακες βαθμολόγησης 0 έως 5 βαθμών (1=πολύ χαμηλή ή πολύ κάτω από το μέσο όρο, 2=χαμηλή ή κάτω από το μέσο όρο, 3=μέτρια ή στο μέσο όρο, 4=καλή ή πάνω από το μέσο όρο, 5=εξαιρετική ή πολύ πάνω από το μέσο όρο). Συμπληρώθηκε στην έναρξη, στο τέλος της θεραπείας και στην επαναξιολόγηση.

### 4. Child Behavior Checklist- Teachers Report Form (CBCL-TRF) (Achenbach, 1991)

Πρόκειται για ερωτηματολόγιο καταγραφής της συμπεριφοράς, που συμπληρώνεται από τους εκπαιδευτικούς. Αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο περιλαμβάνει ερωτήσεις αξιολόγησης της τωρινής σχολικής επίδοσης του παιδιού. Ο δάσκαλος καταρτίζει τον αναλυτικό κατάλογο μαθημάτων και στη συνέχεια αξιολογεί την επίδοση του μαθητή σε καθένα από αυτά, σε μια κλίμακα από 1 έως 5 βαθμούς (1=πολύ κάτω από το μέσο όρο, 2=λίγο πιο κάτω από το μέσο όρο, 3=στο μέσο όρο, 4=λίγο πιο πάνω από το μέσο όρο, 5=πολύ πάνω από το μέσο όρο). Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει 113

στοιχεία περιγραφής της συμπεριφοράς του παιδιού στο παρόν ή τους τελευταίους 2 μήνες. Καθένα από τα στοιχεία αξιολογείται σε κλίμακα από 0 έως 2 βαθμούς (0=δεν ταιριάζει καθόλου, 1=ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές, 2=ταιριάζει πάρα πολύ ή πολύ συχνά). Τα 113 στοιχεία συνιστούν οκτώ υποκλίμακες (κοινωνική απόσυρση - σωματικά παράπονα - άγχος/κατάθλιψη - κοινωνικά προβλήματα - προβλήματα σκέψης - προβλήματα προσοχής - παραβατικότητα - επιθετικότητα) και δίνουν ένα προφίλ συμπεριφοράς του παιδιού. Παράλληλα, οι τρεις πρώτες συναξιολογούνται ως «εσωτερικευόμενη συμπεριφορά» (“internalizing behavior”) και η βαθμολογία τους διαφοροποιεί επιτυχώς τα παιδιά με ή χωρίς διαγνώσιμη καταθλιπτική διαταραχή, ενώ οι τρεις τελευταίες συναξιολογούνται ως «εξωτερικευόμενη συμπεριφορά» (“externalizing behavior”) και διαφοροποιούν επιτυχώς τα παιδιά με ή χωρίς ΔΕΠΥ (Biederman et al., 1996).

Η επαναληψιμότητα του ερωτηματολογίου είναι υψηλή ( $r=0,92$ ), η αξιοπιστία του μεταξύ των κριτών είναι καλή ( $r=0,55$ ) και η εγκυρότητα του υποστηρίζεται από τη διακριτική του ικανότητα ανάμεσα σε κλινικές παραπομπές παιδιών και μη-παραπεμπόμενα παιδιά (Achenbach, 1991). Έχει σταθμιστεί σε ελληνικό δείγμα παιδιών ηλικίας 6-12 ετών από τους Roussos et al. (1999).

Συμπληρώθηκε στην έναρξη, στο τέλος της θεραπείας και στην επαναξιολόγηση.

#### IV. Για την ψυχιατρική κλινική κατάσταση της μητέρας:

##### 1. Beck Depression Inventory (BDI) (Beck & Weissman, 1974)

Ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς που προσμετρά τις γνωστικές, συναισθηματικές, συμπεριφορικές και σωματικές εκδηλώσεις της κατάθλιψης του ατόμου κατά το χρονικό διάστημα της τελευταίας εβδομάδας. Παρότι η βαθμολογία του BDI προσμετρά καταθλιπτικά συμπτώματα, δεν είναι σχεδιασμένο για να διαγιγνώσκει κλινική κατάθλιψη. Η κλίμακα περιλαμβάνει 21 δηλώσεις. Καθεμιά από αυτές περιγράφει ένα συγκεκριμένο σύμπτωμα της κατάθλιψης και αναπτύσσεται σε τέσσερις προτάσεις αυτοαξιολόγησης. Τα θέματα αφορούν θλίψη (λύπη) απαισιοδοξία, αίσθημα αποτυχίας, απουσία ικανοποίησης, ενοχή, αυτομομφή, ιδέες αυτοκτονίας, ευερεθιστότητα, κλάμα, κοινωνική απόσυρση, ανορεξία, απώλεια βάρους, και άλλα τυπικά καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι προτάσεις κατατάσσονται έτσι ώστε να εκφράζουν τη βαρύτητα του συμπτώματος, από την απουσία του έως τη μέγιστη σοβαρότητα, με αντίστοιχη διαβάθμιση από το 0 έως το 3. Ως προς την τελική εκτίμηση της κατάθλιψης η συνολική βαθμολόγηση έχει ως εξής: 0-9=απουσία κατάθλιψης, 10-15=ελαφρά κατάθλιψη, 16-23=μέτρια κατάθλιψη, και πάνω από 24=σοβαρή κατάθλιψη.

Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου. Παρουσιάζει επίσης ικανοποιητική αξιοπιστία (Bumberry et al., 1978). Ο δείκτης εσωτερικής συνοχής, Cronbach's Alpha (a) είναι 0,84.

Έχει σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό (Τζέμος, 1984)

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τη μητέρα μόνο, στην έναρξη της μελέτης (“baseline”).

2. **Battle Self Esteem (Battle, 1981)**

Ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς που προσμετρά την αυτοεκτίμηση.

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο περιλαμβάνει (χωρίς την κλίμακα ψεύδους) 32 δηλώσεις. Περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες αυτοεκτίμησης (γενική, κοινωνική, προσωπική) και μια υποκλίμακα ψεύδους. Οι δηλώσεις απαντώνται με κατάφαση ή με άρνηση. Οι δηλώσεις αυτές επιδιώκουν να μετρήσουν τη γενική, την προσωπική και την κοινωνική αντίληψη για τον εαυτό (“self-perception”), και χωρίζονται σε δύο ομάδες: εκείνες που δείχνουν υψηλή (βαθμολογούνται με 1), και εκείνες που δείχνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση (βαθμολογούνται με 0). Εξαιρουμένης της υποκλίμακας του ψεύδους, το μέγιστο πιθανό σύνολο αυτοεκτίμησης είναι το 32. Οι 30 βαθμοί και άνω δηλώνουν πολύ υψηλή αυτοεκτίμηση, οι 27-29 βαθμοί δηλώνουν υψηλή αυτοεκτίμηση, οι 20-26 βαθμοί δηλώνουν μέτρια, οι 15-19 δηλώνουν χαμηλή, και οι βαθμοί κάτω του 14 δηλώνουν πολύ χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Ο δείκτης εσωτερικής συνοχής Cronbach’s Alpha ( $\alpha$ ) της συνολικής κλίμακας και των τριών υποκλιμάκων κυμαίνεται από 0,50 έως 0,79. Οι συσχετίσεις (Pearson  $r$ ) ανάμεσα στη συνολική αυτοεκτίμηση και στις υποκλίμακες κυμαίνονται μεταξύ 0,59 και 0,92.

Συμπληρώθηκε από τη μητέρα πριν την έναρξη της θεραπείας, στην αρχική φάση της μελέτης (baseline).

V. Για την **συναισθηματική στάση της μητέρας απέναντι στον ασθενή:**

1. **5-Minutes Speech Sample (5MSS) (Magana-Amato, 1993)**

Το πεντάλεπτο δείγμα ομιλίας μετρά το εκφραζόμενο συναίσθημα ενός συγγενούς και χορηγείται από εξειδικευμένο ερευνητή. Αναλύει το περιεχόμενο και τον τόνο ενός πεντάλεπτου μαγνητοφωνημένου μονολόγου του συγγενούς, όταν αυτός παροτρύνεται να εκφράσει σκέψεις και συναισθήματα για τον ασθενή. Ένα σύστημα κωδικοποίησης του 5MSS μετρά τέσσερις παραμέτρους για την εκτίμηση του ΕΣ: 1. την ποιότητα της αρχικής δήλωσης, 2. την ποιότητα της σχέσης, 3. την κριτική διάθεση, 4. τη συναισθηματική υπερεμπλοκή. Με βάση αυτές τις παραμέτρους, το ΕΣ του συγγενούς κατηγοριοποιείται ως “high” ή “low”, προσδιοριζόμενο περαιτέρω στην πρώτη περίπτωση ως “high-critical” ή “high-emotional overinvolvement”. Το εργαλείο και τα μεθοδολογικά του χαρακτηριστικά περιγράφονται λεπτομερώς στο Γενικό Μέρος, υποκεφάλαιο 2.2. σελ. 46.

Χρησιμοποιήθηκε σε παιδιά με ψυχική νόσο για πρώτη φορά στη χώρα μας στην παρούσα ερευνητική μελέτη, και χορηγήθηκε στις μητέρες του δείγματος στην έναρξη, στο τέλος της θεραπείας και στην επαναξιολόγηση.

#### 4.4.2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

- 1) Για την διερεύνηση του ΕΣ της μητέρας σε όλα τα ερωτήματα (Α,Β,Γ1,Γ2,Δ) χρησιμοποιήθηκαν τα αποτελέσματα της μεθόδου του Πεντάλεπτου Δείγματος Ομιλίας (5MSS), (Magana-Amato, 1993)
  
- 2) Για την διερεύνηση του ερωτήματος (Α) χρησιμοποιήθηκαν μετρήσεις που έγιναν στην προκαταρκτική φάση του προγράμματος, δηλαδή, πριν από την έναρξη της θεραπείας.  
Το ΕΣ της μητέρας συσχετίστηκε:
  - α) με τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εργαλείων που εκτιμούν την κλινική εικόνα του παιδιού (κατηγορία II):
    - Childhood Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1992)
    - Moods & Feelings Questionnaire (MFQ) (Angold et al, 1987) για το παιδί και για τους γονείς
    - Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) (Birmaher, 1998)
    - Battle Self Esteem (Battle, 1981)
  - β) με τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εργαλείων που εκτιμούν την κοινωνική προσαρμογή του παιδιού (κατηγορία III):
    - Children's Global Assessment Scale (C-GAS) (Shaffer et al, 1993)
    - Social Adjustment Scale (SAS) (Weissman, 1975, Weissman et al, 1981)
    - Educational Achievement Questionnaire-EAQ (Fundudis et al, 1991)
    - Child Behavior Checklist-TRF (CBCL-TRF) (Achenbach, 1991)
  
- 3) Για την διερεύνηση του ερωτήματος (Β) χρησιμοποιήθηκαν μετρήσεις που έγιναν στην προκαταρκτική φάση του προγράμματος, δηλαδή, πριν από την έναρξη της θεραπείας.  
Το ΕΣ της μητέρας συσχετίστηκε:
  - α) με τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εργαλείων που εκτιμούν τους κλινικούς ψυχιατρικούς παράγοντες που αφορούν τη μητέρα (κατηγορία IV):
    - Beck Depression Inventory (BDI) (Beck & Weissman, 1974)
    - Battle Self Esteem (Battle, 1981)
  - β) με τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εργαλείων που εκτιμούν τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες που αφορούν τη μητέρα (κατηγορία I):
    - Demography (Kolvin et al, 1991)
    - Cambridge
    - Life Events (Goodyer et al, 1985, Berney et al, 1991)
  
- 4) Για την διερεύνηση του ερωτήματος (Γ1) συσχετίστηκε η διαφορά της βαθμολογίας μεταξύ της αρχικής και της κατά τη λήξη της θεραπείας εκτίμησης του ΕΣ της μητέρας από τη μια μεριά και των οργάνων κλινικής εκτίμησης του παιδιού από την άλλη. Για την κλινική

εκτίμηση του παιδιού χρησιμοποιήθηκαν τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εργαλείων που περιγράφονται στην κατηγορία (II):

- Childhood Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1992)
- Moods & Feelings Questionnaire (MFQ) (Angold et al, 1987) για το παιδί και για τους γονείς
- Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) (Birmaher, 1998)
- Battle Self Esteem (Battle, 1981)

#### 5) Για την διερεύνηση του ερωτήματος (Γ2)

συγκρίθηκαν οι δύο θεραπευτικές υποομάδες ως προς τα ανωτέρω (ερώτημα Γ1)

#### 6) Για την διερεύνηση του ερωτήματος (Δ)

συσχετίστηκε η διαφορά μεταξύ της κατά τη λήξη της θεραπείας βαθμολογίας και της βαθμολογίας επανεκτίμησης 6 μήνες μετά τη λήξη της θεραπείας, του ΕΣ της μητέρας από την μια μεριά, και των οργάνων κλινικής εκτίμησης του παιδιού από την άλλη. Για την κλινική εκτίμηση του παιδιού χρησιμοποιήθηκαν τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εργαλείων που περιγράφονται στην κατηγορία (II):

- Childhood Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1992)
- Moods & Feelings Questionnaire (MFQ) (Angold et al, 1987) για το παιδί και για τους γονείς
- Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) (Birmaher, 1998)
- Battle Self Esteem (Battle, 1981)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 5.1. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Fisher's exact test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση των παραγόντων μεταξύ των μετρήσεων χρησιμοποιήθηκε το paired t-test. Η ανάλυση διασποράς για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (ANOVA) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να ελεγχθούν διαφορές στις μετρήσεις μεταξύ των ομάδων αλλά και χρονικά. Επίσης, με την ανωτέρω μέθοδο εκτιμήθηκε εάν ο βαθμός μεταβολής στο χρόνο των υπό μελέτη παραμέτρων ήταν διαφορετικός μεταξύ των δυο ομάδων. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0.



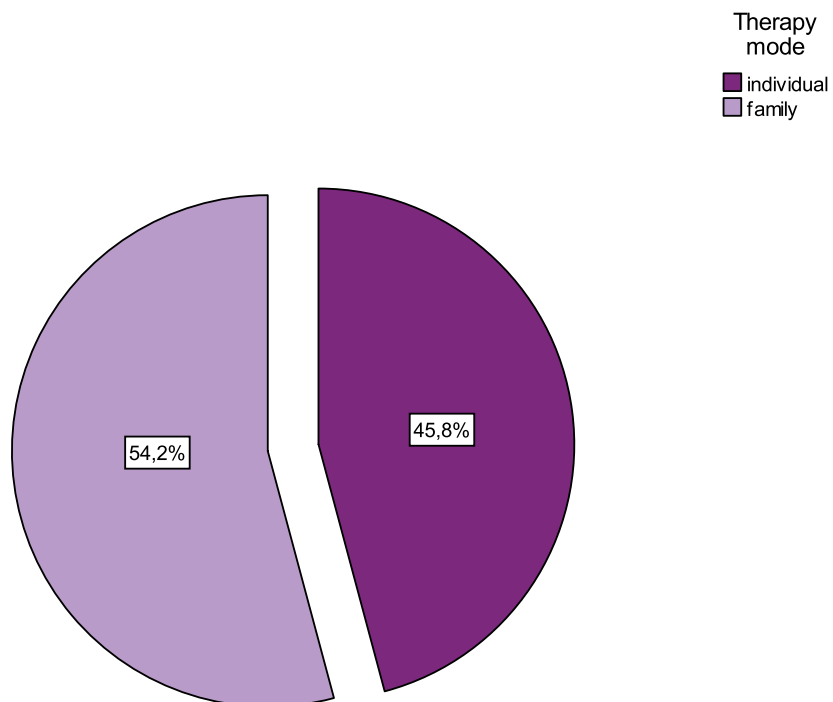
## 5.2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα αποτελείται από 24 παιδιά και τις μητέρες τους. Η μέση ηλικία των παιδιών ήταν 12,4 έτη ( $\pm 1,5$ ). Στον πίνακα (1) που ακολουθεί δίνονται οι θεραπευτικές υποομάδες των συμμετεχόντων.

Therapy mode	N	%
individual	11	45,8
family	13	54,2

Το 45,8% των συμμετεχόντων ακολούθησε ατομική θεραπεία.

Στο ακόλουθο γράφημα (1) δίνεται ο θεραπευτικός τύπος που ακολουθήθηκε στους εφήβους.



Στον πίνακα (2) που ακολουθεί δίνονται δημογραφικά στοιχεία των μητέρων.

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ηλικία μητέρας, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)</b>		41,2±7,8	41,5 (34 - 48)
<b>Εθνικότητα μητέρας</b>	European	2	8,3
	Mediterranean	20	83,3
	Asian	1	4,2
	Other	1	4,2
<b>Θρησκεία μητέρας</b>	Καθολικός	2	8,3
	Ορθόδοξος	21	87,5
	Άλλο	1	4,2
<b>Παιδιά από προηγούμενη σχέση, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)</b>		0,2±0,5	0 (0 - 0)
<b>Παιδιά από προηγούμενη σχέση, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)</b>		0,1±0,3	0 (0 - 0)
<b>Λάβατε κάποια εκπαίδευση για το επάγγελμα αυτό</b>	Όχι	14	60,9
	Ναι	9	39,1
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας</b>	School exams 'lower'	14	60,9
	University entrance	5	21,7
	Degree (university)	3	13,0
	Higher degree	1	4,3
<b>Εργάζεται η μητέρα</b>	Όχι	3	13,6
	Ναι	19	86,4
<b>Οικονομική κατάσταση οικογένειας</b>	Income adequate	3	13,0
	Minor problems	12	52,2
	Inadequate	7	30,4
	Major difficulties	1	4,3

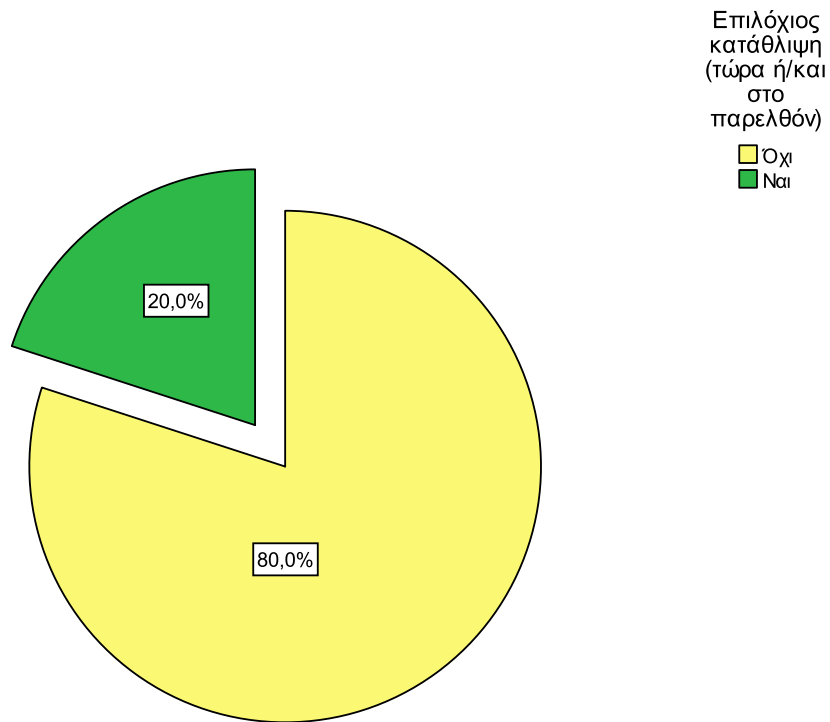
Η μέση ηλικία των μητέρων ήταν 41,2 έτη ( $\pm 7,8$ ). Το 86,4,0% των μητέρων εργάζονται. Ακόμα, το 52,2% των εφήβων ανήκουν σε οικογένειες που έχουν μικρά οικονομικά προβλήματα.

Στον πίνακα (3) που ακολουθεί δίνονται στοιχεία από το ιστορικό των μητέρων.

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Προβλήματα λόγω κατανάλωσης αλκοόλ</b>	Όχι	24	100,0
	Ναι	0	0,0
<b>Προβλήματα με ναρκωτικά</b>	Όχι	24	100,0
	Ναι	0	0,0
<b>Προβλήματα με το νόμο</b>	Όχι	22	91,7
	Ναι	2	8,3
<b>Depression summed Mother, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)</b>		17,6±6,7	15 (14 - 20)
<b>Πανικός</b>	None	7	33,3
	Mild	9	42,9
	Definite	5	23,8
<b>Mother's education beyond school</b>	No further education	14	58,3
	Further education	10	41,7
<b>Αριθμός εγκυμοσύνων, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)</b>		2,5±1,2	2 (2 - 3)
<b>Αριθμός τοκετών, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)</b>		2,1±0,9	2 (1,5 - 2,5)
<b>Misery after birth of this child</b>	Όχι	17	85,0
	Ναι	3	15,0
<b>Misery after birth of other children</b>	Όχι	18	90,0
	Ναι	2	10,0
<b>Ήταν ποτέ καταθλιπτική η μητέρα</b>	Όχι	17	73,9
	Ναι	6	26,1
<b>Επιλόχιος κατάθλιψη (τόρα ή/και στο παρελθόν)</b>	Όχι	16	80,0
	Ναι	4	20,0

Καμία από τις μητέρες δεν είχε προβλήματα λόγω αλκοόλ και ναρκωτικών. Το 8,3% των μητέρων είχαν προβλήματα με το νόμο. Το 20,0% των μητέρων έχουν εμφανίσει επιλόχιο κατάθλιψη σε κάποια στιγμή της ζωής τους.

Στο ακόλουθο γράφημα (2) δίνεται το ποσοστό των γυναικών που είχε επιλογή καταθλιψη είτε τώρα είτε στο παρελθόν.



**Επίπεδα του εκφραζόμενου συναισθήματος της μητέρας στις τρεις φάσεις της μελέτης: πριν την έναρξη της θεραπείας (baseline), στο τέλος της θεραπείας (end of therapy) και στην μετά 6μηνο επανεκτίμηση (follow-up)**

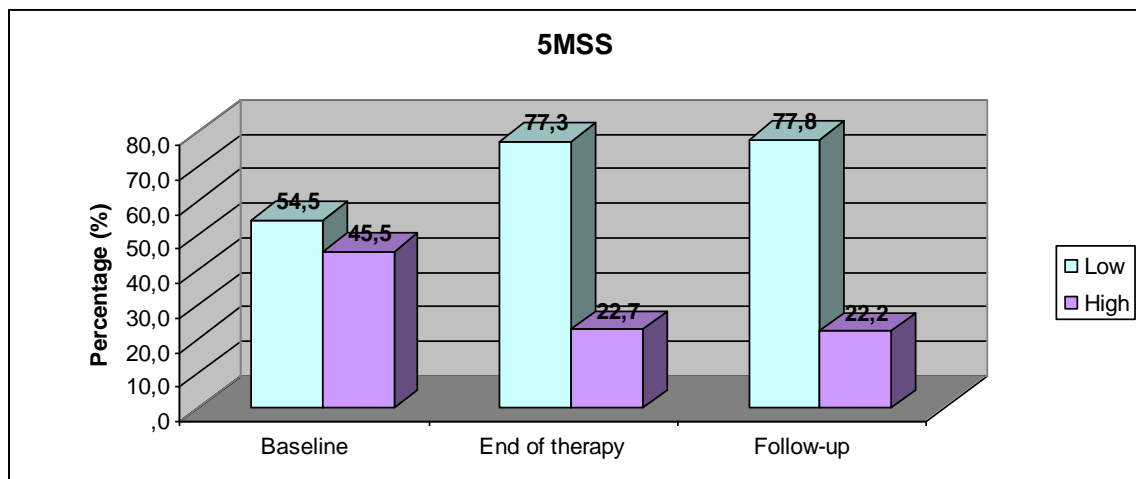
Στον ακόλουθο πίνακα (4) δίνονται τα επίπεδα του εκφραζόμενου συναισθήματος (ΕΣ) των μητέρων σε κάθε μέτρηση.

5MSS	Baseline		End of therapy		Follow-up	
	N	%	N	%	N	%
Low	12	54,5	17	77,3	14	77,8
High	10	45,5	5	22,7	4	22,2

Το 45,5% των μητέρων είχαν υψηλά επίπεδα στο ΕΣ πριν την έναρξη της θεραπείας. Κατά τη λήξη της θεραπείας το ποσοστό αυτό μειώθηκε στο 22,7% (χωρίς η μείωση να είναι σημαντική) και μετά από 6 μήνες μειώθηκε λίγο ακόμα και έφτασε το 22,2% (χωρίς η μείωση να είναι σημαντική).

Το ΕΣ εκτιμήθηκε και ως προς τις δύο παραμέτρους, κριτική και/ή συναισθηματική υπερεμπλοκή. Στην “baseline” μέτρηση, από τις υψηλού ΕΣ μητέρες οι δύο (20%) βαθμολογήθηκαν αποκλειστικά στην παράμετρο της ΣΥΕ (υψηλό ΕΣ-ΣΥΕ).

Στο γράφημα (3) που ακολουθεί δίνονται τα επίπεδα του εκφραζόμενου συναισθήματος (ΕΣ) των μητέρων σε κάθε μέτρηση.



### Συσχέτιση του ΕΣ της μητέρας με την κλινική εικόνα του παιδιού.

Στον πίνακα (5) που ακολουθεί δίνονται τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εργαλείων που εκτιμούν την κλινική εικόνα του παιδιού πριν την έναρξη της θεραπείας ανάλογα με το ΕΣ της μητέρας.

	5MSS (Baseline)		P Student's t-test
	Low	High	
<b>CDI (Baseline)</b>	Μέση τιμή±SD	Μέση τιμή±SD	
Negative mood subscale	6,2±2,2	5,2±2,4	0,365
Interpersonal problems subscale	2,2±1,3	2,4±1,4	0,735
Ineffectiveness subscale	4,8±1,5	4,1±2	0,354
Anhedonia subscale	5,3±2,3	6,6±2,3	0,244
Negative self-esteem subscale	3,2±1,7	3,2±2,2	0,949
Total CDI score	21,7±5,8	21,7±7,9	0,991
<b>MFQ (Baseline)</b>			
Total Child Moods & Feelings	13,3±4,9	16±6	0,261
Total Parent Moods & Feelings	13,3±6,4	18,4±4,6	<b>0,048</b>
<b>SCARED (Baseline)</b>			
Somatic Anxiety Birmaher	10,5±6,2	7,3±5,8	0,228
General Anxiety Birmaher	7,6±3,4	8,4±4,1	0,615
Separation Anxiety Birmaher	6,3±3,9	5,7±3,6	0,698
Social Phobia Birmaher	4,7±2,1	3,4±2,2	0,181
School Phobia Birmaher	2,9±1,9	2,1±2,3	0,379
Total Anxiety Birmaher	31,8±15,2	27,2±12,2	0,454
<b>Battle (Baseline)</b>			
General subscale Battle Child	7,1±2,2	6±1,9	0,241
Social subscale Battle Child	2,9±1,3	3,4±1,4	0,420
Personal subscale Battle Child	3,6±1,6	3,7±1,3	0,920
Academic subscale Battle Child	2,6±1,9	2,4±1,2	0,740
Lie subscale Battle Child	2,8±1,5	3,3±1,3	0,455
Self-esteem Battle child	16,3±5,3	15,5±4,4	0,722

Η βαθμολογία πριν τη θεραπεία στην διάσταση «Total Parent Moods & Feelings» ήταν σημαντικά υψηλότερη όταν το ΕΣ των μητέρων ήταν υψηλό σε σύγκριση με την αντίστοιχη βαθμολογία όταν το ΕΣ ήταν χαμηλό.

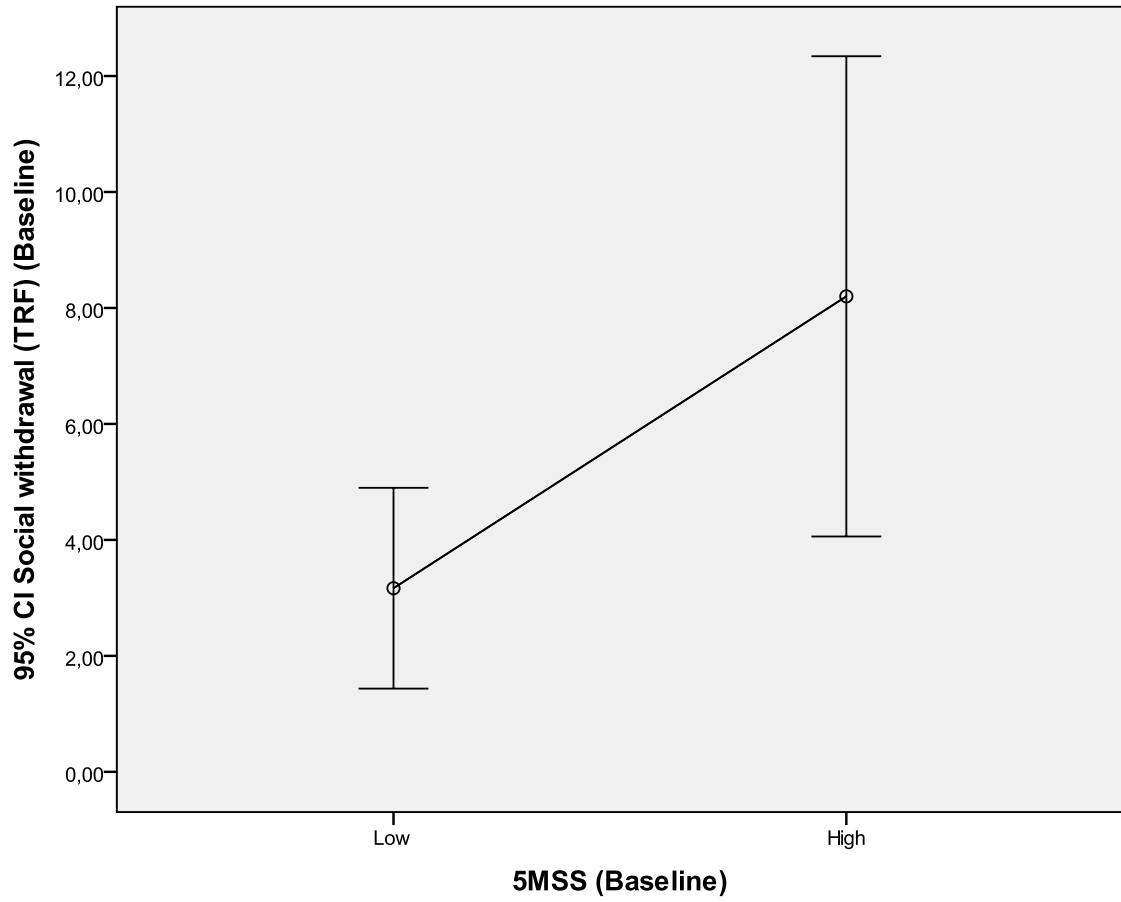
### Συσχέτιση του ΕΣ της μητέρας με την κοινωνική προσαρμογή του παιδιού.

Στον πίνακα (6) που ακολουθεί δίνονται τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εργαλείων που εκτιμούν την κοινωνική προσαρμογή του παιδιού πριν την έναρξη της θεραπείας ανάλογα με το ΕΣ της μητέρας.

	5MSS (Baseline)		P Student's t-test
	Low	High	
<b>C-GAS (Baseline)</b>	<b>Μέση τιμή±SD</b>	<b>Μέση τιμή±SD</b>	
<b>GAS - Current episode (C-GAS)</b>	50,4±10,9	47,7±9	0,538
<b>SAS (Baseline)</b>			
<b>Social Leisure over past two months</b>	4,9±1,6	5,2±1,6	0,687
<b>School/College over past two months</b>	3,9±1,8	3,8±2,2	0,892
<b>Family over past two months</b>	4,8±1,2	4,6±1,4	0,681
<b>Overall Adjustment over past two months</b>	4,8±1,2	4,9±1	0,758
<b>EAQ (Baseline)</b>			
<b>Total language skills</b>	27,1±6,3	31,9±8,5	0,142
<b>Total numeracy skills</b>	20,5±4,3	20,3±4,8	0,938
<b>Total general attitude</b>	25,1±5,9	24,7±8,5	0,902
<b>CBCL-TRF (Baseline)</b>			
<b>Social withdrawal</b>	3,2±2,7	8,2±5,8	<b>0,014</b>
<b>Somatic complaints</b>	0,9±1,2	1,5±1,8	0,377
<b>Anxious-depressed</b>	8±5,1	12,8±7,7	0,096
<b>Social problems</b>	3±2,4	5,4±5,9	0,210
<b>Thought problems</b>	0,3±0,7	2±4,3	0,195
<b>Attention problems</b>	11,6±7,7	16,2±7,8	0,179
<b>Delinquent behavior</b>	1,3±1,7	2,1±2,3	0,324
<b>Aggressive behavior</b>	4,1±5,9	6,1±5,4	0,418
<b>Internalizing behavior</b>	11,4±7,8	21,1±12,4	<b>0,037</b>
<b>Externalizing behavior</b>	5,3±7,5	8,2±7,5	0,381

Τα παιδιά των οποίων η μητέρα είχε υψηλό εκφραζόμενο συναίσθημα πριν την έναρξη της θεραπείας είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις «Social withdrawal» και «Internalizing behavior», που υποδηλώνει περισσότερα προβλήματα στις διαστάσεις αυτές, σε σύγκριση με τα παιδιά των οποίων η μητέρα είχε χαμηλό εκφραζόμενο συναίσθημα.

Στο γράφημα (4) που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των εφήβων στην διάσταση «Social withdrawal» πριν την έναρξη της θεραπείας ανάλογα με τα επίπεδα ΕΣ των μητέρων τους.





**Συσχέτιση του ΕΣ της μητέρας με τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εργαλείων που εκτιμούν τους κλινικούς-ψυχιατρικούς παράγοντες που αφορούν τη μητέρα.**

Στον πίνακα (7) που ακολουθεί δίνονται τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εργαλείων που εκτιμούν τους κλινικούς ψυχιατρικούς παράγοντες που αφορούν τη μητέρα πριν την έναρξη της θεραπείας ανάλογα με το ΕΣ της.

		<b>5MSS (Baseline)</b>		<b>P Student's t-test</b>
		<b>Low</b>	<b>High</b>	
<b>BDI (Baseline)</b>		<b>Μέση τιμή±SD</b>	<b>Μέση τιμή±SD</b>	
<b>Total Beck Depression score</b>		14,3±9	13,6±8,1	0,861
<b>Total Beck Depression score, N (%)</b>	<10	7 (58,3)	5 (50,0)	1,000*
	≥10	5 (41,7)	5 (50,0)	
<b>Battle (Baseline)</b>				
<b>General subscale Battle Parent</b>		8,5±4,3	10,6±4,7	0,289
<b>Social subscale Battle Parent</b>		5,8±1,5	5,9±1,5	0,902
<b>Personal subscale Battle Parent</b>		3±2,8	2,4±2	0,582
<b>Lie subscale Battle Parent</b>		4,2±1,8	4,7±1,4	0,473
<b>Self-esteem Battle Parent</b>		17,8±6,7	18,9±7,2	0,724
<b>Self-esteem Battle Parent, N (%)</b>	≤20	4 (33,3)	4 (40,0)	1,000*
	>20	8 (66,7)	6 (60,0)	

\*Fisher's exact test

Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα των διαγνωστικών εργαλείων που εκτιμούν τους κλινικούς ψυχιατρικούς παράγοντες που αφορούν τη μητέρα ανάλογα με το ΕΣ της.

**Συσχέτιση του ΕΣ της μητέρας με τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εργαλείων που εκτιμούν τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες που αφορούν τη μητέρα.**

Στον πίνακα (8) που ακολουθεί δίνονται τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εργαλείων που εκτιμούν τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες που αφορούν τη μητέρα πριν την έναρξη της θεραπείας ανάλογα με το ΕΣ της.

Πίνακας 8

		5MSS (Baseline)				P Fisher's exact test
		Low		High		
		N	%	N	%	
<b>Ηλικία μητέρας, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)</b>		40,8±8,4	40 (34 - 48)	41,6±8,2	43 (34 - 49)	0,832*
<b>Εθνικότητα μητέρας</b>	European	2	100,0	0	0,0	0,330
	Mediterranean	8	44,4	10	55,6	
	Asian	1	100,0	0	0,0	
	Other	1	100,0	0	0,0	
<b>Εθνικότητα μητέρας</b>	European/ Mediterranean	10	50,0	10	50,0	0,481
	Other	2	100,0	0	0,0	
<b>Θρησκεία μητέρας</b>	Καθολικός	1	50,0	1	50,0	1,000
	Ορθόδοξος	10	52,6	9	47,4	
	Άλλο	1	100,0	0	0,0	
<b>Θρησκεία μητέρας</b>	Ορθόδοξος	10	52,6	9	47,4	1,000
	Άλλο	2	66,7	1	33,3	
<b>Παιδιά από προηγούμενη σχέση, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)</b>		0,08±0,29	0 (0 - 0)	0,3±0,67	0 (0 - 0)	0,437**
<b>Παιδιά από προηγούμενη σχέση, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)</b>		0,08±0,29	0 (0 - 0)	0,2±0,42	0 (0 - 0)	0,408**
<b>Επάγγελμα μητέρας</b>	Εργάζεται (πλήρης απασχόληση)	10	58,8	7	41,2	0,293
	Εργάζεται (μερική απασχόληση)	1	100,0	0	0,0	
	Οικιακά	1	25,0	3	75,0	
<b>Επάγγελμα μητέρας</b>	Εργάζεται (πλήρης/μερική απασχόληση)	11	61,1	7	38,9	0,293
	Οικιακά	1	25,0	3	75,0	
<b>Λάβατε κάποια εκπαίδευση για το επάγγελμα αυτό</b>	Όχι	7	58,3	5	41,7	1,000
	Ναι	5	55,6	4	44,4	
<b>Προβλήματα λόγω κατανάλωσης αλκοόλ</b>	Όχι	12	54,5	10	45,5	- <sup>+</sup>
	Ναι	0	0,0	0	0,0	
<b>Προβλήματα με ναρκωτικά</b>	Όχι	12	54,5	10	45,5	- <sup>+</sup>
	Ναι	0	0,0	0	0,0	
<b>Προβλήματα με το νόμο</b>	Όχι	10	50,0	10	50,0	0,481
	Ναι	2	100,0	0	0,0	
<b>Depression summed Mother, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)</b>		17,9±6,4	19 (12 - 21)	17,9±7,6	15 (15 - 16)	0,993*

Πανικός	None	2	33,3	4	66,7	0,375
	Mild	5	55,6	4	44,4	
	Definite	4	80,0	1	20,0	
Πανικός	None	2	33,3	4	66,7	0,336
	Mild/ Definite	9	64,3	5	35,7	

<sup>+</sup> Δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής \*\*Mann-Whitney test \*Student's t-test

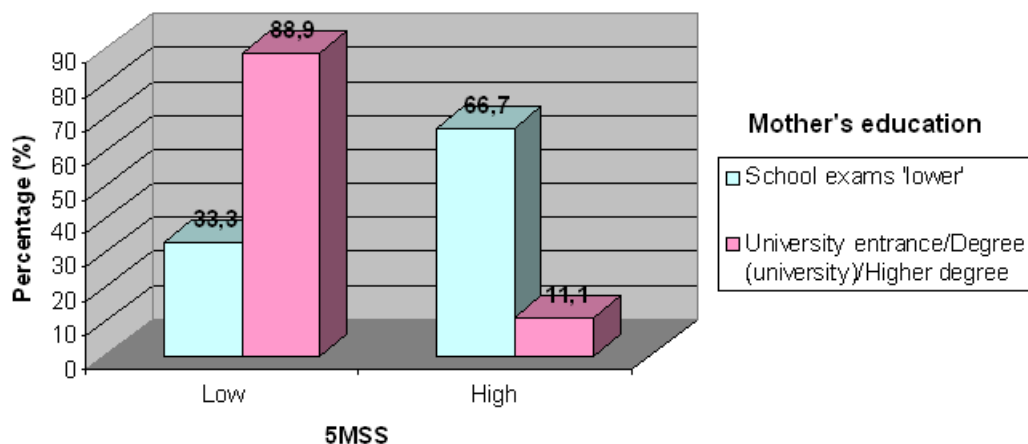
Πίνακας 8 (συνέχεια)

		5MSS (Baseline)				P Fisher's exact test
		Low		High		
		N	%	N	%	
Mother's education beyond school	No further education	7	58,3	5	41,7	1,000
	Further education	5	50,0	5	50,0	
Αριθμός εγκυμοσύνων, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)		2,5±1	2 (2 - 3)	2,6±1,6	2,5 (1,5 - 3)	0,840*
Αριθμός τοκετών (ζωντανών) , μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)		2,2±0,8	2 (2 - 2)	2±1,2	1,5 (1 - 3)	0,675*
Misery after birth of this child	Όχι	9	60,0	6	40,0	0,559
	Ναι	1	33,3	2	66,7	
Misery after birth of other children	Όχι	9	52,9	8	47,1	1,000
	Ναι	1	100,0	0	0,0	
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	School exams 'lower'	4	42,9	8	57,1	0,295
	University entrance	4	66,7	1	33,3	
	Degree (university)	3	100,0	0	0,0	
	Higher degree	1	100,0	0	0,0	
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	School exams 'lower'	4	33,3	8	66,7	<b>0,024</b>
	University entrance/Degree (university)/Higher degree	8	88,9	1	11,1	
Εργάζεται η μητέρα	Όχι	0	0,0	2	100,0	0,147
	Ναι	12	66,7	6	33,3	
Οικονομική κατάσταση οικογένειας	Income adequate	1	33,3	2	66,7	0,194
	Minor problems	9	75,0	3	25,0	
	Inadequate	2	40,0	3	60,0	
	Major difficulties	0	0,0	1	100,0	
Οικονομική κατάσταση οικογένειας	Income adequate/ Minor problems	10	66,7	5	33,3	0,331
	Inadequate/ Major difficulties	2	33,3	4	66,7	
Ήταν ποτέ καταθλιπτική η μητέρα	Όχι	10	66,7	5	33,3	0,331
	Ναι	2	33,3	4	66,7	
Επιλόχιος κατάθλιψη (τώρα ή/και στο παρελθόν)	Όχι	9	60,0	6	40,0	0,559
	Ναι	1	33,3	2	66,7	

\*Student's t-test

Οι συμμετέχουσες που είχαν ανώτατη εκπαίδευση είχαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό υψηλό ΕΣ σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν εκπαίδευση χαμηλότερου επιπέδου.

Στο ακόλουθο γράφημα (5) δίνονται τα ποσοστά υψηλού ΕΣ ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας.



Στον πίνακα (9) που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των μητέρων στην κλίμακα Life Events πριν την έναρξη της θεραπείας ανάλογα με το ΕΣ τους.

LIFE EVENTS (Baseline)	5MSS (Baseline)				P Mann-Whitney
	Low		High		
	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Home Event	0,09±0,3	0 (0 - 0)	0,3±0,48	0 (0 - 1)	0,234
Home event impact	0,18±0,6	0 (0 - 0)	0±0	0 (0 - 0)	0,340
Entrance Events	0,18±0,4	0 (0 - 0)	0,2±0,63	0 (0 - 0)	0,685
Entrance Events impact	0,09±0,3	0 (0 - 0)	0±0	0 (0 - 0)	0,340
Exit Events	0,36±0,5	0 (0 - 1)	0,3±0,48	0 (0 - 1)	0,763
Exit Events impact	0,64±0,92	0 (0 - 2)	0,5±0,85	0 (0 - 1)	0,735
School events	2,18±1,25	3 (1 - 3)	2±1,56	2 (0 - 3)	0,772
School events impact	2,91±1,81	2 (2 - 4)	2,1±2,56	0,5 (0 - 5)	0,314
Illness/Accidents	0,36±0,5	0 (0 - 1)	0,3±0,48	0 (0 - 1)	0,763
Illness/Accidents impact	0,45±0,82	0 (0 - 1)	0,4±0,84	0 (0 - 0)	0,776
Family events	0,55±0,52	1 (0 - 1)	0,5±0,85	0 (0 - 1)	0,549
Family events impact	0,91±0,94	1 (0 - 2)	0,7±1,16	0 (0 - 2)	0,501
Legal events	0,27±0,65	0 (0 - 0)	0±0	0 (0 - 0)	0,167
Legal events impact	0,36±1,21	0 (0 - 0)	0±0	0 (0 - 0)	0,340
Financial events	0,09±0,3	0 (0 - 0)	0±0	0 (0 - 0)	0,340
Financial events impact	0,09±0,3	0 (0 - 0)	0±0	0 (0 - 0)	0,340
Threatened exit	0,18±0,4	0 (0 - 0)	0,3±0,48	0 (0 - 1)	0,535
Threatened exit impact	0,09±0,3	0 (0 - 0)	0,3±0,67	0 (0 - 0)	0,452
Social events	0,73±1,01	0 (0 - 1)	0,5±0,71	0 (0 - 1)	0,692
Social events impact	1,09±1,7	0 (0 - 2)	0,9±1,37	0 (0 - 2)	0,935

Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες των μητέρων στην κλίμακα Life Events ανάλογα με το ΕΣ τους.

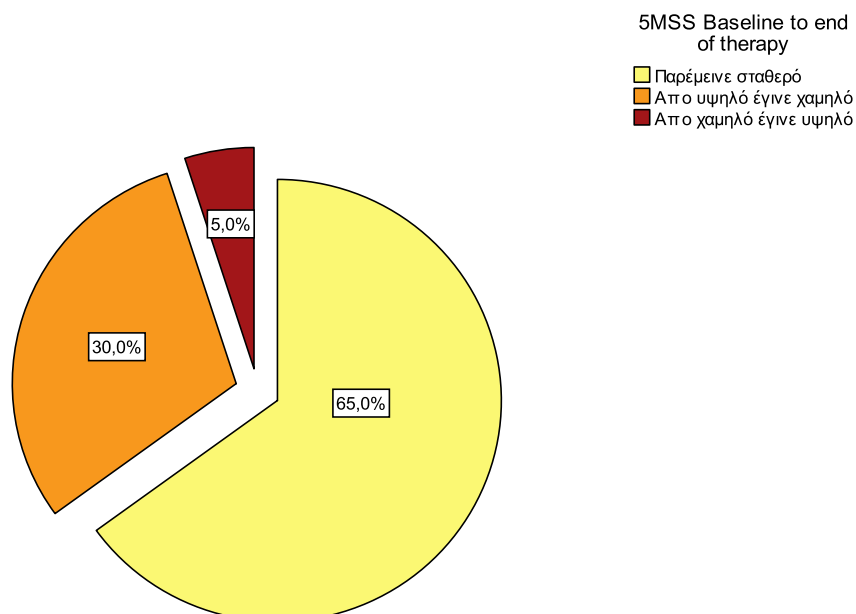
### Μεταβολή του ΕΣ των μητέρων από πριν την έναρξη μέχρι τη λήξη της θεραπείας.

Στον πίνακα (10) που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή του ΕΣ των μητέρων από την έναρξη μέχρι τη λήξη της θεραπείας.

		N	%
<b>5MSS Baseline to end of therapy</b>	Παρέμεινε σταθερό	13	65
	Παρέμεινε σταθερά υψηλό (Hi-Hi)	3	15
	Παρέμεινε σταθερά χαμηλό (Lo-Lo)	10	50
	Από υψηλό έγινε χαμηλό (Hi-Lo)	6	30
	Από χαμηλό έγινε υψηλό (Lo-Hi)	1	5
<b>5MSS Baseline to end of therapy</b>	Παρέμεινε σταθερά χαμηλό (Lo-Lo)	10	62,5
	Από υψηλό έγινε χαμηλό (Hi-Lo)	6	37,5

Στο 65% των μητέρων το εκφραζόμενο συναίσθημα παρέμεινε σταθερό. Στο 50% παρέμεινε σταθερά χαμηλό (Lo-Lo) και στο 30% από υψηλό έγινε χαμηλό (Hi-Lo).

Στο γράφημα (6) που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή του ΕΣ των μητέρων των εφήβων από την έναρξη μέχρι τη λήξη της θεραπείας.



**Συσχέτιση της μεταβολής του ΕΣ της μητέρας με την αλλαγή στην κλινική εικόνα του παιδιού κατά την πορεία της θεραπείας του.**

Στους Πίνακες (11) & (12) που ακολουθούν δίνονται τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εργαλείων που εκτιμούν την κλινική εικόνα του παιδιού ανάλογα με τη μεταβολή του ΕΣ της μητέρας από την έναρξη μέχρι τη λήξη της θεραπείας.

Πίνακας 11

		<b>Baseline</b>	<b>End of therapy</b>	<b>Change</b>		
<b>MFQ</b>		<b>Μέση τιμή±SD</b>	<b>Μέση τιμή±SD</b>	<b>Μέση τιμή±SD</b>	<b>P**</b>	<b>P‡</b>
<b>Total Child Moods &amp; Feelings</b>						
5MSS Baseline to end of therapy	Παρέμεινε χαμηλό	14,2±4,7	7,6±6,5	-6,6±8,2	<b>0,023</b>	0,655
	Από υψηλό έγινε χαμηλό	16,3±6,2	11,7±7,7	-4,7±8,1	0,185	
	<b>P*</b>	0,448	0,276			
<b>Total Parent Moods &amp; Feelings</b>						
5MSS Baseline to end of therapy	Παρέμεινε χαμηλό	14,7±7,8	4±3,2	-10,7±6,9	<b>&lt;0,001</b>	0,461
	Από υψηλό έγινε χαμηλό	16,3±4,3	8,2±5,9	-8,2±6,4	<b>0,027</b>	
	<b>P*</b>	0,640	0,060			
<b>SCARED</b>						
<b>Somatic Anxiety</b>						
5MSS Baseline to end of therapy	Παρέμεινε χαμηλό	10,8±6,8	5,5±3,8	-5,3±5,7	<b>0,012</b>	0,370
	Από υψηλό έγινε χαμηλό	8,7±5,9	6,6±4,3	-2,1±5,8	0,364	
	<b>P*</b>	0,631	0,619			
<b>General Anxiety</b>						
5MSS Baseline to end of therapy	Παρέμεινε χαμηλό	7,9±3,4	3,9±2,9	-4±2,6	<b>0,001</b>	0,902
	Από υψηλό έγινε χαμηλό	10±4	6,8±3	-3,2±3,5	0,072	
	<b>P*</b>	0,203	0,094			
<b>Separation Anxiety</b>						
5MSS Baseline to end of therapy	Παρέμεινε χαμηλό	6,7±4	3,1±2,8	-3,6±3,9	<b>0,007</b>	0,149
	Από υψηλό έγινε χαμηλό	6,3±4,5	5,8±3,6	-0,5±2,7	0,646	
	<b>P*</b>	0,902	0,131			
<b>Social Phobia</b>						
5MSS Baseline to end of therapy	Παρέμεινε σταθερό	4,8±2,3	2,6±1,8	-2,2±2,6	<b>0,008</b>	<b>0,039</b>
	Από υψηλό έγινε χαμηλό	3,2±2,1	3±1,7	-0,2±1,1	0,305	
	<b>P*</b>	0,059	0,685			
<b>School Phobia</b>						
5MSS Baseline to end of therapy	Παρέμεινε χαμηλό	3±2	1,4±1,3	-1,6±1,6	<b>0,004</b>	0,622
	Από υψηλό έγινε χαμηλό	2,8±2,6	2,2±2,2	-0,6±0,8	<b>0,033</b>	
	<b>P*</b>	0,742	0,391			
<b>Total Anxiety</b>						
5MSS Baseline to end of therapy	Παρέμεινε χαμηλό	33±16,5	16,9±10,9	-16,1±13	<b>0,001</b>	0,179
	Από υψηλό έγινε χαμηλό	31,2±13,8	23,7±9,9	-7,5±9,3	0,104	
	<b>P*</b>	0,823	0,235			

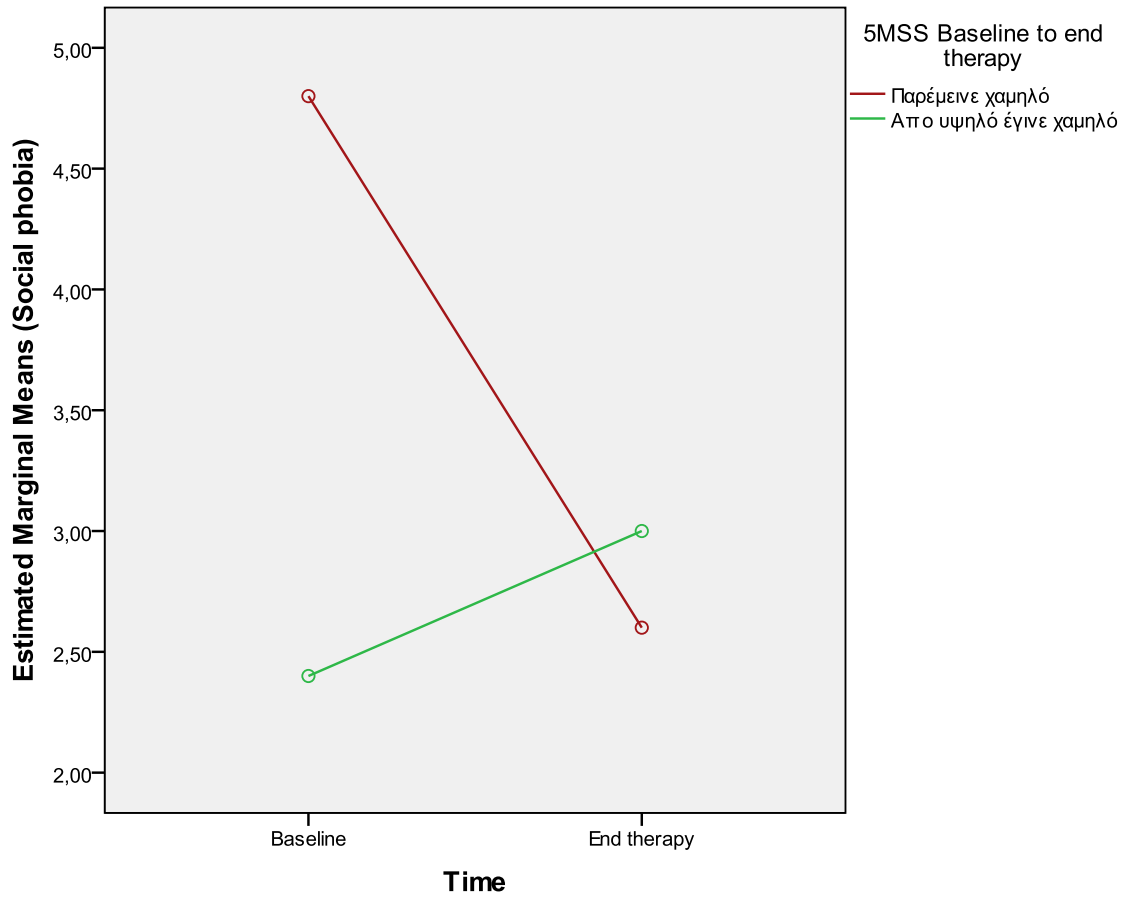
\*Διαφορά μεταξύ των ομάδων

\*\*Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.

‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Υπήρξε σημαντική πτώση της βαθμολογίας στην κλίμακα «Total Child Moods & Feelings» από την έναρξη μέχρι τη λήξη της θεραπείας στα παιδιά των οποίων το εκφραζόμενο συναίσθημα (ΕΣ) της μητέρας παρέμεινε χαμηλό. Επίσης, υπήρξε σημαντική πτώση της βαθμολογίας στην κλίμακα «Total Parent Moods & Feelings» από την έναρξη μέχρι τη λήξη της θεραπείας ανεξάρτητα από την μεταβολή του ΕΣ της μητέρας στο ίδιο χρονικό διάστημα. Ακόμα, στα παιδιά των οποίων το εκφραζόμενο συναίσθημα (ΕΣ) της μητέρας παρέμεινε χαμηλό παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στις βαθμολογίες τους στις κλίμακες «Somatic Anxiety», «General Anxiety», «Separation Anxiety», «Social Phobia» και «Total Anxiety» του ερωτηματολογίου SCARED. Στα παιδιά των οποίων το ΕΣ των μητέρων από υψηλό έγινε χαμηλό καθώς και στα παιδιά όπου το ΕΣ των μητέρων παρέμεινε χαμηλό υπήρξε σημαντική μείωση κατά τη λήξη της θεραπείας της βαθμολογίας στην κλίμακα «School Phobia» του ερωτηματολογίου SCARED. Τέλος, διέφερε σημαντικά ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα «Social Phobia» μεταξύ των παιδιών των οποίων το ΕΣ της μητέρας τους παρέμεινε χαμηλό και εκείνων που από υψηλό έγινε χαμηλό. Συγκεκριμένα, στα παιδιά των οποίων το ΕΣ της μητέρας τους παρέμεινε χαμηλό υπήρξε σημαντική μείωση της συγκεκριμένης βαθμολογίας ενώ στα παιδιά των οποίων το ΕΣ της μητέρας τους από υψηλό έγινε χαμηλό δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή στη λήξη της θεραπείας. Στις υπόλοιπες βαθμολογίες δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στον βαθμό μεταβολής τους ανάλογα με τη μεταβολή του ΕΣ των μητέρων. Επίσης, δεν υπήρξε σημαντική διαφορά σε καμία από τις βαθμολογίες ούτε πριν τη έναρξη ούτε μετά τη λήξη της θεραπείας ανάλογα με την μεταβολή του ΕΣ των μητέρων.

Στο γράφημα (7) που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των εφήβων στη διάσταση «Social phobia» από την έναρξη μέχρι τη λήξη της θεραπείας ανάλογα με τη μεταβολή του ΕΣ των μητέρων των εφήβων το ίδιο χρονικό διάστημα.





Πίνακας 12

		<b>Baseline</b>	<b>End of therapy</b>	<b>Change</b>	<b>P**</b>	<b>P‡</b>
<b>CDI</b>		<b>Μέση τιμή±SD</b>	<b>Μέση τιμή±SD</b>	<b>Μέση τιμή±SD</b>		
<b>Negative mood subscale</b>						
5MSS Baseline to end of therapy	Παρέμεινε χαμηλό	6,6±2,2	2±1,9	-4,6±3,7	<b>0,001</b>	0,158
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	5,7±2,5	4±3,4	-1,7±2,3	0,152	
	<b>P*</b>	0,593	0,174			
<b>Interpersonal problems subscale</b>						
5MSS Baseline to end of therapy	Παρέμεινε χαμηλό	1,9±1,2	1,4±1	-0,5±1,4	0,308	0,295
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	2±1	2,4±1,7	0,4±1,8	0,648	
	<b>P*</b>	1,000	0,203			
<b>Ineffectiveness subscale</b>						
5MSS Baseline to end of therapy	Παρέμεινε χαμηλό	5,1±1,5	3,1±2,2	-2±3,1	<b>0,044</b>	0,459
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	4,2±1,6	3,2±2,5	-1±2,2	0,456	
	<b>P*</b>	0,252	0,947			
<b>Anhedonia subscale</b>						
5MSS Baseline to end of therapy	Παρέμεινε χαμηλό	5,6±2,5	3,1±2	-2,5±3,6	<b>0,036</b>	0,582
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	7±2,1	5,2±4,1	-1,8±2,8	0,269	
	<b>P*</b>	0,470	0,218			
<b>Negative self-esteem subscale</b>						
5MSS Baseline to end of therapy	Παρέμεινε χαμηλό	3,2±1,8	2,1±2,5	-1,1±3,4	0,263	0,689
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	3,7±2,7	3,4±2,9	-0,3±4,3	0,769	
	<b>P*</b>	0,704	0,394			
<b>Total CDI score</b>						
5MSS Baseline to end of therapy	Παρέμεινε χαμηλό	22,4±6,1	12,1±7,6	-10,3±12	<b>0,013</b>	0,345
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	22,2±7,9	17,7±11,5	-4,5±10,5	0,340	
	<b>P*</b>	0,948	0,260			
<b>BATTLE SELF ESTEEM</b>						
<b>General subscale</b>						
5MSS Baseline to end of therapy	Παρέμεινε χαμηλό	6,8±2,2	6,9±2,2	0,1±2,4	0,895	0,465
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	5,5±2,2	6,6±2,3	1,1±2,9	0,486	
	<b>P*</b>	0,245	0,768			
<b>Social subscale</b>						
5MSS Baseline to end of therapy	Παρέμεινε χαμηλό	2,7±1,2	3,6±1,7	0,9±1,9	0,136	0,071
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	3±1,4	2,4±1,5	-0,6±1,4	0,189	
	<b>P*</b>	0,299	0,227			
<b>Personal subscale</b>						
5MSS Baseline to end of therapy	Παρέμεινε χαμηλό	3,7±1,7	4,7±0,7	1±1,7	0,077	0,638
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	4±1,1	4,4±0,9	0,4±0,9	0,208	
	<b>P*</b>	0,853	0,632			
<b>Academic subscale</b>						
5MSS Baseline to end of therapy	Παρέμεινε χαμηλό	2,2±1,9	3,3±1,7	1,1±2,4	0,160	0,637
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	2,2±1,3	2,8±1,9	0,6±2,2	0,573	
	<b>P*</b>	0,962	0,504			
<b>Lie subscale</b>						
5MSS Baseline to end of therapy	Παρέμεινε χαμηλό	3±1,3	2,2±1,3	-0,8±1,3	0,119	0,086
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	2,8±1,5	3,4±1,7	0,6±2,2	0,456	
	<b>P*</b>	0,401	0,205			

Self-esteem						
5MSS Baseline to end of therapy	Παρέμεινε χαμηλό	15,3±5,1	18,4±5,4	3,1±6,8	0,221	0,630
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	14,7±4,7	16,2±5,3	1,5±6,8	0,712	
	<b>P*</b>	0,840	0,436			

\*Διαφορά μεταξύ των ομάδων

\*\*Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.

‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Στα παιδιά των οποίων το εκφραζόμενο συναίσθημα (ΕΣ) της μητέρας παρέμεινε σταθερό υπήρξε σημαντική μείωση μετά τη λήξη της θεραπείας στις βαθμολογίες τους στις κλίμακες «Negative mood», «Ineffectiveness», «Anhedonia» καθώς και στο «Total score» του ερωτηματολογίου CDI. Στις υπόλοιπες βαθμολογίες δεν βρέθηκε σημαντική μεταβολής ανάλογα με τη μεταβολή του ΕΣ των μητέρων. Επίσης, δεν υπήρξε σημαντική διαφορά σε καμία από τις βαθμολογίες ούτε πριν τη έναρξη ούτε μετά τη λήξη της θεραπείας ανάλογα με την μεταβολή του ΕΣ των μητέρων. Τέλος, δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στο βαθμό μεταβολής των βαθμολογιών ανάλογα με την μεταβολή του ΕΣ των μητέρων.

**Σύγκριση των μεταβολών από πριν μέχρι μετά τη λήξη της θεραπείας του ΕΣ και των αποτελεσμάτων των διαγνωστικών εργαλείων που εκτιμούν την κλινική εικόνα του παιδιού μεταξύ των 2 θεραπευτικών ομάδων.**

Στον πίνακα (13) που ακολουθεί δίνονται οι μεταβολές του ΕΣ των μητέρων ξεχωριστά για κάθε τύπο θεραπείας.

		Therapy mode				P Fisher's exact test
		individual		family		
		N	%	N	%	
<b>5MSS Baseline to end of therapy</b>	Παρέμεινε σταθερό	7	70,0	6	60,0	1,000
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	3	30,0	3	30,0	
	Απο χαμηλό έγινε υψηλό	0	0,0	1	10,0	
<b>5MSS Baseline to end of therapy</b>	Παρέμεινε σταθερό	7	70,0	6	66,7	1,000
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	3	30,0	3	33,3	

Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στις μεταβολές του ΕΣ των μητέρων ανάλογα με τον τύπο θεραπείας.

Στον παρακάτω πίνακα (14) δίνονται οι μεταβολές των διαγνωστικών εργαλείων που εκτιμούν την κλινική εικόνα του παιδιού από πριν την έναρξη μέχρι μετά τη λήξη μεταξύ των 2 θεραπευτικών ομάδων.

	Therapy mode				P Student's t-test
	individual		family		
<i>Changes Baseline to end therapy</i>	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Negative mood subscale	-2,8	3,2	-4,5	3,1	0,254
Interpersonal problems subscale	-0,2	1,6	-1,2	1,6	0,195
Ineffectiveness subscale	-1,1	2,7	-2,4	2,2	0,265
Anhedonia subscale	-0,4	2,4	-4,3	2,5	<b>0,003</b>
Negative self-esteem subscale	-0,3	3,7	-2,4	2,4	0,157
Total CDI score	-4,6	10,5	-14,5	8,4	<b>0,018</b>
Total Child Moods & Feelings	-5,2	8,1	-9,1	7,5	0,235
Total Parent Moods & Feelings	-9,7	7,9	-10,7	6,7	0,750
Somatic Anxiety Birmaher	-5,9	5,6	-1,3	5,6	0,075
General Anxiety Birmaher	-4,0	2,7	-2,4	4,8	0,355
Separation Anxiety Birmaher	-3,4	3,3	-1,5	3,0	0,199
Social Phobia Birmaher	-1,1	2,1	-1,9	3,1	0,500
School Phobia Birmaher	-1,5	2,0	-1,1	1,2	0,568
Total Anxiety Birmaher	-14,8	12,2	-8,4	13,0	0,228
General subscale Battle Child	0,1	2,8	1,2	2,3	0,374
Social subscale Battle Child	-0,3	1,8	0,6	1,8	0,312
Personal subscale Battle Child	0,3	0,7	1,1	1,7	0,221
Academic subscale Battle Child	1,1	2,6	0,7	1,7	0,677
Lie subscale Battle Child	0,1	1,8	-0,4	1,6	0,493
Self-esteem Battle child	1,2	6,0	3,6	6,4	0,437

Η πτώση της βαθμολογίας των ατόμων στην διάσταση «Anhedonia» ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στα άτομα που είχαν κάνει οικογενειακή θεραπεία σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν κάνει ατομική θεραπεία. Επίσης, η πτώση βαθμολογίας των ατόμων στο «Total score» της κλίμακας CDI ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στα άτομα που είχαν κάνει οικογενειακή θεραπεία σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν κάνει ατομική θεραπεία. Στις μεταβολές των υπολοίπων βαθμολογιών δεν υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των τύπων θεραπείας.

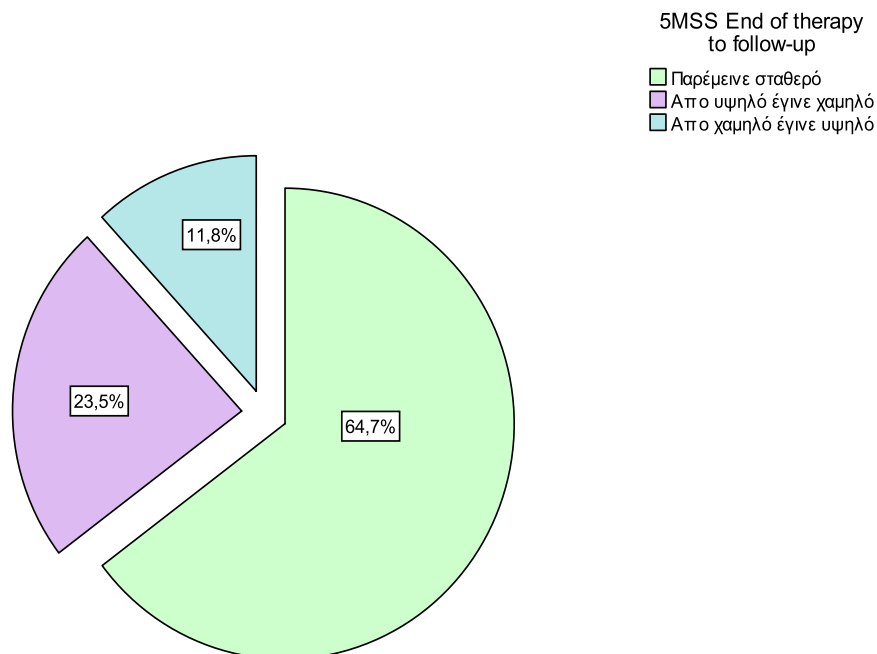
**Μεταβολή του ΕΣ των μητέρων από τη λήξη της θεραπείας μέχρι την επανεκτίμηση, 6 μήνες μετά.**

Στον πίνακα (15) που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή του ΕΣ των μητέρων από τη λήξη της θεραπείας μέχρι 6 μήνες μετά

		N	%
<b>5MSS End of therapy to follow-up</b>	Παρέμεινε σταθερό	11	64,7
	Παρέμεινε σταθερά χαμηλό (Lo-Lo)	10	58,8
	Παρέμεινε σταθερά υψηλό (Hi-Hi)	1	5,8
	Από υψηλό έγινε χαμηλό (Hi-Lo)	4	23,5
	Από χαμηλό έγινε υψηλό (Lo-Hi)	2	11,8
<b>5MSS End of therapy to follow-up</b>	Παρέμεινε σταθερό (Lo-Lo)	10	71,4
	Από υψηλό έγινε χαμηλό (Hi-Lo)	4	28,6

Από τη λήξη της θεραπείας μέχρι τη μέτρηση που έγινε 6 μήνες μετά, στο 64,7% των μητέρων το εκφραζόμενο συναίσθημα παρέμεινε σταθερό, στο 58,8 % σταθερά χαμηλό (Lo-Lo), και στο 23,5% από υψηλό έγινε χαμηλό (Hi-Lo).

Στο γράφημα (8) που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή του ΕΣ των μητέρων των εφήβων από τη λήξη της θεραπείας μέχρι 6 μήνες μετά .



**Συσχέτιση της μεταβολής του ΕΣ της μητέρας με την κλινική εικόνα του παιδιού από την λήξη της θεραπείας μέχρι την επανεκτίμηση.**

Στους πίνακες (16) & (17) που ακολουθούν δίνονται τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εργαλείων που εκτιμούν την κλινική εικόνα του παιδιού ανάλογα με τη μεταβολή του ΕΣ της μητέρας από τη λήξη της θεραπείας μέχρι τη μέτρηση που έγινε 6 μήνες μετά, κατά την επανεκτίμηση (follow-up).

Πίνακας 16

		<b>End of therapy</b>	<b>Follow-up</b>	<b>Change</b>		
<b>MFQ</b>		<b>Μέση τιμή±SD</b>	<b>Μέση τιμή±SD</b>	<b>Μέση τιμή±SD</b>	<b>P**</b>	<b>P‡</b>
<b>Total Child Moods &amp; Feelings</b>						
5MSS End of therapy to follow-up	Παρέμεινε χαμηλό	8,8±8,1	7±5	-1,8±6,8	0,399	0,799
	Από υψηλό έγινε χαμηλό	5,3±1	2,5±2,6	-2,8±2,8	0,140	
	<b>P*</b>	0,404	0,113			
<b>Total Parent Moods &amp; Feelings</b>						
5MSS End of therapy to follow-up	Παρέμεινε χαμηλό	4,1±2,8	4,8±2,9	0,7±3	0,445	<b>0,009</b>
	Από υψηλό έγινε χαμηλό	8±3,7	2,5±2,6	-5,5±4,7	0,099	
	<b>P*</b>	<b>0,047</b>	0,185			
<b>SCARED</b>						
<b>Somatic Anxiety Birmaher</b>						
5MSS End of therapy to follow-up	Παρέμεινε χαμηλό	6,1±4,9	3,9±2,6	-2,2±3,2	0,079	0,755
	Από υψηλό έγινε χαμηλό	2,8±3,1	2±1	-0,8±3,1	0,529	
	<b>P*</b>	0,228	0,246			
<b>General Anxiety Birmaher</b>						
5MSS End of therapy to follow-up	Παρέμεινε χαμηλό	5±3,8	5,1±3,3	0,1±2,7	0,823	0,947
	Από υψηλό έγινε χαμηλό	3±2,2	4±2	1±3,8	0,893	
	<b>P*</b>	0,347	0,603			
<b>Separation Anxiety Birmaher</b>						
5MSS End of therapy to follow-up	Παρέμεινε χαμηλό	3±2,8	3±2,8	0±2,3	0,685	0,192
	Από υψηλό έγινε χαμηλό	3,3±2,4	1±1	-2,3±1,5	0,199	
	<b>P*</b>	0,876	0,266			
<b>Social Phobia Birmaher</b>						
5MSS End of therapy to follow-up	Παρέμεινε χαμηλό	2,7±2,1	2,9±1,7	0,2±2	0,545	0,312
	Από υψηλό έγινε χαμηλό	2±1,4	1±1	-1±2	0,478	
	<b>P*</b>	0,529	0,092			
<b>School Phobia Birmaher</b>						
5MSS End of therapy to follow-up	Παρέμεινε χαμηλό	1,8±1,8	1,8±1,3	0±1,8	0,864	0,713
	Από υψηλό έγινε χαμηλό	1±1,2	1±1	0±1,5	0,742	
	<b>P*</b>	0,425	0,357			
<b>Total Anxiety Birmaher</b>						
5MSS End of therapy to follow-up	Παρέμεινε χαμηλό	18,9±13,9	17±9,5	-1,9±8,5	0,473	0,861
	Από υψηλό έγινε χαμηλό	12,3±8,8	11,3±3,9	-1±9,5	0,847	
	<b>P*</b>	0,393	0,270			

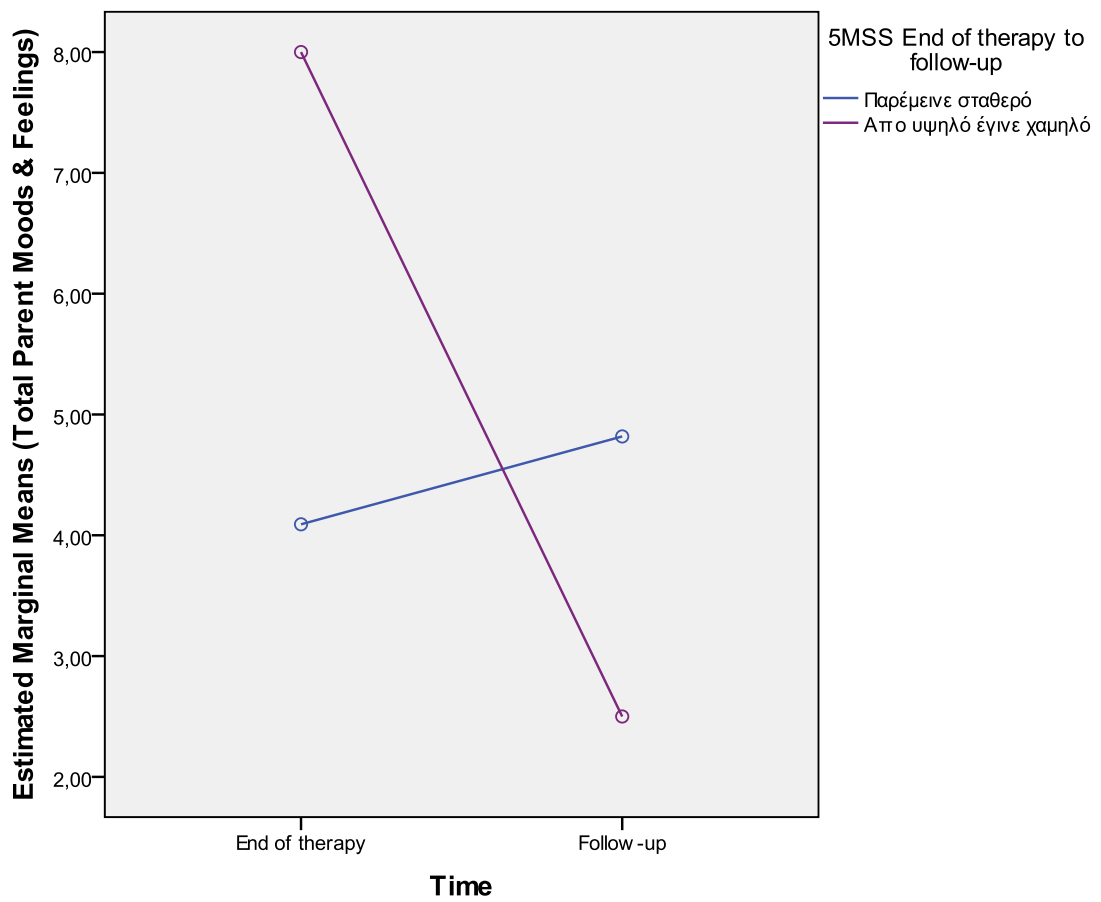
\*Διαφορά μεταξύ των ομάδων

\*\*Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.

‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Κατά τη λήξη της θεραπείας η βαθμολογία στη διάσταση «Total Parent Moods & Feelings» των παιδιών των οποίων το εκφραζόμενο συναίσθημα (ΕΣ) της μητέρας έγινε από υψηλό χαμηλό ήταν σημαντικά υψηλότερη σε σύγκριση με την βαθμολογία των παιδιών των οποίων το εκφραζόμενο συναίσθημα (ΕΣ) της μητέρας παρέμεινε χαμηλό από τη λήξη της θεραπείας μέχρι και 6 μήνες μετά. Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά σε καμία από τις υπόλοιπες βαθμολογίες ούτε μετά τη λήξη της θεραπείας ούτε μετά από 6 μήνες ανάλογα με την μεταβολή του ΕΣ των μητέρων. Δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή σε καμία από τις βαθμολογίες των συμμετεχόντων από τη λήξη της θεραπείας μέχρι 6 μήνες μετά ανεξάρτητα από τη μεταβολή του ΕΣ των μητέρων τους. Διέφερε σημαντικά ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα «Total Parent Moods & Feelings» μεταξύ των παιδιών των οποίων το ΕΣ της μητέρας τους παρέμεινε χαμηλό και εκείνων που από υψηλό έγινε χαμηλό. Συγκεκριμένα, στα παιδιά των οποίων το ΕΣ της μητέρας τους παρέμεινε χαμηλό υπήρξε αύξηση της συγκεκριμένης βαθμολογίας ενώ στα παιδιά των οποίων το ΕΣ της μητέρας τους από υψηλό έγινε χαμηλό υπήρξε μείωση. Στις υπόλοιπες βαθμολογίες δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στον βαθμό μεταβολής τους ανάλογα με τη μεταβολή του ΕΣ των μητέρων.

Στο γράφημα (9) που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των εφήβων στη διάσταση «Total Parent Moods & Feelings» από τη λήξη της θεραπείας μέχρι και 6 μήνες μετά ανάλογα με τη μεταβολή του ΕΣ των μητέρων τους (Lo-Lo) vs (Hi-Lo) το ίδιο χρονικό διάστημα.



Πίνακας 17

		<b>End of therapy</b>	<b>Follow-up</b>	<b>Change</b>	<b>P**</b>	<b>P‡</b>
<b>CDI</b>		<b>Μέση τιμή±SD</b>	<b>Μέση τιμή±SD</b>	<b>Μέση τιμή±SD</b>		
<b>Negative mood subscale</b>						
5MSS End of therapy to follow-up	Παρέμεινε χαμηλό	3,2±2,9	2±1,6	-1,2±2,1	0,158	0,648
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	0,8±0,5	0,3±0,5	-0,5±0,6	0,182	
	<b>P*</b>	0,122	0,062			
<b>Interpersonal problems subscale</b>						
5MSS End of therapy to follow-up	Παρέμεινε χαμηλό	2±1,4	1,7±0,9	-0,3±1,5	0,541	0,258
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	0,5±1	1,3±1,5	0,8±1,5	0,391	
	<b>P*</b>	0,076	0,507			
<b>Ineffectiveness subscale</b>						
5MSS End of therapy to follow-up	Παρέμεινε χαμηλό	3,5±2,3	2,4±1,6	-1,1±1,7	0,121	0,730
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	1,8±1,7	0,5±0,6	-1,3±1,7	0,239	
	<b>P*</b>	0,187	<b>0,047</b>			
<b>Anhedonia subscale</b>						
5MSS End of therapy to follow-up	Παρέμεινε χαμηλό	3,6±3,2	2,9±2,7	-0,7±1,8	0,509	0,380
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	1,8±1,5	1,8±2,4	0±2,9	1,000	
	<b>P*</b>	0,285	0,470			
<b>Negative self-esteem subscale</b>						
5MSS End of therapy to follow-up	Παρέμεινε χαμηλό	2,2±2,6	1,2±1,5	-1±2	0,453	0,646
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	1±0,8	0±0	-1±0,8	0,092	
	<b>P*</b>	0,391	0,156			
<b>Total CDI score</b>						
5MSS End of therapy to follow-up	Παρέμεινε χαμηλό	14,5±10,9	10,2±6,4	-4,4±7,9	0,096	0,589
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	5,8±4,3	3,8±3	-2±5	0,480	
	<b>P*</b>	0,149	0,078			
<b>BATTLE SELF ESTEEM</b>						
<b>General subscale</b>						
5MSS End of therapy to follow-up	Παρέμεινε χαμηλό	6,6±2,4	7,9±1,5	1,3±1,6	0,121	0,167
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	9±0	8,8±0,5	-0,3±0,5	0,391	
	<b>P*</b>	0,076	0,282			
<b>Social subscale</b>						
5MSS End of therapy to follow-up	Παρέμεινε χαμηλό	3,4±1,6	3,8±1	0,4±0,9	1,000	0,672
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	4,3±1	4,5±0,6	0,3±1	0,638	
	<b>P*</b>	0,358	0,200			
<b>Personal subscale</b>						
5MSS End of therapy to follow-up	Παρέμεινε χαμηλό	4,3±0,8	4,9±0,3	0,6±0,9	0,095	0,407
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	4,5±1	4,5±1	0±1,6	1,000	
	<b>P*</b>	0,705	0,300			
<b>Academic subscale</b>						
5MSS End of therapy to follow-up	Παρέμεινε χαμηλό	2,9±1,9	4,1±1,2	1,2±1,6	0,222	0,611
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	3,5±1,3	4,8±0,5	1,3±1,5	0,194	
	<b>P*</b>	0,579	0,324			
<b>Lie subscale</b>						
5MSS End of therapy to follow-up	Παρέμεινε χαμηλό	2,9±1,7	3,6±1,6	0,7±1,1	0,140	0,396
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	3±1,8	2,5±1,7	-0,5±3,4	0,789	
	<b>P*</b>	0,923	0,304			



<b>Self-esteem</b>						
5MSS End of therapy to follow-up	Παρέμεινε χαμηλό	17,2±5,9	20,7±2,8	3,5±3,8	0,119	0,632
	Απο υψηλό έγινε χαμηλό	21,3±1,5	22,5±2,4	1,3±3,6	0,537	
	<b>P*</b>	0,203	0,285			

\*Διαφορά μεταξύ των ομάδων

\*\*Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.

‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Έξι μήνες μετά τη λήξη της θεραπείας η βαθμολογία στη διάσταση «Ineffectiveness» των παιδιών των οποίων το εκφραζόμενο συναίσθημα (ΕΣ) της μητέρας έγινε από υψηλό χαμηλό ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε σύγκριση με την βαθμολογία των παιδιών των οποίων το εκφραζόμενο συναίσθημα (ΕΣ) της μητέρας παρέμεινε σταθερό από τη λήξη της θεραπείας μέχρι και 6 μήνες μετά. Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά σε καμία από τις υπόλοιπες βαθμολογίες ούτε μετά τη λήξη της θεραπείας ούτε μετά από 6 μήνες ανάλογα με την μεταβολή του ΕΣ των μητέρων. Δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή σε καμία από τις βαθμολογίες των συμμετεχόντων από τη λήξη της θεραπείας μέχρι 6 μήνες μετά ανεξάρτητα από τη μεταβολή του ΕΣ των μητέρων τους. Τέλος, δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στο βαθμό μεταβολής των βαθμολογιών ανάλογα με την μεταβολή του ΕΣ των μητέρων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των επιμέρους Ερωτημάτων και ακολουθεί η συνθετική παρουσίασή τους στο τέλος του κεφαλαίου.

### **ΕΡΩΤΗΜΑ Α: Εάν το εκφραζόμενο συναίσθημα (ΕΣ) της μητέρας συσχετίζεται με τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας ή της κοινωνικής προσαρμογής του παιδιού**

Το ερώτημα (Α) εξετάστηκε στην προκαταρκτική φάση της έρευνας (baseline), και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται χωριστά αναφορικά με (1) την κλινική εικόνα του παιδιού και (2) την κοινωνική προσαρμογή του.

A1) Η κλινική εικόνα των παιδιών εκτιμήθηκε στο φάσμα της κατάθλιψης με τα διαγνωστικά εργαλεία CDI, MFQ (parent/child) και Battle Self Esteem, και των συννοσηρών αγχωδών διαταραχών με το SCARED. Τα αποτελέσματα (Πίνακας 5) δεν έδειξαν συσχέτιση ανάμεσα στα επίπεδα του μητρικού ΕΣ και στην βαρύτητα της κλινικής κατάστασης του παιδιού όπως αυτή αξιολογήθηκε από το ίδιο το παιδί με την συμπλήρωση των κλιμάκων αυτό-αναφοράς (CDI, MFQ-child, Battle Self Esteem, SCARED). Στο ερωτηματολόγιο όμως, όπου η ίδια η μητέρα εκτιμά την κλινική εικόνα του παιδιού ως προς την καταθλιπτική του συμπτωματολογία (MFQ-parent), βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στο ΕΣ της και στην βαρύτητα της κατάθλιψης που προσμετρά στο παιδί της από τη δική της άποψη. Πιο συγκεκριμένα, στην υποομάδα των μητέρων υψηλού ΕΣ η μέτρηση στην κλίμακα “Total Parent Moods and Feelings” ( $M=18,4\pm 4,6$ ) ήταν σημαντικά υψηλότερη ( $p=0,048$ ) από την αντίστοιχη της υποομάδας των μητέρων χαμηλού ΕΣ ( $M=13,3\pm 6,4$ ). Παράλληλα, στην υποομάδα χαμηλού ΕΣ παρατηρείται ισοτιμία των βαθμολογήσεων γονέα-παιδιού στο MFQ (MFQ-parent= $13,3\pm 6,4$  και MFQ-child= $13,3\pm 4,9$ ) υποδεικνύοντας συμφωνία των εκτιμήσεων μεταξύ τους.

A2) Η κοινωνική προσαρμογή του κάθε παιδιού εκτιμήθηκε από τον παιδοψυχίατρο/εξεταστή με τις ημι-δομημένες συνεντεύξεις C-GAS και SAS, και από τον δάσκαλο του παιδιού με τα ερωτηματολόγια EAQ και CBCL-TRF. Τα αποτελέσματα (Πίνακας 6, Γράφημα 4) έδειξαν συσχέτιση ανάμεσα στο μητρικό ΕΣ και στις διαστάσεις “Social Withdrawal” και “Internalizing Behavior” στο ερωτηματολόγιο που συμπλήρωσαν οι δάσκαλοι για την εκτίμηση της συμπεριφοράς του παιδιού στο σχολείο (CBCL-TRF). Πιο συγκεκριμένα, στην υποομάδα των μητέρων υψηλού ΕΣ οι μετρήσεις στις υποκλίμακες “Social Withdrawal” και “Internalizing Behavior” έδωσαν μέσες τιμές ( $M=8,2\pm 5,8$  και  $M=21,1\pm 12,4$  αντιστοίχως) σημαντικά υψηλότερες απ’ ό,τι στην ομάδα χαμηλού ΕΣ ( $M=3,2\pm 2,7$  και  $M=11,4\pm 7,8$ ), με επίπεδα σημαντικότητας  $p=0,014$  για την υποκλίμακα “Social Withdrawal” και  $p=0,037$  για την “Internalizing Behavior”.

**ΕΡΩΤΗΜΑ Β: Εάν το εκφραζόμενο συναίσθημα (ΕΣ) της μητέρας συσχετίζεται με 1) κλινικούς-ψυχιατρικούς παράγοντες ή/και 2) κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες που αφορούν τη μητέρα**

Το ερώτημα (Β) εξετάστηκε και αυτό στην προκαταρκτική φάση της έρευνας (baseline).

B1) Οι κλινικοί-ψυχιατρικοί παράγοντες των μητέρων, οι οποίοι διερευνήθηκαν με το BDI και με το Battle Self Esteem, εντάσσονται βασικά στο φάσμα της κατάθλιψης. Το BDI, χωρίς να είναι ένα διαγνωστικό εργαλείο, προσμετρά καταθλιπτικές εκδηλώσεις και τις κατατάσσει ως προς τη βαρύτητα. Το Battle Self Esteem πάλι, προσμετρά την αυτοεκτίμηση, η οποία, αξιολογείται ως κεντρικό χαρακτηριστικό στην εμφάνιση, διατήρηση και πορεία της κατάθλιψης (Roberts & Monroe, 1994) και όταν είναι χαμηλή, υπεισέρχεται ως σύμπτωμα στη διάγνωση της δυσθυμικής διαταραχής κατά DSM-IV. Το ερώτημα συνεπώς όσον αφορά τους κλινικούς-ψυχιατρικούς παράγοντες που αφορούν τη μητέρα διερευνήθηκε βασικά στο πεδίο της τρέχουσας καταθλιπτικής διαταραχής. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης (Πίνακας 7) δεν έδειξαν συσχέτιση ανάμεσα στο ΕΣ και τους κλινικούς-ψυχιατρικούς παράγοντες που αξιολογήθηκαν, τόσο στην ποσοτική όσο και στην ποιοτική ανάλυση των μεταβλητών μας. Πιο συγκεκριμένα, για την ομάδα μητέρων χαμηλού ΕΣ και για την ομάδα μητέρων υψηλού ΕΣ, οι μέσες τιμές καταθλιπτικών συμπτωμάτων στο BDI ( $M=14,3\pm 9$  και  $M=13,6\pm 8,1$ ) καθώς και της αυτοεκτίμησης στο Battle Self Esteem ( $M=17,8\pm 6,7$  και  $M=18,9\pm 7,2$ ) δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους και στα δύο εργαλεία ( $p=0,861$  και  $p=0,724$  αντιστοίχως). Ομοίως και στην ποιοτική ανάλυση των μεταβλητών: βαθμολογία  $BDI \geq 10$  στην ομάδα χαμηλού και υψηλού ΕΣ ( $N=5$  και  $N=5$ ) (41,7% και 50%) ( $p=1,000$ ), και βαθμολογία Battle Self Esteem  $\leq 20$  ( $N=4$  και  $N=4$ ) (33,3% και 40%) ( $p=1,000$ ) αντιστοίχως. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ισοτιμία των δύο υποομάδων ως προς τις βαθμολογίες και τα ποσοστά της τρέχουσας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της αυτοεκτίμησης.

B2) Οι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες που αφορούν τη μητέρα διερευνήθηκαν με τα εργαλεία Demography (Kolvin et al, 1991), Cambridge και Life Events (Goodyer et al, 1985, Berney et al, 1991). Τα αποτελέσματα από τα δύο πρώτα εργαλεία έδειξαν συσχέτιση ανάμεσα στο ΕΣ και το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας (Πίνακας 8). Πιο συγκεκριμένα, το ΕΣ βρέθηκε σημαντικά υψηλότερο στις μητέρες χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου (school exams “lower”) σε σύγκριση με τις μητέρες που είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση (“university entrance/degree & university/higher degree”) (Γράφημα 5), με  $p=0,024$  ανάμεσα στις δύο υποομάδες. Τα αποτελέσματα στην κλίμακα “Life Events” δεν έδειξαν κάποια συσχέτιση μεταξύ ΕΣ και στρεσογόνων γεγονότων ζωής της μητέρας (Πίνακας 9).

**ΕΡΩΤΗΜΑ Γ1: Εάν η αλλαγή στην κλινική εικόνα του παιδιού κατά την πορεία της θεραπείας του συμβαδίζει με αλλαγή στο ΕΣ της μητέρας του: Μελετάται όλο το δείγμα.**

Για την διερεύνηση του ερωτήματος (Γ1) συσχετίστηκε η διαφορά της βαθμολογίας μεταξύ της αρχικής και της κατά τη λήξη της θεραπείας (baseline - end of therapy) εκτίμησης του μητρικού ΕΣ από τη μια μεριά και των οργάνων κλινικής εκτίμησης του παιδιού από την άλλη.

Η μέτρηση του 5MSS-ΕΣ πριν την έναρξη και κατά τη λήξη της θεραπείας, έδειξε πως στο 65% των μητέρων έμεινε σταθερό, στο 50% παρέμεινε σταθερά χαμηλό (Lo-Lo) και στο 30% από υψηλό έγινε χαμηλό (Hi-Lo), (Πίνακας 10, Γράφημα 6). Η κλινική εικόνα των παιδιών στις δύο φάσεις εκτιμήθηκε, όπως και στο Ερώτημα (Α), στο φάσμα της κατάθλιψης με τα διαγνωστικά εργαλεία CDI, MFQ (parent/child) και Battle Self Esteem, και των συννοσηρών αγχωδών διαταραχών με το SCARED (Πίνακες 11 & 12, Γράφημα 7).

Στην υποομάδα σταθερά χαμηλού ΕΣ, τα αποτελέσματα των εργαλείων αυτο-αξιολόγησης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων από τα ίδια τα παιδιά (CDI, MFQ-child) έδειξαν στατιστικά σημαντική πτώση της βαθμολογίας σε πολλές διαστάσεις. Στην κλίμακα “Total CDI score” ( $M=-10,3\pm 12$   $p=0,013$ ), στις υποκλίμακες του CDI, “Negative mood” ( $M=-4,6\pm 3,7$   $p=0,001$ ), “Ineffectiveness” ( $M=-2\pm 3,1$   $p=0,044$ ), “Anhedonia” ( $M=-2,5\pm 3,6$   $p=0,036$ ), και στην κλίμακα “Total MFQ-child” ( $M=-6,6\pm 8,2$   $p=0,023$ ). Σημαντική βελτίωση της κλινικής εικόνας των παιδιών προέκυψε επίσης ως προς τη συννοσηρότητα με διαταραχές άγχους, με σημαντική πτώση της βαθμολογίας στο εργαλείο αυτό-αξιολόγησης των παιδιών SCARED, σε όλες τις διαστάσεις. Στις υποκλίμακες: “Somatic Anxiety” ( $M=-5,3\pm 5,7$   $p=0,012$ ), “General anxiety” ( $M=-4\pm 2,6$   $p=0,001$ ), “Separation anxiety” ( $M=-3,6\pm 3,9$   $p=0,007$ ), “Social phobia” ( $M=-2,2\pm 2,6$   $p=0,008$ ), “School phobia” ( $M=-1,6\pm 1,6$   $p=0,004$ ), και στην συνολική κλίμακα άγχους “Total anxiety” ( $M=-16,1\pm 13$   $p=0,001$ ). Στο ερωτηματολόγιο όπου η ίδια η μητέρα εκτιμά την κλινική εικόνα του παιδιού ως προς την καταθλιπτική του συμπτωματολογία (MFQ-parent) βρέθηκε επίσης στατιστικά σημαντική πτώση της βαθμολογίας ( $M=-10,7\pm 6,9$   $p<0,001$ ), σε συμφωνία με την πτώση στη συνολική αυτό-αξιολόγηση της κλινικής κατάστασης των παιδιών.

Στην υποομάδα μεταβολής του μητρικού ΕΣ από υψηλό σε χαμηλό, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική πτώση της βαθμολογίας της κατάθλιψης των παιδιών στο MFQ-parent ( $M=-8,2\pm 6,4$   $p=0,027$ ), ενώ τα αποτελέσματα των εργαλείων αυτο-αξιολόγησης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων από τα ίδια τα παιδιά (CDI, MFQ-child) δεν έδειξαν σημαντική πτώση της βαθμολογίας. Ως προς τη συννοσηρότητα με διαταραχές άγχους, οι βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο SCARED έδειξαν βελτίωση σε μια μόνο υποκλίμακα, στην “School phobia”, με σημαντική πτώση της βαθμολογίας ( $M=-0,6\pm 0,8$   $p=0,033$ ).

Τέλος, διέφερε σημαντικά ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας στην υποκλίμακα “Social Phobia” του SCARED μεταξύ των παιδιών των οποίων το ΕΣ της μητέρας τους παρέμεινε χαμηλό και εκείνων που από υψηλό έγινε χαμηλό ( $p=0,039$ ). Συγκεκριμένα, στα παιδιά των οποίων το ΕΣ της μητέρας τους παρέμεινε χαμηλό υπήρξε σημαντική μείωση της συγκεκριμένης βαθμολογίας ενώ στα παιδιά

των οποίων το ΕΣ της μητέρας τους από υψηλό έγινε χαμηλό δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή στη λήξη της θεραπείας.

Στο ερωτηματολόγιο της αυτοεκτίμησης (Battle Self Esteem) δεν προέκυψε σημαντική μεταβολή της βαθμολογίας σε καμία από τις δύο υποομάδες.

**ΕΡΩΤΗΜΑ Γ2: Εάν η αλλαγή στην κλινική εικόνα του παιδιού κατά την πορεία της θεραπείας του συμβαδίζει με αλλαγή στο ΕΣ της μητέρας του: Συγκρίνονται οι δύο θεραπευτικές υποομάδες.**

**Στην μια έχει εφαρμοστεί Συστημικά Απαρτιωμένη Οικογενειακή Θεραπεία και στην άλλη Εστιασμένη Ατομική Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία του παιδιού με παράλληλη ψυχοθεραπεία γονέων.**

Το ερώτημα (Γ2) δε μπόρεσε να διερευνηθεί διότι, λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος δεν ήταν δυνατό να γίνουν οι αναλύσεις του προηγούμενου ερωτήματος (Γ1) χωριστά για κάθε θεραπευτική υποομάδα. Στον Πίνακα (13) αποτυπώνεται η μεταβολή του μητρικού ΕΣ για κάθε τύπο θεραπείας, από πριν την έναρξη μέχρι τη λήξη της θεραπείας, όπου δε σημειώνεται κάποια σημαντική διαφορά. Στον Πίνακα (14) συγκρίνονται οι δύο θεραπευτικές υποομάδες ως προς τις μεταβολές της βαθμολογίας των μετρήσεων των διαγνωστικών εργαλείων που εκτιμούν την κλινική εικόνα των παιδιών. Στην υποομάδα της οικογενειακής θεραπείας σε σύγκριση με την υποομάδα ατομικής ψυχοθεραπείας υπήρξε σημαντική πτώση της βαθμολογίας στη συνολική μέτρηση του CDI, “Total CDI score” ( $p=0,018$ ), και στην υποκλίμακα “Anhedonia” ( $p=0,003$ ).

**ΕΡΩΤΗΜΑ Δ: Εάν η σταθεροποίηση της κλινικής εικόνας του παιδιού στην 6μηνη, μετά το τέλος της θεραπείας, επανεκτίμηση (follow up) συσχετίζεται με σταθεροποίηση του ΕΣ της μητέρας.**

Για την διερεύνηση του ερωτήματος (Δ) συσχετίστηκε η διαφορά μεταξύ της κατά τη λήξη της θεραπείας βαθμολογίας και της βαθμολογίας επανεκτίμησης 6 μήνες μετά τη λήξη της θεραπείας (end of therapy - follow up) του μητρικού ΕΣ από την μια μεριά, και των οργάνων κλινικής εκτίμησης του παιδιού από την άλλη.

Η μέτρηση του 5MSS-ΕΣ από τη λήξη της θεραπείας μέχρι την επανεκτίμηση 6 μήνες μετά, έδειξε πως στο 64,7% των μητέρων έμεινε σταθερό, στο 58,8% σταθερά χαμηλό (Lo-Lo), και στο 23,5% από υψηλό έγινε χαμηλό (Hi-Lo), (Πίνακας 15, Γράφημα 8). Η κλινική εικόνα των παιδιών στις δύο φάσεις εκτιμήθηκε, όπως και στα προηγούμενα Ερωτήματα (Α1 & Γ1), στο φάσμα της κατάθλιψης με τα διαγνωστικά εργαλεία CDI, MFQ (parent/child) και Battle Self Esteem, και των συννοσηρών αγχωδών διαταραχών με το SCARED (Πίνακες 16 & 17).

Τα αποτελέσματα στο Ερώτημα (Δ) υποδεικνύουν ότι, η σταθεροποίηση του μητρικού ΕΣ συσχετίζεται με σταθεροποίηση της κλινικής εικόνας του παιδιού, διότι στην υπο-ομάδα σταθερού ΕΣ (Lo-Lo) δεν προέκυψε καμία σημαντική μεταβολή των βαθμολογιών σε όλα τα εργαλεία εκτίμησης της κλινικής κατάστασης των παιδιών, τόσο από την άποψη του παιδιού, όσο και από την άποψη της μητέρας (συμφωνία μητέρας-παιδιού).

Υπήρξαν όμως ευρήματα από τη σύγκριση των δύο υποομάδων. Κατ' αρχήν, στις μετρήσεις που έγιναν κατά τη λήξη της θεραπείας (end of therapy), η βαθμολογία στην κλίμακα "MFQ-parent" ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη στην υποομάδα των μητέρων υψηλού ΕΣ ( $M=8\pm 3,7$ ) απ' ό,τι στην υπο-ομάδα των μητέρων χαμηλού ΕΣ ( $M=4,1\pm 2,8$ ) με επίπεδο σημαντικότητας  $p=0,047$ , ενώ στις υπόλοιπες βαθμολογίες με τα εργαλεία αυτό-αξιολόγησης του παιδιού ως προς την κατάθλιψη και τις συν-νοσηρές αγχώδεις διαταραχές (CDI, MFQ-child, Battle Self Esteem, SCARED) δεν υπήρχε καμιά άλλη στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο υποομάδων.

Στις μετρήσεις που έγιναν από τη λήξη της θεραπείας μέχρι την μετά 6μηνο επανεκτίμηση (end of therapy - follow up) προέκυψε σημαντική διαφορά στο βαθμό μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα "MFQ-parent" ανάμεσα στην υπο-ομάδα σταθερά χαμηλού μητρικού ΕΣ (Lo-Lo) και στην υπο-ομάδα πτώσης του μητρικού ΕΣ (Hi-Lo) με ( $p=0,009$ ) (Γράφημα 9). Πιο συγκεκριμένα, στην υποομάδα του σταθερά χαμηλού μητρικού ΕΣ (Lo-Lo) βρέθηκε μικρή αύξηση στο MFQ-parent ( $M=+0,7\pm 3$ ) έναντι της μεγάλης μείωσης ( $M=-5,5\pm 4,7$ ) στην υποομάδα πτώσης του ΕΣ (Hi-Lo), χωρίς να υπάρχει σημαντική μεταβολή στις αυτό-αξιολογήσεις των παιδιών των δύο υποομάδων ως προς την κλινική τους εικόνα.

Στις συγχρονικές μετρήσεις κατά την επανεκτίμηση ("follow up") τα παιδιά της πρώτης (Lo-Lo) έναντι της δεύτερης (Hi-Lo) υποομάδας παρουσίαζαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα "Ineffectiveness" του CDI ( $p=0,047$ ), η οποία απηχεί ενδεχομένως την μικρή αύξηση στο MFQ-parent ( $M_{\text{change}}=+0,7\pm 3$ ) που βρέθηκε στην υποομάδα σταθερού μητρικού ΕΣ (Lo-Lo) (parent-child agreement).

### **ΣΥΝΘΕΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από τα επιμέρους ερωτήματα:**

Κατ' αρχήν, όσον αφορά την ίδια τη μητέρα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ήταν ο μοναδικός παράγοντας, από όσους εξετάστηκαν, που βρέθηκε να έχει σημαντική συσχέτιση με υψηλό ΕΣ. (Ερώτημα Β).

Στα ερωτήματα (Α1), (Γ1) και (Δ), όπου μελετήθηκε το μητρικό ΕΣ σε σχέση με κλινικούς παράγοντες που αφορούν στο παιδί και στην πορεία της θεραπείας του επιχειρήθηκαν οι συσχετίσεις των μεταβλητών μας στις διαφορετικές φάσεις της θεραπείας (baseline, end of therapy, follow up), καθώς επίσης και οι μεταβολές των ίδιων αυτών μεταβλητών μεταξύ των τριών φάσεων. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συγκλίνουν ως προς τα ευρήματά τους. Στις συγχρονικές μετρήσεις που έγιναν στις φάσεις "baseline" και "end of therapy" (Ερωτήματα Α1 και Δ) όπου συγκρίνονται οι υποομάδες μητέρων υψηλού έναντι χαμηλού ΕΣ προέκυψε ότι τα επίπεδα του ΕΣ συσχετίζονται με την άποψη που έχουν οι μητέρες για τη βαρύτητα της κατάθλιψης των παιδιών. Πιο συγκεκριμένα, οι μητέρες υψηλού ΕΣ βαθμολογούν (στο MFQ-parent) με περισσότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία τα παιδιά τους σε σύγκριση με τις μητέρες χαμηλού ΕΣ, ενώ τα ίδια τα παιδιά δεν διαφοροποιούνται στις δύο υπο-ομάδες όταν αυτό-αξιολογούνται με τα σχετικά εργαλεία (CDI και MFQ-child, Battle Self Esteem). Το αποτέλεσμα αυτό ενισχύθηκε στη συνέχεια με τη μελέτη των μεταβολών του ΕΣ σε σχέση με την κλινική εικόνα των παιδιών μεταξύ

των τριών φάσεων της θεραπείας. Οι συγκριτικές μετρήσεις (Ερωτήματα Γ1 και Δ) έδειξαν ότι, όταν τα επίπεδα του μητρικού ΕΣ μειώνονται από υψηλό σε χαμηλό έχουμε σημαντική πτώση στη βαθμολογία της βαρύτητας της κατάθλιψης των παιδιών από την άποψη των μητέρων (MFQ-parent), χωρίς σημαντική πτώση στην αυτό-αξιολόγηση των ίδιων των παιδιών.

Επιπλέον, στις υποομάδες χαμηλού ΕΣ βρέθηκε συμφωνία μητέρας-παιδιού στην αξιολόγηση της κατάθλιψης του παιδιού (“parent-child agreement”). Έτσι, στο Ερώτημα Α (“baseline”), στην υποομάδα χαμηλού μητρικού ΕΣ οι βαθμολογίες MFQ-parent και MFQ-child ήταν ισότιμες ( $M=13,3\pm 6,4$  και  $M=13,3\pm 4,9$  αντιστοίχως). Στη συνέχεια (Ερώτημα Γ1), στην υποομάδα σταθερά χαμηλού ΕΣ, η σημαντική πτώση του MFQ-parent ανάμεσα στις δύο μετρήσεις (baseline - end of therapy) συνοδευόταν από σημαντική πτώση σε όλες σχεδόν τις κλίμακες της κατάθλιψης (και των συννοσηρών αγχωδών διαταραχών) από την άποψη του παιδιού. Τέλος, στο Ερώτημα Δ (follow up), η μικρή αύξηση στο MFQ-parent της ομάδας χαμηλού ΕΣ (Lo-Lo) έναντι της μεγάλης μείωσης στην ομάδα πτώσης του ΕΣ (Hi-Lo) συμβαδίζει με την σημαντικά υψηλότερη αυτό-βαθμολόγηση των παιδιών της πρώτης στην υποκλίμακα “Ineffectiveness” του CDI κατά την επανεκτίμηση (follow up), υποδεικνύοντας μεγαλύτερη συμφωνία μητέρας παιδιού .

Η κοινωνική προσαρμογή των παιδιών διερευνήθηκε στη φάση πριν την έναρξη της θεραπείας (“baseline”) (Ερώτημα Α2). Ενώ από τις διαγνωστικές συνεντεύξεις με τα παιδιά και τους γονείς δεν προέκυψαν σημαντικές συσχετίσεις, οι δάσκαλοι των παιδιών αξιολόγησαν τα παιδιά των μητέρων υψηλού ΕΣ ως πιο αποσυρμένα κοινωνικά και πιο εσωστρεφή. Η διάσταση αυτή αποτυπώθηκε στη συνέχεια στο Ερώτημα Γ1 (baseline - end of therapy), όπου στην υποομάδα μεταβολής του μητρικού ΕΣ από υψηλό σε χαμηλό βρέθηκε σημαντική πτώση της βαθμολογίας αυτό-αξιολόγησης του παιδιού στην υποκλίμακα “School Phobia” του SCARED.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 7.1. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΧΟΛΙΑ

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης, δηλαδή η μελέτη του μητρικού ΕΣ και η συσχέτισή του με την πορεία της θεραπείας των παιδιών και νεαρών εφήβων του δείγματος, διερευνήθηκε μέσω των επιμέρους ερωτημάτων, εξετάζοντας μεταβλητές από ένα ευρύ ερευνητικό πεδίο πάνω στο θέμα αυτό.

Είναι αλήθεια, ότι το Εκφραζόμενο Συναίσθημα έχει κερδίσει ένα σημαντικό μερίδιο στην κλινική έρευνα, ιδιαίτερα σε σχέση με την υποτροπή της ψυχικής νόσου, αλλά λίγα σχετικά είναι γνωστά γύρω από τους παράγοντες που το καθορίζουν (Hooley & Hiller, 2000). Αναπαριστά άραγε ένα μακρόχρονο pattern οικογενειακών αλληλεπιδράσεων ή απλά μια απάντηση σε μια στρεσογόνο κατάσταση εξαιτίας της νόσου ή και του φόρτου της φροντίδας του ασθενούς; Ή μήπως αναπαριστά μια κατάσταση εμπεδωμένη σε κάποιο χαρακτηριστικό γνώρισμα, διαταραχή προσωπικότητας, ή ψυχική διαταραχή; Κάποιες διαστάσεις του θα εξηγούνται ενδεχομένως από χαρακτηριστικά των ίδιων των ασθενών. Για παράδειγμα, η βιβλιογραφία εμπεριέχει αναφορές συσχετισμών ανάμεσα σε υψηλό ΕΣ και μεταβλητές του ασθενούς όπως, η μακρύτερη διάρκεια της νόσου (MacMillan et al. 1986, Stirling et al. 1991), η φτωχότερη κοινωνική λειτουργικότητα (Barrowclough & Tarrier, 1990), και η μεγαλύτερη βαρύτητα των συμπτωμάτων (Glynn et al., 1990). Ωστόσο, πολλοί συσχετισμοί με χαρακτηριστικά των ασθενών μοιάζει να αποτελούν μάλλον μεμονωμένα ευρήματα, παρά σαφή αποτελέσματα με ικανοποιητική επαναληπτικότητα στην έρευνα (Hooley et al., 1995). Το ίδιο ισχύει και όσον αφορά στην άλλη καθοριστική παράμετρο που έχει μελετηθεί, τα χαρακτηριστικά των ίδιων των συγγενών και πλευρές της οικογενειακής λειτουργίας. Ορισμένοι μελετητές υπέθεσαν ότι τα υψηλά επίπεδα ΕΣ μπορεί να αντανάκλουν υποκείμενη ψυχοπαθολογία των συγγενών (Baker et al. 2000, Goldstein et al. 1992), ενώ άλλοι, όπως οι Schreiber et al. (1995) παρουσίασαν ενδείξεις που συνηγορούν υπέρ της άποψης, ότι το ΕΣ αντανάκλα κάποια σταθερά χαρακτηριστικά των συγγενών. Άλλοι συγγραφείς συνέδεσαν το υψηλό ΕΣ με κάποιες χαρακτηριστικές διαταραχές στην επικοινωνία και στην αλληλεπίδραση (Docherty 1995, Miklowitz 2004, Miklowitz et al. 1986), με λιγότερη συζυγική ικανοποίηση (Marks et al., 1996), με περισσότερα αρνητικά γεγονότα ζωής (Leff & Vaughn, 1980), με μεγαλύτερη οικογενειακή σύγκρουση (Schnur et al. 1986), ή και με φτωχότερη συνολικά οικογενειακή λειτουργία (Wamboldt et al., 2000).

Επιπλέον, όπως επισημαίνουν και οι Asarnow et al. (2001), οι μεθοδολογικές διαφορές ανάμεσα στις ερευνητικές μελέτες περιορίζουν τη δυνατότητα για συγκρίσεις και γενικεύσεις μεταξύ των αποτελεσμάτων τους. Ειδικότερα, λίγες μόνο μελέτες διαφοροποιούν τις αναλύσεις τους ως προς τις μεταβλητές του ΕΣ που αφορούν στη μητέρα, στον πατέρα ή στην οικογένεια (Hibbs et al., 1991). Επίσης έχουν χρησιμοποιηθεί αρκετά διαφορετικές μέθοδοι εκτίμησης του ΕΣ, συμπεριλαμβανομένης της CFI (Vostanis et al. 1994, Vostanis & Nicholls 1995), άλλης ημι-δομημένης συνέντευξης (Schwartz et al., 1990), και του 5MSS (Asarnow et al. 1994, 2001, Hibbs et al. 1991, Hirshfeld et al. 1997, Kershner et al. 1996, McCleary & Sanford 2002, Stubbe et al. 1993). Στον προσδιορισμό πάλι του υψηλού



ΕΣ έχουν χρησιμοποιηθεί διαφορετικές εκτιμήσεις. Κάποιες μελέτες συμπεριέλαβαν στην ομάδα υψηλού ΕΣ τους γονείς που βαθμολογήθηκαν ως “borderline” στην κριτική ή στην ΣΥΕ (Hirshfeld et al. 1997, Kershner et al. 1996, Stubbe et al. 1993) ενώ άλλες μελέτες χρησιμοποίησαν πιο αυστηρά παραδοσιακά κριτήρια για το υψηλό 5MSS-ΕΣ (Asarnow et al. 1994, Hibbs et al. 1991, Marshall et al. 1990). Τέλος, συναντώνται συχνά μελέτες που απέτυχαν να εξετάσουν ή να αναφερθούν πλήρως στα επίπεδα συννοσηρότητας μέσα στα δείγματά τους (Hibbs et al. 1991, 1993, Marshall et al. 1990, Stubbe et al. 1993).

## **7.2. ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ του ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΕΣ του δείγματος στα πλαίσια του σχετικού ερευνητικού πεδίου**

Επιστρέφοντας στην παρούσα μελέτη, πριν υπεισέλθουμε στα επιμέρους ερωτήματα αξίζει να σχολιάσουμε το επίπεδο του μητρικού ΕΣ που βρέθηκε στην προκαταρκτική φάση της έρευνας, πριν δηλαδή από την έναρξη οποιασδήποτε θεραπευτικής παρέμβασης, στο βαθμό, βέβαια, που το κυρίως σώμα της ερευνητικής εργασίας τόσο με παιδιά όσο και με ενήλικους, αφορά ακριβώς στην συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχική διαταραχή και στο ΕΣ των γονέων ή των στενών συγγενών του ασθενούς.

Στην προκαταρκτική φάση (baseline) της έρευνας, όταν όλα τα παιδιά που συμμετείχαν είχαν διαγνωστεί βάσει του K-SADS-PL με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή ή/και Δυσθυμική Διαταραχή, οι μητέρες υψηλού ΕΣ αντιπροσώπευαν το 45,5% του δείγματος (50% ΕΣ-critical) (Πίνακας 4). Μολονότι δεν χρησιμοποιήθηκε δείγμα ελέγχου για συγκριτική αξιολόγηση του αποτελέσματος, το ποσοστό των μητέρων υψηλού ΕΣ που προέκυψε βρίσκεται στο φάσμα των αποτελεσμάτων άλλων σχετικών ερευνών, οι οποίες το συσχετίζουν με την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής στα παιδιά (Baker et al. 2000, Bolton et al. 2003, Caspi et al. 2004, Hibbs et al. 1991, Hirshfeld et al. 1997, Jacobsen et al. 2000, McCleary & Sanford 2002, Peris & Baker 2000, Schwartz et al. 1990, Stubbe et al. 1993, Vostanis et al. 1994), και ειδικότερα με καταθλιπτική διαταραχή (Asarnow et al. 1993, 1994, 2001, Silk et al. 2009, Schwartz et al. 1990, Hirshfeld et al. 1997, Stubbe et al. 1993, Tompson et al. 2010).

Βεβαίως, έχει παρατηρηθεί σημαντική διακύμανση των επιπέδων του 5MSS-ΕΣ ανάμεσα στα ερευνητικά δείγματα. Σε μελέτες συγκρίσιμες με την παρούσα έρευνα, που δηλαδή εστιάζουν σε δείγματα καταθλιπτικών παιδιών, συναντάμε αντίστοιχες με τις δικές μας μετρήσεις του μητρικού ΕΣ. Οι Asarnow et al. (1994), για παράδειγμα, χορήγησαν το 5MSS στις μητέρες 35 νοσηλευομένων παιδιών (Μη: 11 ετών) με κατάθλιψη (16 με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, 6 με δυσθυμική διαταραχή, 13 με διπλή κατάθλιψη) και στις μητέρες 21 παιδιών φυσιολογικού δείγματος ελέγχου. Στο κλινικό τους δείγμα το 43% των μητέρων βρέθηκε υψηλού ΕΣ - ποσοστό αντίστοιχο με το δικό μας (45,5%) - έναντι του 19% που βρέθηκε στο φυσιολογικό δείγμα. Η συσχέτιση αυτή βρέθηκε στατιστικά σημαντική μετά και από την προσαρμογή των άλλων εξεταζομένων συμμεταβλητών. Σε επόμενη μελέτη τους, οι Asarnow et al. (2001), εξετάζοντας ένα μεγάλο κοινοτικό δείγμα (N:83) μη-νοσηλευομένων παιδιών (Μη:12,6 ετών), με καταθλιπτικές διαταραχές (μείζονα κατάθλιψη, δυσθυμική διαταραχή, και διπλή κατάθλιψη) και ένα κοινοτικό δείγμα ελέγχου (N:73, Μη:11,9) βρήκαν σχετικά παρόμοια αποτελέσματα, με σημαντικά

περισσότερες πιθανότητες υψηλού μητρικού 5MSS-EΣ στην ομάδα των καταθλιπτικών παιδιών σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (59,15% και 38,6% αντιστοίχως). Οι McCleary & Sanford (2002) σε κλινικό δείγμα εφήβων με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή βρήκαν υψηλό γονεϊκό ΕΣ σε ποσοστό 40,1%, εκ των οποίων η πλειονότητα (82%) ήταν μητέρες. Τα επίπεδα του γονεϊκού ΕΣ ήταν ανεξάρτητα από την παρουσία, τον αριθμό, ή την απουσία συννοσηρών διαταραχών στο δείγμα των εφήβων. Οι Hibbs et al. (1991), ωστόσο, σε δείγμα παιδιών με Διαταραχή Διασπαστικής Συμπεριφοράς και σε δείγμα με ΙΨΔ βρήκαν αυξημένα ποσοστά υψηλού μητρικού 5MSS-EΣ (81% για και 73% αντιστοίχως) σε σύγκριση με το δείγμα ελέγχου (22%), αλλά και σε σύγκριση με τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών (Asarnow et al. 1994, 2001, McCleary & Sanford 2002). Στη μελέτη, όμως, των Hibbs et al. (1991), δεν αναφέρονται τα ποσοστά συννοσηρότητας με κατάθλιψη που συναντώνται στα δείγματα των παιδιών. Δεδομένου μάλιστα του υψηλού βαθμού συννοσηρότητας με κατάθλιψη που παρατηρείται σε αυτές τις διαταραχές (Newcorn & Halperin 1994, Valleni-Basile et al. 1994), είναι πιθανό η παρουσία συννοσηρής καταθλιπτικής διαταραχής να ευθύνεται για τα ευρήματα αυτά. Είναι επίσης πιθανό η ΙΨΔ και κάποιες μορφές Διασπαστικής Συμπεριφοράς να συσχετίζονται με άνοδο των μεταβλητών του ΕΣ (Asarnow et al. 2001). Οι Silk et al. (2009) με μια υποομάδα του δείγματός τους (N:29, Μη: 8-19 ετών) με ΜΚΔ βρήκαν το 76% των μητέρων με οριακό ή υψηλό 5MSS-EΣ-κριτ., όμως στο κλινικό τους δείγμα υπήρχε συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές του συναισθήματος και της συμπεριφοράς, στοιχείο που υπεισέρχεται ενδεχομένως στις αυξημένες πιθανότητες υψηλού ΕΣ (Asarnow et al. 1994, 2001, Hirshfeld et al. 1997).

Το ποσοστό υψηλού γονεϊκού ΕΣ μειώνεται σε μεικτά (κλινικά/κοινοτικά) δείγματα παιδιών (Asarnow et al. 1994, Hibbs et al. 1991, Schwartz et al. 1990, Stubbe et al. 1993, Tompson et al. 2010), και βρίσκεται πολύ χαμηλό σε κοινοτικά δείγματα φυσιολογικών παιδιών (Laghezza et al., 2011). Οι Schwartz et al. (1990), για παράδειγμα, βρήκαν αντίστοιχα 34% των μητέρων υψηλού CFI-EΣ-κριτ., με το 24% των παιδιών του δείγματος να παρουσιάζουν μια μείζονα ψυχική διαταραχή. Η ψυχική διαταραχή στα παιδιά αντιπροσώπευε μια ομάδα διαγνώσεων (καταθλιπτική διαταραχή, διαταραχή διαγωγής και κατάχρηση ουσιών) με προεξάρχουσες την ΜΚΔ και την δυσθυμία. Οι Tompson et al. (2010) βρήκαν 25% υψηλό ΕΣ σε κοινοτικό δείγμα μητέρων υψηλού κινδύνου για κατάθλιψη, με το 13% των παιδιών να έχουν κάποια διάγνωση στο φάσμα της καταθλιπτικής διαταραχής. Τα ποσοστά υψηλού μητρικού ΕΣ βρίσκονται ακόμη χαμηλότερα στα φυσιολογικά δείγματα ελέγχου των Asarnow et al. (1994) και των Stubbe et al. (1993), 19% και 21,5% αντίστοιχα. Υψηλά επίπεδα γονεϊκού ΕΣ (41,5%) βρέθηκαν στις οικογένειες του φυσιολογικού δείγματος των Hibbs et al (1991), αλλά αυτό μπορεί να σχετίζεται με το σχετικά υψηλό ποσοστό (29%) ψυχιατρικής διαταραχής ανάμεσα σε αυτούς τους γονείς.

Στην ερμηνεία των επιπέδων του ΕΣ, θα πρέπει μεταξύ των άλλων παραγόντων (συννοσηρότητα, ψυχική κατάσταση γονέων κλπ) να συνεκτιμηθεί η ηλικία του δειγματοζόμενου πληθυσμού. Μολονότι το σύστημα κωδικοποίησης του 5MSS-EΣ έχει σχεδιαστεί ώστε να λαμβάνει υπόψη τη γονεϊκή συμπεριφορά σε σχέση με την ηλικία του παιδιού, μπορούμε να υποθέσουμε πως στους γονείς των μικρότερων παιδιών θα υπάρχει μεγαλύτερη τάση για υπερπροστασία και ΣΥΕ υποστηρίζουν οι Asarnow et al. (2001), οι οποίοι βρήκαν υψηλότερα επίπεδα

πατρικού ΕΣ-κριτ. στους μεγαλύτερους εφήβους απ' ό,τι στα μικρότερα παιδιά της καταθλιπτικής ομάδας, αλλά και ολοκλήρου του δείγματος. Η σημασία των αναπτυξιακών παραγόντων αναδεικνύεται και σε προηγούμενη μελέτη τους (Asarnow et al., 1994), όπου οι γονείς των παιδιών με διαταραχές του σχιζοφρενικού φάσματος είχαν σχετικά χαμηλά επίπεδα 5MSS-ΕΣ, σε αντίθεση με τους γονείς ενηλίκων σχιζοφρενών, οι οποίοι τείνουν σε υψηλές μετρήσεις του 5MSS-ΕΣ.

Τα ερωτήματα που τίθενται στην παρούσα μελέτη συναντούν το πεδίο των ερευνητικών αναζητήσεων του ΕΣ στο φάσμα της παιδικής και πρώτης εφηβικής ηλικίας, σε ένα κλινικό δείγμα καταθλιπτικών παιδιών και επιχειρούν συσχετίσεις με παράγοντες που αφορούν στη μητέρα, στο παιδί και στην πορεία της θεραπείας του.

### **7.3. Τα ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ της παρούσας έρευνας ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΑ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ**

**ΕΡΩΤΗΜΑ Α:** Εάν το εκφραζόμενο συναίσθημα (ΕΣ) της μητέρας συσχετίζεται με τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας ή της κοινωνικής προσαρμογής του παιδιού

A1) Ως προς την **κλινική εικόνα των παιδιών**, αυτό που βρέθηκε να συσχετίζεται με το μητρικό ΕΣ είναι το πώς οι ίδιες οι μητέρες αξιολογούν την κατάθλιψη του παιδιού τους (MFQ-parent). Οι μητέρες υψηλού ΕΣ βρέθηκε να βαθμολογούν με περισσότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία τα παιδιά τους έναντι των μητέρων χαμηλού ΕΣ, ενώ τα ίδια τα παιδιά δε διαφοροποιούνται κατά την αυτό-αξιολόγησή τους ως προς την κατάθλιψη (CDI και MFQ-child, Battle Self Esteem), και τις συννοσηρές αγχώδεις διαταραχές (SCARED) σε σχέση με το μητρικό ΕΣ. Παράλληλα, στην υποομάδα μητέρων χαμηλού ΕΣ υπήρξε συμφωνία των εκτιμήσεων μεταξύ μητέρας-παιδιού (MFQparent-MFQchild) (“parent-child agreement”).

Στην ερευνητική βιβλιογραφία υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα συσχέτισης του ΕΣ με τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας της κατάθλιψης του παιδιού. Σε μια συναφή με την παρούσα ερευνητική μελέτη, οι McCleary & Sanford (2002) εκτίμησαν τη σοβαρότητα της κατάθλιψης σε ένα κλινικό δείγμα 57 εφήβων (13-18 ετών, Μη:15,1), με γνώμονα τον αριθμό των συμπτωμάτων Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής κατά DSM-III-R, τα οποία διαγνώστηκαν με την Revised Diagnostic Interview for Children (DISC-R) (Piacentini et al. 1993, Schwaab-Stone et al. 1993, Shaffer et al. 1993). Στα αποτελέσματά τους βρήκαν συσχέτιση ανάμεσα στο γονεϊκό 5MSS-ΕΣ (σε ποσοστό 82% μητέρες) και στον αριθμό των συμπτωμάτων ΜΚΔ, με περισσότερα συμπτώματα στους εφήβους με υψηλό γονεϊκό ΕΣ απ' ό,τι στους εφήβους χαμηλού γονεϊκού ΕΣ. Ο μέσος αριθμός συμπτωμάτων ΜΚΔ ήταν ανεξάρτητος της παρουσίας συννοσηρών διαταραχών. Η σύγκριση των αποτελεσμάτων τους με την παρούσα μελέτη προσκρούει σε μεθοδολογικές διαφορές: 1) εκτιμήθηκαν διαφορετικά κλινικά δείγματα (ΜΚΔ έναντι ΜΚΔ ή/και ΔΔ) 2) χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικά ερευνητικά εργαλεία από διαφορετικούς αξιολογητές. Έτσι, τα αποτελέσματα με βάση την διαγνωστική συνέντευξη DISC-R της μελέτης των McCleary & Sanford (2002) συμφωνούν με τα αποτελέσματα βάσει της MFQ-parent της παρούσας μελέτης, αλλά όχι βάσει των ερωτηματολογίων αυτό-αξιολόγησης της κατάθλιψης των παιδιών (MFQ-child), 3) το ηλικιακό εύρος των

δειγμάτων ήταν διαφορετικό. Η μελέτη των McCleary & Sanford (2002) έγινε σε δείγμα μεγαλύτερων εφήβων, οι οποίοι είναι πιο ευαίσθητοι στην κριτική των γονέων τους και αντιδρούν ενδεχομένως με περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα στο υψηλό γονεϊκό ΕΣ, απ' ό,τι μικρότερης ηλικίας παιδιά και έφηβοι. Επιπλέον, οι μεγαλύτεροι έφηβοι, όσο πλησιάζουν την ενηλικίωση, παρουσιάζουν πιο τυπική καταθλιπτική συμπτωματολογία, και είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να αναφέρουν με μεγαλύτερη αξιοπιστία τα συναισθήματα και τα συμπτώματά τους. Η άποψη αυτή αποτυπώνεται στη μελέτη των Renouf & Kovacs (1994), οι οποίοι διαπίστωσαν μεγαλύτερη συμφωνία στις αξιολογήσεις μητέρας-παιδιού και κλινικού-παιδιού όσον αφορά στην κατάθλιψη του παιδιού προϊούσης της ηλικίας του. Στα μικρότερα παιδιά πάλι, οι κλινικές εκδηλώσεις της κατάθλιψης αντανακλούν την αναπτυξιακή τους ανωριμότητα, και τείνουν να παίρνουν τη μορφή άγχους αποχωρισμού, φοβιών, σωματικών ενοχλημάτων, και προβλημάτων συμπεριφοράς (Carlson & Kashani 1988b, Kolvin et al. 1991, Mitchell et al. 1998, Ryan et al. 1987), και να αναγνωρίζονται λιγότερο από τους γονείς και από τα παιδιά ως καταθλιπτικά συμπτώματα. Σε μια πολύ διαφορετική ως προς το σκοπό μελέτη με ενήλικες καταθλιπτικούς, οι Florin et al. (1992) εξέτασαν το 5MSS-ΕΣ τόσο των ίδιων των ασθενών όσο και των συζύγων τους, και διαπίστωσαν ότι το υψηλό ΕΣ στο ζευγάρι αντιστοιχούσε σε σημαντικά υψηλή BDI βαθμολογία του ασθενούς. Σε άλλες νοσολογικές οντότητες (Διαταραχή Διασπαστικής Συμπεριφοράς και Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή), οι Hibbs et al. (1991) δε βρήκαν συσχέτιση ανάμεσα στη σοβαρότητα της ψυχικής νόσου του παιδιού και στο γονεϊκό 5MSS-ΕΣ.

Είναι ενδιαφέρον, ότι παρόμοια με τα δικά μας ευρήματα διατυπώνονται στη μελέτη των Bentsen et al. (1998) με σχιζοφρενικούς ενηλίκους πριν την εισαγωγή τους για νοσηλεία, όπου οι υψηλού ΕΣ συγγενείς (91,5% γονείς) αναφέρουν σημαντικά πιο διαταραγμένη συμπεριφορά των ασθενών τους, ιδιαίτερα ως προς άγχος και κατάθλιψη, σε αντίθεση με τις διαγνωστικές αξιολογήσεις των ασθενών από τους ίδιους τους ερευνητές.

A2) Ως προς την **κοινωνική προσαρμογή των παιδιών**, αποτιμώντας συνολικά τα αποτελέσματα μπορούμε να κάνουμε τις εξής παρατηρήσεις: οι σχετικές αξιολογήσεις έγιναν με διαφορετικά εργαλεία, από διαφορετικές πηγές και διαφορετικούς χώρους της καθημερινής ζωής των παιδιών. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι, ενώ οι μετρήσεις από τις συνεντεύξεις με τα μέλη της οικογένειας (C-GAS με γονείς και παιδί χωριστά, και SAS με παιδί) δε διαφοροποιούν τα παιδιά ως προς τη λειτουργικότητά τους, οι εκτιμήσεις των δασκάλων (CBCL-TRF), βλέπουν τα παιδιά των μητέρων υψηλού ΕΣ πιο αποσυρμένα και εσωστρεφή στο χώρο του σχολείου, με σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στην υποκλίμακα "Social Withdrawal" και στην γενικότερη κλίμακα "Internalizing Behavior".

Υπάρχει βεβαίως τελευταία ένας επιστημονικός διάλογος πάνω την ερμηνεία των πολλαπλών αναφορών συμπεριφοράς του παιδιού από διαφορετικές πηγές (De Los Reyes & Kazdin 2005, Hay et al. 1999, Offord et al. 1996), και στην ασυμφωνία που υπάρχει μεταξύ τους (Achenbach et al. 1987), αλλά αφορούν ως επί το πλείστον σε πατέρα/μητέρα, ή σε γονέα/παιδί, και κατάθλιψη. Γενικώς, οι πληροφορίες σε σχέση με τη συναισθηματική και συμπεριφορική λειτουργία των παιδιών που προέρχονται από πολλαπλούς πληροφοριοδότες παρουσιάζουν χαμηλές έως μέτριες

συσχετίσεις μεταξύ τους (Achenbach et al. 1987, Comer & Kendall 2004, De Los Reyes & Kazdin 2005, Klein 1991, Verhulst & van der Ende 1992), με ιδιαίτερα χαμηλή αντιστοιχία για «εσωτερικεύουσες» (“internalizing”) διαταραχές (Kolko & Kazdin 1993, Stanger & Lewis 1993 Verhulst & van der Ende 1991).

Στο ερευνητικό πεδίο γενικά, η έρευνα του ΕΣ με ενηλίκους ασθενείς έχει επικριθεί για σχεδόν παράβλεψη της κοινωνικής λειτουργικότητας του ασθενούς (Hatfield et al., 1987). Όσον αφορά πάλι στα παιδιά και τους εφήβους οι σχετικές μελέτες είναι ελάχιστες. Από αυτές, οι πιο συναφείς με τη δική μας είναι των Asarnow et al. (2001) και των McCleary & Sanford (2002). Οι Asarnow et al. (2001) εκτίμησαν το επίπεδο λειτουργικότητας των παιδιών του δείγματός τους με την DSM-IV-Global Assessment of Functioning (GAF) Scale (American Psychiatric Association, 1994). Στην υποομάδα των παιδιών που προσομοιάζει με το δικό μας δείγμα (Μη:12,6 ετών, με μείζονα κατάθλιψη, δυσθυμική διαταραχή, και διπλή κατάθλιψη) οι χαμηλές GAF μετρήσεις βρέθηκε να συσχετίζονται με υψηλό μητρικό ΕΣ ( $p<0,007$ ). Οι McCleary & Sanford (2002) εξέτασαν την κοινωνική λειτουργικότητα της ομάδας των εφήβων με ΜΚΔ με μια τροποποιημένη εκδοχή του Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents (SAICA) (John et al., 1987), το οποίο συμπλήρωσαν και οι δύο, ο έφηβος και ο γονιός. Από την άποψη του εφήβου, η σφαιρική κοινωνική του λειτουργικότητα ήταν σημαντικά χαμηλότερη στην ομάδα υψηλού γονεϊκού (82% μητρικού) ΕΣ ( $p=0,01$ ), ενώ η συσχέτιση γινόταν ακόμη πιο ισχυρή όταν εκτιμάτο από την άποψη του γονιού ( $p<0,001$ ), ευρήματα που δεν επιβεβαιώθηκαν στη δική μας μελέτη. Βεβαίως, η χαμηλότερη λειτουργικότητα μπορεί να είναι συνέπεια των περισσότερων καταθλιπτικών συμπτωμάτων που βρέθηκαν στους εφήβους υψηλού μητρικού ΕΣ των McCleary & Sanford (2002) ή των υψηλότερων απαιτήσεων που τίθενται από την ίδια την αναπτυξιακή φάση των εφήβων σε όλα τα επίπεδα (ενδοψυχικό, οικογενειακό, κοινωνικό, σχολικό). Άλλες μελέτες που συναντώνται στη σχετική βιβλιογραφία διαφέρουν ως προς τους ερευνητικούς άξονες και τη μεθοδολογία τους. Οι Hibbs et al. (1991), για παράδειγμα, σε δείγματα νεαρών εφήβων διαφορετικής ψυχοπαθολογίας (Διαταραχή Διασπαστικής Συμπεριφοράς και ΨΔ) δε βρήκαν συσχέτιση ανάμεσα στο γονεϊκό ΕΣ και στις μετρήσεις C-GAS του παιδιού. Οι Nelson et al (2003) εξέτασαν τον ρόλο του ΕΣ ως προγνωστικού δείκτη της διαταραχής της λειτουργικότητας σε ένα δείγμα 800 εφήβων, των οποίων οι μητέρες είχαν ποικίλο καταθλιπτικό ιστορικό ή δεν ήταν καταθλιπτικές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μητρικό ΕΣ-κριτ ως προγνωστικός δείκτης συσχετιζόταν με διαταραχή της λειτουργικότητας του εφήβου.

Όσον αφορά στις αξιολογήσεις των δασκάλων (CBCL-TRF) των παιδιών του δείγματός μας, μπορούμε να συγκρίνουμε τα αποτελέσματά μας με αντίστοιχες έρευνες στον άξονα των αγχώδων διαταραχών και της αναστολής της συμπεριφοράς. Οι Hirshfeld et al. (1997) επεσήμαναν μια αλληλεπίδραση ανάμεσα στα χαρακτηριστικά των μητέρων και της διάγνωσης των παιδιών (ηλικίας 4-10 ετών) σε συσχετισμό με το μητρικό ΕΣ. Πιο συγκεκριμένα, στις μητέρες με κάποια αγχώδη διαταραχή, το ΕΣ-κριτ. βρέθηκε να συσχετίζεται με αναστολή συμπεριφοράς του παιδιού («τάση για φυσιολογική εγρήγορση και περιορισμό της συμπεριφοράς σε μη-οικείες καταστάσεις»), ενώ αυτό δεν συνέβαινε με τις μητέρες χωρίς αγχώδη διαταραχή. Οι Garcia-Lopez et al. (2009) σε ένα δείγμα εφήβων με κοινωνικό άγχος υπό θεραπεία διαπίστωσαν στατιστικά σημαντική ύφεση της συμπτωματολογίας

στους εφήβους χαμηλού γονεϊκού ΕΣ έναντι των εφήβων υψηλού γονεϊκού ΕΣ. Οι Stubbe et al. (1993), σε ένα μεγάλο κοινοτικό δείγμα προεφήβων συσχέτισαν το υψηλό μητρικό ΕΣ με μια ποικιλία διαγνώσεων στα παιδιά, μεταξύ των οποίων και με αγχώδεις διαταραχές. Εξειδίκευσαν όμως τα ευρήματά τους σε σχέση με την διάσταση της ΣΥΕ του ΕΣ. Τα παιδιά των μητέρων υψηλού ΕΣ-ΣΥΕ ήταν πιθανότερο να έχουν αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές, ιδιαίτερα άγχος αποχωρισμού και υπεραγχώδη διαταραχή. Οι Vostanis et al. (1994) επισημαίνουν όμως, ότι τα κριτήρια βαθμολόγησης της ΣΥΕ τα οποία ανεπτύχθησαν για τους συγγενείς ενηλίκων ασθενών (Vaughn & Leff 1976b) θα πρέπει ίσως να τροποποιηθούν και να δοκιμαστούν για ομάδες νεαρότερης ηλικίας, στον βαθμό που οι μητέρες των παιδιών και των εφήβων εκφράζουν 'φυσιολογικά' μεγαλύτερο νοιάξιμο και εμπλοκή στο μέγαλωμα των παιδιών τους.

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας δεν είναι ευθέως συγκρίσιμα με τις παραπάνω ερευνητικές εργασίες εξαιτίας μεθοδολογικών διαφορών, όπως π.χ. από το γεγονός ότι οι αξιολογήσεις των μεταβλητών έγιναν από διαφορετικές πηγές, με διαφορετικά εργαλεία, και για διαφορετικά πλαίσια ζωής των παιδιών. Επιπλέον, δε διερευνήσαμε στο δείγμα μας την ύπαρξη αγχωδών διαταραχών στις ίδιες τις μητέρες σε σχέση με το ΕΣ τους, ούτε εξειδικεύσαμε τα ευρήματά μας ως προς τις δύο διαστάσεις του ΕΣ.

**ΕΡΩΤΗΜΑ Β:** Εάν το εκφραζόμενο συναίσθημα (ΕΣ) της μητέρας συσχετίζεται με 1) κλινικούς-ψυχιατρικούς παράγοντες ή/και 2) κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες που αφορούν τη μητέρα

B1) Στα αποτελέσματα της μελέτης μας δε βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στο μητρικό ΕΣ και την **τρέχουσα καταθλιπτική συμπτωματολογία της μητέρας**, η οποία εξετάστηκε με τα ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς BDI και Battle Self Esteem. Στην επιλογή του δείγματος είχαν αποκλειστεί γονείς με ψύχωση και γονείς με σοβαρή διαταραχή προσωπικότητας. Άλλοι κλινικοί-ψυχιατρικοί παράγοντες για τη μητέρα, όπως π.χ. του φάσματος των αγχωδών διαταραχών, δε διερευνήθηκαν. Αξίζει, ωστόσο, να επισημάνουμε, ότι στη διερεύνηση των κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων των μητέρων με το Demography Interview (Kolvin et al., 1991) (υπο-ερώτημα B2), ούτε με το ψυχιατρικό ιστορικό των μητέρων (κατάθλιψη, επιλόχειος κατάθλιψη, διαταραχή πανικού) δε βρέθηκε συσχέτιση του μητρικού ΕΣ.

Δεν μας εκπλήσσει βέβαια η αναζήτηση καταθλιπτικής σημειολογίας στους γονείς των καταθλιπτικών παιδιών. Πληθώρα ερευνών έχει μελετήσει την αυξημένη επίπτωση της κατάθλιψης μέσα στις οικογένειες, προτείνοντας μοντέλα που συγκλίνουν σε μια πολυπαραγοντική θεώρηση της αιτιολογίας της εμφάνισης κατάθλιψης στα παιδιά (βλέπε σχετικά: Γενικό Μέρος, υποκεφ. 1.3.). Από προηγούμενες ερευνητικές εργασίες, για παράδειγμα, γνωρίζουμε ότι παιδιά γονέων με συναισθηματική νόσο έχουν σημαντικά μεγαλύτερες πιθανότητες για κατάθλιψη και ψυχοπαθολογία συγκριτικά με παιδιά γονέων με μη-συναισθηματική ψυχιατρική διαταραχή (Beardslee et al. 1983, 1988, 1993, Goodman & Gotlib 1999) ή με παιδιά μη-νοσούντων ψυχικά γονέων (Beardslee et al. 1983, 1985a, 1988, Downey & Coyne 1990, Dumas & Serketich 1994, Forehand et al. 1987, Schwartz et al. 1990, Weissman et al. 1984), και αντιστρόφως (Hibbs et al. 1991, Kutcher & Marton 1991,

Livingston et al. 1985, Mitchell et al. 1989, Puig-Antich et al. 1989b, Strober 1984, Todd et al. 1993, Williamson et al. 1995c). Δεδομένου επιπλέον ότι η κατάθλιψη συχνά συνδέεται με αρνητικές αντιλήψεις και πεποιθήσεις (Alloy et al., 2006) ή αρνητικά γνωστικά σχήματα για τον εαυτό, τον κόσμο, και το μέλλον (Beck, 1987), και αρνητικές διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις (Tompson et al., 2008), φαίνεται πιθανό η μητρική κατάθλιψη να αυξάνει τον κίνδυνο για υψηλό ΕΣ (Tompson et al., 2010).

Πράγματι, οι περισσότερες σχετικές μελέτες, παρά τις μεθοδολογικές διαφορές που έχουν μεταξύ τους, καταλήγουν στο συμπέρασμα πως η γονεϊκή συναισθηματική διαταραχή και ιδιαίτερα η μητρική κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ζωής συσχετίζονται σημαντικά με υψηλό μητρικό ΕΣ και κυρίως με υψηλό ΕΣ-crit (Bolton et al. 2003, Hibbs et al. 1991, Schwartz et al. 1990, Tompson et al. 2010). Οι Schwartz et al. (1990), για παράδειγμα, σε μικτό δείγμα γονέων (κλινικό και κοινοτικό) εξέτασαν το μητρικό CFI-ΕΣ-κριτ και τη γονεϊκή συναισθηματική διαταραχή ως παράγοντες κινδύνου για ψυχική διαταραχή στο παιδί. Στην στατιστική επεξεργασία των δεδομένων τους, συσχετίζοντας τις μεταβλητές ανά ζεύγη βρήκαν υψηλή συσχέτιση ανάμεσα σε μητρικό ΕΣ-crit και γονεϊκή ψυχική νόσο ( $p=0.0001$ ). Η γονεϊκή ψυχοπαθολογία αφορούσε ως επί το πλείστον συναισθηματική νόσο (63% των γονέων) ευρέως κυμαινόμενης βαρύτητας και λιγότερο μη-συναισθηματική ψυχική διαταραχή (8% των γονέων).

Στα ίδια συμπεράσματα με τους Schwartz et al. (1990) κατέληξαν οι Tompson et al. (2010) εκπονώντας μια ανάλογη μεθοδολογικά ερευνητική μελέτη. Σε κοινοτικό δείγμα 171 μητέρων με τα παιδιά τους μελέτησαν μεταξύ άλλων τη συσχέτιση μητρικής κατάθλιψης και μητρικού 5MSS-ΕΣ. Βρήκαν και αυτοί, πως το ιστορικό κατάθλιψης στη μητέρα έχει υψηλή συσχέτιση με το μητρικό ΕΣ ( $p<0,003$ ) και με το ΕΣ-κριτ ( $p=0,05$ ). Όμως, όπως και στη δικιά μας μελέτη, η παρούσα καταθλιπτική σημειολογία των μητέρων, η οποία μετρήθηκε επίσης με το BDI, δε βρέθηκε να συσχετίζεται με το μητρικό ΕΣ. Αντιθέτως, οι Bolton et al. (2003), σε δείγμα 53 μητέρων παιδιών με διαταραχή της διαγωγής βρήκαν πως οι υψηλού ΕΣ μητέρες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στο BDI απ' ότι οι μητέρες χαμηλού ΕΣ.

Οι Hibbs et al. (1991), επιχείρησαν να μελετήσουν προσδιοριστικούς παράγοντες του ΕΣ, εξετάζοντας το γονεϊκό 5MSS-ΕΣ σε τρεις ομάδες παιδιών: με διαταραχή διασπαστικής συμπεριφοράς (ΔΔΣ), με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ), και ομάδα ελέγχου φυσιολογικών παιδιών. Βρήκαν και αυτοί, πως για τις μητέρες και των τριών ομάδων μαζί, το υψηλό ΕΣ συσχετιζόταν σημαντικά με ψυχιατρική διάγνωση στη μητέρα κατά τη διάρκεια της ζωής της ( $p<0,0001$ ). Για τις δύο ομάδες των παιδιών (ΔΔΣ και ΙΨΔ), η ψυχιατρική διάγνωση στο γονεϊκό ζευγάρι (πατέρας ή/και μητέρα) συσχετιζόταν σημαντικά με υψηλό ΕΣ ( $p=0,03$ ). Στην ομάδα ελέγχου, η απουσία γονεϊκής ψυχιατρικής νόσου συσχετιζόταν με χαμηλό ΕΣ: για τους πατέρες ( $p=0,0006$ ) και για τις μητέρες ( $p=0,04$ ). Επιπλέον, τόσο η ψυχιατρική διάγνωση του παιδιού όσο και της μητέρας είχαν προγνωστική αξία αναφορικά με το ΕΣ της. Οι συγγραφείς καταλήγουν, πως αρκετές μεταβλητές βρέθηκε να συσχετίζονται με το γονεϊκό ΕΣ, με πιο συνεπή ανάμεσά τους, την γονεϊκή ψυχοπαθολογία. Εξετάζοντας όμως την κάθε γονεϊκή ομάδα χωριστά (πατέρες και μητέρες/ΔΔΣ,ΙΨΔ), δε μπόρεσαν να βρουν σημαντικούς συσχετισμούς ανάμεσα σε γονεϊκό ΕΣ και γονεϊκή ψυχοπαθολογία, όπως προέκυψε και στην παρούσα μελέτη.

Οι Hibbs et al. (1991), υπέθεσαν πως αυτό οφείλεται μάλλον στο μικρό αριθμό μη-νοσοούντων υποκειμένων στα αντίστοιχα τετραγωνίδια του στατιστικού πίνακα.

Είναι γεγονός, πως όταν το δείγμα περιορίζεται αριθμητικά, οι στατιστικές αδυναμίες δεν επιτρέπουν σημαντικούς συσχετισμούς ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές, και αυτό θα πρέπει να ληφθεί υπόψη στην αξιολόγηση των δικών μας αποτελεσμάτων και στην εξαγωγή συμπερασμάτων. Σε αντίστοιχο πάντως αποτέλεσμα με το δικό μας κατέληξαν οι McCleary & Sanford (2002). Εξετάζοντας το γονεϊκό ΕΣ σε ένα δείγμα 57 καταθλιπτικών εφήβων, βρέθηκε να είναι ανεξάρτητο από την κατάθλιψη του γονέα κατά τη διάρκεια της ζωής του. Για κάθε έφηβο αξιολογείτο ένας γονιός ως προς το ΕΣ, και από αυτούς το 82% ήσαν μητέρες.

**B2) Από τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες που εξετάστηκαν προέκυψε συσχέτιση του μητρικού ΕΣ με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας. Πιο συγκεκριμένα, το ΕΣ βρέθηκε σημαντικά υψηλότερο στις μητέρες χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου σε σύγκριση με τις μητέρες που είχαν ανώτερη, πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Τα αποτελέσματα στην κλίμακα “Life Events” δεν έδειξαν κάποια συσχέτιση μεταξύ ΕΣ και στρεσογόνων γεγονότων ζωής της μητέρας.**

Ως προς τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, υπάρχει μια μελέτη των Leff & Vaughn (1980) σε ομάδα ενηλίκων σχιζοφρενών και ενηλίκων καταθλιπτικών, η οποία όμως, πολύ διαφορετικά μεθοδολογικά από την παρούσα έρευνα, βρίσκει συσχέτιση ανάμεσα στα στρεσογόνα γεγονότα ζωής του ίδιου του ασθενούς τους τρεις τελευταίους μήνες, και του ΕΣ των συγγενών με τους οποίους ζει. Οι περισσότερες μελέτες δεν έχουν βρει συσχέτιση με το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας (Baker et al. 2000, Hibbs et al. 1991, Miklowitz et al. 1989, Silk et al. 2009), εκτός από τους Asarnow et al. (1994), οι οποίοι βρήκαν χαμηλότερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο ανάμεσα στους γονείς χαμηλού έναντι υψηλού ΕΣ. Στην πλειονότητα των μελετών επίσης, δε βρέθηκε συσχέτιση με άλλους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες των γονέων, είτε σε μελέτες παιδιών είτε σε ενηλίκων ψυχικά ασθενών (Bentsen et al. 1998, Parker & Johnson 1987). Το ίδιο ισχύει ειδικότερα και για τη μεταβλητή “εκπαιδευτικό επίπεδο”. Οι Bolton et al. (2003), για παράδειγμα, χρησιμοποιώντας το CFI-ΕΣ σε δείγμα 61 ατόμων πρωταρχικής φροντίδας (58 μητέρων, 2 θετών μητέρων, 1 αναδόχου γιαγιάς) παιδιών ηλικίας 4-11 ετών, τα οποία παραπέμφθηκαν σε παιδοψυχιατρική υπηρεσία, δε βρήκαν κάποιο συσχετισμό του ΕΣ με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος των μητέρων, ανάμεσα στα οποία ήταν και το εκπαιδευτικό επίπεδο. Το ίδιο και οι Carrra' et al. (2012) στους συγγενείς (79% γονείς) ενηλίκων σχιζοφρενών. Στο επιχείρημα μάλιστα, ότι στις περισσότερες μελέτες τα ερευνητικά δείγματα έχουν περιορισμένο εύρος κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, το οποίο περιορίζει τη δυνατότητά τους να ανιχνεύσουν συσχετισμούς, απαντά μια πρόσφατη διερεύνηση του ερωτήματος σε δείγμα ποικίλης εθνικότητας και κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου 276 μητέρων μικρών παιδιών, αυτή των Boger et al. (2008), καθώς ούτε αυτή καταλήγει σε κάποιο συσχετισμό ανάμεσα στο ΕΣ και το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας ή οικογενειακούς στρεσογόνους παράγοντες. Τα αποτελέσματά τους συμφωνούν με προηγούμενες μελέτες και επιβεβαιώνουν, λένε οι συγγραφείς, πως το ΕΣ δεν είναι απλά ένας μεσολαβητής για ευρύτερους δημογραφικούς κινδύνους.



Σε συμφωνία με το αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης, αλλά με διαφορετικό κλινικό δείγμα, βρίσκεται η έρευνα των Hooley & Hiller (2000). Οι συγγραφείς, μελετώντας συγγενείς σχιζοφρενικών ενηλίκων βρήκαν επίσης σημαντική συσχέτιση ανάμεσα σε υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης και σε χαμηλό ΕΣ των συγγενών. Το αποτέλεσμα αυτό προέκυψε έμμεσα, καθώς στο επίκεντρο της μελέτης τους ήταν δημογραφικά και χαρακτηρισιολογικά στοιχεία των συγγενών. Ανάμεσα σε αυτά η ευελιξία και η ανοχή (tolerance) εκ μέρους των συγγενών βρέθηκε να συσχετίζονται με χαμηλό ΕΣ, και με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

**ΕΡΩΤΗΜΑ Γ1:** Εάν η αλλαγή στην κλινική εικόνα του παιδιού κατά την πορεία της θεραπείας του συμβαδίζει με αλλαγή στο ΕΣ της μητέρας του: Μελετάται όλο το δείγμα.

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα του ερωτήματος (Γ1) προκύπτει ότι, η αλλαγή του μητρικού ΕΣ δε συμβαδίζει συνολικά με αλλαγή στην κλινική εικόνα του παιδιού, και εξαρτάται από την πηγή αξιολόγησης. Πιο συγκεκριμένα, η πτώση του επιπέδου του μητρικού ΕΣ (Hi-Lo) συμβαδίζει με στατιστικά σημαντική βελτίωση της κλινικής εικόνας του παιδιού από την προοπτική της μητέρας, χωρίς στατιστικά σημαντική βελτίωση από την άποψη του ίδιου του παιδιού. Στην υπο-ομάδα σταθερά χαμηλού μητρικού ΕΣ (Lo-Lo) βρίσκουμε στατιστικά σημαντική βελτίωση της κλινικής εικόνας του παιδιού από την άποψη και των δύο, της μητέρας και του παιδιού.

Πιο αναλυτικά, στην υποομάδα που το μητρικό ΕΣ πέφτει (Hi-Lo) ανάμεσα στις δύο μετρήσεις (baseline-end of therapy), ενώ από τις αυτό-αξιολογήσεις των παιδιών (MFQ-child, CDI, SCARED) δεν υπάρχει σημαντική βελτίωση της κλινικής τους κατάστασης στις αξιολογήσεις από την άποψη των μητέρων (MFQ-parent) προκύπτει σημαντική βελτίωση της κατάθλιψης των παιδιών. Δηλαδή, η μείωση των επιπέδων του ΕΣ (Hi-Lo) συσχετίζεται με πτώση των βαθμολογήσεων της μητέρας από τη δική της άποψη ( $\downarrow$ MFQ-parent), ανεξαρτήτως της κλινικής κατάστασης του παιδιού από τη δική του άποψη. Στην υποομάδα σταθερά χαμηλού ΕΣ (Lo-Lo) η αξιολόγηση της βαρύτητας της κατάθλιψης των παιδιών από την άποψη των μητέρων (MFQ-parent) συμβαδίζει με βελτίωση της κλινικής κατάστασης των παιδιών από τη δική τους άποψη ως προς την κατάθλιψη (MFQ-child, CDI) και ως προς τις συννοσηρές αγχώδεις διαταραχές (SCARED) (parent-child agreement).

Δε βρέθηκαν στην ερευνητική βιβλιογραφία αντίστοιχες έρευνες για συγκριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μας.

**ΕΡΩΤΗΜΑ Γ2:** Εάν η αλλαγή στην κλινική εικόνα του παιδιού κατά την πορεία της θεραπείας του συμβαδίζει με αλλαγή στο ΕΣ της μητέρας του: Συγκρίνονται δύο θεραπευτικές υποομάδες. Στην μια έχει εφαρμοστεί Σύστημα Απαρτιωμένη Οικογενειακή Θεραπεία και στην άλλη Εστιασμένη Ατομική Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία του παιδιού με παράλληλη ψυχοθεραπεία γονέων.

Το ερώτημα (Γ2) δε μπόρεσε να διερευνηθεί λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος.

**ΕΡΩΤΗΜΑ Δ:** Εάν η σταθεροποίηση της κλινικής εικόνας του παιδιού στην βμηνη, μετά το τέλος της θεραπείας, επανεκτίμηση (follow up) συσχετίζεται με σταθεροποίηση του ΕΣ της μητέρας.

Από τα σχετικά αποτελέσματα προέκυψε και εδώ συσχέτιση των επιπέδων του ΕΣ με την άποψη που έχουν οι μητέρες για τη βαρύτητα της κατάθλιψης των παιδιών. Κατά τη λήξη της θεραπείας (end of therapy) οι μητέρες υψηλού ΕΣ βαθμολόγησαν με περισσότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία τα παιδιά τους (MFQ-parent) σε σύγκριση με τις μητέρες χαμηλού ΕΣ, ανεξαρτήτως της αυτό-αξιολόγησης των ίδιων των παιδιών ως προς την κλινική τους κατάσταση (MFQ-child, CDI, SCARED). Στη συνέχεια, η πτώση του μητρικού ΕΣ ανάμεσα στις δύο φάσεις (end of therapy-follow up) συνοδευόταν από μεγάλη πτώση του MFQ-parent, με σημαντικό βαθμό μεταβολής σε σύγκριση με τις μητέρες σταθερά χαμηλού ΕΣ, και χωρίς σημαντικές μεταβολές στις αυτό-αξιολογήσεις των παιδιών. Στις μετρήσεις που έγιναν κατά την επανεκτίμηση (follow up) η σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα αυτό-αξιολόγησης “Ineffectiveness” του CDI των παιδιών, απηχεί την μικρή αύξηση στις αξιολογήσεις των μητέρων σταθερά χαμηλού ΕΣ (parent-child agreement).

Δε βρέθηκαν στην ερευνητική βιβλιογραφία αντίστοιχες έρευνες για συγκριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μας.

#### **7.4. ΣΥΝΘΕΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ και ΣΥΖΗΤΗΣΗ των ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ που προέκυψαν από τα επιμέρους ερωτήματα**

**Από την παρούσα μελέτη προκύπτει ότι οι μητέρες υψηλού ΕΣ, σε σύγκριση με τις χαμηλού ΕΣ, έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, αποδίδουν βαρύτερη καταθλιπτική σημειολογία στο παιδί τους από τη δική τους άποψη, βρίσκονται σε μεγαλύτερη ασυμφωνία με τις αυτό-αξιολογήσεις των παιδιών τους, και τα παιδιά τους παρουσιάζουν περισσότερο άγχος / αναστολή / εσωστρέφεια στο σχολικό περιβάλλον.**

##### **Ειδικότερα:**

**α)** Το μείζον θέμα που διατυπώνεται στα ερωτήματα (Α1), (Γ1) και (Δ) είναι η συσχέτιση του μητρικού ΕΣ με τους κλινικούς παράγοντες που αφορούν στο παιδί και στην πορεία της θεραπείας του. Στα αποτελέσματά μας βρέθηκε ότι *το μητρικό ΕΣ συσχετίζεται με τις αξιολογήσεις των μητέρων για την βαρύτητα της κατάθλιψης των παιδιών τους (MFQ-parent)*. Αναλυτικότερα, οι αξιολογήσεις των μητέρων χαμηλού ΕΣ για την κατάθλιψη των παιδιών τους συμβαδίζουν με τις αυτό-αξιολογήσεις των ίδιων των παιδιών ως προς την κλινική τους εικόνα (κατάθλιψη και συννοσηρές αγχώδεις διαταραχές) και παρακολουθούν τις διακυμάνσεις της σε όλες τις φάσεις της θεραπευτικής πορείας που μελετήθηκαν. Υπάρχει έτσι σταθερά συμφωνία μητέρας-παιδιού στις αναφορές τους (‘parent-child agreement’). Έναντι των μητέρων χαμηλού ΕΣ, οι μητέρες υψηλού ΕΣ υπερ-βαθμολογούν στις αξιολογήσεις τους τη βαρύτητα της κατάθλιψης των παιδιών τους, ανεξαρτήτως των αυτό-αξιολογήσεων των παιδιών, οπότε και προκύπτει ασυμφωνία αναφορών μητέρας παιδιού (‘parent-child disagreement’). Η συσχέτιση των δύο μεταβλητών αντανακλάται και στις μεταβολές τους (Ερωτήματα Γ1 και Δ). Όταν τα επίπεδα του ΕΣ πέφτουν (Hi-Lo), πέφτουν και

οι βαθμολογίες των μητέρων στο MFQ-parent, ανεξαρτήτως των μεταβολών των αυτό-αξιολογήσεων των παιδιών. Ο τρόπος λοιπόν που οι μητέρες αξιολογούν την κατάθλιψη των παιδιών τους (MFQ-parent) εξαρτάται από το ΕΣ τους. Τα επίπεδα συμφωνίας/ασυμφωνίας μητέρας-παιδιού προκύπτουν στη μελέτη μας ως συνέπεια της συσχέτισης μητρικού ΕΣ με MFQ-parent.

Η ερμηνευτική προσέγγιση των αποτελεσμάτων μας δε μπορεί να βασιστεί σε παράγοντες που αφορούν στο παιδί διότι, βάσει των κριτηρίων επιλογής και των διαγνωστικών συνεντεύξεων (Kiddie-SADS-PL, C-GAS), το δείγμα των παιδιών ήταν αρκετά ομοιογενές ως προς τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά (βλ. υποκεφ. 4.2.1. σελ. 82 & 84). Μπορεί τότε να αναζητηθεί σε παράγοντες ή χαρακτηριστικά των μητέρων υψηλού ΕΣ, και στο πώς αυτά διαμορφώνουν μια στάση υπερβάλλουσας εκτίμησης της κατάθλιψης των παιδιών τους.

Από τους παράγοντες που αφορούν στη μητέρα, οι συναισθηματικές διαταραχές έχουν συνδεθεί με υψηλό ΕΣ (Baker et al. 2000, Hibbs et al. 1991, Hirshfeld et al. 1997, Schwartz et al. 1990) και με ασυμφωνία στις αναφορές γονέα/παιδιού (Chilcoat & Breslau 1997, Conrad & Hammen 1989, De Los Reyes & Kazdin 2005, Youngstrom et al. 1999). Ιδιαίτερα η μητρική κατάθλιψη έχει συσχετισθεί τόσο με υψηλό ΕΣ (Bolton et al. 2003, Hibbs et al. 1991, Schwartz et al. 1990, Tompson et al. 2010) όσο και με ασυμφωνία των αναφορών γονέα/παιδιού ως προς “internalizing” ή “externalizing” προβλήματα του παιδιού (Chi & Hinshaw 2002, De Los Reyes & Kazdin 2005, Renouf & Kovacs 1994, Youngstrom et al. 2000), ή ακόμη και με υπερ-αξιολόγηση της κατάθλιψης του παιδιού (Renouf & Kovacs, 1994). Όμως, στην παρούσα μελέτη, η τρέχουσα καταθλιπτική συμπτωματολογία της μητέρας δε βρέθηκε να υπεισέρχεται στους συσχετισμούς μας (Ερώτημα Β1) και δε μπορεί συνεπώς να ερμηνεύσει τα αποτελέσματα. Γονείς που έπασχαν από ψύχωση ή από βαριά διαταραχή προσωπικότητας είχαν αποκλειστεί κατά την επιλογή του δείγματος (βλ. 4.2.2.). Η αγχώδης διαταραχή της μητέρας, η οποία ωστόσο δεν εξετάστηκε στη μελέτη μας, έχει συνδεθεί με υψηλά επίπεδα ΕΣ (Hirshfeld et al., 1997) και με ασυμφωνία των αναφορών γονέα/παιδιού ειδικά όσον αφορά αναστολή της συμπεριφοράς και άλλες διαταραχές του παιδιού (Engel et al. 1994, Krain & Kendall 2000).

Το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των μητέρων, όπως και στη δική μας μελέτη, στις περισσότερες πλην αυτής των Asarnow et al. (1994), δεν έχει βρεθεί να συσχετίζεται με το γονεϊκό ΕΣ (Baker et al. 2000, Hibbs et al. 1991, Miklowitz et al. 1989, Silk et al. 2009), ούτε με ασυμφωνία των αναφορών γονέα/παιδιού (Chi & Hinshaw 2002, Kolko & Kazdin 1993, Renouf & Kovacs 1994). Από τους δημογραφικούς παράγοντες που εξετάστηκαν στη μελέτη μας, το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων βρέθηκε να συσχετίζεται με υψηλό ΕΣ. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να ερμηνευτεί επίσης σε σχέση με την πιθανή επίδραση της ανώτατης εκπαίδευσης στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τις μητέρες ως προς το ΕΣ τους.

Η αναζήτηση ενός ιδιαίτερου προφίλ των μητέρων υψηλού ΕΣ ενισχύεται από το γεγονός ότι, στην εκτενή ερευνητική εργασία πάνω στην συμφωνία αξιολογήσεων μητέρας-παιδιού τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι μητέρες, αντίθετα με τα ευρήματά μας, συνήθως υπο-αξιολογούν την κατάθλιψη και γενικότερα τις εσωτερικευόμενου (“internalizing”) τύπου συμπεριφορές των παιδιών τους (Cantwell et al. 1997, Herjanic & Reich 1982, Kolko & Kazdin 1993, Lauth et al. 2010, Stanger & Lewis

1993, Verhulst & van der Ende 1991), εκτός και αν οι ίδιες είναι καταθλιπτικές (Renouf & Kovacs, 1994).

Από τους μελετητές των χαρακτηριστικών στάσεων απέναντι στον ασθενή, οι συγγενείς υψηλού ΕΣ περιγράφονται κλασικά, από τους Brown et al. (1962,1972) και Vaughn & Leff (1976a, 1976b) ως επικριτικοί, εχθρικοί, παρεμβατικοί. Οι Vaughn & Leff (1981,1985) ανέλυσαν στη συνέχεια το περιεχόμενο των συνεντεύξεων (CFI) της προηγούμενης μελέτης τους (Vaughn & Leff, 1976b) και αποκόμισαν σημαντικές πληροφορίες γύρω από την ποιότητα των συναισθηματικών σχέσεων μεταξύ των ασθενών και των συγγενών τους. Προσδιόρισαν περαιτέρω τις ακόλουθες τέσσερις χαρακτηριστικές στάσεις που διαφοροποιούν τους συγγενείς υψηλού έναντι χαμηλού ΕΣ και αντανakλούν γνωσιακά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά:

(1) *Επίπεδο παρεμβατικότητας* (“*intrusiveness*”). Οι συγγενείς χαμηλού ΕΣ δεν είναι παρεμβατικοί και σέβονται την ψυχική αυτονομία του ασθενούς. Αντιθέτως, οι συγγενείς υψηλού ΕΣ είναι έντονα παρεμβατικοί, κάνοντας επανειλημμένες προσπάθειες για επαφή ή για να παρέχουν κάποια ανεπιθύμητη (και συχνά επικριτική) συμβουλή.

(2) *Συναισθηματική ανταπόκριση* (“*emotional response*”). Οι χαμηλού ΕΣ συγγενείς τείνουν να είναι ψύχραιμοι, να έχουν αυτοέλεγχο και νοιάξιμο, αλλά όχι υπερβολικό άγχος απέναντι στη νόσο του ασθενούς. Συχνά επιδεικνύουν την ικανότητα να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις κρίσεις και να μπορούν να καθησυχάζουν τον ασθενή και την υπόλοιπη οικογένεια – ικανότητα που υποστηρίζεται και από τα ψυχοφυσιολογικά ευρήματα των Tarrier et al. (1979). Από την άλλη μεριά, οι υψηλού ΕΣ συγγενείς απαντούν με θυμό ή/και απελπισία απέναντι στη νόσο του ασθενούς, προκαλώντας του περαιτέρω αναστάτωση.

(3) *Στάση απέναντι στη νόσο* (“*attitude toward the illness*”). Η άποψη ότι ο ασθενής υποφέρει από μια επιστημονικά έγκυρη νόσο είναι το πιο εξέχον χαρακτηριστικό των συγγενών χαμηλού ΕΣ. Οι υψηλού ΕΣ συγγενείς αμφισβητούν ότι ο ασθενής είναι πραγματικά άρρωστος και ότι έχει μικρό ή καθόλου έλεγχο πάνω στα συμπτώματά του. Επιδεικνύουν μια μη συναισθητική άποψη για τη νόσο και συχνά μέμφονται τον ασθενή ή τον θεωρούν υπεύθυνο για την κατάστασή του.

(4) *Ανοχή και προσδοκίες* (“*tolerance and expectations*”). Οι χαμηλού ΕΣ συγγενείς, επειδή ακριβώς πιστεύουν ότι ο ασθενής είναι πραγματικά άρρωστος, είναι πιο ανεκτικοί απέναντι στη διαταραγμένη συμπεριφορά και την κοινωνική δυσλειτουργικότητά του, και πιο ευέλικτοι. Η ανοχή και η ευελιξία είναι από τα προεξάρχοντα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που διακρίνουν τους χαμηλού έναντι υψηλού ΕΣ συγγενείς (Hooley & Hiller 2000, Leff & Vaughn 1985). Οι υψηλού ΕΣ συγγενείς τείνουν να μην ανέχονται τη συμπτωματική συμπεριφορά και την χαμηλή λειτουργικότητα του ασθενούς και του ασκούν πίεση να συμπεριφέρεται φυσιολογικά.

Ο Hooley (1986) περιγράφει επίσης λιγότερη αποδοχή και περισσότερη διαφωνία του συγγενούς υψηλού ΕΣ με τον ασθενή. Οι Cruise et al. (2011) διαπιστώνουν πως η υψηλή μητρική κριτική (5MSS-ΕΣ κριτ) συσχετίζεται με παρατηρούμενη κριτική συμπεριφορά των μητέρων απέναντι στα παιδιά τους. Οι Kuipers et al. (1983) περιγράφουν τους χαμηλού ΕΣ συγγενείς να μιλούν λιγότερο, και να διαθέτουν περισσότερο χρόνο για να ακούν και να κοιτάζουν τον ασθενή τους,

μια στάση που, σύμφωνα με τους Gottschalk & Keatinge (1993) πιθανό να φανερώνει περισσότερη ανοχή απέναντι στην παρεκκλίνουσα συμπεριφορά του ασθενούς.

Αυτές οι διαπιστώσεις μέσω των συνεντεύξεων, βασισμένες σε εκατοντάδες αυτό-αναφορές και σε πολλές, διαφορετικές κουλτούρες, έχουν επιβεβαιωθεί από ανεξάρτητους ερευνητές των άμεσων αλληλεπιδράσεων ασθενούς-συγγενούς σε μελέτες της σχιζοφρένειας (Kuipers et al. 1983, MacCarthy et al. 1986, Miklowitz et al. 1984, Strachan et al. 1986, Valone et al. 1983), της κατάθλιψης (Hayhurst et al. 1997, Hooley 1986, Hooley & Hahlweg 1986) και της ψυχογενούς ανορεξίας (Szmukler et al. 1987). Αυτό υποδηλώνει ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων ανάμεσα στις διαγνωστικές ομάδες υπάρχει κάποια αντιστοιχία μεταξύ αυτών των διαφορετικών πηγών πληροφόρησης (Vaughn, 1989).

Μολονότι στη μελέτη μας, πλην του μητρικού ΕΣ, δε διερευνήθηκαν άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ή της στάσης και της συμπεριφοράς των μητέρων προς τα παιδιά τους, θα μπορούσε ο συσχετισμός που βρέθηκε ανάμεσα στο υψηλό μητρικό ΕΣ και στην υπερ-βαθμολόγηση της κατάθλιψης των παιδιών να ερμηνευτεί βάσει των χαρακτηριστικών στάσεων των μητέρων που περιγράφονται παραπάνω; Κατ' αρχήν, οι ίδιες οι διαστάσεις της κριτικής και της εχθρότητας του υψηλού ΕΣ μπορεί να βρίσκουν έκφραση σε μια «διόγκωση» των προβλημάτων του παιδιού. Ενδεχομένως πάλι, ο θυμός, το άγχος και η απελπισία απέναντι στη νόσο, η μικρότερη ανοχή απέναντι στα συμπτώματα του παιδιού και η λιγότερο αποτελεσματική αντιμετώπιση των κρίσεων του ασθενούς, να προδιαθέτουν τις μητέρες υψηλού ΕΣ να υπερβάλλουν τη βαρύτητα της κατάθλιψης του παιδιού. Εξ' άλλου, σε αρκετές μελέτες έχει βρεθεί συσχέτιση ανάμεσα στο υψηλό ΕΣ των συγγενών και σε υποκειμενικό αίσθημα βάρους ("subjective burden") σε σχέση με τη φροντίδα του ασθενούς (Barrowclough & Parle 1997, Carra' et al. 2012, Scazufca & Kuipers 1996, Smith et al. 1993), το οποίο μπορεί να αποδίδεται, ή, με ψυχαναλυτικούς όρους, να προβάλλεται στη βαρύτητα της κατάθλιψης του παιδιού. Τέλος, θα μπορούσε η υπερ-βαθμολόγηση της κατάθλιψης των παιδιών να είναι ένας διαμεσολαβητής των αποδόσεων υπαιτιότητας και μομφής απέναντι στον ασθενή που περιέγραψαν οι Vaughn & Leff (1981), και ανέπτυξαν ως θεωρητικό μοντέλο κατανόησης του ΕΣ οι Barrowclough & Hooley (2003), Barrowclough et al. (1994), Bolton et al. (2003), Brewin (1994), Brewin et al. (1991), Hooley & Licht (1997). Σύμφωνα με τους μελετητές του μοντέλου, οι υψηλού ΕΣ συγγενείς τείνουν να υποτιμούν τις εξωτερικές αιτίες και να αποδίδουν σε εσωτερικά αίτια τη συμπεριφορά του ασθενούς. Οι αιτίες θεωρούνται σταθερές, όχι περιστασιακές, ελεγχόμενες από τον ασθενή και προσωπικές/ιδιοσυγκρασιακές.

Το πώς τέτοιες στάσεις των συγγενών υψηλού ΕΣ επιδρούν στον ασθενή και στα συμπτώματά του, δεν είναι μια νέα θεωρία λένε οι Hibbs (2005), Martindale (2007), Migone (1995). Στην ψυχανάλυση τη συναντάμε από τα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα και ονομάζεται "προβλητική ταύτιση" ("projective identification"). Ο ασυνείδητος ψυχικός μηχανισμός της προβλητικής ταύτισης διατυπώθηκε αρχικά από την Melanie Klein το 1946, ως «προβολή ενός (ψυχικού) μέρους του υποκειμένου πάνω στο αντικείμενο, με το οποίο παραμένει ταυτισμένο, ασκώντας έτσι το υποκείμενο "έλεγχο" πάνω στο αντικείμενο».

Πιο αναλυτικά, η προβλητική ταύτιση συμπεριλαμβάνει φάσεις, οι οποίες παρουσιάζονται στη συνέχεια με τις συνδέσεις που έχει επιχειρήσει ο Migone (1995)

με εμπειρικά ευρήματα του ΕΣ : 1) Η *προβολή* (“*projection*”): το άτομο που χρησιμοποιεί την προβλητική ταύτιση έχει πάνω απ’ όλα την ασυνείδητη ανάγκη να απαλλαγεί από ένα ανεπιθύμητο ή απειλητικό ψυχικό περιεχόμενο (π.χ. ενοχή, αισθήματα ανεπάρκειας, θυμό, ματαίωση, φόβους απέναντι στη νόσο ή στην κριτική των άλλων μελών της οικογένειας) και το προβάλλει σε κάποιον άλλο (τον ψυχικά ευάλωτο ασθενή στην προκειμένη περίπτωση), ώστε να προστατευτεί από αυτό ο ίδιος και να νιώθει ασφαλής. 2) Η *διαπροσωπική πίεση* (“*interpersonal pressure*”): το άτομο που προβάλλει ασκεί μέσα στη διαπροσωπική σχέση με τον άλλο, ασυνείδητα πάντα, περισσότερο ή λιγότερο εμφανείς πιέσεις ώστε ο άλλος να ταυτιστεί με το περιεχόμενο της προβολής και να συμπεριφέρεται σύμφωνα με αυτό. Ο προβάλλων “βλέπει” και αντιμετωπίζει τον άλλο σύμφωνα με ό,τι του έχει προβάλει. Στην περίπτωση που ο ασθενής δε μπορεί να αντέξει τις προβολές, τις επανα-προβάλλει στον συγγενή, προκαλώντας του περαιτέρω ανεπιθύμητα ή απειλητικά συναισθήματα (“*projective counter-identification*”, Grinberg, 1962). Εμπλέκονται έτσι οι δυο τους σε έναν διαρκή κύκλο αδιέξοδων και παθογόνων αλληλεπιδράσεων. Η Hibbs (2005) αναγνωρίζει μια αμφίδρομη κατεύθυνση στους παραπάνω αλληλεπιδραστικούς μηχανισμούς, με την περίπτωση του ασθενούς να προβάλλει επίσης ανεπιθύμητα ψυχικά περιεχόμενα στον συγγενή και να ξετυλίγεται ο ίδιος κύκλος προβολών, προβλητικών ταυτίσεων και προβλητικών αντι-ταυτίσεων.

Στο κλινικό πεδίο επίσης, πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν, ότι το ΕΣ μπορεί να κατανοηθεί μέσα από αμφίδρομες αλληλεπιδράσεις μητέρας-παιδιού, με τα πιο δύσκολα παιδιά να προκαλούν υψηλότερα επίπεδα ΕΣ, επιτείνοντας αυτό με τη σειρά του τη συμπεριφορά και τα προβλήματα του παιδιού και αντιστρόφως, εχθρικοί, αρνητικοί και κριτικοί γονείς μπορεί να εξωθούν την αντιδραστική ή επιθετική συμπεριφορά των παιδιών τους (Asarnow et al. 1993, 1994, 2001, Bugental et al. 1990). Σε αυτή την περίπτωση το ΕΣ συνιστά ένα δείκτη της διαταραγμένης σχέσης γονέα-παιδιού (McCarty et al. 2004). Ομοίως το αλληλεπιδραστικό μοντέλο του ΕΣ (Miklowitz, 2004) υποστηρίζει ότι το υψηλό ΕΣ-κριτ. είναι αποτέλεσμα διαταραχών του συναισθηματικού κλίματος του οικογενειακού συστήματος, με τους επικριτικούς συγγενείς να “παγιδεύονται” στα γρανάζια ατέρμονων αρνητικών αλληλεπιδράσεων με τον ασθενή τους.

Στη μελέτη μας δε διερευνήθηκαν άλλοι παράγοντες οικογενειακής δυσλειτουργίας, που έχουν συσχετισθεί τόσο με το υψηλό ΕΣ των συγγενών (Docherty 1995, Miklowitz 2004, Miklowitz et al. 1986, Schnur et al. 1986, Wamboldt et al. 2000), όσο και με ασυμφωνία των αξιολογητών της ψυχικής κατάστασης του παιδιού (Grills & Ollendick 2003, Kolko & Kazdin 1993, Treutler & Erkins 2003). Η μείωση του μητρικού ΕΣ στο δείγμα μας μπορεί να είναι αποτέλεσμα των θεραπευτικών παρεμβάσεων στους γονείς και στο οικογενειακό σύστημα, ή/και της βελτίωσης της κλινικής εικόνας των παιδιών κατά την πορεία της θεραπείας τους. Ωστόσο, η κατεύθυνση της μείωσης του ΕΣ δεν επηρεάζει τα ευρήματά μας διότι, ο συσχετισμός του μητρικού ΕΣ με το MFQ-parent ανεξαρτήτως των αυτό-αξιολογήσεων των παιδιών, βρέθηκε σταθερός σε όλες τις μετρήσεις των μεταβλητών μας, τόσο στις συγχρονικές μετρήσεις (“*baseline*”, “*end of therapy*”) όσο και στις μετρήσεις των μεταβολών τους ανάμεσα σε αυτές.

**β )** Η ερμηνευτική προσέγγιση της *συσχέτισης* που βρέθηκε *ανάμεσα στο ΕΣ και το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας* θα πρέπει να αναζητηθεί επίσης στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των μητέρων υψηλού και χαμηλού ΕΣ, και στην πιθανή επίδραση της ανώτατης εκπαίδευσης στη διαμόρφωσή τους.

Είναι πιθανό λοιπόν, η ανώτατη εκπαίδευση να καλλιεργεί στις μητέρες μια επιστημονική θεώρηση των πραγμάτων, προάγοντας τα αναφερόμενα παραπάνω χαρακτηριστικά (3) και (4) που περιέγραψαν οι Vaughn & Leff (1981). Να σμιλεύει μια στάση μεγαλύτερης κατανόησης και αναγνώρισης της ψυχικής φύσης της ασθένειας ως νόσου επιστημονικά έγκυρης, κάτι που, σύμφωνα με τους Vaughn & Leff (1981, 1985) αποτελεί το πιο εξέχον χαρακτηριστικό των συγγενών χαμηλού ΕΣ. Να τις εφοδιάζει, κατά συνέπεια, με περισσότερη ανοχή και ευελιξία απέναντι στον ασθενή, χαρακτηριστικά που συσχέτισαν επίσης οι Hooley & Hiller (2000) με το υψηλό μορφωτικό επίπεδο και το χαμηλό ΕΣ των συγγενών.

Αντιθέτως, οι υψηλού ΕΣ συγγενείς περιγράφονται να αμφιβάλλουν για τη γνησιότητα της νόσου του ασθενούς, και να τον μέμφονται συχνά ή να τον θεωρούν υπεύθυνο για την κατάστασή του, όπως υποστηρίχθηκε και από το μοντέλο «αιτιακών αποδόσεων» (“causal attributional model”, Barrowclough & Hooley 2003, Barrowclough et al. 1994, Bolton et al. 2003, Brewin 1994, Brewin et al. 1991, Hooley & Licht 1997). Φαίνεται, δηλαδή, πως δεν αποδέχονται μια επιστημονική τεκμηρίωση για την ψυχική νόσο και, την προσωποποιούν. Το πώς οι άνθρωποι αποδίδουν αιτίες στις συνηθισμένες συνθήκες είναι μια «πολύπλοκη διαδικασία, επιδεκτική σφαλμάτων και προκαταλήψεων, η οποία συχνά παρέχει μια μερική ή διαστρεβλωμένη άποψη του κόσμου», σημειώνει ο Brewin (1988, σ. 93). Ο Forsterling (1988) συζητά πώς οι θεωρητικοί του “attributional model” συχνά αναφέρονται στα άτομα ως «λαϊκούς επιστήμονες», οι οποίοι χρησιμοποιούν τη διαθέσιμη πληροφορία για να κρίνουν τις αιτίες και να τις σταθμίσουν ορθολογικά. Επισημαίνει, ωστόσο, ότι υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι το πλείστον των καθημερινών αιτιακών συλλογισμών μας είναι στην πραγματικότητα «μη επιστημονικοί». Μπορεί να αγνοούμε, να αποφεύγουμε, ή να επεξεργαζόμαστε λανθασμένα τη διαθέσιμη πληροφορία και να επιλέγουμε αποδόσεις (“attributions”) που δε συμφωνούν με τις διαθέσιμες ενδείξεις.

Επιστρέφοντας στη μελέτη μας, μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι, η ανώτατη πανεπιστημιακή σπουδή ασκεί την ορθολογική κρίση και αντιμάχεται τις προκαταλήψεις και τις διαστρεβλώσεις στις διαδικασίες των αιτιακών συλλογισμών, καλλιεργώντας έτσι και στις μητέρες του δείγματός μας τις στάσεις (3) («ο ασθενής υποφέρει από μια επιστημονικά έγκυρη νόσο») και (4) («ανοχή, ευελιξία, αποδοχή») απέναντι στη νόσο, που χαρακτηρίζουν τους συγγενείς χαμηλού ΕΣ (Vaughn & Leff 1981, 1985). Ως προς τον παράγοντα που εξετάζουμε, το γεγονός της μείωσης του ποσοστού υψηλού ΕΣ στο δείγμα μας από 45,5% «πριν την αρχή της θεραπείας» σε 22,7% στο «τέλος της θεραπείας» και σε 22,2% στην «επανεκτίμηση», δεν αναιρεί τις υποθέσεις μας. Διότι, ενώ το ΕΣ επιδεικνύει μια σταθερότητα μέσα στο χρόνο (Hooley, 2007), είναι επίσης τροποποιήσιμο, και έχουν σχεδιαστεί για το λόγο αυτό επιτυχείς παρεμβάσεις για την μείωσή του (Miklowitz & Tompson, 2003). Στη μελέτη μας, και οι δύο θεραπευτικές παρεμβάσεις που έγιναν συμπεριελάμβαναν τους γονείς, και εστίασαν στις διαπροσωπικές σχέσεις και την οικογενειακή δυσλειτουργία. Επέδρασαν μεταξύ άλλων, σε εκείνες τις στάσεις των μητέρων, που οι

μελετητές αναγνωρίζουν στους υψηλού ΕΣ συγγενείς, όπως είναι η αναγνώριση των ατομικών ορίων, η μη-διδεισδυτικότητα, η ρύθμιση του άγχους και των αλληλεπιδράσεων, η επικοινωνία, η κατανόηση της ψυχικής νόσου και η αποδοχή της,

γ ) Αναφορικά με την κοινωνική προσαρμογή των παιδιών, μολονότι οι πηγές αξιολόγησης είναι διαφορετικές (μητέρα, παιδί, δάσκαλος), προκύπτει συνδυαστικά ένας *συσχετισμός ανάμεσα στο υψηλό μητρικό ΕΣ* μέσα στην οικογένεια και επιπτώσεις στη *συμπεριφορά του παιδιού* εκτός οικογένειας, και συγκεκριμένα στο *σχολείο*. Έναντι των παιδιών χαμηλού μητρικού ΕΣ, τα παιδιά υψηλού μητρικού ΕΣ είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στις αξιολογήσεις των δασκάλων τους (CBCL-TRF) στην γενικότερη κλίμακα «Internalizing Behavior» (“Social Withdrawal”, “Somatic Complaints”, “Anxious-Depressed”) και στην υπο-κλίμακά της “Social Withdrawal”. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτών των συμπεριφορών, ο Achenbach (1991) στην υποκλίμακα “Social Withdrawal” περιγράφει παιδιά που προτιμούν να είναι μόνα, δε θέλουν να μιλούν, κατσουφιάζουν, είναι λυπημένα, κρυψίνοα, ντροπαλά, αποσυρμένα ή υπο-δραστήρια. Στην γενικότερη κλίμακα “Internalizing Behavior” εντάσσονται παιδιά που κατευθύνουν τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές προς τον εαυτό τους, και η κλίμακα καλύπτει συμπτώματα και συμπεριφορές στο φάσμα των διαταραχών άγχους-κατάθλιψης.

Οι παραπάνω συμπεριφορές («Κοινωνική απόσυρση» / «Σωματικά παράπονα» / «Άγχος-Θλίψη») μέσα στο σχολικό πλαίσιο προσιδιάζουν στα χαρακτηριστικά που, στην πιο σοβαρή και δυσλειτουργική τους μορφή περιγράφουν τα παιδιά με την κλινική εικόνα της «σχολικής φοβίας». Ασφαλώς, βάσει των δεδομένων της μελέτης μας δε μπορούμε να επιβεβαιώσουμε κλινικά μια τέτοια διάγνωση στα παιδιά υψηλού ΕΣ. Στη φάση που συζητάμε (“baseline”) περίπου το 75% των παιδιών του συνολικού δείγματος είχε συννοσηρότητα με κάποια φοβική διαταραχή και το 25% με άγχος αποχωρισμού.

Συνεπώς, βάσει των αποτελεσμάτων μας προέκυψε ότι, ενώ σε αυτή τη φάση (baseline) τα παιδιά των δύο υπο-ομάδων (υψηλού έναντι χαμηλού μητρικού ΕΣ) δε διαφοροποιούνται στις αυτό-αξιολογήσεις τους ως προς την κλινική τους εικόνα γενικά (CDI, MFQchild, Battle Self Esteem), και ειδικότερα ως προς τις αγχώδεις διαταραχές (SCARED) και τη σχολική φοβία (SCARED-school phobia), ούτε ως προς την λειτουργικότητα και την προσαρμογή τους (C-GAS, SAS, EAQ) οι δάσκαλοι αξιολογούν τα παιδιά υψηλού μητρικού ΕΣ ως έχοντα μεγαλύτερη δυσκολία προσαρμογής στο σχολείο, με χαρακτηριστικά προσιδιάζοντα βασικά στη «σχολική φοβία». Συνδυαστικά, μπορεί να συνεκτιμηθεί η σημαντική συσχέτιση που βρέθηκε στη συνέχεια ανάμεσα στην πτώση του μητρικού ΕΣ και στην μείωση της βαθμολογίας στην υπο-κλίμακα “School Phobia” του ερωτηματολογίου αυτό-αξιολόγησης (SCARED) των παιδιών ανάμεσα στις δύο φάσεις (baseline-end of therapy).

Αναφορικά με τη «σχολική φοβία» οι εισηγητές του όρου (Johnson et al. 1941) τόνισαν ανάμεσα στα άλλα την ιδιαίτερη ποιότητα της σχέσης μητέρας-παιδιού. Τα παιδιά περιγράφονται υπερβολικά εξαρτημένα και εγκλωβισμένα στα άγχη και τις ανησυχίες της μητέρας τους. Μετέπειτα μελετητές διατύπωσαν την υπόθεση, ότι η σχολική φοβία είναι το σύμπτωμα μόνο μιας υποκείμενης διαταραχής,



του «άγχους αποχωρισμού» από τη μητέρα (Davidson 1960, Estes et al. 1956, Gittelman-Klein & Klein 1980, Reger 1962, Waldfogel et al. 1957). Το άγχος αυτό αναπτύσσεται μέσα σε μια παθολογική σχέση αμοιβαίας εχθρικής εξάρτησης ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί, με έντονη την ανάγκη και των δύο για στενή φυσική εγγύτητα (Davidson 1960, Estes et al. 1956, Johnson 1957). Στις οικογένειες, τα όρια και οι ρόλοι είναι συνήθως ασαφείς και οι γονείς δυσκολεύονται στην άσκηση του ρόλου τους, στην επικοινωνία, στη συναισθηματική έκφραση, και στον έλεγχο (Bernstein & Garfinkel, 1988).

Από την άλλη μεριά, ο δείκτης του υψηλού ΕΣ εμπεριέχει τη διάσταση της εχθρότητας, αλλά και της συναισθηματικής υπερεμπλοκής, της συμβιωτικής σχέσης συγγενούς-ασθενούς σύμφωνα με τον Leff (1992), της παρεμβατικότητας (“intrusiveness”) που περιορίζει την ψυχική αυτονομία του ασθενούς (Vaughn & Leff 1981, 1985). Με ψυχαναλυτικούς όρους, όπως παραπάνω (σελ. 141) περιγράφηκε, το ΕΣ αποτελεί την κλινική έκφραση της «προβλητικής ταύτισης», ενός ασυνείδητου ψυχικού μηχανισμού που καταργεί τα ψυχικά όρια εκεί όπου συμβαίνει, που προϋποθέτει και ταυτόχρονα διατηρεί στενές σχέσεις αμοιβαίας ψυχικής εξάρτησης (Hibbs 2005, Martindale 2007, Migone 1995). Όπως προαναφέρθηκε (σελ. 142), υπό αυτή την έννοια το ΕΣ συνιστά ένα δείκτη διαταραγμένης σχέσης γονέα-παιδιού (Asarnow et al. 1993, 1994, 2001, McCarty et al. 2004, Miklowitz, 2004).

Μια τέτοια κατανόηση του ΕΣ προσφέρει ερμηνεία στα ευρήματά μας. Το υψηλό ΕΣ μπορεί να συνδέεται με την αιτιοπαθογένεια του άγχους αποχωρισμού, στον πυρήνα του οποίου περιγράφεται από τους κλινικούς ερευνητές η *παθολογική σχέση αμοιβαίας εχθρικής εξάρτησης ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί*.

## 7.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της μελέτης συνοψίζονται στα ακόλουθα συμπεράσματα:

A) Κατ’ αρχήν, στην προκαταρκτική φάση της έρευνας (baseline), όταν όλα τα παιδιά του δείγματος παρουσίαζαν βάσει του K-SADS-PL Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή ή/και Δυσθυμική Διαταραχή, βρέθηκε ότι το 45,5% των μητέρων ήταν υψηλού 5MSS-ΕΣ (50% ΕΣ-κριτ). Το ποσοστό αυτό βρίσκεται στο φάσμα των αποτελεσμάτων και άλλων σχετικών μελετών με μητέρες καταθλιπτικών παιδιών και εφήβων. Για παράδειγμα, στα δείγματά τους οι Asarnow et al. (1994) βρήκαν το 43% των μητέρων να είναι υψηλού ΕΣ, οι Asarnow et al. (2001) βρήκαν 59,15%, οι McCleary & Sanford (2002) βρήκαν 40,1%, και οι Silk et al. (2009) βρήκαν 76%. Η διακύμανση των επιπέδων του 5MSS-ΕΣ ανάμεσα στα ερευνητικά δείγματα μπορεί να αποδοθεί σε μεθοδολογικές διαφορές (όπως π.χ. τα κριτήρια προσδιορισμού του υψηλού 5MSS), ή σε διαφορές στα χαρακτηριστικά των δειγμάτων (ηλικία των παιδιών, συννοσηρότητα, ψυχική διαταραχή των γονέων κλπ.) (Asarnow et al., 2001).

B) Στην προκαταρκτική φάση της έρευνας (baseline) εξετάσθηκαν, επίσης, η καταθλιπτική συμπτωματολογία και οι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες της μητέρας σε σχέση με το ΕΣ της.

Παραδόξως, στα αποτελέσματα της μελέτης μας δε βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στο μητρικό ΕΣ και το ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής ή την

τρέχουσα καταθλιπτική συμπτωματολογία της μητέρας. Αντιθέτως, εκτός από τους McCleary & Sanford (2002), οι περισσότερες σχετικές μελέτες, παρά τις μεθοδολογικές διαφορές που έχουν μεταξύ τους, καταλήγουν στο συμπέρασμα πως η γονεϊκή συναισθηματική διαταραχή και ιδιαίτερα η μητρική κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ζωής συσχετίζονται με υψηλό μητρικό ΕΣ (Bolton et al. 2003, Hibbs et al. 1991, Schwartz et al. 1990, Tompson et al. 2010). Σημειωτέον, ότι στην επιλογή του δείγματός μας είχαν αποκλεισθεί γονείς με ψύχωση και γονείς με σοβαρή διαταραχή προσωπικότητας. Ας σημειωθεί επίσης ότι δε διερευνήθηκαν άλλες ψυχιατρικές διαγνώσεις, όπως αυτές του φάσματος των αγχώδων διαταραχών, οι οποίες έχουν επίσης συσχετισθεί με υψηλό μητρικό ΕΣ (Hirshfeld et al., 1997).

Από τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες που εξετάστηκαν, το μητρικό ΕΣ βρέθηκε σημαντικά υψηλότερο στις μητέρες χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου σε σύγκριση με τις μητέρες που είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Στον τομέα που συζητάμε, τα ερευνητικά δεδομένα είναι περιορισμένα. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο ειδικότερα, μόνο οι Hooley & Hiller (2000) βρήκαν σημαντική συσχέτιση ανάμεσα σε υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης και σε χαμηλό ΕΣ των συγγενών, και αυτό αφορούσε σε οικογένειες ενηλίκων σχιζοφρενών. Ως προς τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες γενικότερα, οι περισσότερες μελέτες, εκτός των Asarnow et al. (1994), δε βρίσκουν συσχετίσεις με το γονεϊκό ΕΣ (Baker et al. 2000, Boger et al. 2008, Bolton et al. 2003, Hibbs et al. 1991, Miklowitz et al. 1989, Silk et al. 2009).

Στη συζήτηση, επιχειρήθηκε μια ερμηνευτική προσέγγιση του συσχετισμού που βρήκαμε ανάμεσα στο μητρικό ΕΣ και το εκπαιδευτικό επίπεδο των μητέρων. Υποθέσαμε, ότι η ανώτατη πανεπιστημιακή σπουδή επιδρά στη διαμόρφωση κάποιων χαρακτηριστικών στάσεων, που πολλοί μελετητές του ΕΣ έχουν περιγράψει για τους συγγενείς χαμηλού ΕΣ: «κατανόηση και αναγνώριση της ψυχικής φύσης της ασθένειας ως νόσου επιστημονικά έγκυρης», «ανοχή, ευελιξία, αποδοχή απέναντι στον ασθενή και τη νόσο του» (Gottschalk & Keatinge 1993, Hayhurst et al. 1997, Hooley 1986, Hooley & Hiller 2000, Kuipres et al. 1983, MacCarthy et al. 1986, Miklowitz et al. 1984, Vaughn & Leff 1981,1985).

Γ) Στα αποτελέσματά μας βρέθηκε ότι το μητρικό ΕΣ συσχετίζεται με τις αξιολογήσεις των μητέρων για την βαρύτητα της κατάθλιψης των παιδιών τους (MFQ-parent) και είναι ανεξάρτητο των αυτό-αξιολογήσεων των παιδιών ως προς τη συνολική κλινική τους κατάσταση (CDI, MFQ-child, Battle Self Esteem, SCARED). Πιο συγκεκριμένα, οι αξιολογήσεις των μητέρων χαμηλού ΕΣ για την κατάθλιψη των παιδιών τους συμβαδίζουν με τις αυτό-αξιολογήσεις των ίδιων των παιδιών ως προς την κλινική τους εικόνα (κατάθλιψη και συννοσηρές αγχώδεις διαταραχές), και παρακολουθούν τις διακυμάνσεις της σε όλες τις φάσεις της θεραπευτικής πορείας που μελετήθηκαν. Υπάρχει έτσι σταθερά συμφωνία μητέρας-παιδιού στις αναφορές τους ('parent-child agreement'). Έναντι των μητέρων χαμηλού ΕΣ, οι μητέρες υψηλού ΕΣ υπερ-βαθμολογούν στις αξιολογήσεις τους τη βαρύτητα της κατάθλιψης των παιδιών τους, ανεξαρτήτως των αυτο-αξιολογήσεων των παιδιών, οπότε και προκύπτει ασυμφωνία αναφορών μητέρας-παιδιού ('parent-child disagreement'). Η συσχέτιση των δύο μεταβλητών αντανακλάται και στις μεταβολές τους. Η πτώση του μητρικού ΕΣ συνοδεύεται από σημαντική πτώση της αξιολόγησης της κατάθλιψης

των παιδιών από την άποψη των μητέρων, χωρίς σημαντικές μεταβολές της κλινικής τους εικόνας από την άποψη των ίδιων παιδιών.

Η συσχέτιση που βρέθηκε στη μελέτη μας ανάμεσα σε μητρικό ΕΣ και MFQ-parent αποκτά ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον, δεδομένου ότι, στην εκτενή ερευνητική εργασία πάνω στην συμφωνία αξιολογήσεων μητέρας-παιδιού τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι μητέρες υπο-αξιολογούν συνήθως την κατάθλιψη και γενικότερα τις “internalizing” τύπου συμπεριφορές των παιδιών τους (Cantwell et al. 1997, Herjanic & Reich 1982, Kolko & Kazdin 1993, Lauth et al. 2010, Stanger & Lewis 1993, Verhulst & van der Ende 1991), εκτός και αν οι ίδιες είναι καταθλιπτικές (Renouf & Kovacs, 1994).

Στην ερευνητική βιβλιογραφία υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα συσχέτισης του ΕΣ με τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας της κατάθλιψης του παιδιού. Σε μια συναφή, αλλά διαφορετική μεθοδολογικά μελέτη, οι McCleary & Sanford (2002) βρήκαν συσχέτιση ανάμεσα στο γονεϊκό 5MSS-ΕΣ (σε ποσοστό 82% μητέρες) και στον αριθμό των συμπτωμάτων Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής κατά DSM-III-R του δείγματος των εφήβων, τα οποία διαγνώστηκαν με την Revised Diagnostic Interview for Children (DISC-R). Παρόμοια με τα δικά μας ευρήματα διατυπώνονται στη μελέτη των Bentsen et al. (1998), αλλά αφορά σε υψηλού ΕΣ συγγενείς (91,5% γονείς) σχιζοφρενικών ενηλίκων.

Ως προς την κοινωνική προσαρμογή των παιδιών, τα αποτελέσματά μας υποδεικνύουν, ότι οι μετρήσεις από τις συνεντεύξεις με τα μέλη της οικογένειας (C-GAS με γονείς και παιδιά χωριστά, και SAS με παιδί) δε συσχετίζουν το μητρικό ΕΣ με τη λειτουργικότητα των παιδιών. Σχετικές ερευνητικές μελέτες με καταθλιπτικά παιδιά και εφήβους υπάρχουν ελάχιστες (Asarnow et al. 2001, McCleary & Sanford 2002, Nelson et al. 2003), οι οποίες, αντίθετα με τα δικά μας αποτελέσματα, υποδεικνύουν συσχέτιση του υψηλού μητρικού ΕΣ με χαμηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας των παιδιών.

Στη μελέτη μας, ωστόσο, από μια άλλη άποψη, αυτή των δασκάλων (CBCL-TRF) τα παιδιά των μητέρων υψηλού ΕΣ αξιολογούνται πιο αποσυρμένα και εσωστρεφή στο χώρο του σχολείου, με σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στην υποκλίμακα “Social Withdrawal” και στην γενικότερη κλίμακα “Internalizing Behavior”. Τέτοιες συμπεριφορές προσιδιάζουν στη διαταραχή άγχους αποχωρισμού. Στην ερευνητική βιβλιογραφία, τόσο η αναστολή της συμπεριφοράς όσο και το άγχος αποχωρισμού, όπως και άλλες αγχώδεις διαταραχές έχουν συσχετισθεί με υψηλό μητρικό ΕΣ (Hirshfeld et al. 1997, Stubbe et al. 1993).

Γενικά, η ερμηνευτική προσέγγιση των ευρημάτων μας συγκλίνει στην κατανόηση του υψηλού μητρικού ΕΣ στα πλαίσια μιας διαταραγμένης αλληλεπίδρασης μητέρας-παιδιού. Είναι μια θεώρηση που έχει υποστηριχθεί από πολλούς ερευνητές του ΕΣ (Leff & Vaughn, 1985, McCarty et al. 2004, Miklowitz, 2004, Vaughn & Leff, 1976a,b). Ο συσχετισμός του με μια υπερβάλλουσα εκτίμηση των προβλημάτων του παιδιού αποτυπώνει στη μητέρα μια στάση «προκατάληψης» (“bias”), η οποία εκφράζεται σε σχέση με το παιδί της. Στην κλινική έρευνα, οι ίδιες οι διαστάσεις του υψηλού ΕΣ («κριτική», «εχθρότητα», «συναισθηματική υπερεμπλοκή») (Brown et al. 1962,1972, Vaughn & Leff 1976a, 1976b) μαζί και με άλλες χαρακτηριστικές στάσεις των μητέρων που έχουν περιγραφεί (παρεμβατικότητα, θυμός, ακαμψία, χαμηλή ανοχή και μη αποδοχή της νόσου,

αιτιακές προσάψεις σε σχέση με τη νόσο και τον έλεγχο του παιδιού πάνω στα συμπτώματά του) (Barrowclough & Hooley (2003), Barrowclough et al. (1994), Bolton et al. (2003), Hooley 1986, Hooley & Hiller 2000, Kuipers et al. 1983, Leff & Vaughn 1985, MacCarthy et al. 1986, Miklowitz et al. 1984, Strachan et al. 1986, Valone et al. 1983, Vaughn & Leff, 1976b) μπορούν να ερμηνεύσουν μια στάση της μητέρας λιγότερο ψύχραιμη και αντικειμενική, μια προκατάληψη όσον αφορά τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του παιδιού. Το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων, το οποίο βρέθηκε να συσχετίζεται με το ΕΣ τους μπορεί να επιδρά στη διαμόρφωση ή στην τροποποίηση των στάσεων αυτών. Η πανεπιστημιακή σπουδή, η οποία συσχετίστηκε με χαμηλό ΕΣ μπορεί να καλλιεργεί στις μητέρες μια πιο ψύχραιμη, επιστημονική θεώρηση της νόσου, και μεγαλύτερη κατά συνέπεια αποδοχή και ανοχή των συμπτωμάτων του παιδιού.

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση των στάσεων των συγγενών υψηλού ΕΣ (Hibbs 2005, Leff 1992, Martindale 2007, Migone 1995), βάσει του ασυνείδητου ψυχικού μηχανισμού της «προβλητικής ταύτισης» (“projective identification”), μπορεί επίσης να ερμηνεύσει την καθ’ υπερβολή απόδοση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά από τις μητέρες υψηλού ΕΣ. Η Melanie Klein (1946) περιέγραψε την προβλητική ταύτιση ως έναν πρώιμο αμυντικό μηχανισμό, που χαρακτηρίζει πρωταρχικές, επιθετικές σχέσεις αντικειμένου. Ανεπιθύμητα (οδονηρά, καταστροφικά, εχθρικά κλπ) ψυχικά περιεχόμενα προβάλλονται φαντασιωσικά στο αντικείμενο (στο παιδί) ασκώντας ταυτόχρονα πίεση, προκειμένου το αντικείμενο να ταυτοποιηθεί με αυτά. Αργότερα, ο Bion (1959, 1962a,b) διαφοροποίησε μια φυσιολογική προβλητική ταύτιση, όπου η «εισαγωγή» μιας ψυχικής κατάστασης από το υποκείμενο στο αντικείμενο αποτελεί έναν τρόπο επικοινωνίας. Αυτό που χαρακτηρίζει την παθολογική μορφή της είναι η μεγάλη βία και παντοδυναμία με την οποία ασκείται. Σε αυτή την περίπτωση συμβαίνει μια συγχώνευση του εαυτού με το αντικείμενο, το οποίο παύει να είναι ψυχικά ανεξάρτητο (Rosenfeld, 1964). Ένα ποικίλο μίγμα ανάμεσα στις δύο μορφές ορίζει ένα φάσμα ψυχικών οργάνωσεων και αντικειμενότητων σχέσεων, από τη φυσιολογική/νευρωτική ψυχική οργάνωση μέχρι την οριακότητα και την ψύχωση (Kernberg, 1987). Σύμφωνα με τον προσδιορισμό της, η προβλητική ταύτιση ως αμυντικός μηχανισμός εμπεριέχει ποιότητες ψυχικής λειτουργίας συγκρίσιμες με το υψηλό ΕΣ: επιθετικότητα - εχθρότητα και σύγχυση ορίων - συγχώνευση - ΣΥΕ. Τέτοιες ψυχικές λειτουργίες περιγράφονται επίσης τόσο στην κλινική όσο και στην ψυχολογική θεώρηση του άγχους αποχωρισμού, στον πυρήνα του οποίου περιγράφεται η παθολογική σχέση αμοιβαίας εχθρικής εξάρτησης ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί (Bernstein & Garfinkel, 1988, Davidson 1960, Estes et al. 1956, Johnson 1957). Υπό αυτό το πρίσμα μπορεί να ερμηνευτεί επίσης ο συσχετισμός υψηλού μητρικού ΕΣ με περισσότερη αναστολή και εσωστρέφεια των παιδιών, από την άποψη των δασκάλων.

## 7.6. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο βασικός περιορισμός της μελέτης μας έγκειται στο μικρό μέγεθος του δείγματος, το οποίο περιορίστηκε ακόμη περισσότερο με τον διαχωρισμό του σε δύο υποομάδες. Ο αρχικός σχεδιασμός προέβλεπε να μελετηθεί όλο το διακρατικό δείγμα της μητρικής, πολυκεντρικής έρευνας των Trowell et al. (2007) με τίτλο: “*Childhood*

***Depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing Individual Psychodynamic Psychotherapy and Family Therapy***, αλλά δεν κατέστη δυνατό να συγκεντρωθούν τα δεδομένα των συνεργαζόμενων ερευνητικών κέντρων της Αγγλίας και της Φινλανδίας, παρά τις επανειλημμένες προσπάθειές μας. Το μικρό δείγμα δεν επιτρέπει γενικεύσεις των αποτελεσμάτων μας και ασφαλή συμπεράσματα.

Για τον ίδιο λόγο δεν ήταν δυνατή η εξέταση των μεταβλητών μας σε σχέση με την καθεμιά από τις δύο διαστάσεις του ΕΣ χωριστά: ΕΣ-κριτ και ΕΣ-ΣΥΕ. Οι ερευνητές του ΕΣ έχουν διατυπώσει την υπόθεση ότι τα δύο αυτά συστατικά του μπορεί να είναι εγγενώς διαφορετικά (π.χ. Hooley, 1987). Σε αρκετές μελέτες η μητρική ΣΥΕ έχει συσχετισθεί με αγχώδεις διαταραχές και η μητρική κριτική με κατάθλιψη και διασπαστική συμπεριφορά των παιδιών (Asarnow 1994, 2001, Hirshfeld et al. 1997, Stubbe et al. 1993, Tompson et al. 2010). Πάντως, όπως επισημαίνουν και οι Barrowclough & Hooley (2003) στην ανασκόπησή τους, μια τέτοια διαφοροποίηση είναι μάλλον δύσκολη. Διότι, στα ερευνητικά δείγματα, όπως προέκυψε και στη δική μας έρευνα, τα υψηλά επίπεδα εχθρότητας και κριτικής των συγγενών υπερτερούν των υψηλών επιπέδων ΣΥΕ. Αμιγείς στάσεις υψηλής ΣΥΕ (απουσία υψηλής κριτικής) είναι συγκριτικά σπάνιες. Επιπλέον, πολλοί συγγενείς βαθμολογούνται υψηλά και στις δύο διαστάσεις ταυτόχρονα, ενώ η κατάσταση περιπλέκεται ακόμη περισσότερο αν λάβει κανείς υπόψη του και τις περιπτώσεις των *borderline-crit* και *borderline-EOI* βαθμολογιών.

Επιπλέον, τόσο οι κλινικές (Biederman et al. 1995a, Kovacs et al. 1984a,b, Puig-Antich & Rabinovich 1986, Ryan et al. 1987) όσο και οι επιδημιολογικές έρευνες (Anderson & McGee 1994, Angold & Costello 1993, Bird et al. 1988, Kashani et al. 1987a,b, Rohde et al. 1991) έχουν δείξει ότι η συννοσηρότητα της κατάθλιψης με αγχώδεις διαταραχές είναι εξαιρετικά υψηλή (μέχρι 80% για την ΜΚΔ και 40% για την ΔΔ), όπως βρέθηκε και στο δικό μας δείγμα (75%). Με αυτά τα δεδομένα, και οι διαστάσεις του ΕΣ σε μεγάλο ποσοστό θα συννευρίσκονται στους συγγενείς δειγμάτων καταθλιπτικών με συννοσηρές αγχώδεις διαταραχές.

Η παρούσα μελέτη είναι συγχρονική και συσχετιστική μελέτη, και δεν καθιστά δυνατή τη διερεύνηση της κατεύθυνσης της αιτιότητας, παρότι η παρακολούθηση των μεταβολών των μεταβλητών ανάμεσα στις συγχρονικές μετρήσεις αποτυπώνει κάποιες τέτοιες πτυχές. Επίσης, για τη συγκριτική αξιολόγηση των επιπέδων του μητρικού ΕΣ, θα ήταν χρήσιμη στη “baseline” μέτρηση μια ομάδα ελέγχου με φυσιολογικά παιδιά. Ως εκ τούτου, μπορούμε μεν να διατυπώνουμε κάποια συμπεράσματα βάσει των στατιστικών μας προβλέψεων, αλλά η εξαγωγή καταληκτικών συμπερασμάτων είναι περιορισμένη. Για το σκοπό αυτό συνιστώνται περαιτέρω προοπτικές μελέτες, με φυσιολογικό δείγμα ελέγχου.

Η τελική επιλογή των παιδιών του δείγματος έγινε βάσει της διαγνωστικής συνέντευξης Kiddie-SADS-PL. Όμως οι συσχετίσεις των μεταβλητών μας βασίστηκαν ως επί το πλείστον σε ερωτηματολόγια αναφοράς γονέα, παιδιού και δασκάλου, και όχι σε κλινικές μετρήσεις (με εξαίρεση τις διαγνωστικές συνεντεύξεις: Demography Interview, C-GAS, SAS). Προκύπτει κατά συνέπεια ένας ακόμη περιορισμός των αποτελεσμάτων μας, καθότι δεν εξετάστηκαν κάποιες μεταβλητές που έχουν συσχετισθεί με ασυμφωνία μεταξύ των αναφορών των αξιολογητών, και μπορεί να διαμεσολαβούν στα δικά μας αποτελέσματα (στις συσχετίσεις υψηλού ΕΣ και κλινικής εικόνας ή/και κοινωνικής προσαρμογής του παιδιού), όπως είναι: άλλα

χαρακτηριστικά των μητέρων -πλην της κατάθλιψης και των δημογραφικών δεδομένων- το άγχος (Engel et al. 1994, Krain & Kendall 2000, Najman et al. 2000) και το στρες (Jensen et al 1988, Kolko & Kazdin 1993). Επίσης χαρακτηριστικά της οικογένειας όπως η οικογενειακή κατάσταση, η γέννηση και ο αριθμός αδελφών (Jensen et al., 1988), η αποδοχή του παιδιού (Kolko & Kazdin, 1993), πτυχές της σχέσης γονέα-παιδιού (Treutler & Erkins, 2003).

Ωστόσο, παρά την εκτεταμένη έρευνα, οι De Los Reyes & Kazdin (2005) στην κριτική ανασκόπησή τους επισημαίνουν, ότι δεν προκύπτει εντέλει κανένα σαφές pattern συσχετισμών ανάμεσα στα χαρακτηριστικά των αξιολογητών που έχουν μελετηθεί και στην ασυμφωνία μεταξύ των αναφορών τους. Για πολλά από τα χαρακτηριστικά του παιδιού (π.χ. γένος, ηλικία, ψυχική νόσος, κοινωνική αποδοχή) τα ευρήματα είναι ασυνεπή ή ατελέσφορα. Επιπλέον, οι συσχετίσεις ανάμεσα σε γονεϊκά χαρακτηριστικά, (όπως η ψυχοπαθολογία και το στρες), και σε ασυμφωνία των αναφορών των αξιολογητών (γονέας και παιδί) συχνά διαμεσολαβούνται από άλλα χαρακτηριστικά του αξιολογητή (π.χ. ηλικία και γένος παιδιού). Οι συσχετίσεις ανάμεσα σε χαρακτηριστικά της οικογένειας και σε ασυμφωνία αξιολογητών είτε παρουσιάζουν ασυνέπειες είτε δε λαμβάνουν υπόψη τη σχέση ανάμεσα στην ασυμφωνία των αξιολογητών και στα χαρακτηριστικά γονέα και παιδιού.

### 7.7. ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ της μελέτης

Το εύρημα της μελέτης, ότι το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων συσχετίζεται με το ΕΣ τους μπορεί να ληφθεί υπόψη στον σχεδιασμό των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στις οικογένειες. Σε μητέρες χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου η απόκτηση γνώσεων σε σχέση με τη φύση, την αιτιολογία, την πρόγνωση, την έκβαση της νόσου του παιδιού, μπορεί να τροποποιήσει κάποιες χαρακτηριστικές στάσεις τους υψηλού ΕΣ. Η μεγαλύτερη κατανόηση από τις μητέρες αυτές της ψυχικής φύσης της ασθένειας και η αναγνώρισή της ως νόσου επιστημονικά έγκυρης, καθώς επίσης η περισσότερη ανοχή και οι πιο ρεαλιστικές προσδοκίες, μπορεί να μειώσουν την επικριτικότητα και τις πιέσεις στον ασθενή για φυσιολογική συμπεριφορά. Μπορεί έτσι να άρουν προκαταλήψεις και “διαστρεβλώσεις” που ενδεχομένως εκφράζονται στην υπερεκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων του.

Οι ανασκοπήσεις των μελετών παρέμβασης σε οικογένειες υψηλού ΕΣ από τους Kuipers & Bebbington (1988), Lam (1991), Kuipers (1992) και Kavanagh (1992) κατέληξαν πως, η εκπαίδευση των οικογενειών αναφορικά με την ψυχική νόσο («ψυχοεκπαίδευση»), προκειμένου να είναι αποτελεσματική, χρειάζεται να αποτελεί συστατικό μιας περισσότερο σύνθετης παρέμβασης. Σύμφωνα με τα δικά μας ευρήματα, η «ψυχοεκπαίδευση» αυτή μπορεί να μετέχει με ένα σημαντικό μερίδιο σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, ειδικότερα για οικογένειες χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.

Στην κλινική πράξη, η αξιοποίηση πολλαπλών πηγών πληροφόρησης για την αξιολόγηση των ψυχικών λειτουργιών των παιδιών και των εφήβων είναι μια τυπική πρακτική. Στη μελέτη μας προέκυψε ότι, οι μητέρες υψηλού ΕΣ υπερ-βαθμολογούν την κατάθλιψη των παιδιών τους, σε ασυμφωνία με τις αυτό-αξιολογήσεις των ίδιων των παιδιών (ενώ οι μητέρες χαμηλού ΕΣ συμφωνούν με τις αυτό-αξιολογήσεις των παιδιών τους). Προκύπτει, δηλαδή, ότι το υψηλό ΕΣ («κριτική», «εχθρότητα», «υπερ-

εμπλοκή») ενέχει και μια διάσταση υποκειμενισμού της μητέρας, ο οποίος εκφράζεται με την υπερβολή («διόγκωση») των προβλημάτων του παιδιού. Ενδεχομένως, όπως ειπώθηκε και στη συζήτηση, η στάση αυτή μπορεί να είναι διαμεσολαβητής και άλλων χαρακτηριστικών, όπως η «μομφή» η «ακαμψία», η «μη-ανοχή» απέναντι στα συμπτώματα του παιδιού, τα οποία έχουν μελετηθεί από τους ερευνητές του “attributional model” του ΕΣ (Barrowclough et al. 1994, Brewin 1994, Brewin et al. 1991, Hooley & Licht 1997, Weisman 1998). Ένας κλινικός, συνεπώς, μπροστά σε μια τέτοια ασυμφωνία αξιολογήσεων μητέρας-παιδιού, θα πρέπει να αναρωτηθεί για την υποκείμενη δυναμική της σχέσης τους, πολύ περισσότερο, όταν γνωρίζει ότι οι γονείς συνήθως υπο-αξιολογούν την κατάθλιψη των παιδιών τους (Cantwell et al. 1997, Herjanic & Reich 1982, Kolko & Kazdin 1993, Lauth et al. 2010, Stanger & Lewis 1993, Verhulst & van der Ende 1991), ενώ τα ίδια τα παιδιά είναι πιο αξιόπιστα στις αναφορές συμπτωμάτων σχετικά με υποκειμενικές ή εσωτερικές τους εμπειρίες (Harrington 1999). Η παραδοχή μιας παθολογικής σχέσης αμοιβαίας εχθρικής εξάρτησης μητέρας-παιδιού συνθέτει τη συσχέτιση του υψηλού ΕΣ, τόσο με τον τρόπο που οι μητέρες «υπερβάλλουν» την κατάθλιψη των παιδιών τους, όσο και με την απόσυρση, την αναστολή, και την εσωστρέφεια των παιδιών στο σχολικό πλαίσιο, που αναφέρουν οι δάσκαλοι.

Από το να εστιάζει, συνεπώς, ο κλινικός στο πρόβλημα της ασυμφωνίας μεταξύ των αξιολογητών, προτιμότερο μάλλον είναι να την αξιοποιεί στην κατανόηση των υποκείμενων οικογενειακών παραγόντων, της δυναμικής της οικογένειας, και στη θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Σε αυτή την περίπτωση, ένας δείκτης όπως το ΕΣ βρίσκει και θεωρητικό έρεισμα. Εξ’ άλλου, όπως και ο ίδιος ο George Brown (1985) σε μια αναδρομική θεώρηση της “ανακάλυψης” του ΕΣ, αναφέρει ότι δεν πρόκειται στ’ αλήθεια για ένα α-θεωρητικό (“atheoretical”) εργαλείο μέτρησης. Όπως λέει, «φαίνεται πιθανό ότι ένα εργαλείο μέτρησης απαιτείται αποκλειστικά και μόνο επειδή υπάρχει μια θεωρία».

## 7.8. ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Τα επίπεδα του ΕΣ θεωρείται ότι αντανακλούν μια *αλληλεπίδραση* (Leff & Vaughn, 1985) και ότι οι χαρακτηριστικές στάσεις του συγγενούς απέναντι στον ασθενή που αξιολογούνται με την CFI ή το 5MSS είναι αντιπροσωπευτικές μιας σχέσης που διαρκεί μέσα στον χρόνο (Vaughn & Leff, 1976a,b). Ορισμένοι μελετητές ωστόσο υποστηρίζουν, ότι εφόσον οι μετρήσεις με τα σχετικά εργαλεία γίνονται από τον ασθενή, δεν αντανακλούν οπωσδήποτε μια καθημερινή συμπεριφορά και επικοινωνία μεταξύ των δύο (Goldstein 1983, Goldstein & Rodnick 1975, Seywert 1984) και θα ήταν σωστότερο να θεωρηθούν ως μέτρο της *στάσης* του συγγενούς απέναντι στον ασθενή (Asarnow et al., 1994). Υπάρχουν βέβαια κάποια ερευνητικά δεδομένα που υποδεικνύουν διαφορετικά αλληλεπιδραστικά πρότυπα ανάμεσα σε υψηλού- και χαμηλού-ΕΣ οικογένειες (για ανασκόπηση, βλ. Hooley, 1990), καθώς επίσης ανάμεσα σε οικογένειες καταθλιπτικών παιδιών σε σύγκριση με οικογένειες μη καταθλιπτικών (Cole & Rehm 1986, Cook et al. 1990, McCauley & Myers 1992). Περαιτέρω έρευνα, με άμεση παρατήρηση και εκτίμηση των αλληλεπιδράσεων μητέρας-παιδιού, θα μπορούσε να αποσαφηνίσει: α) Εάν η ασυμφωνία των αναφορών μητέρας-παιδιού ως προς την ψυχική του κατάσταση

αντανακλά μια διαταραχή της αλληλεπιδραστικής σχέσης β) Εάν κάποιες πτυχές αυτής της σχέσης ερμηνεύουν τον τρόπο που οι μητέρες υψηλού ΕΣ αντιλαμβάνονται την κατάθλιψη του παιδιού γ) Εάν η υπερ-βαθμολόγηση της κατάθλιψης των παιδιών από τις μητέρες υψηλού ΕΣ αντανακλά ένα pattern αλληλεπιδραστικής σχέσης ειδικό για την παιδική κατάθλιψη, ή πρόκειται για μια χαρακτηριστική στάση των μητέρων υψηλού ΕΣ ανεξαρτήτως της ψυχοπαθολογίας του παιδιού.

Ένα ζήτημα στη μελέτη της ψυχοπαθολογίας της παιδικής και εφηβικής ηλικίας είναι η σχεδόν αποκλειστική εστίαση στις μητέρες, πράγμα που ενισχύει τις στάσεις ενοχοποίησης των μητέρων και περιθωριοποίησης των πατέρων στην κατανόηση των προβλημάτων του παιδιού (Caplan & Hall-McCorquodale 1985, Phares & Compas 1992). Μια προσεκτικότερη εξέταση της συναισθηματικής έκφρασης και της άποψης των πατέρων απέναντι στην ψυχική διαταραχή του παιδιού θα ήταν εξαιρετικά ωφέλιμη στην θεραπευτική εργασία με τις οικογένειες. Η σύγκριση μεταξύ των απόψεων των γονέων θα μπορούσε να αποσαφηνίσει εάν οι διαφορετικές στάσεις τους επενεργούν ως προστατευτικός παράγοντας στην εμφάνιση και διατήρηση των ψυχικών δυσκολιών του παιδιού, ή ως μια πιθανή αιτία γονεϊκής σύγκρουσης.

Στη μελέτη μας δε μετρήθηκαν οι «αιτιακές αποδόσεις» των μητέρων σε σχέση με την κατάθλιψη των παιδιών. Θα είχε ερευνητικό ενδιαφέρον να αποσαφηνιστεί εάν η υπερ-βαθμολόγηση της κατάθλιψης των παιδιών που βρήκαμε σχετίζεται ανεξάρτητα με το υψηλό μητρικό ΕΣ ή είναι ένας διαμεσολαβητής των «αιτιακών αποδόσεων» (στάσεων «μη-ανοχής» και «αποδόσεων μομφής και υπευθυνότητας»), στο παιδί για τη νόσο του. Ασφαλώς, η διερεύνηση των ερωτημάτων μας σε ένα μεγαλύτερο δείγμα παιδιών και εφήβων θα μπορούσε να δώσει πιο πλούσια και πιο αξιόπιστα αποτελέσματα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ



- Abeles G. (1976) Researching the unresearchable: Experimentation on the double bind. In C. E. Sluzki & D. C. Ransom (Eds) *Double bind: The foundation of the communicational approach to the family*. New York: Grune & Stratton. Pp. 113-149.
- Abraham K. (1927) Notes on the psychoanalytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. In: E. Jones (Ed) *Selected Papers*. Hogarth Press, London. Pp 137-156.
- Achenbach T. M. (1991) *Manual for the Child Behavior Checklist and revised child behaviour profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach T. M. (1991) *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach T. M., McConaughy S. H., Howell C. T. (1987) Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101 (2), 213-232.
- Ackerman N.W. (1958) *The psychodynamics of family life: Diagnosis and treatment of family relationships*. New York: Basic.
- Adrian C., Hammen C. (1993) Stress exposure and stress generation in children of depressed mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 354-359.
- Aguilera A., López S. R., Breitborde N. J., Kopelowicz A., Zarate R. (2010) Expressed emotion and sociocultural moderation in the course of schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 119 (4), 875-885.
- Akiskal H. S., Weller E. B. (1989) Mood disorders and suicide in children and adolescents. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds) *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Vol 2, 5<sup>th</sup> ed). Baltimore, Williams & Wilkins.
- Alloy L. B., Abramson L. Y., Walshaw P. D., Neeren A. M. (2006) Cognitive vulnerability to unipolar and bipolar mood disorders. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 25 (7), Special issue: Cognitive vulnerability to psychological disorders, 726-754.
- Altman D. G. (1991) *Practical Statistics for Medical Research*. London, Chapman & Hall. Ch. 5.
- Alway Y., McKay A., Ponsford J., Schönberger M. (2012) Expressed emotion and its relationship to anxiety and depression after traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 22 (3), 374-390.
- Amaresha A. C., Venkatasubramanian G. (2012) Expressed emotion in schizophrenia: an overview. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34 (1), 12-20.
- Ambrosini P. J. (2000) Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 49-58.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson J. C., McGee R. (1994) Comorbidity of depression in children and adolescents. In W. M. Reynolds & H. F. Johnson (Eds) *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. New York: Plenum. Pp 581-601.

- Anderson J. C., Williams S., McGee R., Silva P. (1989) Cognitive and social correlates of DSM-III disorders in preadolescent children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 842-846.
- Andrew B., Hawton K., Fagg J. et al., (1993) Do psychosocial factors influence outcome in severely depressed female psychiatric in-patients? *British Journal of Psychiatry*, 163, 747-754.
- Angold A. (1998a) Childhood and adolescent depression. I. Epidemiological and aetiological aspects. *British Journal of Psychiatry*, 152, 601-617.
- Angold A., Costello E. J. (1993) Depressive comorbidity in children and adolescents. Empirical, theoretical, and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1779-1791.
- Angold A., Costello A. J., Pickles A., et al (1987) *The development of a questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents*. London: Institute of Psychiatry, London University.
- Appleboon-Fondu J., Kerkofs M., Mendlewicz J. (1988) Depression in adolescents and young adults: polysomnographic and neuroendocrine aspects. *Journal of Affective Disorders*, 14, 35-40.
- Armsden G., Greenberg M. (1987) The inventory of parent and peer attachment. *Journal of Youth & Adolescence*, 16 (5).
- Armsden G. C., McCauley E., Greenberg M. T., Burke P. M., Mitchell J. R. (1990) Parent and peer attachment in early adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 683-697.
- Asarnow J. R., Bates S. (1988) Depression in child psychiatric inpatients: cognitive and attributional patterns. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 601-615.
- Asarnow J. R., Ben-Meir S. (1988) Children with schizophrenia spectrum and depressive disorders: a comparative study of premorbid adjustment, onset pattern and severity of impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 477-488.
- Asarnow J. R., Carlson G., Guthrie D. (1987) Coping strategies, self-perceptions, hopelessness and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 55, 361-366.
- Asarnow J. R., Goldstein M. J., Tompson M., Guthrie D. (1993) One-year outcomes of depressive disorders in child psychiatric in-patients: evaluation of the prognostic power of a brief measure of Expressed Emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34 (2), 129-137.
- Asarnow J. R., Tompson M., Hamilton E. B., Goldstein M. J., Guthrie D. (1994) Family-expressed emotion, childhood-onset depression, and childhood-onset schizophrenia spectrum disorders: is expressed emotion a nonspecific correlate of child psychopathology or a specific risk factor for depression? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22 (2), 129-146.
- Asarnow J. R., Tompson M., Woo S., Cantwell D. P. (2001) Is Expressed Emotion a Specific Risk Factor for Depression or a Nonspecific Correlate of Psychopathology? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29 (6), 573-583.
- Baden A. D., Howe G. W. (1992) Mothers' attributions and expectancies regarding their conduct-disordered children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 467-485.

- Bailly D., Beauscart R., Collinet C., Alexandre J. Y., Parquet P. (1992a) Sex Differences in the Manifestations of Depression in Young People. A Study of French High School Students. Part I: Prevalence and Clinical Data. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1(3), 135-145.
- Bailey J. M., Pillard R. C. (1993) In reply to Lidz. Re: A genetic study of male sexual orientation. *Archives of General Psychiatry*, 50, 240-241.
- Baker B. L., Heller T. L., Henker B. (2000) Expressed emotion, parenting stress, and adjustment in mothers of young children with behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(7), 907-915.
- Baker B., Helmes E., Kazarian S. S. (1984) Past and present perceived attitudes of schizophrenics in relation to rehospitalization. *British Journal of Psychiatry*, 144, 263-269.
- Barker P. (1997) The Way Forward: Developing a Comprehensive Service. In K. Nath Dwivedi & V. Varma (Eds) *Depression in Children and Adolescents*. Whurr Publishers: London. Pp 1139-1149.
- Barrelet I., Ferrero F., Szigethy L., Giddey C., Pellizzer G. (1990) EE and first admission schizophrenia: Nine month follow-up in a French cultural environment. *British Journal of Psychiatry*, 156, 357-362.
- Barrowclough C., Hooley M. J. (2003) Attributions and expressed emotion: A review. *Clinical Psychology Review*, 23, 849-880.
- Barrowclough C., Johnston M., Tarrrier N. (1994) Attributions, expressed emotion and patient relapse: An attributional model of relatives' response to schizophrenic illness. *Behavior Therapy*, 25, 67-88.
- Barrowclough C., Parle M. (1997) Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 171, 26-30.
- Barrowclough C., Tarrrier N. (1990) Social functioning in schizophrenic patients: I. The effects of expressed emotion and family intervention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 125-129.
- Bateson G., Jackson D. D., Haley J., Weakland J. (1956) Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, vol1, 251-264.
- Battle J. (1981) *The culture-free self-esteem Inventory, Form B*. Washington, Special Child Publications.
- Beardslee W. R., Bamporad J., Keller M. B., Klerman G. L. (1983) Children of parents with major affective disorder: A review. *American Journal of Psychiatry*, 140, 825-832.
- Beardslee W. R., Keller M. B., Klerman G. L. (1985a) Children of parents with major affective disorders. *International Journal of Family Psychiatry*, 6, 283-299.
- Beardslee W. R., Keller M. B., Lavori P. W., Klerman G. L., Dorer D. J., Samuelson H. (1988) Psychiatric disorder in adolescent offspring of parents with affective disorder in a non-referred sample. *Journal of Affective Disorders*, 15, 313-322.
- Beardslee W. R., Keller M. B., Lavori P. W., Stanley J., Sacks N. (1993) The impact of parental affective disorder on depression in offspring: A longitudinal follow-up in a nonreferred sample. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 32, 723-730.

- Beavers W. R. (1982) Healthy, midrange, and severely dysfunctional families. In F. Walsh (Ed) *Normal family processes*. New York: Guilford Press (Pp. 45-66).
- Bebbington P., Kuipers L. (1994) The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: An aggregate analysis. *Psychological Medicine*, 24, 1-11.
- Beck A. T. (1987) Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5-37.
- Beck A., Weissman A. (1974) The measurement of pessimism; the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42 (6), 861-865.
- Bell R. Q., Harper L. V. (1977) *Child effects on adults*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bentsen H., Boye B., Munkvold O. G., Uren G., Lersbryggen A. B., Oskarsson K. H., Berg-Larsen R., Lingjærde O., Malt U. F. (1996) Inter-rater reliability of expressed emotion ratings based on the Camberwell Family Interview. *Psychological Medicine*, 26, 821-828.
- Bentsen H., Notland T. H., Boye B., Munkvold O. G., Bjørge H., Lersbryggen A. B., Uren G., Oskarsson K. H., Berg-Larsen R., Lingjærde O., Malt U. F. (1998) Criticism and hostility in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses: demographic and clinical predictors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 76-85.
- Bentsen H., Notland T. H., Munkvold O. G., Boye B., Ulstein I., Bjørge H., Uren G., Lersbryggen A. B., Oskarsson K. H., Berg-Larsen R., Lingjærde O., Malt U. F. (1998b) Guilt proneness and expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses. *British Journal of Medical Psychology*, 71 (2), 125-138.
- Berkowitz R., Kuipers L., Eberlein-Freis R., Leff J. (1981) Lowering expressed emotion in relatives of schizophrenics. In M. J. Goldstein (Ed.) *New Directions for Mental Health Services: New Developments in interventions with Families of Schizophrenics*. San Francisco, Jossey-Bass. Pp 27-48.
- Berney T. P., Bhate S. R., Kolvin I., Famuyiwa O. O., Barrett M. L., Fundudis T., Tyrer S. P. (1991) The context of childhood depression project. *British Journal of Psychiatry*, 159 (Suppl. 2), 28-35.
- Bernstein G. A., Garfinkel B. D. (1988) Pedigrees, functioning, and psychopathology in families of school phobic children. *American Journal of Psychiatry*, 145, 50-74.
- Bertrando P., Bressi C., Cereda G., Clerici M., Farma T., Cazullo C. L. (1992) Expressed Emotion and schizophrenia in Italy: A study of an Italian urban population. Personal communication.
- Bibring E. (1953) The Mechanism of Depression. In P. Greenacre (Ed) *Affective Disorders*. International University Press, New York. Pp 13-48.
- Bickett L. R., Millich R., Brown R. T. (1996) Attributional styles of aggressive boys and their mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 457-472.
- Biederman J., Faraone S., Mick E., Lelon E. (1995a) Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 579-590.
- Biederman J., Faraone S., Mick E., Moore P (1996) Child Behavior Checklist findings further support comorbidity between ADHD and major depression in a referred

- sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (6), 734-742.
- Biederman J., Rosenbaum J. F., Bolduc E. A., Faraone S. V., Hirshfeld D. R. (1991) A high risk study of young children of parents with panic disorder and agoraphobia with and without comorbid depression. *Psychiatry Res*, 37, 333-348.
- Billing A. G., Moos R. H. (1986) Children of Parents with unipolar depression: a controlled 1-year follow up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 149-166.
- Bird H. R., Canino G., Rubio-Stipec M., et al. (1988) Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico: the use of combined measures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1120-1126.
- Birmaher B. (1999) Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A replication study. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1230-1236.
- Birmaher B., Brent D. A., Kolko D., Baugher M., Bridge J., Holder D., Iyengar S., Uloa R. E. (2000) Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 29-36.
- Birmaher B., Ryan N., Williamson D. E., Brent D. A., Kaufman J., Dahl R., Perel J., Nelson B. (1996a) Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (11), 1427-1439.
- Birmaher B., Ryan N., Williamson D. E., Brent D.A., and Kaufman J. (1996b) Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (12), 1575-1583.
- Birmaher B., Waterman S., Ryan N., et al. (1997) *Should we use antidepressant medication for children and adolescents with depressive disorders?* Florida: Boca-Raton.
- Birmaher B., Williamson D., Anderson B., Frank E. (1995) *Life events in depressed and normal adolescents using the Life Events and Difficulties Schedule*. Presented at the Depression Consortium, Pittsburgh.
- Birtchnell J. (1980) Women whose mothers died in childhood: an outcome study. *Psychological Medicine*, 10, 699-713.
- Blair C., Freeman C. Cull A. (1995) The families of anorexia nervosa and cystic fibrosis patients. *Psychological Medicine*, 25, 985-993.
- Bledin K. D., MacCarthy B., Kuipers L., Woods R. T. (1990) Daughters of people with dementia. Expressed emotion, strain & coping. *British Journal of Psychiatry*, 157, 221-227.
- Bodzyna-Dawidowski P., Rostworowska M., Barbaro B. (1989) *Stability of expressed emotion: A 3 year follow-up study of psychiatric patients*. Paper presented to XIX Congress of Behaviour Therapy, Vienna, Austria.
- Boger K. D., Tompson M. C., Briggs-Gowan M. J., Pavlis L. E., Carter A.S. (2008) Parental expressed emotion toward children: prediction from early family functioning. *Journal of Family Psychology*, 22 (5), 784-788.
- Bolton C., Calam R., Barrowclough C., Peters S., Roberts J., Wearden A., Morris J. (2003) Expressed emotion, attributions and depression in mothers of children with problem behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (2), 242-254.

- Boughton K., Lumley M. (2011) Parent prediction of child mood and emotional resilience: The role of parental responsiveness and psychological control. *Depression Research and Treatment*, vol. 2011, article ID 375398.
- Bowlby J. (1973) *Separation: Attachment and Loss*, vol 2, Basic Books, New York.
- Brent D. A., Perper J. A., Goldstein C. E., et al. (1988) Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 45, 581-588.
- Brent D. A., Perper J., Johnson B., et al. (1993a) Personality disorder, personality traits, impulsive violence and completed suicide in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 69-75.
- Brent D. A., Perper J. A., Moritz G., et al. (1993b) Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 521-529.
- Brent D. A., Perper J. A., Moritz G., et al. (1993c) Psychiatric sequelae to the loss of an adolescent peer to suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 509-517.
- Brent D. A., Perper J. A., Moritz G., et al. (1993d) Adolescent witness to a peer suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1184-1188.
- Brent D. A., Perper J. A., Moritz G., Baugher M., Schweers J., Roth C. (1994) Suicide in affectively ill adolescents: a case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 31, 193-202.
- Brewin C. R. (1985) Depression and causal attributions: what is their relation? *Psychological Bulletin*, 98, 297-309.
- Brewin C. R. (1988) *Cognitive Foundations of Clinical Psychology*. London: Erlbaum.
- Brewin C. R. (1994) Changes in attribution and expressed emotion among the relatives of patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 24, 905-911.
- Brewin C. R., MacCarthy B., Duda K., Vaughn C. E. (1991) Attributions and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 546-554.
- Broadhead W. E., Blazer D. G., George L. K., Tse C. K. (1990) Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2524-2528.
- Brockless J. (1997) The nature of depression in childhood: its causes and presentation. In K. Nath Dwivedi & V. Varma (Eds) *Depression in Children and Adolescents*. Whurr Publishers: London. Pp 9-36.
- Brown G. W. (1959) Experiences of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various types of living group. *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 37, 105-131.
- Brown G. W. (1985) The discovery of EE: Induction or deduction? In J. Leff & C. Vaughn, *Expressed Emotion in Families*. New York: Guilford.
- Brown G. W., Birley J. L. T., Wing J. K. (1972) Influence of family life on the course of schizophrenic disorders. *British Psychiatry*, 121, 241-258.
- Brown G.W., Carstairs G.M., Topping G. (1958) Post hospital adjustment of chronic mental patients. *Lancet*, 2, 685-689.

- Brown G. W., Harris T. O. (1978) *Social Origin of Depression*, Tavistock Publication, London.
- Brown G. W., Harris T. O. (1989) *Life Events and Illness*. New York, Guilford.
- Brown G. W., Harris T. O. (1993) Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. I. Early adversity. *Psychological Medicine*, 23, 143-154.
- Brown G. W., Harris T. O., Bifulco A. (1985) Long-term effects on early loss of parent. In M. Rutter, C. Izard & P. Read (Eds) *Depression in Childhood: Developmental Perspectives*. Guilford Press, New York.
- Brown G., Harris T., Copeland J. (1977) Depression and loss. *British Journal of Psychiatry*, 130, 1-18.
- Brown G. W., Monck E. M., Carstairs G. M., Wing J. K. (1962) Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 55-68.
- Brown G. W., Rutter M. (1966) The measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Human Relations*, 19, 241-263.
- Brown W. S., Jadresic E. (2000) Expressed emotion in the families of young people with epilepsy. *Seizure*, 9, 255-258.
- Bruch H. (1973) *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. New York, Basic Books.
- Bruch H. (1987) The changing picture of an illness: anorexia nervosa. In J. L. Sacksteder, D. P. Schwartz, Y. Akabane & C. T. Madison (Eds): *Attachment and the Therapeutic Process*. International Universities Press. Pp 205-222.
- Buchkremer G., Schulze-Monking H., Lewandowski L., Wittgen C. (1986) Emotional atmosphere in families of schizophrenic outpatients: Relevance of a practice-oriented assessment instrument. In M. Goldstein, I. Hand, & K. Hahlweg (Eds) *Treatment of Schizophrenia. Family Assessment and Intervention*. Berlin, Spinger-Verlag. Pp 79-84.
- Buchkremer G., Stricker K., Holle R., Kuhs H. (1991) The predictability of relapse in schizophrenic patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 240, 292-300.
- Bugental D., Blue J., Lewis J. (1990) Caregiver beliefs and dysphoric affect directed to difficult children. *Developmental Psychology*, 26, 631-638.
- Bumberry W., Oliver J. M., McClure J. N. (1978) Validation of the Beck Depression Inventory in a university population using psychiatric estimate as the criterion. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (1), 150-155.
- Burkhouse K. L., Uhrlass D. J., Stone L. B., Knopik V. S., Gibb B. E. (2012) Expressed emotion-criticism and risk of depression onset in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41 (6), 771-777.
- Butzlaff R. L., Hooley J. M. (1998) Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- Byalon K., Jed J., Lehman S. (1982) *Family intervention with treatment-refractory chronic schizophrenics*. Presented at the 70<sup>th</sup> International Congress of Applied Psychology, Edinburgh, Scotland.
- Cadoret R., Widner R. B., North C. (1980) Depression in family practice: Long-term prognosis and somatic complaints. *Journal of Family Practice*, 10, 625-629.

- Cantwell D. P. (1981) Childhood Depression: A review of current research. In: *Advances in Clinical, Child Psychology*, volume 5.
- Cantwell D. P., Lewinsohn P. M., Rohde P. Seeley J. R. (1997) Correspondence between adolescent report and parent report of psychiatric diagnostic data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (5), 610-619.
- Capaldi D., Stoolmiller M. (1999) Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: III. Prediction to young-adult adjustment. *Development and Psychopathology*, 11, 59-84.
- Caplan P. J., Hall-McCorquodale I. (1985) Mother-blaming in major clinical journals. *Journal of Orthopsychiatry*, 55, 345-353.
- Carey M. E., Gresham F. M., Faulstich M. E., Enyart P. (1987) Children's depression inventory: construct and discriminant validity across clinical nonreferred (control) populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 755-761.
- Carlson G. A., Cantwell D. P. (1980) A survey of depressive symptoms, syndrome and disorder in a child psychiatric population. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21, 19-25.
- Carlson G. A., Kashani J. H. (1988b) Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: Analysis of three studies. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1222-1225.
- Carroll B. J. (1985) Dexamethasone suppression test: A review of contemporary confusion. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 13-24.
- Carra' G., Cazzullo C. L., Clerici M. (2012) The association between expressed emotion, illness severity and subjective burden of care in relatives of patients with schizophrenia. Findings from an Italian population. *BioMedCentral Psychiatry*, 12(1), 140.
- Carroll A., Baglioni A. J., Houghton S., Bramston P. (1999) At risk and not at-risk primary school children: An examination of goal orientations and social reputations. *British Journal of Educational Psychology*, 69, 377-392.
- Cartwright K. L., Bitsakou P., Daley D., Gramzow R. H., Psychogiou L., Simonoff E., Thompson M. J., Sonuga-Barke E. J. (2011) Disentangling child and family influences on maternal expressed emotion toward children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50 (10), 1042-1053.
- Caspi A., Moffitt T. E., Morgan J., Rutter M., Taylor A., Arseneault L., Tully L., Jacobs C., Kim-Cohen J., Polo-Tomas M. (2004) Maternal expressed emotion predicts children's antisocial behavior problems: using monozygotic-twin differences to identify environmental effects on behavioral development. *Developmental Psychology*, 40 (2), 149-161.
- Chambers W., Puig-Antich J., Hirsch M., et al. (1985) The assessment of affective disorders in children and adolescents by semi-structured interview: test-retest reliability of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, Present Episode version. *Archives of General Psychiatry*, 42, 696-702.
- Chambless D. L., Bryan A. D., Aiken L. S., Steketee G., Hooley J. M. (2001) Predicting expressed emotion: a study with families of obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Family Psychology*, 15 (2), 225-240.



- Chambless D. L., Steketee G. (1999) Expressed emotion and behavior therapy outcome: a prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consultive Clinical Psychology*, 67 (5), 658-665.
- Chi, T. C., Hinshaw, S. P. (2002) Mother-child relationships of children with ADHD: The role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 387-400.
- Chilcoat, H. D., & Breslau, N. (1997). Does psychiatric history bias mothers' reports? An application of a new analytic approach. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 971-979.
- Christogiorgos S., Stavrou E., Widdershoven-Zervaki M. A., Tsiantis J. (2010) Brief Psychotherapy in adolescent depression: two case studies. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24 (3), 262-278.
- Cicchetti D., Rogosch F. A. (2002) A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 6-20.
- Clarke G. N., Hops H., Lewinsohn P. M., Andrews J. A., Seeley J. R., Williams J. (1992) Cognitive behavioral group treatment of adolescent depression: prediction of outcome. *Behavioral Therapy*, 23, 341-354.
- Cohen R., Niedermeier T., Watzl H. (1992) Expressed Emotion and relapse rates in schizophrenic patients: Camberwell Family Interview versus content analysis of verbal behavior. *Psychiatry Research*, 42 (3), 275-282.
- Cole J. D., Kazarian S. S. (1988) The level of Expressed Emotion Scale: a new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology*, 44 (3), 392-397.
- Cole D. A., Rehm L. P. (1986) Family interaction patterns and child depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 14, 297-214.
- Cole R. E., Reiss D. (Eds). (1993). *How the families cope with chronic illness?* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Comer J. S., Kendall P. C. (2004) A symptom-level examination of parent-child agreement in the diagnosis of anxious youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (7), 878-886.
- Compass B. E., Hammen C. L. (1996) Child and adolescent depression: Covariation and comorbidity in development. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garnezy & M. Rutter (Eds) *Stress, risk and resilience in children and adolescents*. Cambridge University Press: Cambridge. Pp 225-267.
- Conrad, M., & Hammen, C. (1989). Role of maternal depression in perceptions of child maladjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 663-667.
- Cook W. L., Asarnow J. R., Goldstein M. J., Marshall V. G., Weber E. (1990) Mother-child dynamics in early-onset depression and childhood schizophrenia spectrum disorders. *Development and Psychopathology*, 2, 71-84.
- Cooper B., Eastwood R. (1992) *Primary Health Care and Psychiatric Epidemiology*, Routledge, London.
- Costello E. G., Angold A. (1988) Scales to assess child and adolescent depression: checklists, screens and nets. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 726-737.
- Craighead W. E., Curry J. F., Ilardi S. S. (1995) Relationship of children's depression inventory factors to major depression among adolescents. *Psychological Assessment*, 7, 171-176.

- Cruise R. C., Sheeber L. B., Tompson M. C. (2011) Behavioral correlates of maternal expressed emotion in interaction tasks. *Journal of Family Psychology*, 25 (5), 781-784.
- Dahl R. E., Matty M. K., Birmaher B., Al-Shabbout M., Williamson D. E., Ryan N. D. (1996) Sleep onset in depressed adolescents. *Biological Psychiatry*, 39, 400-410.
- Dahl R. E., Puig-Antich J., Ryan N. D., et al. (1990) EEG sleep in adolescents with major depression: the role of suicidality and inpatient status. *Journal of Affective Disorders*, 19, 63-75.
- Dahl R. E., Ryan N. D., Williamson D. E., et al. (1991a) EEG sleep measures in prepubertal depression. *Psychiatry Res.*, 38, 201-214.
- Davidson S. (1960) School phobia as a manifestation of family disturbance. Its structure and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1, 270-287.
- De Bellis M. D., Dahl R. E., Perel J. M., et al. (1996) Nocturnal ACTH, cortisol, growth hormone, and prolactin secretion in prepubertal depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1130-1138.
- De Los Reyes A., Kazdin A. E. (2005) Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131 (4), 483-509.
- Dix T. (1991) The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin*, 110, 3-25.
- Doane J. A., West K. L., Goldstein M. G., Rodnick E. H., Jones J. E. (1981) Parental communication deviance and affective style: predictors of subsequent schizophrenia – spectrum disorders in vulnerable adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 38, 679-685.
- Docherty N. M. (1995) Expressed emotion and language disturbances in parents of stable schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 411-418.
- Docherty N. M., Serper M. H., Harvey P. D. (1990) Development and preliminary validation of a Questionnaire Assessment of Expressed Emotion. *Psychological Reports*, 67, 279-287.
- Docherty N. M., St-Hilaire A., Aakre J. M., Seghers J. P., McCleery A., Divilbiss M. (2011) Anxiety interacts with expressed emotion criticism in the prediction of psychotic symptom exacerbation. *Schizophrenia Bulletin*, 37 (3), 611-618.
- Downey G., Coyne J.C. (1990) Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.
- Duhig, A. M., Renk, K., Epstein, M. K., Phares, V. (2000) Interparental agreement on internalizing, externalizing, and total behavior problems: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 435-453.
- Dulz B., Hand I. (1986) Short-term relapse in young schizophrenics: Can it be predicted and affected by family (CFI), patient and treatment variables? An experimental study. In M. J. Goldstein, I. Hand, & K. Hahlweg (Eds) *Treatment of schizophrenia: Family assessment and intervention*. Berlin: Springer-Verlag. Pp 59-75.
- Dumas J. E., Serketich W. J (1994) Maternal depressive symptomatology and child maladjustment: A comparison of three process models. *Behaviour Therapy*, 25, 261-281.

- Edman J. L., Danko G. P., Andrade N., McArdle J. J., Foster J., Glippa J. (1999) Factor structure of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) among Filipino-American adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 211-215.
- Ehrenberg M. F., Cox d., Koopman R. (1990) The prevalence of depression in high school students. *Adolescence*, 25, 905-912.
- Emmelkamp P. M. G., Kloek J., Blaauw E. (1992) Obsessive-compulsive disorders in principles and practice of relapse prevention. In P. H. Wilson (Ed) *Principles and practice of relapse prevention*. New York, Guilford. Pp 213-234.
- Emslie G. J., Rush A. J., Weinberg W. A., Kowatch R. A., Carmody T., Mayes T. L. (1998) Fluoxetine in child and adolescent depression: Acute and maintenance treatment. *Depression and Anxiety*, 7, 32-39.
- Emslie G. J., Rush A. J., Weinberg W. A., Rintelmann J. W., Roffwarg H. P. (1990) Children with major depression show reduced rapid eye movement latencies. *Archives of General Psychiatry*, 47, 119-124.
- Emslie G. J., Rush A. J., Weinberg W. A., Rintelmann J. W., Roffwarg H. P. (1994) Sleep EEG features of adolescents with major depression. *Biological Psychiatry*, 36, 573-581.
- Engel G. (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, N. A., Rodrigue, J. R., Geffken, G. R. (1994). Parent– child agreement on ratings of anxiety in children. *Psychological Reports*, 75, 1251–1260.
- Epstein N. B., Baldwin L. M., Bishop D. S. (1983) The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9: 171-180.
- Estes H. R., Haylett C., Johnson A. (1956) Separation anxiety. *American Journal of Psychotherapy*, 10, 682-695.
- Falloon I., Boyd J. L., McGill C. W., Razani J., Moss H. B., Gilderman A. M. (1982) Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia. A controlled study. *New England Journal of Medicine*, 306,1437-1440.
- Falloon I., Boyd J. L., McGill C. W., Williamson M., Razani J., Moss H. B., Gilderman A. M., Simpson G. M. (1985) Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 42, 887-896.
- Falloon I., McGill C. W., Boyd J. L., Pederson J. (1987) Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: social outcome of a two-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 17, 59-66.
- Fearon M., Donaldson C., Burns A., Tarrier N. (1998) Intimacy as a determinant of expressed emotion in carers of people with Alzheimer's disease. *Psychological Medicine*, 28, 1085-1090.
- Fennig S., Carlson G. A. (1995) Advances in the study of mood disorders in childhood and adolescence. *Current Opinions in Pediatrics*, 7 (4), 401-404.
- Ferdinand R. F., van der Ende J., Verhulst F. C. (2004) Parent-adolescent disagreement regarding psychopathology in adolescents from the general population as a risk Factor for adverse outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 113 (2), 198-206.

- Ferro T., Carlson G. A., Grayson P., Klein D. N. (1994) Depressive disorders: distinctions in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 664-670.
- Ferster C. B. (1973) A functional analysis of depression. *American Psychology*, 28, 857-869.
- Fichter M. M., Glynn S. M., Weyerer S., Liberman R. P., Frick U. (1997) Family climate and expressed emotion in the course of alcoholism. *Family Process*, 36, 203-221.
- Fiedler P., Backenstrass M., Kronmuller K.T., Mundt C. (1998) "Expressed emotion", marital quality and risk of recurrence in depressed patients. *Nervenarzt*, 69 (7), 600-608.
- Finch A. J., Saylor C. E., Edwards G. L. (1985) Children's Depression Inventory: sex and grade norms for normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 424-425.
- Fischmann-Havstad L., Marston A. R., (1984) Weight loss maintenance as an aspect of family emotion and process. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 265-271.
- Flament M. F., Cohenn D., Choquet M., Jeamment P., Ledoux S. (2001) Phenomenology, psychosocial correlates, and treatment seeking in Major Depression and Dysthymia of adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (9), 1070-1078.
- Flanagan D. A. J (1998) A retrospective analysis of expressed emotion (EE) and affective distress in a sample of relatives caring for traumatically brain-injured (TBI) family members. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 431-439.
- Flanagan D. A. J., Wadner H. L. (1991) Expressed Emotion and panic-fear in the prediction of diet treatment compliance. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 231-240.
- Fleming J., Boyle M., Offord D. (1993) The outcome of adolescent depression in the Ontario Child Health Study follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 28-33.
- Fleming J. E., Offord D. R., Boyle M. H. (1989) Prevalence of childhood and adolescent depression in the community: Ontario child health study. *British Journal of Psychiatry*, 155, 647-654.
- Fleming J., Offord D. (1990) Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.
- Florin I., Nostadt A., Reck C. Franzen U., Jenkins M. (1992) Expressed emotion in depressed patients and their partners. *Family Process*, 31 (2), 163-174.
- Fombonne E. (1995) Depressive disorders: Time trends and possible explanatory mechanisms. In: Rutter M., Smith D. J. (eds), *Psychosocial disorders in young people. Time trends and their causes*. Academia Europaea. John Wiley and Sons Ltd: London.
- Forehand R., McCombs A., Brody G. H. (1987) The relationship between parental depressive mood states and child functioning. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 9, 1-20.
- Forsterling F. (1988) *Attribution Theory in Clinical Psychology*. Chichester: Wiley.

- Frank E., Anderson B., Reynold C. F., Ritenour A., Kupfer D. J. (1994) Life events and the Research Diagnostic Criteria endogenous subtype. A confirmation of the distinction using the Bellford College Methods. *Archives of General Psychiatry*, 51, 519-524.
- Frank E., Prien R. F., Jarrett R. B., Keller M. B., Kupfer D. J., Lavori P. W., Rush J., Weissman M. M. (1991) Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 48, 851-855.
- Freud S. (1957) *Mourning and Melancholia*, Standard Edition, Hogarth Press, London. Pp 237-260.
- Friedmann M. S., Goldstein M. J. (1993) Relatives' awareness of their own expressed emotion as measured by a self-report adjective checklist. *Family Process*, 32, 459-471.
- Friedmann M. S., Goldstein M. J. (1994) Relatives' perceptions of their interactional behavior with a schizophrenic family member. *Family Process*, 33, 377-387.
- Fromm-Reichmann F. (1948) notes on the development and treatment of schizophrenia by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11, 263-273.
- Fujita H., Shimodera S., Izumoto Y., Tanaka S., Kii M., Mino Y., Inoue S. (2002) Family Attitude Scale: measurement of criticism in the relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry Research*, 110, 273-280.
- Fundudis T., Berney T.P., Kolvin I., Famuitwa O.O., Barrett L., Bhate S., Tyrer S. P. (1991) Reliability and validity of two self-rating scales in the assessment of childhood depression. *British Journal of Psychiatry*, 159 (Suppl. 11), 36-40.
- Gammon G. D., John K., Rothblum E. D., Mullen K., Tischler G. L., Weissman M. M. (1983) Use of a structured diagnostic interview to identify bipolar disorder in adolescent inpatients: Frequency and manifestations of the disorder. *American Journal of Psychiatry*, 140, 543-547.
- Garber J., Hilsman R. (1992) Cognition, stress, and depression in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1, 129-167.
- Garber J., Kriss M. R., Hoch M., Lindholm L. (1988) Recurrent depression in adolescents: a follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 49-54.
- Garber J., Weiss B., Shanley N. (1993) Cognition, depressive symptoms, and development in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 47-57.
- Garcia-Lopez L. J., Muela J. M., Espinosa-Fernandez L., Diaz-Castela M. (2009) Exploring the relevance of expressed emotion to the treatment of social anxiety disorder in adolescence. *Journal of Adolescence*, 32 (6), 1371-1376.
- Garoff F. F., Heinonen K., Pesonen A. K., Almqvist F. (2012) Depressed youth: treatment outcome and changes in family functioning in individual and family therapy. *Journal of Family Therapy*, 34 (1), 4-23.
- Gelder M., Gath D., Mayou R., Cowen P. (1996) *Oxford Textbook of Psychiatry*, 3<sup>rd</sup> ed. Oxford University Press, Oxford.
- Gerisma C. & Hale W.W 3<sup>rd</sup> (1997) Predictive power and construct validity of the Level of Expressed Emotion (LEE) scale. Depressed out-patients and couples from the general community. *British Journal of Psychiatry*, 170, 520-525.

- Gershon E. S., Hamovit J., Guroff J. J., et al. (1982) A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar, and normal control probands. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1157-1167.
- Gershon E. S., Hamovit J. H., Guroff J. J., Nurnberger J. I. (1987) Birth-cohort changes in manic and depressive disorders in relatives of bipolar and schizoaffective patients. *Archives of General Psychiatry*, 44, 314-319.
- Γεωργιάδης Δ., Τομαράς Β., Μαγριπλής Δ., Πομίνοι Β., Αλεξοπούλου Α. Κόρπα Τ., Φρανσίσ Κ., Λαναρά Ο. (2002) Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία στην παιδική κατάθλιψη. Θεωρητική προσέγγιση και πρακτική στο πλαίσιο μιας διακρατικής έρευνας. *Παιδί και Έφηβος. Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*, 4 (2), 77-91.
- Giannakopoulos G., Kazantzi M., Dimitrakaki C., Tsiantis J., Kolaitis G., Tountas Y. (2009) Screening for children's depression symptoms in Greece: the use of the Children's Depression Inventory in a nation-wide school-based sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18 (8), 485-492.
- Gibb B. E., Uhrlass D. J., Grassia M., Benas J. S., McGeary J. (2009) Children's inferential styles, 5-HTTLPR genotype, and maternal expressed emotion-criticism: An integrated model for the intergenerational transmission of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 118 (4), 734-745.
- Gilhooly M. L. M., Whittick J. E. (1989) Expressed emotion in caregivers of the dementing elderly. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 265-272.
- Gittelman-Klein R., Klein D. F. (1980) Separation anxiety in school refusal and its treatment with drugs. In L. Hersov & I. Berg (Eds) *Out of School-Modern Perspectives in School Refusal and Truancy*. Wiley, Chichester. Pp 321-341.
- Gladstone T. R., Kaslow N. J. (1995) Depression and attributions in children and adolescents: a meta-analytic review. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 597-606.
- Glynn S., Randolph E., Brentwood S.E. (1988) *Expressed emotion and negative symptoms in schizophrenia*. Poster presentation. Behaviour Therapy World Congress. Edinburg, Sept. 5-10.
- Glynn S. M., Randolph E. T., Eth S., Paz G. G., Leong G. B., Shaner A. L., Strachan A. (1990) Patient Psychopathology and expressed emotion in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 157, 877-880.
- Goetz R. R., Puig-Antich J., Ryan N., et al. (1987) Electroencephalographic sleep of adolescents with major depression and normal controls. *Archives of General Psychiatry*, 44, 61-68.
- Goldenberg I., Goldenberg H. (1990) *Family therapy: An overview*. Pacific Grove, CA: Brooks Cole.
- Goldstein M. J. (1992) Commentary on "expressed emotion in depressed patients and their partners". *Family Process*, 31, 172-174.
- Goldstein M. J., Miklowitz D. J., Strachan A.M., Doane J. A., Neuchterlein K. H., Feingold D. (1989) Patterns of expressed emotion and patient coping styles that characterize the families of recent onset schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, 155 (suppl.5), 107-111.
- Goldstein M. J., Rodnick E. H., Evans J. R., May P. R., Steinberg M. (1978) Drug and family therapy in the aftercare treatment of acute schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1169-1177.

- Goldstein M. J., Talovic S. A., Nuechterlein K. H., Fogelson D. L., Subotnik K. L., Asarnow R. F. (1992) Family interactions versus individual psychopathology? Do they indicate the same processes in the families of schizophrenics? *British Journal of Psychiatry*, 161 (Suppl. 18), 97-102.
- Goodman S. H., Brumley H. E. (1990) Schizophrenic and depressed mothers: relational deficits in parenting. *Journal of Developmental Psychology*, 26, 31-39.
- Goodman S. H., Gotlib I. H. (1999) Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106, 458-490.
- Goodyer I. M. (ed) (1995) *The depressed Child and Adolescent: Developmental and Clinical Perspectives*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Goodyer I. M., Germany E., Gowrusankur J., Altham P. (1991) Social influences on the course of anxious and depressive disorders in school-age children. *British Journal of Psychiatry*, 158, 676-684.
- Goodyer I., Kolvin I., Gatzanis S. (1985) Recent undesirable life events and psychiatric disorder in childhood and adolescence. *British Journal of Psychiatry*, 147, 517-523.
- Goodyer I. M., Wright C., Altham P. M. E. (1988) Maternal adversity and recent stressful life events in anxious and depressed children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 651-667.
- Gotlib I. H., Lewinsohn P. M., Seeley J. R., Rohde P., Redner J. E. (1993) Negative cognition and attributional style in depressed adolescents: an examination of stability and specificity. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 607-615.
- Gottesman I. I. (1991) *Schizophrenia genesis: The origins of madness*. New York: Freeman.
- Gottesman I.I., McGuffin P., Farmer A.E. (1987) Clinical Genetics as clues to the "Real" Genetics of Schizophrenia (A decade of modest gains while playing for time). *Schizophrenia Bulletin*, 13, 23-47.
- Gottschalk L. A., Gleser G. C. (1969) *The measurement of psychological states through analysis of verbal behavior*. Berkeley: University of California Press.
- Gottschalk A. L., Keatinge C. (1993) Influence of patient caregivers on course of patient illness: "Expressed Emotion" and alternative measures. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (6), 898-912.
- Greden J. F., Gardner R., Kind D., et al. (1983) Dexamethasone suppression test in antidepressant treatment of melancholia. *Archives of General Psychiatry*, 40, 493-500.
- Greedharry D. (1987) EE in the families of mentally handicapped: a pilot study. *British Journal of Psychiatry*, 150, 400-402.
- Grills A. E., Ollendick T. H. (2003) Multiple informant agreement and the anxiety disorders interview schedule for parents and children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (1), 30-40.
- Grinberg L. (1962) On specific aspects of counter-transference due to patient's projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 436-440.
- Γκριτζέλας Γ., Τάσση Μ., Μαραγκίδη Μ., Τσαρούχη Λ., Μπελιβανάκη Μ., Αναστασόπουλος Δ. (2002) Η παράλληλη εργασία με τους γονείς. Η αθέατη

- πλευρά στην ψυχοθεραπεία του παιδιού. *Παιδί και Έφηβος. Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*, 4 (2), 63-76.
- Gutierrez E., Escudero V., Valero J. A. (1988) Expresion de emociones y curso de la esquizofrenia: II Expresion de emociones y curso de la esquizofrenia en pacientes en remission. *Analisis y modification de Conducta*, 14, 275-316.
- Hahlweg K., Goldstein M. J., Nuechterlein K. H., Magana A. B., Mintz J., Doane J. A., Miklowitz D. J., Snyder K. S. (1989) Expressed emotion and patient-relative interaction in families of recent onset schizophrenics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (1), 11-18.
- Halford K. W. (1992) Assessment of family interaction with a schizophrenic member. In D. J. Kavanagh (Ed) *Schizophrenia: An overview and practical handbook* London: Chapman & Hall. Pp 254-274.
- Hale W. W. 3rd, Keijsers L., Klimstra T. A., Raaijmakers Q. A., Hawk S., Branje S. J., Frijns T., Wijsbroek S. A., van Lier P., Meeus W. H. (2011) How does longitudinally measured maternal expressed emotion affect internalizing and externalizing symptoms of adolescents from the general community? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52 (11), 1174-1183.
- Haller K. A. (1989) *The double bind: Paradox in human behavior*. Doctoral Dissertation, Teachers College/Columbia University, Univ. Microfilms 90-02502.
- Hammen C. (1990) Cognitive approaches to depression in children: current findings and new directions. In B. Lahey & A. Kazdin A. (Eds) *Advances in Clinical Child Psychology*. New York: Plenum. Pp 139-173.
- Hammen C. (1991) Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 555-561.
- Hammen C., Burge D., Burney E., Adrian C. (1990a) Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1112-1117.
- Hammen C., Burge D., Stanbury K. (1990b) Relationship of mother and child variables to child outcomes in a high-risk sample: a causal modeling analysis. *Journal of Developmental Psychology*, 26, 24-30.
- Harrington (1999) Depressive Disorders in Children and Adolescents: A Review. In M. Maj and N Sartorius (Eds) *Depressive Disorders*. John Wiley and Sons Ltd. Pp 233-266.
- Harrington R., Fudge H., Rutter M., Pickles A., Hill J. (1990) Adult outcomes of child and adolescent depression: I. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 47, 465-473.
- Harrington R., Rutter M., Weissman M., Fudge H., Groothues C., Bredenkamp D., Pickles A., Rende R., Wickramaratne P. (1997) Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands. I. Comparison of prepubertal, adolescent and early adult onset cases. *Journal of Affective Disorders*, 42, 9-22.
- Harrington R., Whittaker J., Shoebridge P. (1998) Psychological treatment of depression in children and adolescents: a review of treatment research. *British Journal of Psychiatry*, 173, 291-298.
- Hatfield B. A., Spaniol L., Zippel M. A. (1987) Expressed Emotion: A family perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 13 (2), 221-226.



- Hay D. F., Pawlby S., Sharp D., Schmücker G., Mills A., Allen H., Kumar R. (1999) Parents' judgements about young children's problems: why mothers and fathers might disagree yet still predict later outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (8), 1249-1258.
- Hayhurst H., Cooper Z., Paykel E.S., Vearnals S., Ramana R. (1997) Expressed emotion and depression. A longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 171, 439-443.
- Herjanic B., Reich W. (1982) Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10 (3), 307-324.
- Hibbs E. D. (2005) *Parental expressed emotion and its effects on children*. Presented at the 5<sup>th</sup> Symposium: From parents to children. The impact of parental illness to their children, Athens, Greece.
- Hibbs E., Hamburger S., Lenane M., Rapoport J., Kruesi M., Keysor C., Goldstein M. (1991) Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. *Child and Adolescent Psychology and Psychiatry*, 32(5), 757-770.
- Hibbs E., Zahn T., Hamburger S. et al. (1992) Parental expressed emotion and psycho-physiological reactivity in disturbed and normal children. *British Journal of Psychiatry*, 160, 504-510.
- Hilsman R., Garber J. (1995) A test of the cognitive diathesis-stress model of depression in children: academic stressors, attributional style, perceived competence, and control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 370-380.
- Hinrichsen G.A., Pollack S. (1997) Expressed emotion and the course of late-life depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (2), 336-340.
- Hirshfeld D. R., Biederman J., Brody L., Faraone S. V., Rosenbaum J. F. (1997) Expressed emotion toward children with behavioral inhibition: Associations with maternal anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 910-917.
- Hodes M., Garalda M.E., Rose G., Schwart R. (1999) Maternal EE and adjustment in children with epilepsy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (7), 1083-1093.
- Hodes M., Le Grange D. (1993) Expressed Emotion in the investigation of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13 (3), 279-288.
- Hogarty G. E., Anderson C. M., Reiss D. J., Komblish S. J., Greenwald D. P., Javna C. D., Madonia M. J. & the EPICS Schizophrenia Research Group (1986) Family psycho-education, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
- Hogarty G. E., Schooler N. R., Ulrich R. F., Mussare F., Harron E., Ferro P. (1979) Fluphenazine and social therapy in the after care of schizophrenic patients: Relapse analyses of a two-year controlled study of Fluphenazine Decanoate and Fluphenazine Hydrochloride. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1283-1294.
- Hooley J. M. (1990) Expressed emotion and depression. In G. I. Keitner (Ed) *Depression and families*. Washington, DC: American Psychiatric Press. Pp. 57-83.

- Hooley J. M. (1986) Expressed emotion and depression: interactions between patients and high – versus low – expressed emotion spouses. *Journal of Abnormal Psychology*, 95 (3), 237-246.
- Hooley J. M. (1987) The nature and origins of expressed emotion. In: K. Hahlweg & M. J. Goldstein (Eds) *Understanding major mental disorder: The contribution of family interaction research*. New York: Family Process Press. Pp. 176-194.
- Hooley J. M. (2007) Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329-352.
- Hooley J. M., Gotlib I. H. (2000) A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology*, 135-151.
- Hooley J. M., Hahlweg K. (1986) The marriages and interaction patterns of depressed patients and their spouses: Comparison of high and low EE dyads. In M. J. Goldstein, I. Hand & K. Hahlweg (Eds) *Treatment of Schizophrenia: Family assessment and intervention*. Berlin: Springer-Verlag. Pp: 85-95.
- Hooley J. M., Hiller J. B. (2000) Personality and Expressed Emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (1), 40-44.
- Hooley J. M., Hoffman P. D. (1999) Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1557-1562.
- Hooley J. M., Licht D. M. (1997) Expressed emotion and causal attributions in the spouses of depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 298-306.
- Hooley J. M., Miklowitz D. J. (1995) Expressed emotion and depression in Egypt. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1240.
- Hooley J. M., Orley J., Teasdale J.D. (1986) Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 642-647.
- Hooley M. J., Parker A. H. (2006) Measuring expressed emotion: An evaluation of the shortcuts. *Journal of Family Psychology*, 20 (3), 386-396.
- Hooley J. M., Rosen L. R., Richters J. E. (1995) Expressed emotion: Toward clarification of a critical construct. In G. Miller (Ed) *The behavioral high-risk paradigm in psychopathology*. New York: Springer. Pp 88-120.
- Hooley J. M., Teasdale J. D. (1989) Predictors of relapse in unipolar depressives: expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 98 (3), 229-235.
- Huguelet Ph., Favre S., Binyet S., Gonzalez Ch., Zabala I. (1995) The use of the expressed emotion index as a predictor of outcome in first admitted patients with schizophrenia in a French speaking area of Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 447-452.
- Invernizzi G., Bressi C., Bertrando P., Passerini A., Giannelli A., Clerici M., Biglioli P., Cazzullo C. L. (1991) Emotional profile of families with a heart-operated patient: A pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 55, 1-8.
- Ivarsson T., Broberg A. G., Gillberg C. (2000) Brief report: depressive disorders in adolescence: An exploratory study of attachment characteristics and reflective functioning. Submitted to the *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Ivarsson T., Savalander P., Litlere O. (2006) The children's depression inventory (CDI) as measure of depression in Swedish adolescents. A normative study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 220-226.

- Jacobsen T., Hibbs E. D., Ziegenhain U. (2000) Maternal expressed emotion related to attachment disorganization in early childhood: A preliminary report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (7), 809-896.
- Jacobson N. S., Follette W. C., McDonald D. W. (1982) Reactivity to positive and negative behavior in distressed and non distressed marital couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 706-714.
- Jacobson N. S., Waldron H., Moore D. (1980) Toward a profile of marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 676-703.
- Jadresic E. (1988) Expresividad emocional familiar y epilepsia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 26, 26-31.
- Jarbin H., Grawe R. W., Hansson K. (2000) Expressed emotion and prediction of relapse in adolescents with psychotic disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54, 201-205.
- Jensen, P. S., Xenakis, S. N., Davis, H., Degroot, J. (1988) Child psychopathology rating scales and interrater agreement: II. Child and family characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 451-461.
- John K. Gammon G. D., Prusoff B. A., Warner B. (1987) The Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents (SAICA): Testing of a new semi-structured interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26 931-934.
- Johnson A. M. (1957) School phobia: discussion. *American Journal of Orthopsychiatry*, 27, 307-309.
- Johnson A. M., Falstein E. I., Szurek S. A., Svendsen M. (1941) School phobia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 11, 702-711.
- Joyce P. R., Oakley-Browne M. A., Wells J. E., Bushnell J. A., Hornblow A. R. (1990) Birth cohort trends in major depression: increasing rates and earlier onset in New Zealand. *Journal of Affective Disorders*, 18, 83-89.
- Kahn A. U., Todd S. (1990) Polysomnographic findings in adolescents with major depression. *Psychiatry Res.*, 33, 313-320.
- Kaplan H. I., Sadock B. J. (Eds) (1998) *Synopsis of Psychiatry* (8<sup>th</sup> ed.). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Karno M., Jenkins J. H., de la Selva A., Santana F., Telles C., Lopez S., Mintz J. (1987) Expressed emotion and schizophrenic outcome among Mexican-American families. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 143-151.
- Kasanin J., Knight E., Sage P. (1934) The parent child relationship in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 79, 249-263.
- Kashani J. H., Barbero G. J., Bolander F. D. (1981) Depression in hospitalized pediatric patients. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 123-134.
- Kashani J. H., Beck N. C., Hooper E. W., et al. (1987a) Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 144, 584-589.
- Kashani J. H., Carlson G. A., Beck N. C., et al. (1987b) Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 144, 931-934.

- Kashani J. H., Dandoy A. C., Vaidya A. F., Soltys S. M., Reid J. C. (1990) Risk factors and correlates of severe psychiatric disorders in a sample of inpatient children. *American Journal of Psychiatry*, 147, 780-784.
- Kashani, J. H., Orvaschel, H., Burk, J. P., Reid, J. C. (1985). Informant variance: The issue of parent– child disagreement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 437–441.
- Kashani J. H., Sherman D. D. (1988) Childhood depression: Epidemiology, etiological models, and treatment implications. *Integrative Psychiatry*, 6, 1-8.
- Kashani J. H., Wesley D., Allan M. A., Niels M. A., Beck N., Bledsoe V., Reid J. C. (1997) Dysthymic disorder in clinically referred children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(10), 1426-1433.
- Kaufman J. (1991) Depressive disorders in maltreated children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 257-265.
- Kaufman J., Birmaher B., Brent D., Rao U., Flynn C., Moreci P., Williamson D., Ryan N. (1997) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.
- Kavanagh D. J. (1992) Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160, 601-620.
- Kavanagh D. J., O'Halloran P., Manicavasagar V., Crark D., Piatkowska O., Tennant C., Rosen A. (1997) The Family Attitude Scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Research*, 70, 185-195.
- Kazdin A. E., Colbus D., Rodgers A. (1986) Assessment of depression and diagnosis of depressive disorders among psychiatrically disturbed children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 499-515.
- Kazdin A. E., French N. H., Unis A. S., Esveldt-Dawson K., Sherick R. B. (1983) Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 504-510.
- Keller M. B., Beardsley W., Lavori P. W., Wunder J., Drs D. L., Samuelson H. (1988) Course of major depression in non-referred adolescents: a retrospective study. *Journal of Affective Disorders*, 15, 235-243.
- Keller M. B., Shapiro R. W. (1981) Major depressive disorder: Initial results from a one-year prospective naturalistic follow-up study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 761-768.
- Kendler K. S. (1995) Genetic epidemiology in psychiatry. Taking both genes and environment seriously. *Archives of General Psychiatry*, 52, 895-899.
- Kendler K. S., Prescott C. A. (1999) A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 56, 39-44.
- Kent L., Vostanis P., Feehan C. (1997) Detection of Minor and Major Depression in Children and Adolescents: Evaluation of the Mood and Feelings Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 565-573.
- Kerr T. A., Roth M., Shapira K. (1974) Prediction of outcome in anxiety states and depressive illness. *British Journal of Psychiatry*, 124, 125-133.

- Kershner J. G., Cohen N. J., Coyne J. C. (1996) Expressed emotion in families of clinically referred and nonreferred children: Toward a further understanding of the expressed emotion index. *Journal of Family Psychology*, 10, 97-106.
- Kessler R. C., McGonagle K. A., Nelson C. B., Hughes M., Swartz M., Blazer D. G. (1994a) Sex and depression in the national comorbidity survey: II. Cohort effects. *Journal of Affective Disorders*, 30, 15-26.
- Kessler R. C., McConagle K. A., Zhao S., et al. (1994b) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kety S. S., Ingraham L. G. (1992) Genetic transmission and improved diagnosis of schizophrenia from pedigrees and adoptees. *Journal of Psychiatric Research*, 26, 247-255.
- King S., Dixon M. J. (1995) Expressed emotion, family dynamics, and symptom severity in a predictive model of social adjustment for schizophrenic group adults. *Schizophrenia Research*, 14, 121-132.
- King L., Pittman G. (1970) A six-year follow-up study of 65 adolescent patients. *Archives of General Psychiatry*, 22, 230-236.
- Klausner E., Koenigsberg H. W., Skolnick N., Chung H., Rosnick P., Pelino D., Campbell R. (1995) Perceived familial criticism and glucose control in insulin-dependent diabetes mellitus. *International Journal of Mental Health*, 24, 64-75.
- Klein M. (1946) Notes on some schizoid mechanisms. *International Psycho-Analysis*, 27, 99-110.
- Klein R. G. (1991) Parent-child agreement in clinical assessment of anxiety and other psychopathology: a review. *Journal of Anxiety Disorders*, 5 (2), 187-198.
- Klein D. N., Riso L. P., Donaldson S. K., et al. (1995) Family study of early-onset dysthymia: mood and personality disorders in relatives of outpatients with dysthymia and episodic major depression and normal controls. *Archives of General Psychiatry*, 52, 487-496.
- Klein D. N., Taylor E. B., Dickstein S., Harding K. (1988a) The early-late onset distinction in DSM-III-R dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 14, 25-33.
- Klein D. N., Taylor E. B., Dickstein S., Harding K. (1988b) Primary early-late onset dysthymia: comparison with primary nonbipolar nonchronic major depression on demographic, clinical, familial, personality, and socioenvironmental characteristics and short-term outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 387-398.
- Klerman G. L., Weissman M. M. (1989) Increasing rates of depression. *Journal of the American Medical Association*, 261, 2229-2235.
- Kobak R., Ferenz-Gillies R. (1995) Emotion regulation and depressive symptoms during adolescence: A functionalist perspective. *Development and Psychopathology*, 7, 183-192.
- Koenigsberg H. W., Handley R. (1986) Expressed emotion: From predictive index to clinical construct. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1361-1373.
- Koenigsberg H. W., Klausner E., Chung H., Pelino D., Campbell R. (1995) Expressed emotion and warmth. Extending the EE construct to insulin-dependent diabetes mellitus. *International Journal of Mental Health*, 24, 50-63.

- Koenigsberg H. W., Klausner E., Pelino D., Rosnick P., Campbell R. (1993) Expressed emotion and glucose control in insulin-dependent diabetes mellitus. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1114-1115.
- Kolaitis G., Korpa t., Kolvin I., Tsiantis J. (2003) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present Episode (K-SADS-P): inter-rater reliability study for Greek children and adolescents. *European Psychiatry*, 18(7), 374-375.
- Κολαΐτης Γ., Μουλλά Β., Αθανασιάδου Ε. (2002) Διαγνωστική αξιολόγηση: Προκαταρκτικά ευρήματα, δυσκολίες και προβληματισμοί. *Παιδί και Έφηβος. Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*, 4 (2), 40-50.
- Kolko D. J., Kazdin A. E. (1993) Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: correspondence among child, parent and teacher reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34 (6), 991-1006.
- Kolvin I., Barrett M. L., Bhat S. R. (1991) The Newcastle Child Depression Project: diagnosis and classification of childhood depression. *British Journal of Psychiatry*, 159 (11), 9-21.
- Kolvin I., Trowell J., Sadowski H., Τσιάντης Ι., Αναστασόπουλος Δ., Πανοπούλου-Μαράτου Ο., Τομαράς Β., Almqvist F. (1999) Ψυχοθεραπεία για την παιδική κατάθλιψη. *Παιδί και Έφηβος. Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*, 1 (2), 41-58.
- Koopmans M. (1997) Schizophrenia and the Family: Double Bind Theory Revisited. *York College. City University of New York*.
- Köttgen C., Sonnichsen I., Mollenhauser K., Jurth R. (1984) The family relations of young schizophrenic patients: results of the Hamburg Camberwell Family Interview Study I. *International Journal of Family Psychiatry*, 5, 61-70.
- Kovacs, M. (1992) *Children's Depression Inventory (CDI) Manual*. North Tonawanda, NY, Multi-Health Systems.
- Kovacs M. (1996) Presentation and course of Major Depressive Disorder during childhood and later years of the life span. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (6), 705-715.
- Kovacs M., Akiskal S. Gatsonis C., Parrone P. L. (1994a) Childhood-onset dysthymic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 51, 365-374.
- Kovacs M., Bastiaens L.J. (1995) The psychotherapeutic management of major depressive and dysthymic disorders in childhood and adolescence: issues and prospects. In I.M. Goodyer (Ed) *The Depressed Child and Adolescent: Developmental and Clinical Perspectives* New York, Cambridge University Press, 281-310.
- Kovacs M., Devlin B. (1998) Internalizing Disorders in Childhood. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*, 39 (1), 47-63.
- Kovacs M., Feinberg T. L., Crouse-Novak M. A., Paulauskas S. L., Finkelstein R. (1984b) Depressive disorders in childhood I. A longitudinal perspective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41, 229-237.
- Kovacs M., Feinberg T. L., Crouse-Novak M., Paulauskas S. L., Pollock M., Finkelstein R. (1984a) Depressive disorders in childhood. II: A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 643-649.

- Kovacs M., Gatsonis C. (1994) Secular trends in age at onset of major depressive disorder in a clinical sample of children. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 319-329.
- Kovacs M., Gatsonis C., Paulauskas S. L., Richards C. (1989) Depressive disorders in childhood. IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 46, 776-782.
- Kovacs M., Paulauskas S., Gatsonis C., Richards C. (1988) Depressive disorders in childhood. II: A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *Journal of Affective Disorders*, 15, 205-217.
- Krain, A. L., & Kendall, P. C. (2000). The role of parental emotional distress in parent report of child anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 328-335.
- Kramer T., Garralda M. E. (1998) Psychiatric disorders in adolescents in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 173, 508-513.
- Kreisman D., Blumenthal R., Borenstein M., Woerner M., Kane J., Rifkin A., Reardon G. (1988) Family attitudes and patient social adjustment in a longitudinal study of outpatients schizophrenics receiving low dose neuroleptics: the family's view. *Psychiatry*, 51, 3-13.
- Kreisman D. E., Simmens S. J., Joy V. D. (1979) Rejecting the patient: preliminary validation of a self-report scale. *Schizophrenia Bulletin*, 5 (2), 220-222.
- Kuipers L., (1992) Expressed emotion research in Europe. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 429-443.
- Kuipers L., Bebbington P. E. (1988) Expressed emotion research in schizophrenia: theoretical and clinical implications. *Psychological Medicine*, 18, 893-910.
- Kuipers L., Moore E. (1995) Expressed emotion and staff-client relationships. Implications for community care of the severe mentally ill. *International Journal of Mental Health*, 24 (3), 13-26.
- Kuipers L., Sturgeon D., Berkowitz R., Leff J. (1983) Characteristics of expressed emotion: its relationship to speech and looking in schizophrenic patients and their relatives. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 257-264.
- Kupfer D. J., Ulrich R. F., Coble P. A., et al (1985) Electroencephalographic sleep of young depressives. *Archives of General Psychiatry*, 42, 806-810.
- Kurihara T., Kato M., Tsukahara T., Takano Y., Reverger R. (2000) The low prevalence of high levels of expressed emotion in Bali. *Psychiatry Research*, 94, 229-238.
- Kutcher S. P., Marton P. (1991) Affective disorders in first-degree relatives of adolescent onset bipolar, unipolar and normal controls. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 75-78.
- Kutcher S., Williamson P., Marton P., Szali J. (1992) REM latency in endogenously depressed adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 161, 399-402.
- Lahmeyer H. W., Poznanski E. O. Bellur S. N. (1983) EEG sleep in depressed adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1150-1153.
- Laghezza L., Delvecchio E., Salcuni S., Di Riso D., Chessa D., Lis A., Tompson M. C. (2011) Five-minute speech sample measure of expressed emotion among parents of typically developing Italian children: a pilot study. *Perceptual and Motor Skills*, 112 (2), 382-392.

- Laing R. D., Esterson A. (1964) *Sanity, madness, and the family*. Harmondsworth: Pelican.
- Lam D. H. (1991) Psychological family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 21, 423-441.
- Lauth B., Arnkelsson G. B., Magnússon P., Skarphéðinsson G. Á., Ferrari P. Pétursson H. (2010) Parent-youth agreement on symptoms and diagnosis: assessment with a diagnostic interview in an adolescent inpatient clinical population. *Journal of Physiology - Paris*, 104 (6), 315-322.
- Lavori P. W., Klerman G. L., Keller M. B., Reich T., Rice J., Endicott J. (1987) Age-period-cohort analysis of secular trends in onset of major depression: findings in siblings of patients with major affective disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 21, 23-35.
- Lee C. M., Gotlib I. H. (1991) Adjustment of children of depressed mothers: a 10 month follow-up. *Journal of Abnormal Psychology*, 4, 473-477.
- Leeb B., Hahlweg K., Goldstein M. J., Feinstein E., Mueleer U., Dose M., Magana-Amato A. (1991) Cross-national reliability, concurrent validity, and stability of a brief method for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 39, 25-31.
- Leff J. P. (1992) Achieving emotional separation between high EE relatives and schizophrenic patients. In A. Werbart & J. Gullberg (Eds) *Psychotherapy of Schizophrenia: Facilitating Obstructive Factors*. Oslo: Scandinavian University Press. Pp 212-224.
- Leff J. P. (1994) Stress reduction in the social environment of schizophrenic patient. *Acta Psychiatrica Scandinavia Suppl.*, 384, 133-139.
- Leff J., Berkowitz R., Shavit N., Strachan A., Glass I., Vaughn C. (1989) A trial of family therapy v. a relatives' group for schizophrenia: *British Journal of Psychiatry*, 154, 58-66.
- Leff J.P., Kuipers L., Berkowitz R., Sturgeon D. (1985) A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 146: 594-600.
- Leff J.P., Kuipers L., Berkowitz R., Eberlein-Fries R., Sturgeon D. (1982) A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141: 121-134.
- Leff J., Vaughn C. (1980) The interaction of life events and relative's expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 136, 146-153.
- Leff J., Vaughn C. (1981) The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse of schizophrenia. A two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 139, 102-104.
- Leff J. P., Vaughn C. E. (1985) *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. New York, Guilford.
- Leff J. P., Wig N. N., Ghosh A., Bedi H., Menon D. K., Kuipers L., Korten A., Ernberg G., Day R., Sartorius N., Jablensky A. (1987) Expressed emotion and schizophrenia in North India: III. Influence of relatives' expressed emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh. *British Journal of Psychiatry*, 151, 166-173.



- Le Grange D. (1989) *Anorexia nervosa and family therapy: A study of changes in the individual and the family during the process of normal body weight restoration*. Unpublished doctoral dissertation, University of London, London.
- Le Grange D., Eisler I., Dare C., Hodes M. (1992a) Family criticism and self-starvation: A study of expressed emotion. *Journal of Family Therapy*, 14, 177-192.
- Le Grange D., Eisler I., Dare C., Russell G. F. M. (1992b) Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 347-357.
- Le Grange D., Hoste R. R., Lock J., Bryson S. W. (2011) Parental expressed emotion of adolescents with anorexia nervosa: outcome in family-based treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 44 (8), 731-734.
- Lester – Παπαματθαίακη Ε. (1988) Η κατάθλιψη των παιδιών και των εφήβων. Αυτοκτονία. Εισ Ι. Τσιάντη, Σ. Μανωλόπουλου (Επ. Έκδ.), *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*, τόμ. 2<sup>ος</sup>, τεύχος 2, Αθήνα, Εκδ. Καστανιώτη, 235-249.
- Levy D. M. (1931) Maternal overprotection and rejection. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 25, 886-889.
- Lewinsohn P. M., Biglan A., Zeiss A. M. (1976) Behavioral treatment of depression. In P. O. Davidson (Ed) *The Behavioral Management of Anxiety, Depression, and Pain*. Brunner/Mazel, New York. Pp 91-96.
- Lewinsohn P. M., Clarke G. N., Seeley J. R., Rohde P. (1994) Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 809-818.
- Lewinsohn P. M., Duncan E. M., Stanton A. K., Hautziner M. (1986) Age at onset for first unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 378-383.
- Lewinsohn P. M., Hops H., Roberts R. E., Seeley J. R., Andrews J. A. (1993a) Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-II-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Lewinsohn P. M., Rohde P., Seeley J. R., Fischer S. A. (1993c) Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 110-120.
- Lewinsohn P. M., Rohde P., Seeley J. R. (1995b) Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 510-519.
- Lewinsohn P. M., Rohde P., Seeley J. R. (1998) Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18(7), 765-794.
- Lewinsohn P. M., Rhode P., Seeley J. R. (1993b) Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 60-68.
- Lewinsohn P. M., Rohde P., Seeley J. R., Hops H. (1991) Comorbidity of unipolar depression I: major depression with dysthymia. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 205-213.
- Li Z., Arthur D. (2005) A study of three measures of expressed emotion in a sample of Chinese families of a person with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12 (4), 431-438.

- Liakopoulou M., Alifieraki T., Katideniou A., Peppas M., Maniati M., Tzikas D., Hibbs E., Dacou-Vouterakis C. (2001) Maternal Expressed Emotion and Metabolic Control of Children and Adolescents with Diabetes mellitus. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 78-85.
- Ling W., Oftedal G., Weinberg W. (1970) Depressive illness in childhood presenting as severe headache. *American Journal of Disabling Child*, 120, 122-124.
- Litz Th. (1968) The Family Language and the transmission of Schizophrenia. In D. Rosenthal & S.S. Kety (Eds) *The transmission of Schizophrenia*. Oxford: Pergamon. Pp. 175-184.
- Litz Th. (1973) *The origin and treatment of Schizophrenia*. New York: Basic.
- Litz Th., Fleck S. (1985) *Schizophrenia and the Family*. Second Edition. New York: International Universities.
- Livingston R., Nugent H., Rader L., Smith G. R. (1985) Family histories of depressed and severely anxious children. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1497-1499.
- Lloyd C. (1980) Life events and depressive disorder reviewed. I. Events as predisposing factors. *Archives of General Psychiatry*, 37, 529-535.
- Lucas C. P. (1991) Seasonal affective disorder in adolescence. *British Journal of Psychiatry*, 159, 863-865.
- MacCarthy B., Hemsley D., Schrank-Fernandez C., Kuipers L., Katz R. (1986) Unpredictability as a correlate of expressed emotion in the relatives of schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, 148, 727-731.
- MacMillan J. F., Crow T. J., Johnson A. L., Johnstone E. C. (1986) The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia: IV. Expressed emotion and relapse. *British Journal of Psychiatry*, 148, 133-143.
- Μαδιανός Μ. (1987) Κλίμακα Ολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (GAS) (1987). Η αξιοπιστία και εγκυρότητά της στον ελληνικό χώρο. *Εγκέφαλος*, 24, 97-100.
- Madianos M., Goumas G., Tomaras V., Kapsali A., Stefanis K. (1988) Family atmosphere on the course of chronic schizophrenia treated in a community mental health center. In C. N. Stefanis & A. D. Rabavilas (Eds) *Schizophrenia: Recent Biosocial Developments*. New York, Human Sciences Press. Pp 246-256.
- Magana-Amato A.B. (1993) Manual for coding expressed emotion from the 5-minute speech sample. *UCLA Family Project*, Los Angeles.
- Magana A., Goldstein M., Karno M., Miklowitz D., Jenkins J., Falloon I. (1986) A Brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 17, 203-212.
- Malla A. K., Kazarian S. S., Barnes S., Cole J. D. (1991) Validation of the Five Minute Speech Sample in measuring expressed emotion. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 297-299.
- Manne S. L., Zautra A. J. (1989) Spouse criticism and support: Their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 608-617.
- Μαράτου-Πανοπούλου Όλγα (2006) *Ψυχοθεραπεία στην κατάθλιψη παιδιών και εφήβων: I. Σχεδιασμός και μεθοδολογία της έρευνας II. Η έκβαση ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων*. Παρουσιάστηκε στο 19<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Ψυχιατρικό Συνέδριο, Αθήνα 4-7/5, Ελλάδα.

- Marks M., Wiek A., Checkley S., Kumar C. (1996) How does marriage protect women with histories of affective disorder from post-partum relapse? *British Journal of Medical Psychology*, 69, 329-342.
- Marom S., Munitz H., Jones P. B., Weizman A., Hermesh H. (2002) Familial expressed emotion: outcome and course of Israeli patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 731-743.
- Marom S., Munitz H., Jones P. B., Weizman A., Hermesh H. (2005) Expressed emotion: Relevance to rehospitalization in schizophrenia over 7 years. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 751-758.
- Marshall V. G., Longwell L., Goldstein M. J., Swanson J. M. (1990) Family factors associated with aggressive symptomatology in boys with attention deficit hyperactivity disorder: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31 (4), 629-636.
- Martindale B. V. (2007) Psychodynamic contributions to early intervention in psychosis. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 34-42.
- Marton P., Connolly J., Kutcher S., Korenblum M. (1993b) Cognitive social skills and social self-appraisal in depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 739-744.
- Marton P., Golombek H., Stein B., Korenblum M. (1987) Behavior disturbance and changes in personality dysfunction from early to middle adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 14, 394-406.
- Marton P., Korenblum M. P., Kutcher M., Stein S., Kennedy B., Pakes J. (1989) Personality dysfunction in depressed adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 810-813.
- Marton P., Kutcher S. (1995) The prevalence of cognitive distortion in depressed adolescents. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 20, 33-38.
- Mavreas V. G., Tomaras V., Karydi V., Economou M., Stefanis C. N. (1992) Expressed emotion in families of chronic schizophrenics and its association with clinical measures. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 4-9.
- McCarty C. A., Lau A. S., Valeri S., M., Weisz J. R. (2004) Parent-Child Interactions in relation to Critical and Emotionally Overinvolved Expressed Emotion (EE): Is EE a Proxy for Behavior? *Journal of Abnormal Child Psychopathology*, 32 (1), 83-93.
- McCarty C. A., Weisz J. R. (2002) Correlates of expressed emotion in mothers of clinically-referred youth: an examination of the five-minute speech sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (6), 759-768.
- McCauley E., Kendall K., Pavlidis K. (1995) The development of emotional regulation and emotional response. In I. M. Goodyer (Ed) *The Depressed Child and Adolescent: Developmental and Clinical Perspectives*. Cambridge University Press: Cambridge. Pp 53-80.
- McCauley E., Myers K. (1992) Family interactions in mood disordered youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1, 111-127.
- McCauley E., Myers K., Mitchel J., Calderon R., Schloredt K., Treder R. (1993) Depression in young people: initial presentation and clinical course. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 714-722.

- McCleary L., Sanford M. (2002) Parental expressed emotion in depressed adolescents: prediction of clinical course and relationship to comorbid disorders and social functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(5), 587-95.
- McCulloch T. L., Brunner J. S. (1939) The effect of electric shock upon subsequent learning in the rat. *Journal of Psychology*, 1, 333-336.
- McGee R., Williams S. (1988) A longitudinal study of depression in nine-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 342-348.
- McGue M., Gottesman I. I. (1989) Genetic linkage in Schizophrenia: perspectives from genetic epidemiology. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 453-464.
- McGuire J., Earls F. (1994) Research note: the test-retest stability of the five minutes speech sample in parents of disadvantaged minority children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 971-979.
- McKnew D. H., Cytryn L. (1979) Urinary metabolites in chronically depressed children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 608-615.
- McNab C., Haslam N., Burnett P. (2007) Expressed emotion, attributions, utility beliefs, and distress in parents of young people with first episode psychosis. *Psychiatry Research*, 151 (1-2), 97-106.
- Medina-Pradas C., Navarro J. B., Lòpez S. R., Grau A., Obiols J. E. (2011) Dyadic view of expressed emotion, stress, and eating disorder psychopathology. *Appetite*, 57 (3), 743-748.
- Meneghelli A., Alpi A., Pafumi N., Patelli G., Preti A., Cocchi A. (2000) Expressed emotion in first-episode schizophrenia and in ultra high-risk patients: results from the Programma 2000 (Milan, Italy).
- Merikangas K. R., Weissman M. M., Prusoff B. A., John K. (1988) Assortative mating and affective disorders: psychopathology of offspring. *Psychiatry*, 51, 48-57.
- Migone P. (1995) Expressed emotion and projective identification: a bridge between psychiatric and psychoanalytic concepts? *Contemporary Psychoanalysis*, 31, 617-640.
- Miklowitz D. J. (1994) Family risk indicators in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 137-149.
- Miklowitz D. J. (1995) The evolution of family based psychopathology. In R. H. Mikesell, D. D. Lusteran & S. H. McDaniel (Eds) *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*. Washington, DC: American Psychological Association. Pp 183-197.
- Miklowitz D. J. (2004) The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: A developmental psychopathology view. *Development and Psychopathology*, 16, 667-688.
- Miklowitz D. J., Axelson D. A., George E. L., Taylor D. O., Schneck C. D., Sullivan A. E., Dickinson L. M., Birmaher B. (2009) Expressed emotion moderates the effects of family-focused treatment for bipolar adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48 (6), 643-651.
- Miklowitz D. J., Biuckians A., Richards J. A. (2006) Early-onset bipolar disorder: A family treatment perspective. *Development and Psychology*, 18, 1247-1265.

- Miklowitz D. J., Goldstein M. J., Doane J. A., Neuchterlein K. H., Strachan A. M., Snyder K. S., Magaña-Amato A. (1989) Is expressed emotion an index of a transactional process? I. Parents' affective style. *Family Process*, 28, 153-167.
- Miklowitz D. J., Goldstein M. J., Falloon I. R. H., Doane J. A. (1984) Interactional correlates of expressed emotion in the families of schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, 144, 482-487.
- Miklowitz D. J., Goldstein M. J., Nuechterlein K. H., Synder K. S., Mintz J. (1988) Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45, 225-231.
- Miklowitz D. J., Strachan A. M., Goldstein M. J., Doane J. A., Snyder K. S., Hogerty G. E., Falloon I. R. H. (1986) Expressed emotion and communication deviance in the families of schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 60-66.
- Miklowitz D., Tompson M. C. (2003) Family variables and interventions in schizophrenia. In P. Sholevar (Ed) *Textbook of marital and family therapy*, APPI Press. Pp 585-671.
- Mino Y., Aoyama H., Fromm J. (1994) Depressive disorders in Japanese primary care patients. *Family Practice*, 11, 363-367.
- Mino Y., Inoue S., Shimodera S., Tanaka S. (2000) Evaluation of expressed emotion (EE) status in mood disorders in Japan: inter-rater reliability and characteristics of EE. *Psychiatry Research*, 94, 221-227.
- Mino Y., Inoue S., Shimodera S., Tanaka S., Tsuda T., Yamamoto E. (1998) Expressed emotion of families and negative/depressive symptoms in schizophrenia: o cohort study in Japan. *Schizophrenia Research*, 34, 159-168.
- Mino Y., Inoue S., Tanaka S., Tsuda T. (1997) Expressed emotion among families and course of schizophrenia in Japan: a 2-year cohort study. *Schizophrenia Research*, 24, 333-339.
- Mino Y., Tanaka S., Tsuda T., Babazono A., Inoue S., Aoyama H. (1995a) Training in evaluation of expressed emotion using the Japanese version of Camberwell Family Interview. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 183-186.
- Minuchin S., Rosman B. L., Baker L. (1978) *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell J., McCauley E., Burke P., Calderon R., Schloredt K. (1989) Psychopathology in parents of depressed children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 352-357.
- Mitchell J., McCauley E., Burke P. M., Mass S. J. (1988) Phenomenology of depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1, 12-20.
- Moline R. A., Singh S., Morris A., Meltzer H. (1986) Family expressed emotion and relapse in schizophrenia in 74 urban American patients. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1078-1081.
- Montero I., Gomez-Beneyto M., Ruizie Puche E., Adam A. (1992) The influence of family Expressed Emotion in the course of schizophrenia in a sample of Spanish patients: A two year follow-up study. Personal communication.
- Moor S., Sharrock G., Scott J., McQueen H., Wrate R., Cowan J., Blair C. (2000) Evaluation of a teaching package designed to improve teachers' recognition of depressed pupils – a pilot study. *Journal of Adolescence*, 23, 331-342.

- Moore E., Kuipers L. (1992) Behavioral correlates of expressed emotion in staff-patient interactions. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 27, 298-303.
- Moore E., Kuipers E. (1999) The measurement of expressed emotion in relationships between staff and service users: the use of short speech samples. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 345-356.
- Moos R. H., Moos B. S. (1981) *Family Environment Scale Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Moulds L. M., Touyz W. S., Schotte D., Beumont J. V. P., Griffiths R., Russell J., Charles M. (2000) Perceived Expressed Emotion in the siblings and parents of hospitalized patients with Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 288-296.
- Mozny P., Votyckova P. (1992) Expressed Emotion, relapse rate and utilization of psychiatric inpatient care in schizophrenia: A study from Czechoslovakia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 174-179.
- Μπίμπου Α., Κιοσέογλου Γ. (2001) Προσδιορισμός καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε παιδιά και εφήβους σχολικής ηλικίας Ι. Δεδομένα από τη χρήση του ερωτηματολογίου διάθεσης και συναισθημάτων. *Παιδί και Έφηβος. Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*, 3 (1), 71-95.
- Mufson L., Aidala A., Warner V. (1994) Social dysfunction and psychiatric disorder in mothers and their children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1256-1264.
- Mufson L., Weissman M. M., Warner V. (1992) Depression and anxiety in parents and children: a direct interview study. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 1-13.
- Najman, J. M., Williams, G. M., Nikles, J., Spence, S., Bor, W., O'Callaghan, M., et al. (2000). Mothers' mental illness and child behavior problems: Cause-effect association or observation bias? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 592-602.
- National Advisory Mental Health Council (1995) *Basic behavioral science research for mental health: a national investment*. Bethesda, MD: U.S Department of Health and Human Services.
- Nelson D. R., Hammen C., Brennan P. A., Ullman J. B. (2003) The impact of maternal depression on adolescent adjustment: the role of expressed emotion. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 935-44.
- Newcorn J. H., Halperin J. M. (1994) Comorbidity among disruptive behavior disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 3, 227-252.
- Newman D. L., Moffitt T.E., Caspi A., Magdol L., Silva P.A., Stanton W.R. (1996) Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: prevalence, comorbidity, clinical significance and new case incidence from ages 11-21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 695-705.
- Nobile M., Begni B., Giorda R., Frigerio A., Marino C., Molteni M., Ferrarese C., Battaglia M. J. (1999) Effects of serotonin transporter promoter genotype on platelet serotonin transporter functionality in depressed children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1396-1402.
- Nolen-Hoeksema S., Girgus J. S., Seligman M. E. P. (1992) Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: a 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 405-422.

- Nuechterlein K. H., Snyder K. S., Dawson M. E., Rappe S., Gitlin M., Fogelson D. (1986) Expressed emotion, fixed dose fluphenazine decanoate maintenance, and relapse in recent onset schizophrenia. *Psychopharmacology Bulletin*, 22, 633-639.
- Nugter A. (1997) *Family factors and interventions in recent onset schizophrenia*. Unpublished doctoral dissertation, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- O' Farrell T. J., Hooley J. M., Fals-Stewart W., Cutter H. S. G. (1998) Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 744-752.
- Offord D. R., Boyle M. H., Racine Y., Szatmari P., Fleming J. E., Sanford M., Lipman E. (1996) Integrating assessment data from multiple informants. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1078-1085.
- Okasha A., el Akabawi A. S., Synder K. S., Wilson A. K., Youssef I., el Dawla A. S. (1994) Expressed emotion, perceived criticism and relapse in depression: A replication in an Egyptian community. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1001-1005.
- Oliver N., Kuipers L. (1996) Stress and its relationship to expressed emotion in community mental health workers. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 150-159.
- Ollson G. I., von Knorring A. L. (1999) Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 324-331.
- Ollson G. I., Nordstrom M. L., Arinel S., von Knorring A. L. (1999) Adolescent Depression: Social Network and Family Climate: A case-control study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(2), 227-237.
- Olson D. H. (1972) Empirically unbinding the double bind: A review of research and conceptual formulations. *Family Process*, 11, 69-94.
- Orford J., O'Reilly P., Goonatilleke A. (1987) EE and perceived family interaction in the key relatives of elderly patients with dementia. *Psychological Medicine*, 17: 963-970.
- Orhagen T., d'Elia G. (1991) Expressed emotion, a Swedish version of the Camberwell Family Interview. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 466-474.
- Orvaschel H. (1990) Early onset psychiatric disorder in high risk children and increased family morbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 184-188.
- Orvaschel H., Walsh-Allis G., Ye W. (1988) Psychopathology in children of parents with recurrent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 17-28.
- Otero S., Hodes M. (2000) Maternal EE and treatment compliance of children with epilepsy. *Dev Med Child Neurology*, 42(9), 604-608.
- Owen-Anderson A. F., Bradley S. J., Zucker K. J. Expressed emotion in mothers of boys with gender identity disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36 (4), 327-345.
- Pardes H., Kaufman C.A., Pincus H. A., West A. (1989) Genetics and psychiatry: Past discoveries, current dilemmas, and future directions. *American Journal of Psychiatry*, 146, 435-443.
- Parker C., Johnson P. (1987) Parenting and schizophrenia: An Australian study of expressed emotion. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 21, 60-66.

- Parker G., Hadzi-Pavlovic D. (1990) Expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse: An analysis of aggregated data. *Psychological Medicine*, 20, 961-965.
- Paykel E. S., Cooper Z., Ramana R. et al., (1996) Life events, social support and marital relationships in the outcome of severe depression. *Psychological Medicine*, 26, 121-133.
- Peris T.S., Baker BL. (2000) Applications of the expressed emotion construct to young children with externalizing behavior: stability and prediction over time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (4), 457-462.
- Peter H., Hand I. (1988) Patterns of patient-spouse interaction in agoraphobics: Assessment by Camberwell Family Interview (CFI) and impact on outcome of self-exposure treatment. In I. Hand & H. Witchen (Eds) *Panic and phobias 2: treatment and variables affecting course and outcome*. Berlin: Springer Verlag. Pp 204-251.
- Petti T. A. (1978) Depression in hospitalized child psychiatry patients: Approaches to measuring depression. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 49-59.
- Phares V., Compas B. E. (1992) The role of fathers in child and adolescent psychology: Make room for Daddy. *Psychological Bulletin*, 111, 387-412.
- Pharoah F., Mari J., Rathbone J., Wong W. (2010) *Family intervention for schizophrenia*. Cochrane Database Syst. Rev., 8 (12).
- Phillips M. R., Xiong W. (1995) Expressed emotion in Main-land China: Chinese families with schizophrenic patients. *International Journal of Mental Health*, 24 (3), 54-75.
- Piacentini J., Shaffer D., Fisher P., Schwab-Stone M., Davies M., Gioia P. (1993) The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): III. Concurrent criterion validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 658-665.
- Plomin R. (1994) The Emanuel Miller Memorial Lecture 1993. Genetic research and identification of environmental influences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 817-834.
- Priebe S., Wildgrube C., Muller-Orlinghausen B. (1989) Lithium prophylaxis and expressed emotion. *British Journal of Psychiatry*, 154, 396-399.
- Puig-Antich J., Chambers W. (1978) *The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children*. New York State Psychiatric Institute, New York.
- Puig-Antich J., Goetz D., Davies M., et al. (1989b) A controlled family history study of prepubertal major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 46, 406-418.
- Puig-Antich J., Goetz R., Hanlon C., et al. (1982) Sleep architecture and REM sleep measures in prepubertal children with major depression: a controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 39, 932-939.
- Puig-Antich J., Perel J. M., Lupatkin W. M., et al., (1987) Imipramine in prepubertal major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 44, 81-89.
- Puig-Antich J., Rabinovich H. (1986) Relationship between affective and anxiety disorders in childhood. In R. Gittelman (Ed) *Anxiety Disorders in Childhood*. New York: Guilford.



- Puura K., Tamminen T., Almqvist F. et al. (1997) Should depression in young school-children be diagnosed with different criteria? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6, 12-19.
- Quinton D., Rutter M. (1985) Family pathology and child psychiatric disorder: a four-year prospective study. In A. R. Nicol (Ed) *Longitudinal studies in child psychology and psychiatry*. Chichester: Wiley. Pp 91-134.
- Raishevich N., Kennedy S. J., Rapee R. M. (2010) Expressed emotion displayed by the mothers of inhibited and uninhibited preschool-aged children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39 (2), 187-194.
- Ramana R., Paykel E. S., Cooper Z., et al. (1995) Remission and relapse in major depression: a two-year prospective follow-up study. *Psychological Medicine*, 25, 1161-1170.
- Ramsauer B. (2000) *Expressed Emotion (EE) in Interaktion jugendlicher schizophrener Patienten mit Angehörigen unter Berücksichtigung emotionaler Aspekte des Verbal-und Kopfpositionierungsverhaltens, in Fakultät für Sozial-und Verhaltenswissenschaften*. Heidelberg: Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. P 229.
- Ramsauer B., Lotzin A., Parzer P., Resch F. (2012) Head position and expressed emotion of adolescents with schizophrenia and their caregivers compared to non-patient controls. *Psychopathology* [Epub ahead of print].
- Rao U., Ryan N. D., Birmaher B., et al. (1995) Unipolar depression in adolescents: clinical outcome in adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 566-578.
- Reger R. (1962) School phobia in an obese girl. *Journal of Clinical Psychology*, 18, 356-357.
- Rein Z., Perdereau F., Curt F., Jeammet P., Fermanian J., Godart N. (2006) Expressed emotion and anorexia nervosa: the validation of the 5MSS in reference to the Camperwell Family Interview. *International Journal of Eating Disorders*, 39 (3), 217-223.
- Reinherz H., Giaconia R., Lefkowitz E., Pakiz B., Frost A. (1993) Psychosocial risks for major depression in late adolescence: A longitudinal community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(2), 369-377.
- Renouf A. G., Kovacs M. (1994) Concordance between mothers' reports and children's self-reports of depressive symptoms: a longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (2), 208-216.
- Richman N., Stevenson J., Graham P. (1982) *Pre-school to school – a behavioural study*. London: Academic Press.
- Richters, J. E. (1992). Depressed mothers as informants about their children: A critical review of the evidence for distortion. *Psychological Bulletin*, 112, 485-499.
- Robbins D. R., Alessi N. E., Cook S. C, et al. (1982) The use of the research diagnostic criteria (RDC) for depression in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 251-255.
- Roberts R. E., Lewinsohn P. M., Seeley J. R., (Symptoms of DSM-III-R major depression in adolescence: evidence from an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1608-1617.

- Roberts J. E., Monroe S. M. (1994) A multi-dimensional model of self-esteem in depression. *Clinical Psychology Review*, 14, 161-181.
- Rodriguez Santos L., Vaz Lear J. F. (2006) Assessment of expressed emotion in families of patients with eating disorders: using the Camberwell Family Interview on a Spanish sample. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 33 (6), 359-365.
- Rohde P., Lewinsohn P. M., Seeley J. R. (1991) Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 214-222.
- Rostworowska M., Barbaro B., Maskowski J. (1989) *The influence of EE on the course of schizophrenia – Polish replications*. Paper presented to XIX Congress of Behaviour Therapy, Vienna, Austria.
- Roussos A., Karantanos G., Richardson C., Hartman C., Karajiannis D., Kyprianos S., Lazaratou H., Mahaira O., Tassi M., Zoubou V. (1999) Achenbach's Child Behavior Checklist and Teachers' Report Form in a normative sample of Greek children 6-12 years old. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8 (3), 165-172.
- Rowe D. (1994) *The limits of family influence: Genes, experience and behavior*. New York: Guilford.
- Roy A. (1983) Early parental death and adult depression. *Psychological Medicine*, 13, 861-865.
- Rund B. R., Oie M., Borchgevink T. S., Fjell A (1995) Expressed Emotion, Communication Deviance, and Schizophrenia. *Psychopathology*, 28, 220-228.
- Rutter M. L. (1999) Psychosocial adversity and child psychopathology. *British Journal of Psychiatry*, 174, 480-493.
- Rutter M., Brown G. W. (1966) The reliability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient. *Social Psychiatry*, 1, 38-53.
- Rutter M., Yule B., Quinton D., Rowlands O., Yule B., Berger M. (1975) Attainment and adjustment in two geographical areas. Some factors accounting for area differences. *British Journal of Psychiatry*, 126, 520-533.
- Ryan N. D., Puig-Antich J., Ambrosini P., Rabinovich H., Robinson D., Nelson B., Iyengar S., Tworney J. (1987) The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 44, 854-861.
- Ryan N. D., Williamson D. E., Iyengar S. et al. (1992) A secular increase in child and adolescent onset affective disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 600-605.
- Sandler J., Joffe W. G. (1965) Notes on childhood depression. *International Journal of Psychoanalysis*, 46, 88-96.
- Sanford M., Szatmari P., Spinner M., et al. (1995) Predicting the one-year course of adolescent major depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1618-1628.
- Sczufca M., Kuipers E. (1996) Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168, 580-587.
- Schimmelmann B. G., Meng H., Koch E., Karle M., Preuss U., Schulte-Markwort M. (2003) Expressed Emotion and the Outcome of Child and Adolescent Psychiatric Disorders. *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 71, 517-526.

- Schnur D. B., Friedman S., Dorman M., Redford H. R., Martin K. (1986) Assessing the family environment of schizophrenic patients with multiple hospital admissions. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 249-252.
- Schooler N. R., Levine J., Severe J. B., Brauzer B., Dimascio A. et al (1980) Prevention of relapse in schizophrenia: An evaluation of Fluphenazine Decanoate. *Archives of General Psychiatry*, 37, 16-24.
- Schreiber J. L., Breier A., Pickar D. (1995) Expressed emotion: trait or state? *British Journal of Psychiatry*, 166, 647-649.
- Schuham A. I. (1967) The double bind hypothesis a decade later. *Psychological Bulletin*, 68, 409-416.
- Schwaab-Stone M., Fisher P., Piacentini J., Shaffer D., Davies M., Briggs M. (1993) The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): II. Test-retest reliability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 651-657.
- Schwartz C., Dorer D., Beardslee W. et al. (1990) Maternal EE and parental affective disorder: Risk for childhood depressive disorder, substance abuse, or conduct disorder. *Journal of Psychiatric Res*, 24 (3), 231-250.
- Seifer R., Sameroff A., Baldwin C., Baldwin A. (1992) Child and family factors that ameliorate risk between 4 and 13 years of age. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31 (5), 893-903.
- Seligman M. E. (1975) *Helplessness: On Depression, Development and Death*. San Francisco, WH Freeman.
- Seligman M. E. P., Peterson C. (1985) A learned helplessness perspective on childhood depression: theory and research. In M. Rutter C. Izard & P. Read (Eds) *Depression in Childhood: Developmental Perspectives*. Guilford Press, New York.
- Selvini Palazzoli M (1978) Self-Starvation: From Individual to Family Therapy. In *Treatment of Anorexia Nervosa*. Translated by Pomerans A. New York, Jason Aronson.
- Sensky T., Stevenson K., Magrill L., Petty R. (1991) Family expressed emotion in non-psychiatric illness: Adaptation of the Camberwell Family Interview to the families of adolescents with diabetes. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 1, 39-51.
- Settertobulte W., Kolip P. (1997) Gender specific factors in the utilization of medical services during adolescence. *Journal of Adolescence*, 20, 121-132.
- Seywert F. (1984) Some critical thoughts on expressed emotion. *Psychopathology*, 17, 233-243.
- Shaffer D. (1985) Depression, mania and suicidal acts. In M. Rutter & L. Hersov (Eds) *Child and Adolescent Psychiatry*. Blackwell Scientific Publications. Pp 698-719.
- Shaffer D., Gould M.S., Brasic J. (1993) A children's global assessment scale (C-GAS). *Archives of General Psychiatry*, 40, 1228-1231.
- Shaffer D., Schwab-Stone M., Fisher P., Cohen P., Piacentini J., Davies M., Connors C. K., Regier D. (1993) The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): I. Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 643-650.

- Shields C. G., Franks P., Harp J. J., McDaniel S. H., Campbell T. L. (1992) Development of the Family Emotional Involvement and Criticism Scale (FEICS): a self-report scale to measure expressed emotion. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18 (4), 395-407.
- Shimodera S., Mino Y., Fujita H., Izumoto Y., Kamimura N., Inoue S. (2002) Validity of five-minute speech sample for the measurement of expressed emotion in the families of Japanese patients with mood disorders. *Psychiatry Research*, 112, 231-237.
- Shimodera S., Mino Y., Inoue S., Izumoto Y., Kishi Y., Tanaka S. (1999) Validity of a Five-Minute Speech Sample in measuring expressed emotion in the families of patients with schizophrenia in Japan. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 372-376.
- Silberg J., Pickles A., Rutter M., Hewitt J., Simonoff E., Maes H., Carbonneau R., Murrelle L., Foley D., Eaves L. (1999) The influence of genetic factors on depression among adolescent girls. *Archives of General Psychiatry*, 56, 225-232.
- Silk J. S., Ziegler M. L., Whalen D. J., Dahi R. E., Ryan N. D., Dietz L. J., Birmaher B., Axelson D. A., Williamson D. E. (2009) Expressed emotion in mothers of currently depressed, remitted, high-risk and low-risk youth: Links to child depression status and longitudinal course. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 38 (1), 36-47.
- Sluzki C. E., Beavin J., Tarnopolski A., VerAn E. (1967) Transactional disqualification research on the double bind. *Archives of General Psychiatry*, 16, 494-504.
- Smith J., Birchwood M., Cochrane R., George S. (1993) The needs of high and low expressed emotion families: a normative approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 11-16.
- Smucker M. R., Craighead W. E., Craighead L. W., Green B. J. (1986) Normative and reliability data for the Children's Depressive Inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 25-39.
- Snyder K., Wallace C., Moe K., Liberman R. P. (1994) Residential care operators' EE and schizophrenic residents' quality of life and changes in symptoms. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 1141-1144.
- Somera T., Uehara T., Kadowaki M., Sakado K., Reist C., Tang S. W., Takahashi S. (1999) Factor analysis of the EMBU scale in a large sample of Japanese volunteers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 252-257.
- Spanier G. (1976). Measuring dyadic adjustment. *Journal of Marriage & the Family*, 38: 15-28.
- Stanger C., Lewis M. (1993) Agreement among parents, teachers, and children on internalizing and externalizing behaviour problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22 (1), 107-116.
- Stark K., Laurent J., Livingston R., Boswell J., Swearer S. (1999) Implications of research for the treatment of depressive disorders during childhood. *Applied & Preventive Psychology*, 8, 79-102.
- Steketee G., Van Noppen B. (2003) Family approaches to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (1), 10-20.

- Steketee G., Van Noppen B., Lam J., Shapiro L. (1998) Expressed emotion in families and the treatment of obsessive-compulsive disorder. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 4, 73-91.
- Stewart J. W., McGrath P. J., Rabkin J. G., Quitkin F. M. (1993) Atypical depression: a valid clinical entity? *Psychiatric Clinic of North America*, 16, 479-495.
- Stirling J., Tantam D., Thomas P., Newby D., Montague L. (1991) EE and early onset schizophrenia: A one year follow-up. *Psychological Medicine*, 21, 675-685.
- Stirling J., Tantam D., Thomas P. et al. (1993) Expressed emotion and schizophrenia: the ontogeny of expressed emotion during an 18-month follow-up. *Psychological Medicine*, 23, 771-778.
- Strachan A. M., Feingold D., Goldstein M. J., Miklowitz D. J., Neuchterlein K. H. (1989) Is expressed emotion an index of a transactional process? II. Patients' coping style. *Family Process*, 28, 169-181.
- Strachan A. M., Leff J. P., Goldstein M. J., Doane J. A., Burt C. (1986) Emotional attitudes and direct communication in the families of schizophrenics: A cross-national replication. *British Journal of Psychiatry*, 149, 279-287.
- Strauss C. C., Lahey B., Frick P., Frane C., Hynd G. (1988) Peer social status of children with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 137-141.
- Strober M. (1984) Familial aspects of depressive disorders in early adolescence. In E. B. Weller & R. A. Well (Eds) *Current Perspectives on Major Depression*. Washington, DC: American Psychiatric Press. Pp 38-48.
- Strober M., Carlson G. (1982) Bipolar illness in adolescents with major depression. *Archives of General Psychiatry*, 39, 549-555.
- Strober M., Carlson G., Ryan N., et al. (1987) *Advances in the psychopharmacology of childhood and adolescent affective disorders*. Paper presented at the Scientific Proceedings of the annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Washington, DC.
- Strober M., Lampert C., Schmidt S., Morrel W. (1993) The course of major depressive disorder in adolescents: I. Recovery and risk of manic switching in a follow-up of psychotic and nonpsychotic subtypes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 34-42.
- Stubbe D. E., Zahner G. E. P., Goldstein M. J., Leckman J. F. (1993) Diagnostic specificity of a brief measure of Expressed Emotion: A community study of children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 139-154.
- Sullivan H. S. (1931) Environmental factors in the etiology and course under treatment of schizophrenia. *Medical Journal and Record*, 133, 19-22.
- Swedo S. E., Pleeter J. D., Richter D. M. et al. (1995) Rates of seasonal affective disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1016-1019.
- Szmukler G. I., Berkowitz R., Eisler I., Leff J., Dare C. (1987) Expressed emotion in individual and family settings: A comparative study. *British Journal of Psychiatry*, 151, 174-178.
- Szmukler G. I., Eisler I., Russell F. M., Dare C. (1985) Anorexia nervosa, parental EE and dropping-out of treatment. *British Journal of Psychiatry*, 147: 265-271.

- Tanaka S., Mino Y., Inoue S. (1995) Expressed emotion and the course of schizophrenia in Japan. *British Journal of Psychiatry*, 167, 794-798.
- Tarrier N. (1996) An application of expressed emotion to the study of PTSD: Preliminary findings. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 220-229.
- Tarrier N., Barrowclough C. (1984) Psychophysiological assessment of expressed emotion in schizophrenia: a case example. *British Journal of Psychiatry*, 145, 197-203.
- Tarrier N., Barrowclough C., Porceddu K., Fitzpatrick E. (1994) The Salford family intervention project for schizophrenic relapse prevention: Five and eight year accumulating relapses. *British Journal of Psychiatry*, 165, 829-832.
- Tarrier N., Barrowclough C., Porceddu K., Watts S. (1988a) The assessment of psychophysiological reactivity to the expressed emotion of relatives of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 152, 618-624.
- Tarrier N., Barrowclough C., Vaughn C., Bamrah J. S., Porceddu K., Watts S., Freeman H. (1988b) The community management of schizophrenia: A controlled trial of a behavioral intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, 153, 532-542.
- Tarrier N., Sommerfield C., Pilgrim H. (1999) Relatives' expressed emotion (EE) and PTSD treatment outcome. *Psychological Medicine*, 29, 801-811.
- Tarrier N., Turpin G. (1992) Psychosocial factors, arousal and schizophrenic relapse: the psychophysiological data. *British Journal of Psychiatry*, 161, 3-11.
- Tarrier N., Vaughn C. E., Lader C. M. (1979) Bodily reactions to people and events in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 36, 311-315.
- Tattan T., Tarrier N. (2000) The expressed emotion of case managers of the seriously mentally ill: the influence of expressed emotion on clinical outcomes. *Psychological Medicine*, 30, 195-204.
- Tennant C., Bebbington P., Hurry J. (1981) The role of life events in depressive illness: is there a causal relation? *Psychological Medicine*, 11, 379-389.
- Tienari P., Wynne L., C. (1994) Adoption studies of schizophrenia. *Annals of Medicine*, 26, 233-237.
- Todd R. D., Geller B. (1995) What is the prevalence of depression in young people? *Current Opinion in Psychiatry*, 8, 210-213.
- Todd R. D., Neuman R., Geller B., Fox L. W., Kickok J. (1993) Genetic studies of affective disorders: should we be starting with childhood onset probands? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1164-1171.
- Τομαράς Β., Μαυρέας Β. (1990) Σχιζοφρένεια και οικογένεια. Ο ρόλος της οικογένειας στην πορεία και τη θεραπεία της σχιζοφρένειας. *Ιατρική*, 57 (3), 238-246.
- Tomaras V., Mavreas V., Economou M., Ioannovich E., Karydi V., Stefanis C. (2000) The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual treatment: a 3-year study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 487-493.
- Tomaras V., Mavreas V., Karydi V., Stefanis C.N., Ioannovich I. (1988) *Expressed emotion in families of chronic schizophrenics living in the community*. Poster presentation. Behavior Therapy World Congress. Edinburg, Sept. 5-10.

- Tompson M. C., Goldstein M. J., Lebell M. B., Mintz L. I., Marder S. R., Mintz J. (1995) Schizophrenic patients' perceptions of their relatives' attitudes. *Psychiatry Research*, 57, 155-167.
- Tompson M. C., McKowen J. W., Asarnow J. R. (2008) Adolescent mood disorders and familial processes. In N. B. Allen & L. Sheeber (Eds) *Adolescent emotional development and the emergence of depressive disorders*. London, UK: Cambridge University Press.
- Tompson M. C., Miklowitz D. J., Clarkin C. (2003) Couple and family relational problems: An overview of identification and treatment. In A. Tasman, J. Kay, J. Lieberman, M. B. First & M. Maj (Eds) *Psychiatry*, 3<sup>rd</sup> edn., London: Wiley.
- Tompson M. C., Pierre C. B., Boger K. D., McKowen J. W., Chan P. T., Freed R. D. (2010) Maternal depression, maternal expressed emotion, and youth psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 105-117.
- Treutler C. M., Epkins C. C. (2003) Are discrepancies among child, mother, and father reports on children's behavior related to parents' psychological symptoms and aspects of parent-child relationships? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31 (1), 13-27.
- Trowell J., Joffe I., Campbell J., Clemente C., Almqvist F., Soininen M., Konskenranta-Aalto U., Weintraub S., Kolaitis G., Tomaras V., Anastasopoulos D., Grayson K., Barnes J., Tsiantis J. (2007) Child depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing Individual Psychodynamic Psychotherapy and Family Therapy. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16 (3), 157-167.
- Trowell J., Rhode M., Hall J. (2010) What does a manual contribute? In: J. Tsiantis, J. Trowell (Eds) *Assessing Change in Psychoanalytic Psychotherapy of Children and Adolescents*. London: Karnac for EFPP. Pp 55-92.
- Trowell J., Rhode M., Miles G., Sherwood I. (2003) Childhood depression: Work in progress. Individual child therapy and parent work. *Journal of Child Psychotherapy* 29 ( 2), 147-169.
- Τσιάντης Ι., Αναστασόπουλος Δ., Λιγνού Ε., Πανοπούλου-Μαράτου Ο., Τομαράς Β., Πομίνη Β., Τσανίρα Ε. (2002) Ψυχοθεραπεία για την κατάθλιψη στην πρώιμη εφηβεία: Σύγκριση δύο ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε τρεις ευρωπαϊκές χώρες. *Παιδί και Έφηβος. Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*, 4( 2), 13-49.
- Tsiantis J. Kolvin I., Anastasopoulos D., Trowell J., Tomaras V., Miles G., Papadopoulos R., Soininen M., Bostrom C., Almqvist F. (2005) Psychotherapy for early adolescent depression: a comparison of two psychotherapeutic interventions in three European countries. In E. Hibbs & P. Jensen (Eds-2<sup>nd</sup> ed) *Psychological Treatments for Child and Adolescent Disorders. Empirically Based Strategies for Clinical Practice*. American Psychological Association, Washington, USA. Pp 267-293.
- Tsiantis J. & Trowell J. (2010) *Assessing Change in Psychoanalytic Psychotherapy of Children and Adolescents: Today's Challenge*. London: Karnac Books.
- Tsuang M. T., Faraone S. V., Fleming J. A. (1985) Familial transmission of major affective disorders: is there evidence supporting the distinction between unipolar and bipolar disorders? *British Journal of Psychiatry*, 146, 268-271.

- Turner J. E., Jr, Cole D. A. (1994) Developmental differences in cognitive diatheses for child depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 15-32.
- Τζέμος Ι. (1984) Η στάθμιση της κλίμακας κατάθλιψης του Beck σε ελληνικό πληθυσμό (Διδακτορική διατριβή): Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Uehara T. (1995) Expressed emotion and six-month treatment of outcome of depressive outpatients with mood disorder. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 97(9), 744-756.
- Uehara T., Yokoyama T., Goto M., Ihda S. (1996) Expressed emotion and short-term treatment outcome of outpatients with major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 37(4), 299-304.
- Uehara T., Yokoyama T., Goto M., Kohmura N., Nakona Y., Toyooka K., Ihda S. (1997) Expressed emotion from the Five Minute Speech Sample and relapse of outpatients with schizophrenia. 95, 454-456.
- Valleni-Basile L. A., Garrison C. Z., Jackson K. L., Waller J. L., McKeown R. E., Addy C. L., Cuffe S. P. (1994) Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 782-791.
- Valone K., Norton J. P., Goldstein M. G., Doane J. A. (1983) Parental expressed emotion and affective style in an adolescent sample at risk for schizophrenia-spectrum disorders. *Journal of Abnormal Psychiatry*, 22, 399-407.
- Van Furth E. (1991) *Parental Expressed Emotion and eating disorders*. Unpublished Ph. D. thesis. Utrecht University, The Netherlands.
- Van Furth E. F., Van Strien D. C., van Son M. J. M., van Engeland H. (1993) The validity of the Five-Minute Speech Sample as an index of expressed emotion in parents of eating disorder patients. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 34 (7), 1253-1060.
- Van Humbeeck G., Van Audenhove Ch., De Hert M., Heyrman J., Peuskens J., Pieters G., Storms G., Vertommen H. (2001) Expressed emotion in staff-patient relationships: The professionals' and residents' perspectives. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 36, 481-492.
- Van Humbeeck G., Van Audenhove Ch., De Hert M., Pieters G., Storms G. (2002) Expressed emotion. A review of assessment instruments. *Clinical Psychology Review*, 22, 321-343.
- Vaughan K., Doyle M., McConathy N., Blaszczyński A. Fox A., Tarrier N (1992) The relationship between relatives' EE and schizophrenic relapse: An Australian replication. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 10-15.
- Vaughn C. E. (1986a) Comment on Chapter 5. In M. J. Goldstein, I. Hand I & K. Hahlweg (Eds) *Treatment of schizophrenia: Family assessment and intervention*. Berlin: Springer-Verlag. Pp 76-77.
- Vaughn E. C. (1989) Annotation: Expressed emotion in family relationships. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30 (1), 13-22.
- Vaughn E. C., Leff P. J. (1976a) The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 157-165.



- Vaughn E. C., Leff P. J. (1976b) The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129: 125-137.
- Vaughn E. C., Leff P. J. (1981) Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 7(1), 43-44.
- Vaughn C., Leff J., Sarnier M. (1999) Relatives' expressed emotion and the course of inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5), 461-469.
- Vaughn E. C., Snyder K.S., Jones S., Freeman W.B., Falloon I. (1984) Family factors in schizophrenic relapse. *Archives of General Psychiatry*, 41:1169-1117.
- Venables P. H., Wing J. K. (1962) Levels of arousal and the sub-classification of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 7, 114-119.
- Verhulst F. C., van der Ende J. (1991) Assessment of Child Psychopathology: relationships between different methods, different informants and clinical judgment of severity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84 (2), 155-159. 598.
- Verhulst F. C., van der Ende A. E. (1992) Agreement between parents' reports and adolescents' self-reports of problem behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33 (6), 1011-1023.
- Vidal M. L., Cortés M. J., Valero J., Gutiérrez-Zotes A., Labad A. (2008) Family environment and expressed emotion in patients with schizophrenia or other psychoses and in their first-degree relatives. *Actas Españolas de Psiquiátrica*, 36 (5), 271-276.
- Vitaliano P. P., Young H. M., Russo J., Romano J., Magnato-Amato A. (1993) Does expressed emotion in spouses predict subsequent problems among care recipients with Alzheimer's disease? *Journal of Gerontology*, 48, 202-209.
- Vostanis P., Nicholls J. (1992) EE in parents of non-referred children aged 6-11 from two school populations: a pilot study. *Child Care Health Dev.* 18(5), 249-257.
- Vostanis P., Nicholls J. (1995) Nine-month changes of maternal expressed emotion in conduct and emotional disorders of childhood: A follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 833-846.
- Vostanis P., Nicholls J., Harrington R. (1994) Maternal expressed emotion in conduct and emotional disorders of childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(2), 365-376.
- Wagner A. W., Logsdon R. G., Pearson J. L., Teri L. (1997) Caregiver expressed emotion and depression in Alzheimer's disease. *Ageing and Mental Health*, 1, 132-139.
- Waldfoegel S., Coolidge J. C., Hahn P. B. (1957) The development, meaning and management of school phobia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 27, 754-776.
- Wamboldt F. S., O'Connor S. L., Wamboldt M. Z., Gavin L. A., Klinnert M. D. (2000) The Five Minute Speech Sample in children with asthma: Deconstructing the construct of expressed emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 887-898.
- Wamboldt M. Z., Wamboldt F. S. (2000) Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: selected research findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (10), 1212-1219.

- Wamboldt F. S., Wamboldt M. Z., Gavin L. A., Roesler T. A., Brugman S. M. (1995) Parental criticism and treatment outcome in adolescents hospitalized for severe, chronic asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 995-1005.
- Warner V., Mufson L., Weissman M. M. (1995) Offspring at high and low risk for depression and anxiety: mechanisms of psychiatric disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 786-797.
- Warner V., Weissman M., Fendrich M., Wickramaratne P., Moreau D. (1992) The course of major depression in the offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 49, 795-801.
- Wasserman S., de Mamani A. W., Suro G. (2012) Shame and guilt/self-blame as predictors of expressed emotion in family members of patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 196 (1), 27-31.
- Wearden J. A., Tarrrier N., Barrowclough C., Zastowny R. T., Armstrong Rahill A. (2000) A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, 20 (5), 633-666.
- Weintraub P., Wamboldt M. Z. (1996) Expressed emotion in child psychiatry: a risk factor for psychopathology and treatment resistance? *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 241-246.
- Weisman A., Nuechterlein K. H., Goldstein M. J., Snyder K. S. (1998) Expressed emotion, attitudes, and schizophrenia symptom dimensions. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 355-359.
- Weissman M. M. (1975) Assessment of social adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 32: 357-365.
- Weissman M. M., Fendrich M., Warner V., Wickramaratne P. (1992) Incidence of psychiatric disorder in offspring at high and low risk for depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 640-648.
- Weissman M. M., Gammo G. D., John K., Merikangas K. R., Warner V., Prusoff B. A., Sholomskas D. (1987) Children of depressed parents: increased psychopathology and early onset of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 44: 847-853.
- Weissman M. M., Kidd K. K., Prusoff B. A. (1982) Variability in rates of affective disorders in relatives of depressed and normal probands. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1397-1403.
- Weissman M. M., Leckman J. F., Merikangas K. R., Gammon R. D., Prusoff B. A. (1984a) Depression and anxiety disorders in parents and children: results from the Yale family study. *Archives of General Psychiatry*, 41, 845-852.
- Weissman M. M., Prusoff B. A., Gaum G. D., Merikangas K. R., Leckman J. F., Kidd K. K. (1984) Psychopathology in the children (ages 6-18) of depressed and normal parents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 78-84.
- Weissman M. M., Sholomskas P., John K. (1981) The assessment of social adjustment. An update. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1250-8.
- Weissman M. M., Warner V., Wickramaratne P., Prusoff B. A. (1988) Early-onset major depression in parents and their children. *Journal of Affective Disorders*, 15, 269-277.

- Weissman M. M., Wickramaratne P., Merikangas K. R., et al. (1984b) Onset of major depression in early adulthood: increase in familial loading and specificity. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1136-1143.
- Weller E. B., Weller R. A. (1986) Clinical aspects of childhood depression. *Pediatrics Annual*, 15, 843-847.
- Weller E. B., Weller R. A. (1988) Neuroendocrine changes in affectively ill children and adolescents. *Psychiatric Clinic of North America*, 6, 41-54.
- Weller E. B., Weller R. A. (1991) Mood Disorders. In M. Lewis (Ed) *Child and Adolescent Psychiatry*. USA, Williams & Wilkins. Pp 646-664.
- Weller E. B., Weller R. A., Fristad M. A. (1984a) Assessment and treatment of childhood depression. In E. B. Weller & R. A. Weller (Eds) *Current Perspectives on Major Depressive Disorders in Children*. Washington, DC, American Psychiatric Press. Pp 1-18.
- Weller E. B., Weller R. A., Fristad M. A., (1985) The dexamethasone suppression test in prepubertal depressed children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 511-513.
- Weller R. A., Weller E. B., Fristad M. A., Bowes J. M. (1991) Depression in recently bereaved prepubertal children. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1536-1540.
- Wickramaratne P. J., Weissman M. M., Leaf P. J., Holford T. R. (1989) Age, period, and cohort effects on the risk of major depression: result from five United States communities. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42, 333-343.
- Williams G. (1997) Reflections on some dynamics of eating disorders: “no entry” defenses and foreign bodies. *International Journal of psychoanalysis*, 78, 927-941.
- Williamson D. E., Birmaher B., Anderson B. P., Al-Shabbout M., Pyan N. D. (1995a) Stressful life events in depressed adolescents: the role of dependent events during the depressive episode. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 591-598.
- Williamson D. E., Ryan N. D., Birmaher B., Dahl R. E., Nelson B. (1995c) A case-control family history study of depression in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1596-1607.
- Wing N. N., Menon D. K., Bedi H., Ghosh A., Kuipers L., Leff J., Korten A., Day R., Sartorius N., Ernberg G., Jablensky A. (1987a) Expressed emotion and schizophrenia in North India. I. Cross cultural transfer of rating of relatives' expressed emotion. *British Journal of Psychiatry*, 151, 156-160.
- Wuerker K. A. (2000) The family and schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 127-141.
- Wynne L., Dinger M., Bartko J., Tooley M., (1976) Schizophrenics and their families: Recent research on parental communication. In J.M. Tanner (Ed) *Psychiatric Research. The Widening Perspective*. N. York, Int. Univ. Press. Pp 254-286.
- Wynne L. C., Ryckoff I. M., Day J. (1958) Pseudo-mutuality in the Family Relations of Schizophrenics. *Psychiatry*, 21, 205-220.
- Wynne L. C., Shields C. G., Sirkin M. I. (1992) Illness, family theory, and family therapy: I. Conceptual issues. *Family Process*, 31, 3-18.
- Χριστογιώργος Σ, Σταύρου Ε. (2002) Βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία εφήβων με κατάθλιψη: παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων. *Παιδί και Έφηβος. Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*, 4 (2), 51-62.

- Young W., Knowles J. B., MacLean A. W., Boag L., McConville B. J. (1982) The sleep of childhood depressives: comparison with age-matched controls. *Biological Psychiatry*, 17, 1163-1169.
- Youngstrom, E., Izard, C., Ackerman, B. (1999). Dysphoria-related bias in maternal ratings of children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 905–916.
- Youngstrom, E., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1038–1050.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**Σύντομη περιγραφή της διακρατικής έρευνας των Trowell et al. (2007) με τίτλο: *Childhood Depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing Individual Psychodynamic Psychotherapy and Family Therapy.*<sup>1</sup>**

Πρόκειται για μια διακρατική μελέτη που εφαρμόστηκε (2000-2005): Στην Tavistock Clinic, στο Λονδίνο (επιστημ. υπεύθυνοι: I. Kolvin, J Trowell), στην Παιδοψυχιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο Παιδών «η Αγία Σοφία» (επιστημ. υπεύθυνος: I. Τσιάντης) και στο Πανεπιστημιακό Τμήμα Παιδοψυχιατρικής στο Ελσίνκι (επιστημ. υπεύθυνος: F. Almqvist). Είχε ως σκοπό την μελέτη της αποτελεσματικότητας δύο διαφορετικών, αλλά εξίσου αποτελεσματικών ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, της Βραχείας Ατομικής Ψυχοδυναμικής Ψυχοθεραπείας (ΒΑΨΨ) και της Συστημικά Απαρτιωμένης Οικογενειακής Θεραπείας (ΣΑΟΘ), στην αντιμετώπιση της παιδικής κατάθλιψης. Μελετήθηκαν υποθέσεις που, συνοπτικά, αφορούν στην σύγκριση των δύο ψυχοθεραπειών, στα τρία διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια, ως προς:

- Την έκβαση της κλινικής εικόνας των παιδιών.
- Την έκβαση της κοινωνικής προσαρμογής των παιδιών (της λειτουργικότητας δηλαδή των παιδιών σε επίπεδο ψυχολογικό, κοινωνικό και σχολικό).

Οι θεραπείες πραγματοποιήθηκαν σε εξωτερική βάση, από πεπειραμένους θεραπευτές κατάλληλα εκπαιδευμένους και εποπτευόμενους.

### Δήλωση Ενδιαφέροντος

Η έρευνα αυτή χρηματοδοτήθηκε εν μέρει από το Third Concerted Action Biomed Programme της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σχετικό συμβόλαιο δράσης No. BMH4-CT98-3231 DG12-SSMI. Κεντρικός συντονιστής ήταν ο καθηγητής I. Kolvin, Tavistock Clinic, London. Κάθε χώρα είχε έναν συντονιστή (J. Trowell – Αγγλία, I. Τσιάντης – Ελλάδα, F. Almqvist – Φινλανδία)

Φορέας του ερευνητικού προγράμματος για την Ελλάδα ήταν το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ).

### ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ

Τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να ταυτοποιηθούν τα κατάλληλα κέντρα ήταν τα εξής:

1. Εξειδίκευση στην έρευνα σχετικά με την παιδική/εφηβική ψυχική υγεία

<sup>1</sup> Δημοσιεύσεις σε σχέση με τη έρευνα αυτή έχουν επίσης οι: Garoff et al. 2012, Christogiorgos et al. 2010, Γεωργιάδης και συν. 2002, Γκριτζέλας και συν. 2002, Κολαΐτης και συν. 2002, Kolvin et al. 1999, Μαράτου 2006, Τσιάντης και συν. 2002, Tsiantis et al. 2005, Tsiantis J. & Trowell J. 2010, Χριστογιώργος & Σταύρου 2002.

2. Εξειδίκευση στην έρευνα σχετικά με στρατηγικές παρέμβασης σε προβλήματα ψυχικής υγείας κατά την παιδική ηλικία
  3. Επαρκής πρόσβαση σε κλινικό πληθυσμό
  4. Γεωγραφικό και πολιτισμικό εύρος σε ολόκληρη την Ευρώπη
- Επιπλέον, τα τρία ερευνητικά κέντρα είχαν παραδοσιακούς και θεωρητικούς δεσμούς μεταξύ τους.

#### ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ

1. ΛΟΝΔΙΝΟ: Tavistock Clinic, Child and Family Department.  
 Επικεφαλής/επιστημονικός συντονιστής: Professor Issy Kolvin.  
 Επιστ. συνεργάτης: J. Trowell, MBBS, DCH, DPM, FRCPsych, Professor of Child Mental Health  
 Η Κλινική Tavistock του Λονδίνου είναι ένα κεντρικό και πρωτοπόρο ψυχοθεραπευτικό ινστιτούτο στην Ευρώπη, με σημαντικό εκπαιδευτικό ρόλο. Ήταν το συντονιστικό κέντρο και ο καθηγητής I. Kolvin ήταν ο αρχικός επικεφαλής-επιστημονικός συντονιστής της έρευνας. Από τη θέση αυτή ενορχήστρωσε και συντόνισε τις επιστημονικές πτυχές της έρευνας. Το ερευνητικό κέντρο του Λονδίνου συνεργάστηκε διεθνώς και με άλλους εταίρους σε θέματα εφαρμογής και παρακολούθησης των πρακτικών πλευρών της θεραπείας. Άλλοι συνεργάτες είχαν διευθυντικό (manager)/εποπτικό ρόλο στον συντονισμό και την εποπτεία της οικογενειακής θεραπείας και, άλλοι της ατομικής ψυχοθεραπείας. Κλινικοί επιστήμονες εργάστηκαν στον γενικό σχεδιασμό και στην οργάνωση του προγράμματος εκτίμησης.  
 Ο συντονισμός της έρευνας υποστηρίχθηκε κεντρικά στο Λονδίνο, από ένα στατιστικό λόγο, ειδικευμένο στην χρήση Η/Υ.
2. ΑΘΗΝΑ: Παιδοψυχιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγ. Σοφία».  
 Επιστημονικός υπεύθυνος: Ι. Τσιάντης, MD, DPM, FRCPsych., Αναπ. Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής  
 Το ερευνητικό κέντρο της Αθήνας με τον επιστ. υπεύθυνο ανέλαβε την συνολική ευθύνη για όλες τις φάσεις της έρευνας στην Αθήνα και όλες τις όψεις της εφαρμογής του θεραπευτικού προγράμματος, σε συνεργασία με Έλληνες επιστήμονες – διευθυντές, επόπτες, θεραπευτές – με υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων της Αττικής και με τον φορέα του προγράμματος για την Ελλάδα (ΕΠΨΥ).
3. ΕΛΣΙΝΚΙ: Παιδοψυχιατρικό Τμήμα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Helsinki  
 Επιστημονικός υπεύθυνος: F. Almqvist, MD, PhD, καθηγητής Παιδοψυχιατρικής  
 Το ερευνητικό κέντρο του Helsinki με τον επιστ. υπεύθυνο ανέλαβε την συνολική ευθύνη για όλες τις φάσεις της έρευνας στο Helsinki. Επιστήμονες συνεργάτες βοήθησαν στην επίβλεψη πρακτικών παραμέτρων.

## ΚΛΙΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ

Τα ερευνητικά ερωτήματα εξετάστηκαν σε ένα δείγμα παιδιών και νεαρών εφήβων ασθενών τριών Ευρωπαϊκών Κρατών (Αγγλίας, Ελλάδα, Φινλανδίας).

Το κλινικό δείγμα αποτελείτο συνολικά από 72 παιδιά και νεαρούς εφήβους ηλικίας 9-15 ετών, με διαγνωσμένη μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη, που παραπέμφθηκαν μέσω των συνηθισμένων οδών στα συνεργαζόμενα ερευνητικά κέντρα της χώρας τους:

24 στην Αγγλία Tavistock Clinic του Λονδίνου

24 στην Ελλάδα Παιδοψυχιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο Παιδών «η Αγία Σοφία»

24 στη Φινλανδία Παιδοψυχιατρικό Τμήμα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Helsinki

## ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ (Τσιάντης και συν. 2002)

### Επιστημονική Ομάδα:

Ι. Τσιάντης (Αν. Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Επιστημονικός Υπεύθυνος του Προγράμματος για την Ελλάδα), Δ. Αναστασόπουλος (Ψυχίατρος, Ψυχοθεραπευτής, Επόπτης στη Θεραπεία Γονέων), Ε. Λιγνού (Ψυχοθεραπεύτρια Παιδιού και Εφήβου, Επόπτρια στην Ψυχαναλυτική Θεραπεία Παιδιών), Ε. Τσανίρα (Παιδοψυχίατρος, Ψυχοθεραπεύτρια Παιδιού και Εφήβου, Επόπτρια στην Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία Παιδιών), Ο. Πανοπούλου-Μαράτου (Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Ψυχαναλύτρια, Συνεργάτης για τη μεθοδολογία της έρευνας), Β. Τομαράς (Αν. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Επόπτης στην Οικογενειακή Θεραπεία), Β. Πομίνι (Κλινική Ψυχολόγος, Επόπτρια στην Οικογενειακή Θεραπεία), Ε. Αθανασιάδου (Ψυχολόγος, συντονίστρια του προγράμματος), Γ. Κολαΐτης (Επ. Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, μέλος της ομάδας αξιολόγησης), Αικ. Παπανικολάου (Επ. Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, μέλος της ομάδας αξιολόγησης)

### Θεραπευτές:

#### *Ατομική Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία Παιδιών*

Ε. Σταύρου (Παιδοψυχίατρος), Β. Χατζαρά (Παιδοψυχίατρος), Σ. Χριστογιώργος (Παιδοψυχίατρος), Κ. Χάρη (Παιδοψυχίατρος), Μ. Ζερβάκη (Ψυχολόγος), Ν. Ταλούμη (Ψυχολόγος), Β. Οικονόμου (Ψυχολόγος)

#### *Οικογενειακή Θεραπεία:*

Δ. Γεωργιάδης (Παιδοψυχίατρος), Κ. Φρανσίσ (Παιδοψυχίατρος), Ε. Αλεξοπούλου (Ψυχολόγος), Δ. Μαγριπλής (Παιδοψυχίατρος), Τ. Κόρπα (Παιδοψυχίατρος), Ο. Λανρά (Ψυχολόγος)

#### *Θεραπεία Γονέων:*

Μ. Τάσση (Παιδοψυχίατρος), Γ. Γκριτζέλας (Παιδοψυχίατρος), Μ. Μαραγκίδη (Ψυχολόγος), Λ. Τσαρούχη (Ψυχολόγος)

## ΠΙΝΑΚΕΣ και ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

## Πίνακας 1

## Camberwell Family Interview -ΕΣ

Κλίμακα	Προσδιορισμός	Βαθμολόγηση Cut-offs
Κριτικά σχόλια (ΚΣ)	Κριτικά σχόλια ορίζονται οι δηλώσεις εκείνες, που από τον τρόπο που εκφέρονται, διαμορφώνουν ένα δυσμενές σχόλιο για την συμπεριφορά ή την προσωπικότητα του προσώπου στο οποίο αναφέρονται. Εκτιμώνται, ως προς το περιεχόμενο και/ή τον τόνο της φωνής. Αφορά μια ξεκάθαρη και αναμφίβολη δήλωση μνησικακίας, αποδοκιμασίας, ή αντιπάθειας.	Υψηλό ΕΣ: $\geq 6$ ΚΣ Χαμηλό ΕΣ: $< 6$ ΚΣ
Εχθρότητα (Ε)	Πρόκειται για ένα γενικευμένο αρνητικό συναίσθημα και απορριπτική στάση απέναντι στον ασθενή. Η εχθρότητα ορίζεται παρούσα όταν ο ερωτώμενος επιτίθεται στον άλλον κυρίως γι αυτό που είναι και όχι γι αυτό που κάνει.	Υψηλό ΕΣ: παρουσία (κλίμακα 0-3)  Χαμηλό ΕΣ: απουσία
Συναισθηματική υπερεμπλοκή (ΣΥΕ)	Η κλίμακα αυτή εκτιμά μια υπερβολική και δυσανάλογη συναισθηματική αντίδραση του ερωτώμενου σε σχέση με τη νόσο του ασθενούς. Περιλαμβάνει υπερπροστατευτικότητα, επιτήρηση, έλεγχο και υπερβολική αυτοθυσία χάριν του ασθενούς.	Υψηλό ΕΣ: $\geq 3$ Χαμηλό ΕΣ: $< 3$
Εγκαρδιότητα (Ε)	Εκτιμάται η συναισθηματική ζεστασιά απέναντι στον ασθενή, εκφραζόμενη κατά τη συνέντευξη.	Κλίμακα: 0-5 ή 6
Θετικά σχόλια (ΘΣ)	Ένα θετικό σχόλιο είναι μια δήλωση, που εκφράζει αδιαμφισβήτητο έπαινο, επιδοκιμασία ή εκτίμηση της συμπεριφοράς ή της προσωπικότητας του άλλου.	Συχνότητα εμφάνισης θετικών σχολίων



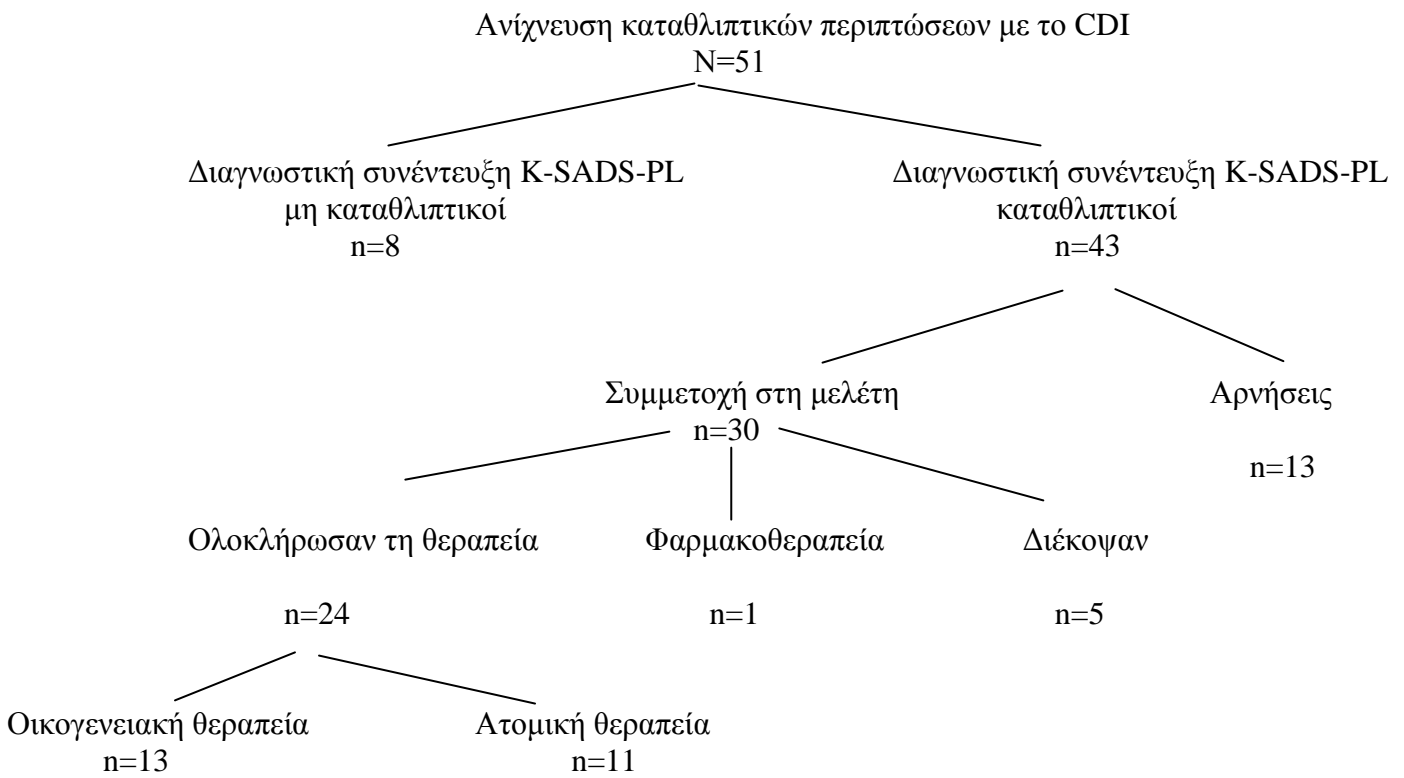
## Πίνακας 2

Μείζονα χαρακτηριστικά των μητέρων του δείγματος<sup>1</sup>

		N	%
<b>Ηλικία μητέρας, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)</b>		41,2±7,8	41,5 (34 - 48)
<b>Εθνικότητα μητέρας</b>	European	2	8,3
	Mediterranean	20	83,3
	Asian	1	4,2
	Other	1	4,2
<b>Θρησκεία μητέρας</b>	Καθολικός	2	8,3
	Ορθόδοξος	21	87,5
	Άλλο	1	4,2
<b>Παιδιά από προηγούμενη σχέση, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)</b>		0,2±0,5	0 (0 - 0)
<b>Παιδιά από προηγούμενη σχέση, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)</b>		0,1±0,3	0 (0 - 0)
<b>Λάβατε κάποια εκπαίδευση για το επάγγελμα αυτό</b>	Όχι	14	60,9
	Ναι	9	39,1
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας</b>	School exams 'lower'	14	60,9
	University entrance	5	21,7
	Degree (university)	3	13,0
	Higher degree	1	4,3
<b>Εργάζεται η μητέρα</b>	Όχι	3	13,6
	Ναι	19	86,4
<b>Οικονομική κατάσταση οικογένειας</b>	Income adequate	3	13,0
	Minor problems	12	52,2
	Inadequate	7	30,4
	Major difficulties	1	4,3

<sup>1</sup>. Demography Interview (Kolvin et al. 1991)

**Διάγραμμα  
1**



Στο διάγραμμα (1) παρουσιάζεται η διαδικασία επιλογής του δείγματος.

**Πίνακας 3**

Κατάλογος ερευνητικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη

<b>ΕΡΓΑΛΕΙΑ</b>	<b>Αυτοσυμπλη- ρούμενο (Α)/ Συνέντευξη (Σ)</b>	<b>Αρχική αξιολόγηση</b>	<b>Τέλος θεραπείας</b>	<b>Επαναξιολόγηση μετά 6 μήνες</b>
<i>ΠΑΙΔΙ</i>				
CDI (Kovacs, 1992)	A	X	X	X
KSADS-PL (Kaufman et al. 1997, Chambers et al. 1985, Puig- Antich & Chambers 1978)	Σ	X	X	X
MFQ (Moods & Feelings Questionnaire) (Angold et al. 1987)	A	X	X	X
SCARED (Screenfor Child Anxiety Related Emotional Disorders) (Birmaher, 1999)	A	X	X	X
Battle Self Esteem (Battle, 1981)	A	X	X	X
SAS (Social Adjustment Scale) (Weissman, 1975, Weissman et al, 1981)	Σ	X	X	X
<i>ΓΟΝΕΙΣ για ΠΑΙΔΙ</i>				
5MSS (Magana- Amato, 1993)	Σ	X	X	X
KSADS-PL (Kaufman et al. 1997, Chambers et al. 1985, Puig- Antich & Chambers 1978)	Σ	X	X	X

MFQ (Moods & Feelings Questionnaire) (Angold et al. 1987)	A	X	X	X
<i>ΓΟΝΕΙΣ για ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ</i>				
Demography (Kolvin et al. 1991)	Σ	X		
Cambridge	A	X		
Life Events (Goodyer et al. 1985, Berney et al. 1991)	A	X		
BDI (Beck & Weissman, 1974)	A	X	X	X
Battle Self Esteem (Battle, 1981)	A	X	X	X
<i>ΣΧΟΛΕΙΟ</i>				
EAQ (Educational Achievement Questionnaire) (Fundudis et al. 1991)	Εκπαιδευτικός	X	X	X
CBCL-TRF (Child Behavior Checklist) (Achenbach, 1991)	Εκπαιδευτικός	X	X	X