



Στρατηγικές
Αναπτυξιακής
και Εφηβικής
Υγείας



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διευθύντρια: Αν. Καθηγήτρια Αρτεμισία Τσίτσικα

Όνοματεπώνυμο: Βλασοπούλου Φωτεινή

Αριθμός μητρώου: 20170092

Ιδιότητα: Νοσηλεύτρια

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Αρτεμισία Τσίτσικα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Μονάδα Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ.), Β' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο "Π. & Α. Κυριακού", Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Ιούλιος 2020



Στρατηγικές
Αναπτυξιακής
και Εφηβικής
Υγείας



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διευθύντρια: Αν. Καθηγήτρια Αρτεμισία Τσίτσικα

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

*«Εσωτερικευμένες διαταραχές σε εφήβους ηλικίας 14-17 ετών από επτά διαφορετικές
Ευρωπαϊκές χώρες»*

Όνοματεπώνυμο: Βλασοπούλου Φωτεινή

Αριθμός μητρώου: 20170092

Ιδιότητα: Νοσηλεύτρια

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Αρτεμισία Τσίτσικα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Μονάδα Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ.), Β' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο "Π. & Α. Κυριακού", Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

- Α. Τσίτσικα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Μονάδα Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ.), Β' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο "Π. & Α. Κυριακού", Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
- Μ. Τσολιά Καθηγήτρια, Μονάδα Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ.), Β' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο "Π. & Α. Κυριακού", Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
- Θ. Ψαλτοπούλου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Θεραπευτική Κλινική, Νοσοκομείο "Αλεξάνδρα", Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Περιεχόμενα

Περίληψη	
Εισαγωγή	
Εφηβεία.....	
Ταξινόμηση των Προβλημάτων Συμπεριφοράς.....	
Προβλήματα Συμπεριφοράς.....	
Προβλήματα Εσωτερίκευσης.....	
Συννοσηρότητα και Διαταραχές Εσωτερίκευσης.....	
Προβλήματα Εσωτερίκευσης και Δημογραφικοί Παράγοντες.....	
Διαπολιτισμικές Έρευνες στα Προβλήματα Εσωτερίκευσης.....	
Ερευνητικοί Στόχοι.....	
Μέθοδος	
Συμμετέχοντες	
Μέσα συλλογής δεδομένων	
Διαδικασία	
Αποτελέσματα	
Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες	
Έλεγχος ερευνητικών ερωτημάτων και υποθέσεων	
Συζήτηση	
Περιορισμοί και προτάσεις	
Βιβλιογραφία	
Περίληψη.....	
English title and summary.....	

Περίληψη

Τα προβλήματα εσωτερίκευσης αποτελούν ένα συχνό φαινόμενο στην εφηβική ηλικία, με σημαντικές επιπτώσεις στην κοινωνική, συναισθηματική και ακαδημαϊκή ζωή. Αν και παρατηρούνται κοινές τάσεις, διαπολιτισμικές έρευνες έχουν αναδείξει διαφορές στον επιπολασμό και τους παράγοντες εμφάνισης των προβλημάτων εσωτερίκευσης ανά χώρα. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τα προβλήματα εσωτερίκευσης (άγχος, κατάθλιψη, κοινωνική απόσυρση, σωματικές ενοχλήσεις) σε εφήβους σε σχέση με δημογραφικούς και ακαδημαϊκούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων του φύλου, του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της σχολικής επίδοσης σε ένα συγχρονικό διαπολιτισμικό σχέδιο έρευνας. Το αρχικό δείγμα αποτέλεσαν 13.708 συμμετέχοντες ηλικίας 14 έως 17 ετών από επτά ευρωπαϊκές χώρες (Γερμανία, Ελλάδα, Ισλανδία, Ολλανδία, Πολωνία, Ρουμανία, Ισπανία). Τα δεδομένα αντλήθηκαν από το ευρωπαϊκό πρόγραμμα EU.NET.ADB (Tsitsika et al., 2012). Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο Youth Self Report (Achenbach, 1991) και ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων. Στην συγκεκριμένη μελέτη, το συνολικό δείγμα αποτελείται από 8,952 εφήβους. Η Γερμανία και η Πολωνία αφαιρέθηκαν από την συγκεκριμένη ανάλυση καθώς τα δεδομένα από το YSR δεν ήταν διαθέσιμα. Τελικώς τα δεδομένα της ανάλυσης περιελάμβαναν πέντε χώρες : Ελλάδα, Ολλανδία, Ρουμανία, Ισπανία και Ισλανδία. Όσον αφορά τα συνολικά εσωτερικευμένα προβλήματα, η Ισλανδία (11,1%) επιδεικνύει τα υψηλότερα ποσοστά με τα κλινικά προβλήματα, ενώ το χαμηλότερο ποσοστό παρουσιάζει η Ρουμανία (2,4%). Το ποσοστό των εφήβων που εκδηλώνουν κλινικά συμπτώματα κοινωνικής απόσυρσης/κατάθλιψης είναι το χαμηλότερο στην Ελλάδα (1,8%) και το υψηλότερο στην Ισπανία (3,3%). Η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξε ότι οι έφηβοι μεγαλύτερης ηλικίας ήταν πιο πιθανόν να αναφέρουν προβλήματα από τους νεότερους. Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο των γονιών συνδεόταν με χαμηλότερα προβλήματα σε κλινικό επίπεδο σε όλες τις χώρες. Τόσο η ανεργία των γονιών όσο και το φύλο ήταν παράγοντες που επηρέαζαν την πιθανότητα να εμφανίσουν οι έφηβοι εσωτερικευμένα προβλήματα. Τα αποτελέσματα συζητούνται σε συνάρτηση με τη συναφή βιβλιογραφία.

Λέξεις-κλειδιά: Προβλήματα εσωτερίκευσης, δημογραφικοί παράγοντες, διαπολιτισμική έρευνα, εφηβεία

Προβλήματα Εσωτερίκευσης σε Εφήβους

Τις τελευταίες δεκαετίες, τα προβλήματα ψυχικής υγείας στην παιδική και εφηβική ηλικία έχουν κεντρίσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας (Merrell, 2008). Αν και συχνά υποβαθμίζεται η σημασία των συμπτωμάτων στα παιδιά και τους εφήβους σε σχέση με τους ενήλικες, έχει ευρέως αναγνωριστεί ότι προβλήματα, όπως η κατάθλιψη και το άγχος, είναι υπαρκτά, σοβαρά και σύνθετα στην παιδική και εφηβική ηλικία και χρήζουν τόσο παρέμβασης όσο και πρόληψης.

Οι όροι εσωτερίκευση και εξωτερίκευση χρησιμοποιούνται ευρέως έτσι ώστε να περιγράψουν δύο μεγάλες κατηγορίες προβλημάτων ψυχικής υγείας παιδιών εφήβων, οι οποίες απεικονίζουν συμπεριφορικές, συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες (Achenbach, Ivanova, Rescorla, Turner & Althoff, 2016). Οι επιδημιολογικές έρευνες σχετικά με τα προβλήματα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων παρέχουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τον επιπολασμό των διαταραχών και διαμορφώνουν τις πολιτικές πρόληψης και παρέμβασης καθώς και τον σχεδιασμό και την εφαρμογή μελλοντικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Philipp et al., 2018). Σε μια πρόσφατη μεταανάλυση 41 μελετών σε 27 διαφορετικές χώρες, οι Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye και Rohde (2015) έδειξαν ότι ο επιπολασμός των προβλημάτων ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους κυμαίνεται κατά μέσο όρο στο 13,4% (6,8 – 37,4%). Σε μια άλλη μεταανάλυση ερευνητικών δεδομένων μεταξύ 2000 και 2007 σε δείγματα από τη Μεγάλη Βρετανία και τις ΗΠΑ, διαπιστώθηκε ότι το 25% των παιδιών και εφήβων διαγνώστηκαν με ψυχιατρική διαταραχή κατά τον τελευταίο χρόνο και ένα στους τρεις υποφέρουν καθόλη τη διάρκεια της ζωής τους (Merikangas, Nakamura & Kessler, 2009).

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας σε παιδιά και εφήβους αυξάνουν τον κίνδυνο για μελλοντικά κοινωνικά και ατομικά προβλήματα (Philipp et al. 2018). Οι ψυχιατρικές διαταραχές αποτελούν ταυτόχρονα οικονομική μάλιστα για τα συστήματα υγείας καθώς πέντε στις δέκα διαταραχές συνιστούν κύριες αιτίες αναπηρίας για τον γενικό πληθυσμό (Murray & Lopez, 1996). Οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές εκκινούν στην εφηβεία και οδηγούν σε χαμηλότερα ακαδημαϊκά επιτεύγματα, βία, χρήση ουσιών και χαμηλή αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία, μειώνοντας ως αποτέλεσμα την ποιότητα ζωής του ατόμου (Patel, Flisher, Jetrick & McGorry, 2007). Τα δεδομένα αυτά καθιστούν ιδιαίτερα επιτακτική

την αναγκαιότητα μελέτης των προβλημάτων ψυχικής υγείας σε παιδιά και εφήβους με στόχο την έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη τους. Για τον σκοπό αυτό, η παρούσα μελέτη επιχειρεί να διερευνήσει τα προβλήματα εσωτερικευσης σε σχέση με δημογραφικούς παράγοντες σε εφήβους από επτά ευρωπαϊκές χώρες.

Εφηβεία

Η εφηβεία αποτελεί μια μεταβατική περίοδο μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της ενηλικίωσης. Ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα εισέρχονται στον κόσμο της εφηβείας επηρεάζεται από πολιτισμικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (Lightfoot, Cole, & Cole, 2014). Με την είσοδο στη βιομηχανική εποχή στα τέλη του 19^{ου} αιώνα και την αύξηση των κοινωνικών προβλημάτων, δημιουργήθηκε σταδιακά η ανάγκη για διεύρυνση της εκπαίδευσης και παροχή δομημένων προγραμμάτων εκπαίδευσης και υγείας στους εφήβους (Mintz, 2004).

Ένα από τα πρώτα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της εφηβείας είναι η έκρηξη σωματικής ανάπτυξης, η ταχεία δηλαδή αλλαγή στο ύψος και το βάρος που σηματοδοτεί την έναρξη της ήβης (Lightfoot et al., 2014). Η ήβη αναφέρεται στη σειρά αλλαγών στη βιολογική ανάπτυξη κατά την οποία το παιδικό σώμα μετατρέπεται σε ενήλικο, ικανό για αναπαραγωγή. Κατά την περίοδο της ήβης, οι έφηβοι αναπτύσσουν τα πρωτογενή χαρακτηριστικά, δηλαδή τα αναπαραγωγικά όργανα, και τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου, τις εξωτερικές σωματικές αλλαγές που διακρίνουν τα δύο φύλα. Οι αλλαγές αυτές της ήβης έχουν σημαντικές κοινωνικές και ψυχολογικές συνέπειες, οι οποίες επηρεάζονται από πολιτισμικές πεποιθήσεις και αξίες μέσα από προσδοκίες. Για πολιτισμικούς λόγους, τα κορίτσια βιώνουν την εφηβεία με μεγαλύτερα ποσοστά άγχους και αβεβαιότητας σε σχέση με τα αγόρια και η πρόωγη εμφάνιση της ήβης μπορεί να είναι συχνά πιο δύσκολη ψυχολογικά για τα κορίτσια σε σχέση με την καθυστερημένη εμφάνιση της. Παράλληλα, ο πολιτισμός διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση για τη σεξουαλική υγεία, την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής και την εμφάνιση σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στους εφήβους.

Ο τρόπος με τον οποίο ο έφηβος ερμηνεύει τις αλλαγές που βιώνει στο σώμα του κατά την ήβη επηρεάζεται από τις αναπτυσσόμενες γνωστικές του ικανότητες (Lightfoot et al., 2014). Σύμφωνα με τον Piaget, ο έφηβος υπεισέρχεται στο στάδιο των τυπικών νοητικών λειτουργιών, κατά το οποίο αποκτά την ικανότητα να

σκέφτεται συστηματικά όλες τις λογικές σχέσεις σε ένα πρόβλημα. Επιδεικνύει έντονο ενδιαφέρον για τις αφηρημένες ιδέες και για την ίδια τη διεργασία της σκέψης. Μέσω της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, ο έφηβος εκτίθεται σε απόψεις και τρόπους κατανόησης του κόσμου διαφορετικούς από τον δικό του και ανατρέπει το τρέχον επίπεδο κατανόησης του, μια διαδικασία που περιγράφεται με τον όρο κοινωνικογνωστική σύγκρουση (Bearison & Dorval, 2002). Από την άλλη, οι θεωρητικοί της επεξεργασίας των πληροφοριών εκτιμούν ότι οι ανεπτυγμένες γνωστικές ικανότητες των εφήβων είναι αποτέλεσμα της συνεχούς ανάπτυξης γνωστικών δομών και διεργασιών. Η ικανότητα του εφήβου να σκέφτεται συστηματικά πηγάζει από την αυξημένη χωρητικότητα της μνήμης εργασίας και την εφαρμογή αποτελεσματικών στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων (Markovits, 2006).

Παράλληλα με τη γνωστική ανάπτυξη, βήματα συντελούνται και στην ηθική ανάπτυξη κατά την περίοδο της εφηβείας (Lightfoot et al., 2014). Σύμφωνα με τον Kohlberg, ο ηθικός συλλογισμός ακολουθεί τρία μείζονα επίπεδα, καθένα από τα οποία αποτελείται από δύο στάδια. Οι έφηβοι συνήθως εισέρχονται στο τέταρτο στάδιο, στο οποίο τείνουν να πιστεύουν ότι η κοινωνία έχει νόμιμη εξουσία στα άτομα και νιώθουν την υποχρέωση να δέχονται τους νόμους της, τα έθιμα και τα κριτήρια για την πρέπουσα συμπεριφορά. Η θεώρηση αυτή δέχτηκε κριτική από την προσέγγιση της Gilligan (1982), η οποία εκτιμά ότι τα κορίτσια προσανατολίζονται περισσότερο στην ηθική της φροντίδας ενώ τα αγόρια εστιάζουν περισσότερο στην ηθική της δικαιοσύνης. Οι γονείς και οι συνομήλικοι έχουν σημαντική συμβολή στην ηθική ανάπτυξη των εφήβων, των οποίων οι ενέργειες συχνά δε συμφωνούν με την ηθικές τους αρχές.

Σε αντίθεση με τις επικρατούσες αντιλήψεις για την εφηβεία ως περίοδος συναισθηματικής αστάθειας, οι έρευνες δείχνουν ότι προς το τέλος αυτής της περιόδου οι έφηβοι τείνουν να βιώνουν λιγότερο έντονα συναισθήματα και σε μια πιο σταθερή βάση (Steinberg, 2005). Ωστόσο, η υποκειμενική ευτυχία φαίνεται ότι μειώνεται σταδιακά, πιθανά λόγω της αύξησης των αρνητικών συναισθημάτων που τα οποία συνδέονται με αγχογόνα γεγονότα ζωής που βιώνουν οι έφηβοι. Η μειωμένη συναισθηματική ένταση εξηγείται σε μεγάλο βαθμό από τη συναισθηματική αυτορρύθμιση που επιτυγχάνεται. Σε αυτό συμβάλλει και η ωρίμανση των μετωπιαίων λοβών η οποία διευκολύνει την έκφραση των συναισθημάτων, μια

διεργασία η οποία με τη σειρά της υποστηρίζεται θετικά από τη γονική ζεστασιά και διαμορφώνεται από τις κοινωνικές προσδοκίες για τα δύο φύλα.

Κατά την περίοδο της εφηβείας, τα άτομα στρέφονται όλο και περισσότερο προς τους συνομηλίκους για την κάλυψη των συναισθηματικών τους αναγκών, ενώ οι σχέσεις τους με τους γονείς τείνουν να χαρακτηρίζονται από διαφωνίες και συγκρούσεις (Lightfoot et al., 2014). Παράλληλα, αναπτύσσονται οι πρώτες ερωτικές σχέσεις σε μια κατά στάδια διαδικασία, στην οποία οι κλίκες του ίδιου φύλου στην πρώτη εφηβεία δίνουν τη θέση τους σε μεικτές παρέες, ανοίγοντας τον δρόμο για ερωτικές σχέσεις (Kuttler & La Greca, 2004). Μέσω της πίεσης των συνομηλίκων και της συμμόρφωσης, οι έφηβοι επιλέγουν τρόπους συμπεριφοράς και ένδυσης που έχουν κοινά γνωρίσματα με την ομάδα την οποία επιλέγουν και συναναστρέφονται (Furman & Simon, 2008).

Βασική αναπτυξιακή πρόκληση για τους εφήβους είναι η διαμόρφωση μιας συνεκτικής, σταθερής ταυτότητας (Lightfoot et al., 2014). Η ανάπτυξη της ταυτότητας είναι η διαδικασία μέσω της οποίας το άτομο αποκτά αίσθηση του ποιος είναι, ποιες πολιτικές και ηθικές πεποιθήσεις υιοθετεί, ποιες επαγγελματικές επιλογές κάνει και ποια είναι η σχέση του με την κοινότητα στην οποία είναι μέλος. Σύμφωνα, άλλωστε, με τον Erikson (1968), η εφηβεία συνιστά μια κρίση μεταξύ ταυτότητας ή σύγχυσης ρόλων. Μέσω της εξερεύνησης και της δέσμευσης, οι έφηβοι πειραματίζονται και εμπλέκονται σε ρόλους ενώ διαμορφώνουν στόχους, αξίες και πεποιθήσεις. Έρευνες δείχνουν ότι οι οικογένειες οι οποίες προωθούν την ανάπτυξη ταυτότητας σε εφήβους είναι εκείνες που προσφέρουν υποστήριξη και ασφάλεια ενώ τους ενθαρρύνουν να δημιουργήσουν μια διακριτή ταυτότητα σε πλαίσια αυτονομίας (Grotevant, 1998).

Ερευνητικά δεδομένα αναδεικνύουν τη σημασία του πολιτισμού στην ανάπτυξη της αίσθησης του εαυτού μέσα από τη μετάδοση πολιτισμικών αξιών, πεποιθήσεων και τρόπων ζωής (Shweder et al., 2002). Σύμφωνα με τους Hazel Markus και Shinobu Kitayama, οι άνθρωποι των οποίων ο πολιτισμός ενθαρρύνει την ανεξάρτητη αίσθηση του εαυτού προσανατολίζονται στην προώθηση των ατομικών τους στόχων και την υποστήριξη ατομικών ιδεών (Lightfoot et al., 2014). Αντιθέτως, οι άνθρωποι των οποίων ο πολιτισμός ενθαρρύνει την αλληλοεξαρτώμενη αίσθηση

του εαυτού προσανατολίζονται στην εναρμόνιση με την ομάδα υποστηρίζοντας ομαδικούς στόχους και την ικανότητα για κατανόηση της σκέψης των άλλων.

Ταξινόμηση των Προβλημάτων Συμπεριφοράς

Για την ταξινόμηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας σε παιδιά και εφήβους επικρατούν δυο βασικές προσεγγίσεις: η κλινική και η εμπειρική. Η κλινική προσέγγιση βασίζεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχιατρικών Διαταραχών - 5^η έκδοση (DSM- V) της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας (American Psychiatric Association - APA, 2000), το οποίο είναι το επικρατέστερο διαγνωστικό σύστημα στις Η.Π.Α (Achenbach & Rescorla, 2000). Η κλινική προσέγγιση χαρακτηρίζεται ως μέθοδος «από πάνω προς τη βάση», καθώς στηρίζεται σε απριόρι κατηγορικές διαγνώσεις ή κατηγοριοποιήσεις των προβλημάτων συμπεριφοράς (McConaughy, 2001). Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, το άτομο το οποίο παραπέμπεται σε υπηρεσία ψυχικής υγείας εκτιμάται ότι έχει μια συγκεκριμένη διαταραχή εφόσον πληροί τον απαιτούμενο αριθμό συμπτωμάτων για τη συγκεκριμένη διαταραχή.

Από την άλλη πλευρά, η ταξινόμηση των μορφών της προβληματικής συμπεριφοράς με βάση την εμπειρική προσέγγιση βασίζεται κυρίως στη χρήση ερωτηματολογίων (Questionnaires) (Rutter, 1967), στις κλίμακες εκτίμησης (Rating scales) (Conners, 1990) και στους καταλόγους ελέγχου (Check lists) (Achenbach, 1998· Achenbach & Edelbrock, 1981). Η εμπειρική προσέγγιση ή αλλιώς προσέγγιση «από τη βάση προς τα πάνω» στηρίζεται στη χρήση περιγραφικών χαρακτηρισμών των προβλημάτων τα οποία εκδηλώνονται από το άτομο χωρίς τη διατύπωση υποθέσεων για την αιτία ή την αναπτυξιακή πορεία συγκεκριμένων συνδρόμων (McConaughy, 2001). Τα μοτίβα προβλημάτων που εκδηλώνονται στο άτομο μπορούν να συγκριθούν με μοτίβα που έχουν προηγουμένως εντοπιστεί σε μεγάλα κλινικά δείγματα.

Σύμφωνα με το εμπειρικό μοντέλο της ψυχοπαθολογίας, τα προβλήματα συμπεριφοράς ταξινομούνται σε μια ιεραρχική δομή, στη βάση της οποίας συγκεκριμένα προβλήματα βαθμολογούνται σε κλίμακες τύπου Likert (Achenbach et al., 2016). Οι βαθμολογίες αυτών των προβλημάτων συνιστούν τα δομικά στοιχεία για την αξιολόγηση και ταξινόμηση της ψυχοπαθολογίας. Το επόμενο επίπεδο της

ψυχοπαθολογίας συνίσταται σε διαστασιακές κλίμακες συνδρόμων, καθεμία από τις οποίες αποτελείται από ένα σύνολο αμοιβαία συνδεδεμένων προβλημάτων, των οποίων οι βαθμολογίες αθροίζονται ώστε να αποδώσουν βαθμολογίες για τα σύνδρομα. Στη συνέχεια, το επίπεδο της ιεραρχίας περιλαμβάνει εσωτερικευμένες και εξωτερικευμένες ομαδοποιήσεις των αμοιβαία συνδεδεμένων συνδρόμων. Οι βαθμολογίες στις κλίμακες εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης υπολογίζονται αθροίζοντας τις βαθμολογίες για τα σύνδρομα που συνιστούν κάθε ομάδα.

Τα τελευταία χρόνια, η εμπειρική προσέγγιση κερδίζει όλο και περισσότερο το ερευνητικό ενδιαφέρον (Achenbach et al., 2016). Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι στην τελευταία του έκδοση του DSM (APA, 2010), η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία αναγνωρίζει τη σημασία των ευρέων κατηγοριών εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων στην κλινική πρακτική και έρευνα. Συγκεκριμένα, διαπιστώνει ότι η μελέτη των περιβαλλοντικών και γενετικών παραγόντων κινδύνου μέσα από έρευνες διδύμων μπορεί να εξηγήσει τις συστηματικές συννοσηρότητες που παρατηρούνται μεταξύ διαταραχών τόσο σε κλινικά όσο και σε δείγματα γενικού πληθυσμού. Η εμπειρική προσέγγιση αποτελεί, επομένως, σημαντική συμβολή στην κλινική και ερευνητική σκέψη ως προς τις σχέσεις μεταξύ των διαγνώσεων. Για να είναι ωστόσο χρήσιμες οι κατηγορίες των προβλημάτων στην κλινική πρακτική, απαιτούνται συγκεκριμένες διαδικασίες αξιολόγησης έτσι ώστε να είναι σαφές ποια παιδιά και έφηβοι εκδηλώνουν κλινικά υψηλά επίπεδα προβλημάτων εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης. Οι διαδικασίες αυτές είναι σημαντικό να βασίζονται σε έγκυρα, αξιόπιστα και σταθμισμένα εργαλεία, τα οποία έχουν υποστηριχτεί από ερευνητικά δεδομένα (Achenbach et al., 2016).

Βασισμένος στην εμπειρική προσέγγιση της ψυχοπαθολογίας, ο Achenbach δημιούργησε μια ομάδα εργαλείων με στόχο την εκτίμηση των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες (Ρούσσου & Μαστρογιαννάκου, 2001). Τα εργαλεία αυτά τα ονόμασε «Σύστημα Achenbach για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση» ή ΣΑΕΒΑ (Achenbach System of Empirically Based Assessment – ASEBA). Τα ερωτηματολόγια που απαρτίζουν το ΣΑΕΒΑ για την παιδική και εφηβική ηλικία είναι το Ερωτηματολόγιο για Γονείς παιδιών ηλικίας 1,5-5 ετών και 6-18 ετών (Child Behavior Checklist – CBCL), το Ερωτηματολόγιο για Εκπαιδευτικούς για τις ίδιες ηλικίες (Teacher’s Report Form- TRF) και το

Ερωτηματολόγιο Εφήβων (Youth Self Report – YSR). Με τα εργαλεία αυτά, επιτρέπεται η συλλογή πληροφοριών κατάλληλων για το φύλο και την ηλικία του ατόμου από πολλαπλές πηγές, όπως γονείς, εκπαιδευτικούς αλλά και το ίδιο το άτομο, με στόχο την αξιολόγηση των ικανοτήτων και των προβλημάτων του παιδιού.

Τα ιεραρχικά μοντέλα ψυχοπαθολογίας, τα οποία εκτείνονται από συγκεκριμένα προβλήματα σε ευρύτερες διαστάσεις, έχουν σημαντικά πλεονεκτήματα (Achenbach et al., 2016). Αποτρέποντας την κατηγοριοποίηση, τα μοντέλα αυτά αναδεικνύουν το συγκεκριμένο μοτίβο προβλημάτων για κάθε παιδί σε προφίλ διαστάσεων. Με αυτόν τον τρόπο, επιτρέπουν να αποκαλυφθούν σχέσεις μεταξύ προβλημάτων πιο αποτελεσματικά σε σχέση με τις κατηγορίες. Παράλληλα, οι νόρμες είναι απαραίτητες έτσι ώστε να παρέχουν μετρήσεις για τη σύγκριση της βαθμολογίας του παιδιού με τη μέση βαθμολογία παιδιών της ίδιας ηλικίας.

Διατυπώνοντας μια εναλλακτική προσέγγιση για τις διαγνωστικές κατηγορίες, οι Insel και συν. (2010) πρότειναν τα Δομικά Κριτήρια Έρευνας (Research Domain Criteria) ως τη βάση για την κατηγοριοποίηση της ψυχοπαθολογίας (Achenbach et al., 2013). Τα κριτήρια αυτά ταξινομούν την ψυχοπαθολογία με όρους διαστάσεων των νευροβιολογικών/συμπεριφορικών όψεων διαφόρων υποτιθέμενων κατηγοριών. Στόχος είναι να εντοπιστούν σχέσεις μεταξύ των προβλημάτων τα οποία το DSM περιγράφει ως διακριτές κατηγορίες. Παρά τα θετικά της σημεία, η προσέγγιση αυτή δεν περιγράφει συγκεκριμένες διαδικασίες αξιολόγησης ενώ δεν προσδιορίζει έννοιες για τη φαινοτυπική ψυχοπαθολογία (Achenbach et al., 2016).

Προβλήματα Συμπεριφοράς

Τα προβλήματα εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης εισήχθησαν πρώτη φορά ως όροι για να περιγράψουν κατηγορίες προβλημάτων οι οποίες, προερχόμενες από την παραγοντική ανάλυση, περιγράφουν τα παιδιά που αναφέρονται ως κλινικές περιπτώσεις (Achenbach, 1966). Οι κατηγορίες αυτές συνιστούν ευρείες διαστάσεις οι οποίες περιλαμβάνουν σύνολα διαστασιακών συνδρόμων, τα οποία, με τη σειρά τους, αποτελούνται από ομάδες συννοσηρών προβλημάτων. Από το 1966 που εισήχθησαν πρώτη φορά έως σήμερα, έχουν αξιοποιηθεί σε χιλιάδες έρευνες οι οποίες χρησιμοποίησαν μια ευρεία ποικιλία από μετρήσεις προκειμένου να αξιολογήσουν

παιδιά από διαφορετικά περιβάλλοντα για ποικίλους σκοπούς (Achenbach et al., 2016).

Τα προβλήματα εσωτερίκευσης διαφοροποιούνται από τα προβλήματα εξωτερίκευσης, στα οποία εντάσσονται η διασπαστική συμπεριφορά, η υπερκινητικότητα και η ελλειμματική προσοχή (Μανωλίτσης, 2013). Ενώ τα προβλήματα εσωτερίκευσης σχετίζονται με υπερέλεγχο των συναισθημάτων, τα προβλήματα εξωτερίκευσης, τα οποία εκδηλώνονται ως δυσκολία στην διαχείριση θυμού και λύπης, σχετίζονται με υποέλεγχο των συναισθημάτων (Zeman, Shipman & Suveg, 2002). Για τον λόγο αυτό είναι πιο εύκολο να εντοπιστούν, καθώς είναι άμεσα παρατηρήσιμα. Αν και συνιστούν δύο διαφορετικές κατηγορίες, συμβαίνει συχνά στα παιδιά να εκδηλώνουν και τους δύο τύπους προβλημάτων την ίδια χρονική περίοδο (Merrell, 2008). Για παράδειγμα, ένα παιδί ή έφηβος μπορεί να αισθάνεται θλίψη και άγχος, ενώ ταυτόχρονα εμπλέκεται σε αντικοινωνικές συμπεριφορές. Στην πραγματικότητα, τόσο τα προβλήματα εσωτερίκευσης όσο και τα προβλήματα εξωτερίκευσης αντανακλούν τύπους δυσλειτουργίας με διακριτά συμπεριφορικά, συναισθηματικά και γνωστικά χαρακτηριστικά (Zahn-Waxler, Klimes-Dougan & Slattery, 2000).

Η συναισθηματική αυτορρύθμιση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη προβλημάτων εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης στα παιδιά και στους εφήβους (Tahmouresi, Bender, Schmitz, Baleshzar & Tuschen-Caffier, 2014). Ο όρος αυτός περιγράφει την εξωγενή ή ενδογενή διαδικασία με την οποία το άτομο αλλάζει ή ελέγχει συναισθηματικές αντιδράσεις προκειμένου να επιτύχει προσωπικούς στόχους. Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η ψυχοπαθολογία στα παιδιά σχετίζεται με ελλειπείς στρατηγικές συναισθηματικής αυτορρύθμισης (Gilliom, Shaw, Beck, Schonberg & Lukon, 2002). Τα προβλήματα εξωτερίκευσης ίσως οφείλονται στην ανεπαρκή αυτορρύθμιση ή στην ελλιπή ικανότητα του ατόμου να αναστέλλει τη συμπεριφορά και να εστιάζει την προσοχή στις γνωστικές διεργασίες (Olson, Schilling & Bates, 1999). Αντιθέτως, προβλήματα εσωτερίκευσης όπως το άγχος συνδέονται συνήθως με χαμηλό έλεγχο προσοχής ή την ανικανότητα του ατόμου να ελέγχει τα αρνητικά συναισθήματα, όπως διαφαίνεται από τα υψηλά επίπεδα μηρυκασμού, λύπης, άγχους και κατάθλιψης (Kochanska, Coy, Tjebkes, & Husarek, 1998· Vasey, el-Hag & Daleiden, 1996).

Η βιβλιογραφία έχει αναδείξει πολιτισμικές διαφορές στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα εκφράζουν και ρυθμίζουν συναισθήματα καθώς στις στρατηγικές συναισθηματικής αυτορρύθμισης που αξιοποιούν (Matsumoto, Yoo & Nakagawa, 2008). Οι ατομικιστικές κοινωνίες εστιάζουν περισσότερο σε αξίες αυτονομίας και προσωπικής ανεξαρτησίας ενώ οι συλλογικές κοινωνίες τείνουν να εστιάζουν στη συλλογική ταυτότητα και την αίσθηση του ανήκειν σε μια ομάδα, ενισχύοντας την αρμονία, τη συνοχή του συνόλου και τους ομαδικούς στόχους. Έρευνες έχουν δείξει ότι η ανάπτυξη της συναισθηματικής αυτορρύθμισης στις μη δυτικές, κατά βάση συλλογικές κουλτούρες σχετίζεται με την ενσυναίσθηση, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την συμμόρφωση με τους κανόνες. Στις δυτικές κουλτούρες, από την άλλη, η ανάπτυξη της συναισθηματικής αυτορρύθμισης σχετίζεται με την αυτό-έκφραση και την αυτονομία. Προσπαθώντας να κατανοήσουν τον ρόλο του πολιτισμού στη συναισθηματική αυτορρύθμιση και την ψυχοπαθολογία παιδιών, οι Tahmouresi και συν. (2014) βρήκαν ότι μαθητές από το Ιράν αναφέρουν περισσότερα προβλήματα εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης σε σχέση με μαθητές από τη Γερμανία, αποδίδοντας το εύρημα αυτό στις διαφορές ως προς τις νόρμες, τις αξίες και τις πεποιθήσεις των πολιτισμών αυτών.

Προβλήματα Εσωτερίκευσης

Τα προβλήματα εσωτερίκευσης αποτελούνται από συναισθηματικά και συμπεριφορικά συμπτώματα, τα οποία χαρακτηρίζονται στη βιβλιογραφία ως «υπερ-ελεγχόμενα» (Cicchetti & Toth, 1991). Ο όρος «υπερελεγχόμενα» χρησιμοποιείται για να τονίσει το γεγονός ότι αυτά τα συμπτώματα εκδηλώνονται όταν τα άτομα επιχειρούν να διατηρήσουν ακατάλληλο έλεγχο ή δυσπροσαρμοστική ρύθμιση της συναισθηματικής και γνωστικής τους κατάστασης, τον τρόπο δηλαδή με τον οποίο σκέφτονται για το πως νιώθουν. Ο όρος «εσωτερικευμένα» υποδεικνύει ότι τα προβλήματα αυτά αναπτύσσονται και συντηρούνται σε μεγάλο βαθμό ενδότερα του ατόμου. Για τον λόγο αυτό, συγγραφείς, όπως ο Reynolds (1992), περιγράφουν τα προβλήματα εσωτερίκευσης ως κρυφές ασθένειες, υπονοώντας ότι είναι δύσκολο να εντοπιστούν μέσω της εξωτερικής παρατήρησης.

Ένα πρόβλημα εσωτερίκευσης μπορεί να αναφέρεται σε ένα σύμπτωμα, σύνδρομο ή διαταραχή η οποία επηρεάζει ένα άτομο σε βαθμό να του προκαλεί δυσφορία (Merrell, 2008). Στο σημείο αυτό, κρίνεται σκόπιμο να διαφοροποιηθούν οι όροι αυτοί, έτσι ώστε να γίνει κατανοητό το ευρύτερο πεδίο των διαταραχών εσωτερίκευσης. Ένα σύμπτωμα είναι ένα συγκεκριμένο συμπεριφορικό ή συναισθηματικό χαρακτηριστικό το οποίο σχετίζεται με συγκεκριμένες μορφές προβλημάτων ή διαταραχών. Το σύνδρομο αποτελεί μια ευρύτερη έννοια, η οποία εμπερικλείει ένα σύνολο συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, συμπτώματα κούρασης, συναισθήματα θλίψης και μελαγχολίας, δυσκολίες στον ύπνο και την πρόσληψη τροφής συνιστούν το καταθλιπτικό σύνδρομο. Παρόλο που υπάρχουν συμπτώματα σε βαθμό που να προκαλούν σημαντική δυσφορία στο άτομο, δεν πληρούνται ωστόσο όλα τα κριτήρια για τη διάγνωση της διαταραχής της κατάθλιψης. Η διαταραχή υφίσταται, επομένως, όταν ένα σύνολο συμπτωμάτων ή ένα σύνδρομο πληρούν ορισμένα κριτήρια, όπως ορίζονται από ένα διεθνές σύστημα ταξινόμησης, όπως το DSM-V της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας ή το ICD του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Συνοψίζοντας, μια διαταραχή περιλαμβάνει πάντα ένα σύνδρομο και ακόλουθα συμπτώματα, και ένα σύνδρομο περιλαμβάνει πάντα συμπτώματα. Εντούτοις, τα συμπτώματα δε συνιστούν πάντα ένα σύνδρομο ή μια διαταραχή, και ένα σύνδρομο δεν ταυτοποιείται πάντα επίσημα ως διαταραχή.

Στην κατηγορία των προβλημάτων εσωτερίκευσης ανήκουν τέσσερις βασικοί τύποι συγκεκριμένων συνδρόμων, διαταραχών ή ομάδων συμπτωμάτων (Merrell, 2007; Quay, 1986). Αυτοί είναι η κατάθλιψη, το άγχος, η κοινωνική απόσυρση και τα σωματικά προβλήματα. Οι καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές συνιστούν τις πιο κοινές και ευρείες κατηγορίες προβλημάτων εσωτερίκευσης.

Καταθλιπτικές διαταραχές. Ένα από τα πιο αναγνωρισμένα προβλήματα εσωτερίκευσης είναι η κατάθλιψη (Merrell, 2008). Η κατάθλιψη ως σύνδρομο αναφέρεται σε ένα σύνολο συμπτωμάτων, που περιλαμβάνουν το αίσθημα της θλίψης και της μοναξιάς, καθώς επίσης και της ανησυχίας και της νευρικότητας. Κοινά συμπτώματα κατάθλιψης αποτελούν η καταθλιπτική διάθεση, η απώλεια ενδιαφέροντος σε δραστηριότητες, τα προβλήματα ύπνου (υπερβολικός ή ελάχιστος ύπνος), η ψυχοκινητική καθυστέρηση, η κούραση ή απώλεια ενέργειας, οι δυσκολίες στη συγκέντρωση και τη λήψη αποφάσεων και η ενασχόληση με τον θάνατο (Merrell,

2008). Στους ενήλικες, η απώλεια βάρους συνδέεται συχνά με την κατάθλιψη αλλά στους εφήβους αυτό το σύμπτωμα εκδηλώνεται συνήθως ως αποτυχία να κερδίσει ο έφηβος το αναπτυξιακά αναμενόμενο βάρος. Έπειτα, η ενασχόληση με τον θάνατο δεν είναι ιδιαίτερα κοινή για μικρότερα παιδιά, για τα οποία η έννοια του θανάτου είναι συχνά πολύ αόριστη και αφηρημένη. Δύο επιπρόσθετα συμπτώματα, τα οποία χαρακτηρίζουν την παρουσία της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους είναι η ευερεθιστότητα και οι σωματικές ενοχλήσεις, όπως ο στομαχόπονος και οι πονοκέφαλοι. Σε μια απόπειρα σύγκρισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε παιδιά και εφήβους με μείζων καταθλιπτική διαταραχή, οι Ryan και συν. (1987) εντόπισαν πολλές ομοιότητες σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες με πιο βασικές τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, την καταθλιπτική διάθεση, την αϋπνία, την ευερεθιστότητα και τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Ωστόσο, τα παιδιά στην προεφηβεία εκδήλωσαν περισσότερα σωματικά παράπονα και μεγαλύτερη ψυχοκινητική διέγερση, ενώ οι μεγαλύτεροι έφηβοι εκδήλωσαν ανηδονία, αίσθημα αβοηθητότητα και υπερυπνία. Σε σχέση με τους ενήλικες, η συμπεριφορά των εφήβων αλλάζει σημαντικά έπειτα από ένα μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο, καθιστώντας την πρόιμη έναρξη της κατάθλιψης μια επείγουσα μορφή με σοβαρές συνέπειες για την ενήλικη ζωή (Rohde, Lewinsohn, & Seele, 1994)

Η κατάθλιψη ως διαταραχή αναφέρεται σε σοβαρά επίπεδα αυτών των συμπτωμάτων και έχει συγκεκριμένη αιτιολογία, πορεία και έκβαση (Peterson et al., 1993). Το DSM-IV εστίαζε σε δύο κοινές διαταραχές διάθεσης: τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και τη δυσθυμική διαταραχή, θέτοντας παρόμοια κριτήρια στη διάγνωση για τους ενήλικες και τα παιδιά (APA, 1994). Η μείζων κατάθλιψη στην παιδική ηλικία χαρακτηρίζεται από μια περίοδο διαταραχής της διάθεσης η οποία περιλαμβάνει καταθλιπτικό συναίσθημα, ανηδονία ή ευερεθιστότητα ενώ η δυσθυμική διαταραχή συνιστά μια επίμονη, ηπιότερη αλλά επίμονη στον χρόνο καταθλιπτική διάθεση.

Στο DSM-V υπάρχουν τρεις κεντρικές κατηγορίες για τη διάγνωση της κατάθλιψης. Αυτές είναι οι μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η επιμένουσα καταθλιπτική διαταραχή και η διασπαστική διαταραχή απορρύθμισης της διάθεσης (APA, 2013). Το γενικό κριτήριο για τη διάγνωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι η ύπαρξη τουλάχιστον πέντε συμπτωμάτων, ένα εκ των οποίων είναι

η καταθλιπτική διάθεση ή η απώλεια ενδιαφέροντος για ένα διάστημα τουλάχιστον δύο εβδομάδων. Τα συμπτώματα αυτά είναι η ευερέθιστη διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, η έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες τις δραστηριότητες, η σημαντική μεταβολή του βάρους ή η αποτυχία στην αναμενόμενη αύξηση του βάρους, η αϋπνία ή υπερυπνία, η ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, η κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας, τα αισθήματα αναξιότητας ή ενοχής, η μειωμένη συγκέντρωση και οι σκέψεις θανάτου. Τα συμπτώματα αυτά προκαλούν σημαντική έκπτωση στην καθημερινότητα του ατόμου όσον αφορά τον προσωπικό και επαγγελματικό τομέα ενώ δεν οφείλονται σε επιδράσεις ουσίας ή άλλης σωματικής πάθησης. Η επιμένουσα καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από μια επίμονη, ηπιότερη αλλά επίμονη στον χρόνο καταθλιπτική διάθεση. Για τη διάγνωση της απαιτείται η παρουσία καταθλιπτικής ή ευερέθιστης διάθεσης για τουλάχιστον δύο χρόνια και η παρουσία δύο ή περισσότερων από τα προηγούμενα συμπτώματα. Αποτελώντας νέα προσθήκη στο DSM-V, η διασπαστική διαταραχή απορρύθμισης της διάθεσης συνίσταται σε σοβαρές επαναλαμβανόμενες εκρήξεις θυμού οι οποίες εκδηλώνονται λεκτικά ή συμπεριφορικά σε ένταση ή διάρκεια δυσανάλογη σε σχέση με την αρχική πρόκληση. Αυτές οι εκρήξεις είναι ασυμβίβαστες με το αναπτυξιακό επίπεδο και συμβαίνουν κατά μέσο όρο τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα ενώ η διάθεση του ατόμου μεταξύ των επεισοδίων είναι συχνά ευερέθιστη. Τα κριτήρια αυτά είναι παρόντα για τουλάχιστον δώδεκα μήνες και σε τουλάχιστον δύο περιβάλλοντα (σχολείο, οικογένεια, συνομήλικοι) του παιδιού ή εφήβου.

Η κατάθλιψη στην παιδική και εφηβική ηλικία συνδέεται με δυσμενείς επιπτώσεις όπως κοινωνικά και εκπαιδευτικά ελλείμματα καθώς επίσης και σωματικά και ψυχικά προβλήματα αργότερα στην ενήλικη ζωή (Thapar, Collishaw, Pine & Thapar, 2012). Είναι μια σύνθετη διαταραχή στην οποία είναι πιθανό να εμπλέκονται ποικίλοι παράγοντες επικινδυνότητας και αιτιακών μονοπατιών (Maughan, Collishaw & Stringaris, 2012).

Επιπολασμός κατάθλιψης. Αν και οι έρευνες για τα ποσοστά κατάθλιψης στην εφηβεία είναι σχετικά λίγες, τα δεδομένα συγκλίνουν ότι το ποσοστό 4-6% αποτελεί μια κοινή εκτίμηση του ποσοστού των εφήβων που υποφέρουν από συμπτώματα κατάθλιψης (Merrell, 2008). Νωρίτερα στην ανάπτυξη, τα ποσοστά

είναι αρκετά χαμηλότερα και παρουσιάζουν ένα διακριτό προφίλ σχετικά με την ηλικία και το φύλο. Πριν την εφηβεία, η κατάθλιψη κυμαίνεται σε ποσοστό 1-2% και τα ποσοστά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών διαφέρουν ελάχιστα (Egger & Angold, 2006). Τα επίπεδα αρχίζουν να αυξάνονται κατά την πρώιμη εφηβική ηλικία, με τα κορίτσια να υπερτερούν των αγοριών σε αναλογία 2 προς 1 (Hankin & Abramson, 2001). Μέχρι τη μέση εφηβική ηλικία, η μονοπολική κατάθλιψη αγγίζει το ποσοστό 4-5% με τη διαφορά στη συχνότητα μεταξύ των δύο φύλων που παρατηρείται στην ενήλικη ζωή να είναι πλέον διακριτή (Thapar et al., 2012). Σε γενικές γραμμές, η ύπαρξη διαφυλικών διαφορών στην κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα πιο σταθερά ευρήματα στη βιβλιογραφία της ψυχοπαθολογίας, με τις γυναίκες να εκδηλώνουν συχνότερα καταθλιπτικές διαταραχές με έναρξη στην εφηβική ηλικία (Salk, Hyde & Abramson, 2017).

Ψυχολογικές Θεωρίες για την Καταθλιπτικές Διαταραχές. Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες επισήμαναν τον ρόλο των ανεπίλυτων παιδικών εμπειριών και συγκεκριμένα της απώλειας ενός πραγματικού ή φαντασιακού αντικειμένου αγάπης στις καταθλιπτικές διαταραχές (Zahn-Waxler et al., 2000). Σύμφωνα με την ψυχοδυναμική οπτική, οι συνεχείς ματαιώσεις και η αποτυχία του γονέα να ανταποκριθεί στις ανάγκες του παιδιού μπορούν να οδηγήσουν στην εκδήλωση κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή. Η ενήλικη κατάθλιψη προέρχεται από την ανάπτυξη ενός σκληρού υπερεγώ μέσα από την εσωτερίκευση υπερβολικής ενοχής, υψηλών προτύπων και αυτο-κατηγορίας ως αποτέλεσμα ασυνείδητων σεξουαλικών και επιθετικών ενορμήσεων προς τους γονείς. Αυτή η θεώρηση δεν αφορά όμως την παιδική κατάθλιψη, καθώς τα παιδιά δεν έχουν αναπτύξει πλήρως τις γνωστικές και αναπτυξιακές ικανότητες για να βιώσουν συναισθήματα όπως ενοχή και απελπισία. Ωστόσο, ερευνητικά δεδομένα έδειξαν αργότερα ότι τα παιδιά μπορούν να βιώσουν εμπειρίες οι οποίες εμπλέκονται στη φαινομενολογία της κατάθλιψης όπως η υπερβολική ενοχή και άλλα συναισθήματα εσωτερίκευσης (Zahn-Waxler & Kochanska, 1990). Τις επόμενες δεκαετίες, στα πλαίσια της θεωρίας του δεσμού, θεωρήθηκε ότι η τυπική ανάπτυξη προωθείται σε ένα οικογενειακό περιβάλλον το οποίο χαρακτηρίζεται από στενές σχέσεις και την ανάπτυξη της αυτονομίας. Ενισχύοντας τη θέση αυτή, χαμηλά επίπεδα γονικής ζεστασιάς και υποστήριξης καθώς και η γονική απόρριψη και οι οικογενειακές συγκρούσεις βρέθηκαν να

συνδέονται με την κατάθλιψη σε παιδιά και εφήβους (McCaughey, Pavidis, & Kendall, 2001). Παράλληλα, διαχρονικές έρευνες ανέδειξαν την προβλεπτική ισχύ συγκεκριμένων χαρακτηριστικών γονέων όπως η εχθρότητα και η χαμηλή ζεστασιά στην εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε εφήβους, ελέγχοντας για τα αρχικά επίπεδα συμπτωμάτων (Ge et al., 1996).

Οι συμπεριφορικές θεωρίες, από την άλλη, εστίασαν στη σημασία των μαθησιακών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Zahn-Waxler et al., 2000). Το πείραμα των Overmier και Seligman (1967), στο οποίο πειραματόζωα εκτίθενται σε συνθήκες ανεξέλεγκτου ηλεκτροσόκ, αποτέλεσε την αφετηρία για τη διατύπωση του μοντέλου της μαθημένης αβοηθητότητας για την κατάθλιψη. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, ο οργανισμός εκπαιδεύεται να εγκαταλείπει την προσπάθεια σε πολύ δύσκολες, απαιτητικές και αγχογόνες καταστάσεις. Σταδιακά, το μοντέλο ερμηνείας για την κατάθλιψη επεκτάθηκε έτσι ώστε να συμπεριλάβει γνωστικές διαστρεβλώσεις οι οποίες χαρακτηρίζονται από συγκεκριμένα στυλ απόδοσης (εξωτερικό/εσωτερικό) σε ενήλικες (Seligman, Abramson, Semmel, & von Baeyer, 1979). Οι γνωστικές συμπεριφορικές θεωρίες που διατυπώθηκαν αργότερα βασίζονται στην ιδέα ότι επανειλημμένες, ανεξέλεγκτες και αντίξοες περιβαλλοντικές εμπειρίες δημιουργούν διαστρεβλώσεις (όπως αρνητικά σχήματα, προκατειλημμένες αποδόσεις, αρνητική αυτοαντίληψη) ή συμπεριφορικά ελλείμματα (όπως ελλειπίες κοινωνικές δεξιότητες). Αυτές οι γνωστικές διαστρεβλώσεις αυξάνουν τον κίνδυνο για την εκδήλωση καταθλιπτικών διαταραχών. Αν και οι πρώτες μελέτες αφορούσαν κυρίως τον ενήλικο πληθυσμό, μετέπειτα έρευνες βρήκαν συνδέσεις μεταξύ της κατάθλιψης και των γνωστικών στυλ σε παιδιά και εφήβους, αντίστοιχες με εκείνες των ενηλίκων (Seligman, Peterson, Kaslow, Tanenbaum, Alloy, & Abramson, 1984).

Βιολογικές Θεωρίες για τις Καταθλιπτικές Διαταραχές. Έρευνες σε δίδυμους και ενήλικες σε υιοθεσία προτείνουν ότι γενετικοί παράγοντες ευθύνονται για το τουλάχιστον 50% της διακύμανσης στην μετάδοση των διαταραχών διάθεσης (Zahn-Waxler et al., 2000). Παρόλο που γενετικοί παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο για την εκδήλωση κατάθλιψης, φαίνεται ότι περιβαλλοντικοί παράγοντες, κατά βάση οικογενειακοί, όπως η διαφορετική μεταχείριση του παιδιού από τους γονείς (Plomin, 1994) παίζουν σημαντικό ρόλο. Έρευνες όπως αυτή των Rende, Plomin, Reiss και Hetherington (1993) συγκλίνουν στη θέση ότι η αλληλεπίδραση γενετικών και

περιβαλλοντικών παραγόντων ευθύνεται για την ανάπτυξη σοβαρών μορφών κατάθλιψης. Επιπλέον, παιδιά καταθλιπτικού γονέα βρίσκονται σε αυξημένο ρίσκο για κατάθλιψη ενώ το ρίσκο μεγαθύνεται περισσότερο όταν και οι δύο γονείς πάσχουν από κατάθλιψη (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, Kaufman, Dahl, Perel, & Nelson, 1996; Mc Cauley et al., 2001). Σε αντίθεση με τη βιβλιογραφία για τις αγχώδεις διαταραχές, έχει δοθεί λίγη έμφαση στον ρόλο της ιδιοσυγκρασίας στην κατάθλιψη. Φαίνεται, από μελέτες ωστόσο, ότι αρκετές φυσιολογικές διεργασίες στην κατάθλιψη είναι παρόμοιες με αυτές του άγχους. Ενήλικοι καταθλιπτικοί ασθενείς εκδηλώνουν υψηλούς καρδιακούς παλμούς και χαμηλή ηλεκτροδερμική δραστηριότητα και αντιδραστικότητα, εύρημα συμβατό με τα ευρήματα για τους αγχώδεις ασθενείς (Lahmeyer & Bellur, 1987; Thorell, Kjellman, & D'Elia, 1987). Τα ευρήματα για παιδικό και εφηβικό πληθυσμό είναι, ωστόσο, ελάχιστα. Μελέτες έχουν συνδέσει την κατάθλιψη με δυσλειτουργίες στον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων. Συγκεκριμένα, ενήλικες ασθενείς τείνουν να παράγουν χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης (Akil et al., 1993), δεδομένο το οποίο έχει παρατηρηθεί σε παιδιά και εφήβους με συχνότητα και σταθερότητα αντίστοιχες με αυτές των ενηλίκων.

Μελέτες βασισμένες σε εγκεφαλικές βλάβες και τη μέθοδο της νευροαπεικόνισης και του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος έχουν αναδείξει ανωμαλίες στους νευροδιαβιβαστές της σεροτονίνης, νοραδρεναλίνης και βενζοδιαζεπινών. Έπειτα, μελέτες έχουν εστιάσει στον ρόλο των μετωπιαίων και βρεγματικών λοβών τόσο του αριστερού όσο και του δεξιού ημισφαιρίου (Davidson, 1994; Heller 1990). Άτομα με καταθλιπτικές διαταραχές έχει βρεθεί ότι παρουσιάζουν ασυμμετρία στον μετωπιαίο λοβό, η οποία αντανακλάται στην χαμηλή ενεργοποίηση του αριστερού ημισφαιρίου που σχετίζεται με τον έλεγχο. Η κατάθλιψη έχει επίσης συνδεθεί με μειωμένη δραστηριότητα στον δεξιό βρεγματικό λοβό. Αν και ελάχιστες σε αριθμό, οι έρευνες για την κατάθλιψη σε παιδιά και εφήβους δείχνουν ότι τα παιδιά και βρέφη καταθλιπτικών μητέρων παρουσιάζουν μειωμένη ηλεκτροεγκεφαλική δραστηριότητα στον αριστερο μετωπιαίο φλοιό (Dawson et al., 1999). Η μειωμένη δραστηριότητα στην συγκεκριμένη εγκεφαλική περιοχή έχει βρεθεί ότι μπορεί να προβλεφθεί από μητρικές συμπεριφορές προς τα βρέφη κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού ακόμη και αν ελεγχθεί η επίδραση της μητρικής κατάθλιψης. Διαπιστώνεται, επομένως, ότι ο ρόλος

των περιβαλλοντικών διεργασιών είναι ιδιαίτερα σημαντικός σε μοτίβα εγκεφαλικής ασυμμετρίας που σχετίζονται με τα συναισθήματα. Στα πλαίσια μιας αναπτυξιακής νευροβιολογικής θεώρησης, οι Post και συν. (1996) διατύπωσαν ένα μοντέλο για τις συναισθηματικές διαταραχές. Στο μοντέλο αυτό, περιβαλλοντικές εμπειρίες θεωρείται ότι μετριάζουν τις επιδράσεις της έκφρασης των γονιδίων, συμπεριλαμβάνοντας μεταξύ άλλων ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες και τη νευροβιολογία των επαναλαμβανόμενων υποτροπών. Υπό αυτήν την οπτική, η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να παίξει καταλυτικό ρόλο στην πορεία της ασθένειας, αναχαιτίζοντας και μειώνοντας τις ψυχολογικές και νευροβιολογικές επιπτώσεις των στρεσογόνων παραγόντων.

Αγχώδεις Διαταραχές. Το άγχος και ο φόβος αποτελούν μέρος της τυπικής αναπτυξιακής πορείας του κάθε παιδιού (Wenar & Kerig, 2011). Είναι μια φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού και της ψυχοσύνθεσης του που το βοηθάει να αντιμετωπίσει τις αλλαγές και δυνητικά επικίνδυνες καταστάσεις της ζωής του. Οι περισσότεροι άνθρωποι βιώνουν κοινωνικό άγχος κάποια στιγμή της ζωής τους ενώ το 67% των παιδιών ηλικίας 4- 12 ετών αναφέρουν ανησυχίες και φόβους. Στην βρεφική και παιδική ηλικία το άγχος αποχωρισμού είναι φυσιολογικό, εμφανίζεται για πρώτη φορά γύρω στην ηλικία των 8 μηνών ενώ αυξάνεται σταδιακά μέχρι την ηλικία των 13-15 μηνών και έκτοτε έχει φθίνουσα πορεία. Βέβαια είναι σημαντικό να υπάρχει διάκριση μεταξύ φυσιολογικού άγχους και παθολογικού καθώς τα όρια είναι συχνά λεπτά και δυσδιάκριτα.

Το άγχος σαν διαταραχή περιλαμβάνει μια ευρεία κατηγορία προβλημάτων με συμπτώματα που διαφέρουν πολύ από την μία αγχώδη διαταραχή σε σχέση με την άλλη (Merrell, 2008). Μοιράζονται, ωστόσο, κάποια κοινά χαρακτηριστικά: τα υποκειμενικά συναισθήματα (όπως δυσφορία, φόβο ή τρόμο), τις εμφανείς συμπεριφορές (όπως αποφυγή και απόσυρση) και τις σωματικές αντιδράσεις (όπως εφίδρωση, ναυτία, τρέμουλο και γενική διέγερση). Σε γενικές γραμμές τα κύρια χαρακτηριστικά των αγχωδών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους μπορούν να περιγραφούν στις εξής κατηγορίες συμπτωμάτων: αρνητικές και χωρίς επαφή με την πραγματικότητα σκέψεις, λάθος ερμηνεία των γεγονότων, κρίσεις πανικού, έμμονες ιδέες και ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές, σωματική υπερδιέγερση, υπεραντίδραση

σε φυσιολογικές καταστάσεις, φόβοι και ανησυχίες σε σχέση με συγκεκριμένες καταστάσεις και γεγονότα, έντονες γενικευμένες ανησυχίες (Merrell, 2008).

Το άγχος, ο φόβος και η φοβία, αν και μοιράζονται κοινά στοιχεία, διαφέρουν εννοιολογικά μεταξύ τους (Merrell, 2008). Ο φόβος διαφέρει από το άγχος, καθώς περιλαμβάνει συγκεκριμένες αντιδράσεις σε πολύ συγκεκριμένες καταστάσεις (όπως μια αντιλαμβανόμενη απειλή) ενώ το άγχος συνήθως αναφέρεται σε ένα γενικό τύπο αντίδρασης (όπως έντονη ανησυχία) σε μια αόριστη κατάσταση ή ερέθισμα. Από την άλλη, οι φοβίες περιλαμβάνουν μια αντίδραση σε μια συγκεκριμένη απειλή, αλλά είναι πιο έντονοι, επίμονοι και δυσπροσαρμοστικοί σε σχέση με τους φόβους.

Τα σημεία που οριοθετούν το φυσιολογικό από το παθολογικό άγχος είναι αρχικά η ένταση και η διάρκεια των συμπτωμάτων. Η διάγνωση και η ταξινόμηση του παθολογικού άγχους στα παιδιά και τους εφήβους με βάση συγκεκριμένα κριτήρια αποτελεί σχετικά νέο εγχείρημα (Zahn-Waxler, Klimes-Dougan & Slattery, 2000). Το πρώτο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών αναγνώριζε την ύπαρξη δύο διαταραχών: την αποσυρμένη αντίδραση και την υπεραγχωμένη αντίδραση (DSM-II, American Psychological Association (APA), 1968). Η Τρίτη έκδοση σημείωσε ένα ιστορικό βήμα με τη θέσπιση εμπειρικά τεκμηριωμένων, περιγραφικών διαγνωστικών κριτηρίων (APA, 1980). Στην έκδοση αυτή, δημιουργήθηκε μια διακριτή διαγνωστική ενότητα για τις αγχώδεις διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, η οποία περιλάμβανε τη διαταραχή του άγχους αποχωρισμού, την υπεραγχώδη διαταραχή και τη διαταραχή αποφυγής σε παιδιά και εφήβους. Το DSM-IV αναγνωρίζει τη διαταραχή άγχους αποχωρισμού ως τη μοναδική αγχώδη διαταραχή με έναρξη στην παιδική ηλικία. Η υπεραγχώδης διαταραχή και η διαταραχή αποφυγής εντάσσονται στην γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και την κοινωνική φοβία, αντίστοιχα, ενώ οι υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές εντοπίζονται τόσο στα παιδιά όσο και στους εφήβους (APA, 1994).

Βασικές κατηγορίες αγχώδων διαταραχών στο DSM-V αποτελούν η γενικευμένη διαταραχή άγχους αποχωρισμού, συγκεκριμένες φοβίες και η κοινωνική φοβία (APA, 2013). Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (ΓΑΔ) διακρίνεται από υπερβολικό άγχος και ανησυχία που διαρκούν τις περισσότερες μέρες μιας περιόδου τουλάχιστον 6 μηνών και αφορούν μια σειρά γεγονότων ή δραστηριοτήτων όπως για

παράδειγμα το σχολείο, είναι το πρώτο σημείο εκδήλωσης παθολογικής διαταραχής. Για να είναι παθολογικό το άγχος το άτομο πρέπει να εκφράζει την δυσκολία του να ελέγξει το άγχος και την ανησυχία του και ταυτόχρονα στα παιδιά να συνδέεται τουλάχιστον με ένα από τα ακόλουθα έξι συμπτώματα : νευρικότητα ή αίσθημα αγωνίας ή υπερένταση, ασυνήθιστη ταραχή, δυσκολία συγκέντρωσης, ευερεθιστότητα, μυϊκή τάση ή διαταραχή ύπνου (αδυναμία επέλευσης ή διατήρησης του ύπνου, ή ανήσυχος , μη ικανοποιητικός ύπνος). Το άγχος, η ανησυχία ή τα σωματικά συμπτώματα στις παθολογικές περιπτώσεις προκαλούν σημαντικά κλινική ενόχληση και συνοδεύονται από έκπτωση της λειτουργικότητας σε διάφορους τομείς όπως κοινωνική ζωή, σχολική και επαγγελματική επίδοση ή και άλλους.

Η διαταραχή άγχους αποχωρισμού χαρακτηρίζεται από ένα αναπτυξιακά ακατάλληλο και υπερβολικό άγχος αποχωρισμού από τα άτομα στα οποία το παιδί είναι προσκολλημένο, όπως αποδεικνύεται από τρία τουλάχιστον συμπτώματα όπως είναι, μεταξύ άλλων, η υπερβολική ανησυχία, η απροθυμία να βγει έξω, ο επίμονος και υπερβολικός φόβος να μείνει μόνος και οργανικά συμπτώματα (πονοκέφαλοι, στομαχόπονοι, ναυτίες) (APA, 2013). Για τη διάγνωση, απαιτείται ο φόβος, η ανησυχία ή η αποφυγή να είναι επίμονα και να διαρκούν τουλάχιστον τέσσερις εβδομάδες ενώ δεν εξηγούνται από άλλη διαταραχή. Παράλληλα, τα συμπτώματα αυτά προκαλούν σημαντική δυσφορία ή μειωμένη λειτουργικότητα στην καθημερινότητα του παιδιού στο σπίτι, το σχολείο ή σε άλλο σημαντικό τομέα της ζωής του παιδιού.

Η ειδική φοβία αναφέρεται στον έντονο φόβο ή ανησυχία για συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση (APA, 2013). Στα παιδιά εκφράζεται με έντονα ξεσπάσματα, κλάμα ή εξαρτητική συμπεριφορά. Το φοβικό αντικείμενο προκαλεί αμέσως φόβο ή ανησυχία, δυσανάλογο προς το ερέθισμα, ενώ το παιδί θα προσπαθήσει να το αποφύγει ενεργητικά ή θα το υπομείνει με έντονη ανησυχία. Για τη διάγνωση, ο φόβος αυτός διαρκεί τουλάχιστον έξι μήνες, εμποδίζει τη λειτουργικότητα σε σημαντικούς τομείς και δεν εξηγείται από άλλη διαταραχή. Μπορεί να οδηγήσει σε κρίση πανικού. Υπάρχουν συγκεκριμένοι τύποι φοβιών, οι βασικότεροι εκ των οποίων είναι για τα ζώα, το φυσικό περιβάλλον, το αίμα-ένεση-πληγή ή μια συγκεκριμένη κατάσταση. Η κοινωνική φοβία αποτελεί μια διακριτή διαταραχή στο DSM-V, η οποία περιγράφει τον έντονο φόβο ή ανησυχία για τις

περιπτώσεις στις οποίες το άτομο νιώθει ότι κρίνεται σε κοινωνικές περιστάσεις, ή όταν απαιτείται να κάνει πράγματα μπροστά σε κοινό. Για τα παιδιά, είναι απαραίτητο να συμβαίνει και μπροστά σε συνομηλίκους. Το άτομο φοβάται ότι θα κάνει κάτι ή θα δείξει συμπτώματα άγχους σε τέτοιο βαθμό ώστε να αξιολογείται αρνητικά και να οδηγείται σε ταπείνωση, γελοιοποίηση ή απόρριψη. Στα παιδιά εκφράζεται συχνά με ξεσπάσματα θυμού, κλάμα, συμπεριφορές εξάρτησης, απόσυρση ή άρνηση να μιλήσουν ενώ αποφεύγεται η κοινωνική έκθεση. Ο φόβος είναι δυσανάλογος της απειλής και επίμονος (τουλάχιστον έξι μήνες). Παράλληλα, εμποδίζει τη λειτουργικότητα, δεν οφείλεται σε ουσία ή οργανική πάθηση και δεν εξηγείται από άλλη διαταραχή. Τα παιδιά με κοινωνική φοβία είναι συνήθως σφιγμένα, χωρίς βλεμματική επαφή, μιλούν με χαμηλή ένταση φωνής ενώ δε μιλούν συχνά για τον εαυτό τους.

Η εμφάνιση συγκεκριμένων αγχώδων διαταραχών συνδέεται με την ηλικία (Zahn-Waxler, Klimes-Dougan & Slattery, 2000). Η διαταραχή άγχους αποχωρισμού, ο έντονος φόβος του αποχωρισμού από τους φροντιστές, εμφανίζεται πιο συχνά κατά την πρώιμη και μέση παιδική ηλικία και μειώνεται κατά την εφηβεία. Συγκεκριμένες φοβίες (όπως ο φόβος και η αποφυγή αντικειμένων ή καταστάσεων) παρατηρούνται σε παιδιά κάθε ηλικίας. Η ειδική φοβία απέναντι σε συγκεκριμένα ζώα είναι πιο πιθανό να εμφανιστεί στην πρώιμη παιδική ηλικία ενώ η κοινωνική φοβία είναι πιο πιθανό να εμφανιστεί στη μέση παιδική ηλικία και την εφηβεία. Στην πρώιμη και μέση εφηβεία, παρατηρείται μια αύξηση στο κοινωνικό άγχος και τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ενώ στην ύστερη εφηβεία είναι πιο συχνή η διαταραχή πανικού (Costello, Egger, Copeland, Erkanli, & Angold, 2011).

Επιπολασμός αγχώδων διαταραχών. Καθώς το άγχος είναι ένας γενικός όρος και περιλαμβάνει πολλές διαφορετικές κατηγορίες είναι δύσκολο να εκτιμηθεί ο ακριβής αριθμός των παιδιών και εφήβων που εμφανίζουν αγχώδεις διαταραχές. Ωστόσο, υπολογίζεται ότι οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος των εσωτερικευμένων προβλημάτων σε παιδιά και εφήβους, με ποσοστό 8% των παιδιών και των εφήβων να έχουν ζητήσει την βοήθεια κάποιου ειδικού στο σύνολο του γενικού μαθητικού και εφηβικού πληθυσμού και με τα κορίτσια να υπερτερούν σε αριθμό από τα αγόρια (Morris & Kratochwill, 1998).

Ψυχολογικές Θεωρίες για το Άγχος. Διάφορες θεωρίες έχουν αναπτυχθεί με στόχο την κατανόηση των βιολογικών, περιβαλλοντικών και αναπτυξιακών παραγόντων, οι οποίοι εμπλέκονται στην αιτιολογία των αγχώδων διαταραχών (Zahn-Waxler et al., 2000). Οι ψυχοδυναμικές θεωρίες επισήμαναν τον ρόλο των πρώιμων παιδικών εμπειριών και της ποιότητας της σχέσης γονέα - παιδιού στη διαμόρφωση του άγχους, των αγωνιών και των φόβων του παιδιού. Πρώτος, ο Freud (1936) απέδωσε το άγχος στις ασυνείδητες επιθυμίες του παιδιού, οι οποίες εδράζονται σε σεξουαλικές ή επιθετικές ενορμήσεις ως προς τους γονείς του. Η θεώρηση αυτή αμφισβητήθηκε και αποδυναμώθηκε με το πέρασμα του χρόνου καθώς αναπτύχθηκαν εμπειρικά τεκμηριωμένες θεωρίες, οι οποίες υποστήριξαν ότι η πρώιμη δημιουργία αγχώδων προβλημάτων στα παιδιά εξαρτάται από τη φύση της αλληλεπίδρασης μεταξύ μητέρας/φροντιστή και παιδιού, του δεσμού που εδραιώνεται κατά τα πρώτα χρόνια ζωής του ατόμου. Η σταθερότητα και η ευαισθησία του φροντιστή στις ανάγκες του βρέφους συμβάλλουν στην ασφαλή προσκόλληση, ενισχύοντας το αίσθημα ασφάλειας του παιδιού ενώ η αντίσταση του φροντιστή και η έλλειψη σταθερότητας συμβάλλουν στη δημιουργία ανασφαλούς προσκόλλησης και τη δημιουργία άγχους στα παιδιά (Ainsworth, 1978; Bowlby, 1973, 1988). Ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι η ανασφαλής προσκόλληση σχετίζεται με φόβο και συμπεριφορά αναστολής στα παιδιά (Cassidy & Berlin, 1994) και προβλέπει αγχώδεις διαταραχές στην παιδική και εφηβική ηλικία (Warren, Huston, Egeland, & Stroufe, 1997).

Οι συμπεριφορικές θεωρίες εστίασαν σε συγκεκριμένες διεργασίες μάθησης αρνητικών συναισθημάτων, όπως το άγχος και ο φόβος, μέσω πειραμάτων αρχικά σε ζώα και μετέπειτα σε ανθρώπους. Η κλασική εξαρτημένη μάθηση του Pavlov, στην οποία ένα ανεξάρτητο ερέθισμα συνδέεται με ένα αρχικώς ουδέτερο ερέθισμα έτσι ώστε σταδιακά να προκαλείται μια εξαρτημένη αντίδραση, λειτούργησε ως αφετηρία για την ερμηνεία της ειδικής φοβίας (Watson & Rayner, 1920). Ωστόσο, το αρχικό συμπεριφορικό μοντέλο αμφισβητήθηκε, καθώς θεωρητικοί, όπως ο Seligman, παρατήρησαν ότι κάποια ερεθίσματα είναι βιολογικά πιο επιρρεπή ώστε να γίνουν αντικείμενα φόβου ενώ προστέθηκαν διαφορετικές μαθησιακές θεωρίες. Μια από αυτές, η μίμηση, επιχείρησε να εξηγήσει την εκμάθηση αντιδράσεων άγχους και φόβου στα παιδιά μέσα από τη αναπαραγωγή συμπεριφορών ενός προτύπου.

Σύμφωνα με τη θεώρηση αυτή, το παιδί μπορεί να μάθει το άγχος από τους φροντιστές ή άλλους στο περιβάλλον του. Ενώ οι πρώτες πειραματικές έρευνες συνεισέφεραν σημαντικά στην κατανόηση του άγχους μέσα από την εξαγωγή αιτιολογικών συμπερασμάτων, τα αποτελέσματα από τη φυσική παρατήρηση είναι επισφαλής για τη διατύπωση καθολικών αρχών (Zahn-Waxler et al., 2000). Τα τελευταία χρόνια, έχει επισημανθεί ο ρόλος των γνωστικών διεργασιών στην ανάπτυξη και διατήρηση του άγχους σε παιδιά και ενήλικες (Beck & Clark, 1997). Συγκεκριμένα, άτομα επιρρεπή στο άγχος τείνουν να επικεντρώνονται μεροληπτικά σε καταστάσεις απειλής ή κινδύνου, δημιουργώντας γνωστικές διαστρεβλώσεις μέσα από μια διαδικασία υπερδιέγερσης. Στους παράγοντες που καθιστούν ευάλωτα τα άτομα στην υπερδιέγερση περιλαμβάνονται εμπειρίες κοινωνικοποίησης καθώς και η ιδιοσυγκρασία του ατόμου.

Βιολογικές Θεωρίες για το Άγχος. Έρευνες σε διδύμους και υιοθετημένα παιδιά έχουν δείξει ότι παράγοντες κληρονομικότητας συνεισφέρουν στην έκφραση αγχώδων προβλημάτων και διαταραχών (Kendler, Neale, Kessler, Heath, & Eaves, 1992). Δεν έχουν εντοπιστεί, ωστόσο, συγκεκριμένοι γενετικοί μηχανισμοί σε μοριακό επίπεδο ενώ είναι πιθανό να εμπλέκονται και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Παράλληλα, συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ιδιοσυγκρασίας, όπως η απόσυρση και η αναστολή, ίσως αποτελούν ενδείξεις για την ανάπτυξη άγχους και φόβων αργότερα. Οι Schwartz, Snidman και Kagan (1999) έδειξαν ότι η αναστολή στη συμπεριφορά κατά τον δεύτερο χρόνο ζωής σε κορίτσια προέβλεψε την εκδήλωση γενικευμένης κοινωνικής φοβίας στην εφηβεία.

Η βιβλιογραφία στην ψυχοφυσιολογία των προβλημάτων εσωτερίκευσης έχει διατυπώσει μοντέλα στα οποία συγκεκριμένες κατηγορίες ψυχοπαθολογίας συνδέονται με διακριτά προφίλ φυσιολογίας (Zahn-Waxler et al., 2000). Στα πλαίσια αυτά, έχει αναδειχθεί η σημασία του αυτόνομου νευρικού συστήματος και του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων στο άγχος, καθώς αποτελούν συστήματα τα οποία παράγουν σωματικές αντιδράσεις σε συνθήκες άγχους. Προβλήματα άγχους έχουν σχετιστεί με υψηλούς καρδιακούς παλμούς (Gerardi, Keane, Calhoun, & Klaumitzer, 1994) και καθυστερημένη ηλεκτροδερμική αντίδραση (Birket-Smith, Hasle, & Jensen, 1993). Επιπλέον, τα παιδιά και οι έφηβοι με προβλήματα εσωτερίκευσης τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης, ενώ τα παιδιά με

προβλήματα εξωτερίκευσης τείνουν να έχουν χαμηλότερα επίπεδα κορτιζόλης (Stanbury & Gunnar, 1994).

Τις τελευταίες δεκαετίες, οι μελέτες στη νευροεπιστήμη και την τεχνολογία έχουν αναδείξει τη συμβολή πολλαπλών νευροδιαβιβαστών και συγκεκριμένων εγκεφαλικών δομών στα προβλήματα εσωτερίκευσης (Zahn-Waxler, Klimes-Dougan & Slattery, 2000). Συγκεκριμένα για τις αγχώδεις διαταραχές, έχουν εντοπιστεί ανωμαλίες στα συστήματα σεροτονίνης, νοραδρεναλίνης και βενζοδιαζεπινών (Johnson & Lydiard, 1995· Longo, 1998). Σύμφωνα με το νευροφυσιολογικό μοντέλο της Gray για το άγχος, τα μοτίβα προσέγγισης και αποφυγής αποτελούν μέρος της αντίδρασης 'fight-flight' η οποία εγείρεται έτσι ώστε να προστατεύσει τον οργανισμό σε συνθήκες απειλής (Gray, 1982, 1991). Η έρευνα στα νευρωνικά δίκτυα προτείνει διαφοροποιημένους ρόλους στην περιοχή του αριστερού και δεξιού πρόσθιου μετωπιαίου λοβού ως προς τις συμπεριφορές της προσέγγισης και αποφυγής (Davidson & Fox, 1982· Fox, 1991). Η αριστερή μετωπιαία περιοχή συνδέεται με τη συμπεριφορά προσέγγισης και τα θετικά συναισθήματα ενώ η δεξιά μετωπιαία περιοχή συνδέεται με τη συμπεριφορά απόσυρσης και τα αρνητικά συναισθήματα. Τα βρέφη τα οποία εκδηλώνουν υψηλή κινητική δραστηριότητα και αρνητικό συναίσθημα έχουν βρεθεί να εκδηλώνουν μεγαλύτερη ενεργοποίηση στον δεξιό μετωπιαίο φλοιό στην ηλικία των εννέα μηνών και συμπεριφορά αναστολής στην ηλικία των 14 μηνών (Calkins, Fox, & Marshall, 1996). Επιπρόσθετα, μέσω της λειτουργικής νευροαπεικόνισης προσφέρει νέα έγκυρα δεδομένα στη νευροβιολογία των αγχωδών διαταραχών. Στην ανασκόπηση τους, οι Pine και Grun (1999) έδειξαν ότι οι φοβίες, το γενικευμένο άγχος και η διαταραχή πανικού συνδέονται με ανωμαλίες στα αμύγδαλα του λιμβικού συστήματος, στον ιππόκαμπο και στα στεφανιαία υποθαλάμια κυκλώματα.

Κοινωνική απόσυρση. Η κοινωνική απόσυρση αναγνωρίζεται συνήθως στη βιβλιογραφία ως ένα σύμπτωμα που συνοδεύει ή αποτελεί μέρος κοινών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Ωστόσο, ορισμένοι ερευνητές έχουν δείξει ότι μπορεί να αποτελέσει από μόνη της μια διακριτή κατηγορία προβλημάτων εσωτερίκευσης (Caldarella & Merrell, 1997, Quay, 1986). Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι η έλλειψη ενδιαφέροντος για κοινωνική αλληλεπίδραση. Τα παιδιά που χαρακτηρίζονται αποσυρμένα αποφεύγουν ενεργά την

παρέα των συνομηλίκων τους. Δεν ανταποκρίνονται στις κοινωνικές πρωτοβουλίες των άλλων παιδιών ενώ μπορεί να υπολείπονται στις δεξιότητες σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων. Η κοινωνική απόσυρση μπορεί να είναι προσωρινό σύμπτωμα ή να αποτελεί ένα μακροπρόθεσμο χαρακτηριστικό της συμπεριφοράς του παιδιού. Μπορεί, επομένως, να αποτελεί ένδειξη ψυχοπαθολογίας ή συμπεριφορική εκδήλωση της προσωπικότητας ενός υπερβολικά εσωστρεφούς και ντροπαλού παιδιού. Σε κάποιες περιπτώσεις, η αποφυγή κοινωνικών συναναστροφών μπορεί να οφείλεται σε μη ρεαλιστικές πεποιθήσεις ως προς την αυτοεκτίμηση του παιδιού. Λόγω της διχογνωμίας της ερευνητικής κοινότητας ως προς το αν συνιστά μια διακριτή κατηγορία προβλημάτων, το ποσοστό των παιδιών με σημαντικά προβλήματα κοινωνικής απόσυρσης είναι δύσκολο να εκτιμηθεί (Merrell, 2008).

Σωματικές ενοχλήσεις. Τα σωματικά προβλήματα ορίζονται ως παράπονα σωματικής δυσφορίας, πόνου ή ασθένειας τα οποία δεν έχουν γνωστή ιατρική, οργανική ή σωματική βάση (Merrell, 2008). Ως εκ τούτου, τα συμπτώματα αυτά οφείλονται σε ψυχολογικούς παρά σε σωματικούς παράγοντες. Αυτό ωστόσο δε σημαίνει ότι η δυσφορία που προκαλείται στο παιδί ή τον έφηβο δεν μπορεί να είναι πραγματική ή αρκετά μεγάλη. Τα πιο κοινά σωματικά προβλήματα στα παιδιά είναι οι στομαχόπονοι, ο πονοκέφαλος ή οι ναυτίες, ο πόνος στα μάτια, οι πόνοι στα άκρα ή στις αρθρώσεις, η αίσθηση μουδιάσματος στα άκρα, τα δερματικά εξανθήματα ή ο κνησμός και τα προβλήματα αναπνοής (δυσκολία στην αναπνοή, συμπτώματα άσθματος ή σύνδρομο υπεραερισμού). Σε κάποιες περιπτώσεις, τα παιδιά βιώνουν τα σωματικά συμπτώματα ενοχλητικά αλλά όχι εξουθενωτικά ενώ, σε άλλες περιπτώσεις, η σοβαρότητα και η ένταση των συμπτωμάτων που βιώνονται καταλήγουν σε μεγάλο εμπόδιο στη λειτουργικότητα τους στην καθημερινή ζωή. Έχει διατυπωθεί στη βιβλιογραφία ότι τα άτομα με σημαντικά και μακροπρόθεσμα προβλήματα ίσως έχουν μια υπερευαίσθησία στις ενδείξεις της φυσιολογίας. Με άλλα λόγια, τα άτομα αυτά διαθέτουν μια ανεπτυγμένη τάση να εστιάζουν και να αντιλαμβάνονται τις σωματικές αισθήσεις, τις οποίες τα περισσότερα άτομα θα προσπερνούσαν εκτιμώντας ως ασήμαντες. Όπως και στην περίπτωση της κοινωνικής απόσυρσης, η θεώρηση ή μη των σωματικών προβλημάτων ως διακριτή κατηγορία αποτελεί αντικείμενο διαφωνίας στην ερευνητική κοινότητα και, συνεπώς, το

ποσοστό των παιδιών με σοβαρά σωματικά προβλήματα στον γενικό πληθυσμό δεν μπορεί να εκτιμηθεί.

Συννοσηρότητα μεταξύ Προβλημάτων Εσωτερίκευσης

Όλο και περισσότερα ερευνητικά δεδομένα συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι η συννοσηρότητα στις διαταραχές εσωτερίκευσης είναι μάλλον ο κανόνας παρά η εξαίρεση (Hankin et al., 2016). Τα ποσοστά συννοσηρότητας για τις καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές κυμαίνονται συνήθως μεταξύ 20 και 50%, αγγίζοντας και το ποσοστό των 70% σε ορισμένες περιπτώσεις (Angold, Costello, & Erkanli, 1999). Ανασκοπήσεις ερευνών εκτιμούν ότι ποσοστό 15-75% των καταθλιπτικών εφήβων φέρουν ταυτόχρονα μια διάγνωση αγχώδους διαταραχής, ενώ περίπου το 10-15% των διαγνωσμένων με αγχώδεις διαταραχές εφήβων λαμβάνουν μια διάγνωση συννοσηρής κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Avenevoli, Stolar, Li, Dierker, & Ries Merikangas, 2001· Garber & Weersing, 2010). Στην εφηβεία, υπάρχει μεγαλύτερη συννοσηρότητα μεταξύ αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών παρά μεταξύ αγχωδών διαταραχών και η συννοσηρότητα είναι πιο συχνή περίπτωση σε σχέση με τις απλές μορφές διαταραχών (Zahn-Waxler et al., 2000). Τα ποσοστά συννοσηρότητας ενδέχεται να είναι υποτιμημένα, καθώς μια υποκλινική αγχώδη διαταραχή σε διαγνωσμένη κατάθλιψη συχνά δεν θεωρείται ως συννοσηρότητα από τους κλινικούς. Ως εκ τούτου, η συννοσηρότητα μπορεί από τη μία να δείχνει την ύπαρξη της λανθάνουσας διάστασης μιας διαταραχής ή, από την άλλη, να υποδεικνύει εννοιολογικά και προβλήματα μέτρησης καθιστώντας εμφανή την αδυναμία των κατηγορικών συστημάτων να περιγράψουν τα σχετικά φαινόμενα.

Οι αγχώδεις διαταραχές στην παιδική και εφηβική ηλικία συχνά προβλέπουν καταθλιπτικές διαταραχές στην ενήλικη ζωή. Διαχρονικές έρευνες έχουν δείξει ότι το άγχος συχνά προβλέπει την κατάθλιψη σε παιδιά, εφήβους και νέους ενήλικες (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold· Cole, Peeke, Martin, Truglio, & Seroczynski, 1998). Εντούτοις, αυτή η ευθύγραμμη σχέση άγχους και κατάθλιψης έχει αμφισβητηθεί καθώς διαχρονικά δεδομένα σε εφήβους έδειξαν ότι μια καταθλιπτική διαταραχή προβλέπει την έναρξη αγχωδών διαταραχών στο μέλλον (Ferguson & Woodward, 2002; Kim-Cohen et al., 2003) και συγκεκριμένα την έναρξη της ΓΑΔ (Moffit et al., 2007). Τα κορίτσια εμφανίζουν περισσότερη

ταυτόχρονη και επακόλουθη συννοσηρότητα στις διαταραχές εσωτερίκευσης σε σχέση με τα αγόρια (Costello et al., 2003).

Ο ρόλος του άγχους στην εκδήλωση της κατάθλιψης εξηγείται από τη θεωρία του δεσμού (Bowlby, 1960), σύμφωνα με την οποία η αρχική αντίδραση σε μια απώλεια αντικειμένου προκαλεί άγχος και διέγερση, οδηγώντας τον οργανισμό σε εξάντληση και απελπισία. Από την άλλη, οι γνωστικές θεωρίες, στο μοντέλο μαθημένης αβοηθητότητας της κατάθλιψης, εκτιμούν ότι η αρχική αντίδραση σε ένα μη ελέγξιμο γεγονός γίνεται σταδιακά αγχογόνα και αναδεικνύουν τον ρόλο του μηρυκασμού στην κατάθλιψη (Zahn-Waxler et al., 2000). Ο μηρυκασμός αναφέρεται στην τάση του ατόμου να εστιάζει επανειλημμένα και παθητικά στα καταθλιπτικά συμπτώματα χωρίς ωστόσο να αναλαμβάνει δράση. Σύμφωνα με τη βιολογική θεώρηση, καθώς το άγχος περιλαμβάνει δυσλειτουργία του λιμβικού και του αυτόνομου νευρικού συστήματος, αυτή η αυξημένη, διαρκής διέγερση οδηγεί σταδιακά αυτά τα συστήματα να αποσυρθούν από την περιβαλλοντική διέγερση και να κατασταλούν. Επιχειρώντας να συνοψίσουν τα επικαλυπτόμενα και διακριτά στοιχεία της κατάθλιψης και του άγχους, οι Clarke και Watson (1991) διατύπωσαν το τριαδικό μοντέλο. Το μοντέλο αυτό δείχνει ότι το άγχος και η κατάθλιψη μοιράζονται ένα κοινό παράγοντα, την αρνητική ενεργητικότητα. Χαμηλά επίπεδα θετικής ενεργητικότητας οδηγούν αποκλειστικά στην κατάθλιψη, ενώ σωματική ένταση και διέγερση σχετίζονται κυρίως με το άγχος. Αν και έχει αμφισβητηθεί από έρευνες (Burns & Eidelson, 1998), παρέχει ένα σημαντικό πλαίσιο για περαιτέρω διερεύνηση της φαινομενολογίας των προβλημάτων εσωτερίκευσης, εστιάζοντας σε διαφορετικές πτυχές και υποδεικνύοντας διαφορετικές μορφές και συνδυασμούς ψυχοπαθολογίας (Zahn-Waxler, Klimes-Dougan & Slattery, 2000).

Σε μια σύγχρονη ανασκόπηση, οι Cummings, Caporino και Kendall (2014) πρότειναν τρία αναπτυξιακά μονοπάτια τα οποία χαρακτηρίζουν καλύτερα τη συννοσηρότητα μεταξύ άγχους και κατάθλιψης. Το πρώτο αναπτυξιακό μονοπάτι περιγράφει ένα ποσοστό εφήβων με προδιάθεση στο άγχος και εκδήλωση συναφούς διαταραχής (κυρίως κοινωνικό άγχος ή άγχος αποχωρισμού) να εκδηλώνουν αργότερα συννοσηρή κατάθλιψη. Το δεύτερο αναπτυξιακό μονοπάτι αναφέρεται σε άτομα με αυξημένο ρίσκο τόσο για αγχώδη διαταραχή (κυρίως ΓΑΔ) όσο και για κατάθλιψη, εκδηλώνοντας και τα δύο ταυτόχρονα. Το τρίτο μονοπάτι περιγράφει μια

σχετικά μικρότερη ομάδα ατόμων με ευαλωτότητα στην κατάθλιψη και επακόλουθη συννοσηρότητα άγχους (κυρίως κοινωνικού άγχους) μετά την κατάθλιψη.

Οι Hankin και συν. (2016) υποστηρίζουν ότι η συννοσηρότητα μεταξύ των εσωτερικευμένων διαταραχών γίνεται καλύτερα κατανοητή σε ένα πολυεπίπεδο δομικό μοντέλο διαστάσεων, το οποίο συνδέει παράγοντες επικινδυνότητας με μορφές ψυχοπαθολογίας. Στο μοντέλο αυτό, διαφορετικά χαρακτηριστικά ευαλωτότητας αλληλοεπιδρούν με περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου ώστε να προβλέψουν διαφορετικά συμπτώματα διαταραχών εσωτερίκευσης. Οι βασικές κατηγορίες αναφέρονται στα νευρικά και ενδοκρινικά συστήματα τα οποία εμπλέκονται στην ψυχοπαθολογία εσωτερίκευσης, τα υπολανθάνονται χαρακτηριστικά ευαλωτότητας, (γνωστικοί και συναισθηματικοί παράγοντες κινδύνου, χαρακτηριστικά προσωπικότητας), οι λανθάνουσες καταστάσεις ψυχοπαθολογίας (υπερβολικό άγχος, φόβος, τάσεις εσωτερίκευσης). Αυτά τα χαρακτηριστικά αλληλοεπιδρούν με στρεσογόνα γεγονότα ζωής από διαφορετικούς τομείς και μορφές, οι οποίες ίσως πυροδοτήσουν τις εκδηλώσεις συμπτωμάτων σε συγκεκριμένα χρονικά σημεία κατά την ανάπτυξη. Τα προγεννητικά και πρώιμα γεγονότα ζωής έχουν διαρκή αποτελέσματα στην ανάπτυξη μέσω νευροαναπτυξιακών διεργασιών. Η οικογένεια, οι διαπροσωπικές σχέσεις με συνομηλίκους και ο ακαδημαϊκός τομέας αποκτούν διακριτή σημασία στην εφηβεία, συνιστώντας σε αυξανόμενα επίπεδα και λειτουργώντας σωρευτικά ως σημαντικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής (Hankin et al., 2016).

Προβλήματα Εσωτερίκευσης και Δημογραφικοί Παράγοντες

Προβλήματα Εσωτερίκευσης και Φύλο. Ψυχοβιολογικοί, περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί παράγοντες εμπλέκονται στην ανάπτυξη προβλημάτων ψυχικής υγείας κατά τη παιδική και εφηβική ηλικία. (WHO, 2003). Το φύλο έχει αναδειχθεί ως ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης για τα προβλήματα εσωτερίκευσης, με τις γυναίκες εφήβους να είναι τουλάχιστον δύο φορές πιθανότερο να εκδηλώσουν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία, μοτίβο που επιμένει και στην ενήλικη ζωή (Zahn-Waxler, Klimes-Dougan & Slattery, 2000· Salk, Hyde & Abramson, 2017).

Σε μια διαχρονική έρευνα σε ένα μεγάλο δείγμα εφήβων από τη Σκωτία, βρέθηκε ότι οι διαφορές φύλου μεγεθύνονται από την ηλικία των 11 έως των 15 ετών

(Sweeting & West, 2003). Συγκεκριμένα, τα κορίτσια αναφέρουν μεγαλύτερη συναισθηματική δυσφορία (συμπτώματα άγχους, ευερεθιστότητας, θλίψης, προβλήματα ύπνου) και αύξηση των ρισκοκίνδυνων συμπεριφορών σε σχέση με τα αγόρια όσο διανύουν τα πρώτα έτη της εφηβείας. Η προεφηβεία αποτελεί, επομένως, μια ευάλωτη περίοδο, με τα κορίτσια σε ηλικία 15 ετών να είναι πιο πιθανό να βιώνουν σοβαρή κατάθλιψη σε ποσοστό διπλάσιο από αυτό των αγοριών (Keenan & Hipwell, 2005).

Πιθανοί παράγοντες για τις διαφυλικές διαφορές σχετίζονται με τη γνωστική επεξεργασία αγχογόνων γεγονότων και τις στρατηγικές, τις ορμονικές αλλαγές που συνδέονται με την ωρίμανση της ήβης και τις αλλαγές στον εγκέφαλο κατά την ανάπτυξη (Breton et al., 2015). Οι κλινικές μελέτες για τη νεανική κατάθλιψη επιβεβαιώνουν ότι πρόκειται για μια χρόνια και επαναλαμβανόμενη κατάσταση. Παρόλο που τα περισσότερα περιστατικά υποχωρούν εντός ενός χρόνου, το ρίσκο της υποτροπής στα κλινικά δείγμα είναι υψηλό, με πιθανότητα 50-70% να επαναληφθεί το επόμενο επεισόδιο εντός πέντε ετών (Dunn & Goodyer, 2006).

Προβλήματα Εσωτερίκευσης και Κοινωνικοοικονομικό Επίπεδο. Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, έχει κεντρίσει το ερευνητικό ενδιαφέρον εν όψει της σημασίας του ρόλου της οικογένειας στην ανάπτυξη (Conger et al., 1992). Οι έρευνες για τις διαφορικές επιδράσεις του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου σε ένα εύρος διαστάσεων ψυχικής υγείας σε μια κοόρτη είναι ελάχιστες (Wadsworth & Achenbach, 2005). Οι διαθέσιμες έρευνες εστιάζουν σε μία ή δύο συγκεκριμένες (επιθετικότητα, άγχος) ή διευρυμένες (εσωτερικευμένα, εξωτερικευμένα και συνολικά προβλήματα) κατηγορίες προβλημάτων με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο να εξαχθούν ασυνεπή ευρήματα (Bradley & Corwyn, 2002). Οι διαφορές αυτές μπορούν να αποδοθούν στην αξιοποίηση διαφορετικών μεθοδολογιών στις έρευνες αυτές, στις διαφορετικές μετρήσεις όσον αφορά τα επίπεδα εισοδήματος και εκπαίδευσης και τη χρήση διαφορετικών ψυχομετρικών εργαλείων για την ψυχική υγεία (Amoné-P'Olak et al., 2009).

Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό εισόδημα συνδέεται με αυξημένο ρίσκο για διαταραχές εσωτερίκευσης, και λιγότερο για διαταραχές εξωτερίκευσης (Patel, Flisher, Jetrick & McGorry, 2007· Amoné-P'Olak et al., 2009). Προσφάτως, οι Philipp et al. (2018) έδειξαν ότι οι έφηβοι προερχόμενοι από οικογένειες με χαμηλό

εισόδημα και έναν γονέα είναι σε αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσουν προβλήματα εσωτερίκευσης. Ωστόσο, ερευνητές όπως οι Amone-P'Olak και συν. (2009), Kari και συν. (2007) και Loeber και συν. (1998) έχουν δείξει ότι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο συμβάλλει κυρίως στην αιτιολογία των εξωτερικευμένων παρά των εσωτερικευμένων διαταραχών. Αντιθέτως, χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως η ιδιοσυγκρασία (Brown & Harris, 1989) και η εμπειρία στρεσογόνων γεγονότων ζωής, ιδιαίτερα γεγονότα που χαρακτηρίζονται από απώλεια, ευτελισμό και παγίδευση έχουν αναγνωριστεί ως παράγοντες κινδύνου για τις εσωτερικευμένες διαταραχές (Kendler et al., 2003). Φαίνεται ότι, περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως το άμεσο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού συνδέονται περισσότερο με διαταραχές εξωτερίκευσης ενώ ατομικοί παράγοντες όπως η αρνητική συναισθηματικότητα και ο φόβος συνδέονται περισσότερο με διαταραχές εσωτερίκευσης (Oldehinkel et al., 2004· Amone-P'Olak et al. 2009).

Προβλήματα Εσωτερίκευσης και Οικογενειακή Κατάσταση. Τις τελευταίες δεκαετίες, η ραγδαία αύξηση των διαζυγίων έχει εγείρει το ερευνητικό ενδιαφέρον ως προς τις συνέπειες που η προκειμένη αλλαγή της οικογενειακής κατάστασης επιφέρει σε παιδιά και εφήβους. Σε μία σημαντική μεταανάλυση, οι Amato και Keith (1991) έδειξαν ότι τα παιδιά από διαζευγμένους γονείς τείνουν να σημειώνουν χαμηλότερη επίδοση στο σχολείο και μειωμένη προσαρμογή και ευεξία σε σχέση με τα παιδιά από πυρηνικές οικογένειες, αν και οι διαφορές είναι σχετικά μικρές. Επιπλέον, δε παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών καθώς και μεταξύ παιδιών σχολικής και εφηβικής ηλικίας.

Η σχέση μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και προβλημάτων συμπεριφοράς, αν και επιβεβαιώνεται από ερευνητικά δεδομένα, δε χαρακτηρίζεται από αιτιότητα μεταξύ των μεταβλητών. Είναι πιθανό ότι παράγοντες όπως το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η εκπαίδευση των γονέων και οικογενειακά στρεσογόνα γεγονότα συνδέονται με αυξημένο ρίσκο για οικογενειακές συγκρούσεις και επακόλουθο ρίσκο για την εκδήλωση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στα παιδιά (Emery, 1999· Fergusson, Horwood & Lawton, 1990). Σε έρευνα στην Ελλάδα, η Pappa (2013) έδειξε ότι οι έφηβοι από διαζευγμένες οικογένειες έχουν χαμηλότερη ακαδημαϊκή επίδοση και περισσότερα προβλήματα εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης σε σχέση με τους συνομηλίκους τους. Συγκεκριμένα, οι μαθητές από

μονογονεϊκές οικογένειες τείνουν να εκδηλώνουν περισσότερα κοινωνικά προβλήματα και προβλήματα σκέψης και προσοχής, με τα αγόρια να αναφέρουν περισσότερα προβλήματα κοινωνικής απόσυρσης σε σχέση με τα κορίτσια. Από την άλλη, η ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων και συγκεκριμένα, η θετική σχέση γονέα παιδιού συνδέεται με την ψυχική υγεία και ευεξία του εφήβου (Pappa, 2013).

Προβλήματα Εσωτερίκευσης και Ακαδημαϊκή Επίδοση. Η βιβλιογραφία δείχνει αμφίβολα ευρήματα όσον αφορά τη σχέση μεταξύ προβλημάτων συμπεριφοράς και ακαδημαϊκής επίδοσης. Ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι πρωτίστως τα προβλήματα εξωτερίκευσης αυξάνουν τον κίνδυνο για χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση, η οποία σχετίζεται με την εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε εφήβους μαθητές (Masten et al., 2005), αν και η σχέση αυτή έχει αμφισβητηθεί στη βιβλιογραφία (Van der Ende, Verhulst, & Tiemer, 2016). Με τη συμβολή ερευνών μεγάλου βεληνεκούς, σύγχρονοι ερευνητές συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς και τα ακαδημαϊκά προβλήματα διακρίνονται από αμοιβαία αλληλεπίδραση, η οποία, με την πάροδο του χρόνου μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ανάπτυξη του ατόμου και το περιβάλλον του (Van der Ende et al., 2016· Barriga et al., 2002).

Διαπολιτισμικές Έρευνες στις Διαταραχές Εσωτερίκευσης

Η διαπολιτισμική έρευνα στο πεδίο της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας είναι ιδιαίτερα σημαντική για διάφορους λόγους (Achenbach & Rescorla, 2007). Αρχικά, μπορεί να προάγει την κατανόηση της λειτουργικής και δυσλειτουργικής συμπεριφοράς, να διαφωτίσει διαφορετικές πτυχές ψυχοπαθολογίας και να βελτιώσει την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με στόχο την αποτελεσματική ανταπόκριση στις ανάγκες των παιδιών. Προκειμένου να εντοπίσουμε πολιτισμικές διαφορές στον επιπολασμό, τους παράγοντες εμφάνισης και τη συσχέτιση των προβλημάτων στον παιδικό πληθυσμό, είναι απαραίτητο να αξιοποιούνται παρόμοιες σταθμισμένες μεθόδους για την αξιολόγηση της ψυχοπαθολογίας σε διαφορετικούς πολιτισμούς. Επιπρόσθετα, η διαπολιτισμική έρευνα μπορεί να γεφυρώσει τις διαφορές στις εμπειρικές διαγνωστικές προσεγγίσεις οι οποίες χρησιμοποιούνται ευρέως στους κλινικούς και αποτελούν σημαντική πηγή διαφοριών.

Σε μια από τις πρώτες απόπειρες, οι Verhulst και Achenbach (1995) ανασκόπησαν δύο διαπολιτισμικές έρευνες συγκρίνοντας σκορ στο ερωτηματολόγιο

Youth Self Report (YSR) από τις ΗΠΑ με σκορ από την Ολλανδία και το Πουέρτο Ρίκο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, ενώ οι βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια CBCL και TRF ήταν παρόμοιες για ΗΠΑ και Ολλανδία, οι βαθμολογίες στο YSR στον ολλανδικό πληθυσμό ήταν σημαντικά χαμηλότερες για τα συνολικά προβλήματα σε σχέση με τον αμερικάνικο. Τα κορίτσια εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στα προβλήματα εσωτερίκευσης στο YSR σε σχέση με τα αγόρια και σχετικά χαμηλότερη βαθμολογία στα προβλήματα εξωτερίκευσης. Βρέθηκε, επίσης, ότι οι μεγαλύτεροι έφηβοι τείνουν να εκδηλώνουν περισσότερη κοινωνική απόσυρση, προβλήματα εσωτερίκευσης και παραβατικές συμπεριφορές σε σχέση με τους μικρότερους έφηβους. Οι Verhulst και Achenbach (1995) ανέφεραν επίσης ότι οι έφηβοι στο Πουέρτο Ρίκο ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερα συνολικά προβλήματα σε σχέση με τους έφηβους στις ΗΠΑ, ενώ τα παιδιά σχολικής ηλικίας ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα προβλήματα στο Πουέρτο Ρίκο σε σχέση με τις ΗΠΑ.

Το 1997 οι Crijnen, Achenbach και Verhulst συνέκριναν τις βαθμολογίες στο CBCL σε δείγμα 13687 παιδιών από δώδεκα διαφορετικές χώρες. Τα αποτελέσματα έδειξαν σταθερές σχέσεις μεταξύ προβλημάτων, ηλικίας και φύλου στους διάφορους πολιτισμούς. Για την πλειοψηφία των χωρών, η μέση συνολική βαθμολογία διέφερε κατά 4,4 μονάδες από την «παμπολιτισμική βαθμολογία» που προέκυπτε στους διάφορους πληθυσμούς. Η χαμηλότερη μέση βαθμολογία για τα συνολικά προβλήματα σημειώθηκε στη Σουηδία και η υψηλότερη μέση βαθμολογία σημειώθηκε στο Πόρτο Ρίκο. Οι διαπληθυσμιακές συγκρίσεις ως προς το φύλο ανάδειξαν ότι τα κορίτσια βαθμολογήθηκαν ιδιαίτερα υψηλά στα Σωματικά Ενοχλήματα και τα Προβλήματα Άγχους-Κατάθλιψης ενώ τα αγόρια βαθμολογήθηκαν ιδιαίτερα υψηλά στα Προβλήματα Προσοχής, την Παραβατική και την Επιθετική Συμπεριφορά.

Οι Lambert, Lyubasnky και Achenbach (1998) συνέκριναν τις βαθμολογίες στο YSR, CBCL και TRF σε εφήβους ηλικίας 12-18 από την Τζαμάικα και τις ΗΠΑ. Βρήκαν ότι οι βαθμολογίες στο YSR ήταν σημαντικά υψηλότερες σε σχέση με το CBCL και TRF και στους δύο πληθυσμούς. Οι έφηβοι ανέφεραν, δηλαδή, σημαντικά περισσότερα προβλήματα σε σχέση με τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς. Τα αγόρια συγκέντρωσαν υψηλότερες βαθμολογίες στα προβλήματα εξωτερίκευσης και χαμηλότερες βαθμολογίες στα προβλήματα εσωτερίκευσης σε σχέση με τα κορίτσια.

Οι Visser, Van der Ende, Koot, και Verhulst (2003) συνέλεξαν τις YSR βαθμολογίες για 7.137 εφήβους από επτά χώρες (Αυστραλία, Χονγκ-Κονγκ, Ισραήλ, Τζαμάικα, Ολλανδία, Τουρκία και ΗΠΑ). Ο υψηλότερος μέσος όρος για τα συνολικά προβλήματα σημειώθηκε στο Χονγκ Κονγκ ενώ ο χαμηλότερος μέσος όρος σημειώθηκε στο Ισραήλ. Σε όλες τις χώρες, τα προβλήματα των εφήβων ήταν συχνότερα σε σχέση με αυτά των παιδιών. Τα κορίτσια ανέφεραν σημαντικά περισσότερα συνολικά προβλήματα σε σχέση με τα αγόρια. Τα αγόρια ανέφεραν υψηλότερα προβλήματα εξωτερίκευσης και χαμηλότερα προβλήματα εσωτερίκευσης σε σχέση με τα κορίτσια.

Σε δείγμα 27206 ατόμων, οι Rescorla και συν., (2006) έλεγξαν τις επιδράσεις της κουλτούρας, του φύλου και της ηλικίας στις YSR βαθμολογίες από 24 χώρες. Τα ευρήματα ήταν συμβατά με αυτά των προηγούμενων ερευνών. Συγκεκριμένα, τα κορίτσια συγκέντρωσαν υψηλότερες βαθμολογίες στα συνολικά προβλήματα σε σχέση με τα αγόρια. Οι έφηβοι ηλικίας 14 έως 16 ανέφεραν περισσότερα προβλήματα σε σχέση με τους εφήβους 11-13. Όσον αφορά τα προβλήματα εσωτερίκευσης, τα κορίτσια σημείωσαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες σε σχέση με τα αγόρια στις περισσότερες χώρες. Οι μεγαλύτεροι έφηβοι ανέφεραν επίσης περισσότερα προβλήματα εσωτερίκευσης σε σχέση με τους μικρότερους. Την υψηλότερη βαθμολογία στα προβλήματα εσωτερίκευσης συγκέντρωσε η Ελλάδα ενώ τη χαμηλότερη βαθμολογία συγκέντρωσε η Γερμανία.

Ερευνητικοί Στόχοι

Η παρούσα έρευνα επιχειρεί να διερευνήσει τις διαταραχές εσωτερίκευσης σε εφήβους ηλικίας 14 έως 17 ετών από έξι διαφορετικές ευρωπαϊκές χώρες σε σχέση με δημογραφικούς και ακαδημαϊκούς παράγοντες. Μεταξύ άλλων, οι παράγοντες αυτοί είναι το φύλο, η ηλικία, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση και η σχολική επίδοση. Για τον σκοπό αυτό, θα εξεταστούν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα.

Ένα βασικό ερώτημα είναι ότι οι γυναίκες έφηβοι θα αναφέρουν περισσότερα προβλήματα εσωτερίκευσης σε σχέση με τους άντρες εφήβους. Το γυναικείο φύλο έχει αναδειχθεί ως ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τα προβλήματα εσωτερίκευσης, με τις γυναίκες εφήβους να είναι τουλάχιστον δύο φορές πιθανότερο να εκδηλώσουν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία, μοτίβο

που επιμένει και στην ενήλικη ζωή (Zahn-Waxler, Klimes-Dougan & Slattery, 2000· Salk, Hyde & Abramson, 2017).

Αναμένεται ότι οι έφηβοι από την Ελλάδα, Ισπανία και Ρουμανία θα αναφέρουν περισσότερα προβλήματα εσωτερίκευσης σε σχέση με τους εφήβους από τη Γερμανία, την Ισλανδία, την Ολλανδία και την Πολωνία. Η βιβλιογραφία έχει αναδείξει διαπολιτισμικές διαφορές στη συχνότητα και την εκδήλωση διαταραχών. Έρευνες έχουν δείξει ότι προβλήματα εσωτερίκευσης εμφανίζονται συχνότερα σε κάποιες χώρες όπως η Ελλάδα, η Ταϊλάνδη και το Πουέρτο Ρίκο, ενώ τα προβλήματα εξωτερίκευσης εμφανίζονται συχνότερα σε άλλες χώρες όπως οι ΗΠΑ, η Γερμανία και η Σουηδία (Crijnen, Achenbach, & Verhulst, 1997· MacDonald, Tsiantis, Achenbach, Motti-Stefanidi, & Richardson, 1994).

Οι έφηβοι στη μέση και ύστερη εφηβεία τείνουν να αναφέρουν περισσότερα προβλήματα εσωτερίκευσης σε σχέση με τους εφήβους στην πρώιμη εφηβεία. Οι Rescorla και συν. (2007) σε έρευνα σε 24 χώρες διαπίστωσαν ότι οι μεγαλύτεροι έφηβοι τείνουν να αναφέρουν περισσότερα προβλήματα άγχους, κατάθλιψης και απόσυρσης σε σχέση με τους μικρότερους εφήβους. Αναμένεται, επομένως, ότι οι έφηβοι ηλικίας 16 έως 17.9 έτη θα αναφέρουν περισσότερα προβλήματα εσωτερίκευσης σε σχέση με τους εφήβους ηλικίας 14 έως 15.9 έτη στην παρούσα μελέτη.

Αναμένεται ότι οι έφηβοι από χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα θα εκδηλώνουν περισσότερα προβλήματα εσωτερίκευσης σε σχέση με τους εφήβους από υψηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Παράλληλα, αναμένεται ότι οι έφηβοι από μονογονεϊκές οικογένειες θα αναφέρουν περισσότερα προβλήματα εσωτερίκευσης σε σχέση με τους εφήβους από τις πυρηνικές οικογένειες. Όπως έχει εντοπιστεί στη βιβλιογραφία, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό εισόδημα συνδέεται με αυξημένο ρίσκο για διαταραχές εσωτερίκευσης, αλλά όχι για διαταραχές εξωτερίκευσης (Patel, Flisher, Jetrick & McGorry, 2007· Amone-P'Olak et al., 2009). Προσφάτως, οι Philipp et al. (2018) έδειξαν ότι οι έφηβοι προερχόμενοι από οικογένειες με χαμηλό εισόδημα και έναν γονέα είναι σε αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσουν προβλήματα εσωτερίκευσης.

Ένα τελευταίος στόχος της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ της ακαδημαϊκής επίδοσης και των προβλημάτων εσωτερίκευσης. Όλο και

περισσότερα ερευνητικά δεδομένα συγκλίνουν στη θέση ότι η σχέση μεταξύ σχολικής επίδοσης και προβλημάτων συμπεριφοράς χαρακτηρίζεται από αμοιβαίες αλληλεπιδράσεις (Barriga et al., 2002). Το φύλο φαίνεται ότι έχει και εδώ σημαντικό ρόλο, με τα αγόρια με συναισθηματικά και συμπεριφορικές δυσκολίες να σημειώνουν χαμηλότερη επίδοση στο σχολείο σε σχέση με τα αγόρια χωρίς δυσκολίες ενώ τα κορίτσια με προβλήματα εσωτερίκευσης να σημειώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία στο σχολείο σε σχέση με εκείνα χωρίς προβλήματα (Yousefi et al., 2010).

Μέθοδος

Συμμετέχοντες

Τα δεδομένα της παρούσας μελέτης συγκεντρώθηκαν στα πλαίσια του ευρωπαϊκού προγράμματος EU.NET.ADB (Tsitsika et al., 2013). Το πρόγραμμα αυτό υλοποιήθηκε σε έξι Ευρωπαϊκές χώρες (Γερμανία, Ελλάδα, Ισλανδία, Ολλανδία, Πολωνία, Ρουμανία, Ισπανία) κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς 2011-2012. Σκοπός του προγράμματος είναι να εντοπίσει τους πολυεπίπεδους παράγοντες (ενδοπροσωπικούς, διαπροσωπικούς, μακροκοινωνικούς) που επηρεάζουν το φαινόμενο της εξάρτησης των εφήβων από το διαδίκτυο. Υιοθετώντας ένα μεικτό σχέδιο έρευνας, επιχειρείται η συστηματική διερεύνηση τόσο της συμπεριφοράς των εφήβων μέσα από ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς όσο και της υποκειμενικής τους εμπειρίας μέσα από προσωπικές αφηγήσεις.

Για την υλοποίηση του, το πρόγραμμα και οι ερευνητικές μέθοδοι έλαβαν έγκριση ηθικής και δεοντολογίας σε κάθε συμμετέχουσα χώρα (Tsitsika et al., 2013). Ο βαθμός ανταπόκρισης, όπως εκφράζεται σε ποσοστά των εγγεγραμμένων μαθητών, ήταν πολύ υψηλός σε όλες τις χώρες (από 95.0% στην Ισπανία σε 86.7% στη Ρουμανία) με εξαίρεση την Ισλανδία (62.9%). Από το αρχικό δείγμα, το 10% περίπου των μαθητών απουσίαζαν τη μέρα της συλλογής των ερευνητικών δεδομένων και το 3% των μαθητών που ήταν παρόντες αρνήθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα ή δεν είχαν την απαραίτητη γονική συναίνεση.

Το δείγμα στην παρούσα μελέτη αποτελείται από 10930 συμμετέχοντες, ηλικίας 14 έως 17 ετών. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, από το συνολικό δείγμα, 5719 (52.3%) συμμετέχοντες ήταν γυναίκες και 5211 (47.7%) συμμετέχοντες ήταν άντρες. Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαινόταν από 14 έως 17.9 έτη, με την πλειοψηφία (62.3%) να δηλώνουν μικρότεροι από δεκαέξι ετών και οι υπόλοιποι (37.7%) να εντάσσονται ηλικιακά μεταξύ 16 και 17.9 ετών. Το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων ήταν υψηλό (απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης) για το 61.3% των συμμετεχόντων. Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό μαθητών (44.7%) είχε άνεργο πατέρα ή μητέρα. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, για την πλειοψηφία των συμμετεχόντων (81.3%), οι γονείς βρίσκονταν σε καθεστώς γάμου ή συμβίωσης. Το 88.1% των μαθητών δήλωσε ότι έχει αδέρφια. Στο 47.4% των μαθητών η σχολική επίδοση της τελευταίας ακαδημαϊκής χρονιάς αντιστοιχούσε σε βαθμό μεγαλύτερο από 15/20.

Μέσα Συλλογής Δεδομένων

Ερωτηματολόγιο Youth Self Report (YSR). Το YSR είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο συμπληρώνεται από εφήβους ηλικίας 11 έως 18 ετών (Achenbach, 1991). Το εργαλείο αυτό αποτελεί μέρος του Συστήματος Achenbach για εμπειρικά τεκμηριωμένη αξιολόγηση. Το σύστημα του Achenbach αποτελεί ένα ολοκληρωμένο σύνολο εργαλείων για την αξιολόγηση των ικανοτήτων, της προσαρμοστικής λειτουργικότητας και των προβλημάτων συμπεριφοράς παιδιών, εφήβων και ενηλίκων (Achenbach & Rescorla, 2001). Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για τη κλινική πρακτική και έρευνα σε ένα ευρύ πεδίο εφαρμογών στους χώρους της υγείας, της εκπαίδευσης και της δικαιοσύνης (Ρούσσου & Μαστρογιαννάκου, 2001).

Το ερωτηματολόγιο YSR αποτελείται από δύο βασικά μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελείται μια σειρά ερωτήσεων οι οποίες, έπειτα από τη συλλογή δημογραφικών στοιχείων, αξιολογούν την προσαρμοστική συμπεριφορά. Οι ερωτήσεις αυτές σχηματίζουν δύο κλίμακες, τη Κλίμακα Δραστηριοτήτων και την Κοινωνική Κλίμακα, καθώς επίσης και μια κλίμακα Συνολικής Επάρκειας. Συγκεκριμένα, ο έφηβος καλείται να καταγράψει τα αθλήματα, τα χόμπυ, τις επαγγελματικές δραστηριότητες και τις ομάδες στις οποίες είναι μέλος και να αναφέρει τον χρόνο και την επίδοση του σε σχέση με τη μέση επίδοση των συνομηλίκων του (κάτω από τον μέσο όρο, στο μέσο όρο, πάνω από το μέσο όρο). Έπειτα, καλείται να αναφέρει τον αριθμό των στενών του φίλων, τη σχέση του με αδέρφια, γονείς, συνομηλίκους και την επίδοση του σε συγκεκριμένα ακαδημαϊκά μαθήματα. Στο τέλος του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου, καλείται να απαντήσει σε κλειστή ερώτηση σχετικά με το αν έχει κάποιο θέμα υγείας και σε ανοιχτές ερωτήσεις σχετικά με τυχόν προβλήματα ή ανησυχίες καθώς και να καταγράψει τα θετικά σημεία για τον εαυτό του.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από 118 προτάσεις, οι οποίες περιγράφουν προβλήματα στον κοινωνικό, ακαδημαϊκό, γνωστικό τομέα καθώς και συμπεριφορές εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης. Οι συμμετέχοντες καλούνται να σημειώσουν πόσο πολύ ταιριάζει καθεμία πρόταση στους ίδιους την παρούσα στιγμή ή τους τελευταίους έξι μήνες. Οι απαντήσεις δίνονται σε μια κλίμακα τριών βαθμών, αριθμημένη από 0 έως 2. Συγκεκριμένα, στη βαθμίδα 0 αντιστοιχεί η απάντηση «Δεν ταιριάζει», στη βαθμίδα 1 αντιστοιχεί η απάντηση «ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές» και στη βαθμίδα 2 αντιστοιχεί η απάντηση «ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά». Από το σύνολο, δεκαέξι προτάσεις δεν υποδεικνύουν προβλήματα και αναφέρονται σε κοινωνικά επιθυμητές συμπεριφορές («Μου αρέσει να βοηθάω τους άλλους»), στις οποίες οι περισσότεροι νέοι τείνουν να απαντούν

θετικά για τον εαυτό τους (Achenbach & Rescorla, 2001). Αυτές οι προτάσεις αντικαθιστούν προτάσεις που αναφέρονται σε προβλήματα συμπεριφοράς τα οποία ενυπάρχουν στο ερωτηματολόγιο CBCL για παιδιά σχολικής ηλικίας αλλά θεωρήθηκαν ακατάλληλες για τον εφηβικό πληθυσμό (McConaughy, 2001). Επιπλέον, δε συνεισφέρουν στην κλίμακα, μαζί με δύο άλλες προτάσεις που αφορούν την αλλεργία και το άσθμα.

Οι βαθμολογίες των υπόλοιπων στοιχείων συνδυάζονται ώστε να δημιουργηθούν οκτώ κλίμακες ή σύνδρομα, δύο ευρείες κλίμακες και κλίμακα συνολικών προβλημάτων. Τα οκτώ σύνδρομα είναι το Άγχος/Κατάθλιψη («Αισθάνομαι ότι δεν αξίζω τίποτα, ότι είμαι κατώτερος»), η Απόσυρση/Κατάθλιψη («Προτιμάω να είμαι μόνος μου παρά με άλλους»), τα Σωματικά Ενοχλήματα («Έχω σωματικά ενοχλήματα χωρίς γνωστή ιατρική αιτία»), τα Κοινωνικά Προβλήματα («Δεν τα πάω καλά με τα άλλα παιδιά»), τα Προβλήματα Σκέψης («Έχω ιδέες που οι άλλοι θεωρούν παράξενες»), τα Προβλήματα Προσοχής («Δεν μπορώ να συγκεντρωθώ, δεν προσηλώνω την προσοχή μου για πολλή ώρα»), η Παράβαση Κανόνων («Κάνω φυγές από το σπίτι»), η Επιθετική Συμπεριφορά («Καταστρέφω πράγματα που ανήκουν σε άλλους»). Από αυτά τα σύνδρομα, το Άγχος/Κατάθλιψη, η Απόσυρση/Κατάθλιψη, τα Σωματικά Ενοχλήματα και τα Κοινωνικά Προβλήματα συνθέτουν την ευρεία κλίμακα των Εσωτερικευμένων Προβλημάτων ενώ τα Προβλήματα Σκέψης, τα Προβλήματα Προσοχής, η Παράβαση Κανόνων και η Επιθετική Συμπεριφορά συνθέτουν την ευρεία κλίμακα των Εξωτερικευμένων Προβλημάτων. Το YSR δίνει διαφορετικά προφίλ για αγόρια και κορίτσια ηλικίας 11 έως 18 ετών. Για τα αγόρια μόνο υπάρχει και ένατο σύνδρομο, που ονομάζεται Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτείται ο έφηβος να έχει νοητική ηλικία τουλάχιστον δέκα ετών και καλές αναγνωστικές ικανότητες. Η διάρκεια συμπλήρωσης του είναι 15 έως 20 λεπτά.

Το YSR έχει μεταφραστεί σε 61 γλώσσες (Ρούσσου & Μαστρογιαννάκου, 2001) και επιβεβαιωτικές αναλύσεις παραγόντων έχουν υποστηρίξει τα σύνδρομα σε 23 διαφορετικές χώρες (Ivanova et al., 2006). Στην Ελλάδα, το YSR έχει σταθμιστεί σε αντιπροσωπευτικό σχολικό δείγμα 1456 εφήβων (Roussos et al., 2001). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι Έλληνες έφηβοι σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία κατά μέσο όρο σε όλες τις κλίμακες σε σχέση με τους συνομηλίκους τους στο

αμερικανικό δείγμα στάθμισης, εύρημα το οποίο μάλλον αποδίδεται σε πολιτισμικούς παράγοντες. Αναδείχθηκαν, επίσης, διαφυλικές διαφορές, με τα κορίτσια να εκδηλώνουν μεγαλύτερη τάση προς τα προβλήματα εσωτερίκευσης ενώ τα αγόρια να εκδηλώνουν μεγαλύτερη τάση προς τα προβλήματα εξωτερίκευσης. Στα πλαίσια αυτά, φαίνεται ότι οι απαντήσεις για τα προβλήματα συμπεριφοράς ακολουθούν τα στερεότυπα για τα φύλα. Δε βρέθηκαν επιδράσεις του βαθμού αστικοποίησης στις διαφορές μεταξύ των κλιμάκων του YSR.

Αξιοπιστία YSR. Η αξιοπιστία (reliability) υποδεικνύει τον βαθμό σταθερότητας με την οποία η κλίμακα αποδίδει μια συγκεκριμένη τιμή μιας μεταβλητής, όταν η πραγματική τιμή της μεταβλητής δεν έχει αλλάξει (Richardson, 2001). Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (test-retest reliability) υποδεικνύει τον βαθμό στον οποίο οι βαθμολογίες από τους ίδιους πληροφοριοδότες παραμένουν σταθερές σε σύντομες χρονικές περιόδους κατά τις οποίες οι ικανότητες ή τα προβλήματα των υποκειμένων δεν είναι πιθανό να αλλάξουν (McConaughy, 2001). Τα ερωτηματολόγια του Achenbach για γονείς, εκπαιδευτικούς καθώς και τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς έχουν βρεθεί ότι διαθέτουν υψηλή αξιοπιστία. Συγκεκριμένα, για το YSR, η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων σε μια εβδομάδα ήταν 0.80 για τον δείκτη Συνολικής Ικανότητας, 0.79 για τον δείκτη Συνολικών Προβλημάτων, 0.80 για τα Προβλήματα Εσωτερίκευσης, 0.81 για τα Προβλήματα Εξωτερίκευσης (McConaughy, 2001). Ο δείκτης r για τις κλίμακες οκτώ συνδρόμων κυμαινόταν από 0.47 έως 0.81, με μέσο όρο 0.72 για όλες τις κλίμακες. Η αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών (interrater reliability) περιγράφει τον βαθμό στον οποίο δύο ή περισσότεροι αξιολογητές συγκλίνουν στις βαθμολογίες τους σε μια μεταβλητή. Για να αξιολογηθεί αυτού του είδους η αξιοπιστία, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη η σχετικά μεγαλύτερη συμφωνία η οποία προκύπτει μεταξύ πληροφοριοδοτών οι οποίοι έχουν παρόμοια σχέση με το υποκείμενο. Η αξιοπιστία μεταξύ διαφορετικών τύπων πληροφοριοδοτών στα ερωτηματολόγια του Achenbach είναι συνεπής σε ευρήματα από μετα-αναλύσεις. Για το YSR, ο μέσος δείκτης r_s βρέθηκε να είναι 0.37 μεταξύ γονέων και εκπαιδευτικών, 0.38 μεταξύ γονέων και αυτοαναφορών από εφήβους, και 0.27 μεταξύ εκπαιδευτικών και αυτοαναφορών από εφήβους (McConaughy, 1993).

Εγκυρότητα YSR. Η εγκυρότητα (validity) περιγράφει τον βαθμό στον οποίο ένα εργαλείο μετρά αυτό που υποτίθεται ότι μετρά (Richardson, 2001). Καθώς το

σύστημα του Achenbach επιχειρεί να παρέχει σταθμισμένες περιγραφές ικανοτήτων και προβλημάτων ατόμων όπως αναφέρονται από διαφορετικούς πληροφοριοδότες και στοχεύει να διερευνήσει μοτίβα συννοσηρών προβλημάτων στο άτομο, είναι σημαντικό η εγκυρότητα του να αναδειχθεί με διαφορετικούς τρόπους (McConaughy, 2001). Οι προτάσεις στα ερωτηματολόγια του Achenbach έχουν επιλεγεί έτσι ώστε να περιγράφουν συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα αντιπροσωπευτικά των ατόμων που παραπέμπονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) μπορεί να αναδειχθεί από τις σημαντικές διαφορές μεταξύ αντιστοιχισμένων δειγμάτων κλινικών και τυπικών υποκειμένων για τις περισσότερες προτάσεις σε κάθε ερωτηματολόγιο. Έχει βρεθεί ότι οι έφηβοι που παραπέμπονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν υψηλότερες βαθμολογίες σε σχέση με τους εφήβους που δεν παραπέμπονται σε 95 από τις 102 προτάσεις στο YSR. Η εγκυρότητα εξωτερικού κριτηρίου (criterion-related validity) αφορά το βαθμό στον οποίο μια μέτρηση συμφωνεί με ένα ανεξάρτητο κριτήριο για το τι μετράται (Richardson, 2001). Στα ερωτηματολόγια του Achenbach, η εγκυρότητα αυτού του είδους ελέγχθηκε με κριτήριο την παραπομπή σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι τα παιδιά που παραπέμπονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες σε σχέση με τα παιδιά που δεν παραπέμπονται σε όλες τις κλίμακες προβλημάτων του CBCL (4-18) και του YSR (Achenbach, 1991). Επιπλέον, τα παιδιά που παραπέμπονται σημείωσαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες σε σχέση με τα παιδιά που δεν παραπέμπονται σε όλες τις κλίμακες Ικανοτήτων στο CBCL και στο YSR.

Σημεία Τομής Βαθμολογίας. Το σημείο τομής βαθμολογίας (cut-off point) προσδιορίζει την ομάδα υψηλού κινδύνου για την ύπαρξη ενός προβλήματος (Richardson, 2001). Το σημείο τομής για το YSR στην παρούσα μελέτη υπολογίστηκε με βάση το αντίστοιχο σημείο τομής στο δείγμα στάθμισης του ερωτηματολογίου στον ελληνικό πληθυσμό. Ορίστηκε, δηλαδή, ότι το κλινικό φάσμα θα πρέπει να τοποθετείται πάνω από το 98% για τις κλίμακες συνδρόμων και κάτω από 2% για τις κλίμακες ικανοτήτων, ακολουθώντας την πρόταση του Achenbach (Roussos et al., 2001). Αυτό συνεπάγεται ότι το 9,3% των παιδιών βρίσκεται στο κλινικό εύρος ενός ή περισσότερων συνδρόμων (Richardson, 2001).

Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων. Πρόκειται για ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο, το οποίο δημιουργήθηκε για τους σκοπούς του ερευνητικού προγράμματος EU.NET.ADB. Οι συμμετέχοντες καλούνται να συμπληρώσουν το φύλο, την ημερομηνία γέννησης, τον τόπο γέννησης και την γενική ακαδημαϊκή επίδοση τους κατά το έτος 2010-2011. Στη συνέχεια, καλούνται να συμπληρώσουν την οικογενειακή κατάσταση των γονέων (σε καθεστώς γάμου/συμβίωσης έναντι σε διάσταση/χωρισμένοι/μονογονεϊκή οικογένεια) και το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων (χαμηλό/μεσαίο έναντι υψηλό). Το εκπαιδευτικό επίπεδο, το οποίο λειτουργεί ως δείκτης κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, προσδιορίζεται ως το υψηλότερο από τα επίπεδα που έχουν σημειώσει και για τους δύο γονείς. Τέλος, ζητείται για κάθε γονέα η συμπλήρωση της ηλικίας του και την επαγγελματική του κατάσταση (σε καθεστώς εργασίας, άνεργος, συνταξιούχος, οικοκυρικά, σπουδαστής, άλλο) καθώς και ξεχωριστά. Οι συμμετέχοντες καλούνται, επίσης, να απαντήσουν στην ερώτηση εάν έχουν αδέρφια και να συμπληρώσουν τον αριθμό αυτών.

Διαδικασία

Για τις ανάγκες του ερευνητικού προγράμματος, αξιοποιήθηκε ένα κοινό πρωτόκολλο από όλες τις χώρες (Tsitsika et al., 2013). Η δειγματοληψία έγινε κατά συστάδες, με την επιλογή ενός ομαδοποιημένου δείγματος εφήβων που παρακολουθούσε την 9^η και 10^η τάξη σε κάθε χώρα. Η πρωταρχική μονάδα από την οποία αντλήθηκε το δείγμα είναι η σχολική τάξη και επίσημες εθνικές λίστες χρησιμοποιήθηκαν ως πλαίσια δειγματοληψίας, οι οποίες ταξινομήθηκαν ανάλογα με την περιοχή (ακολουθώντας την ταξινόμηση του συστήματος NUTS της Ευρωπαϊκής Ένωσης) και την πυκνότητα του πληθυσμού. Στη συνέχεια, επιλέχθηκε ένα τυχαίο δείγμα 100 τάξεων σε κάθε χώρα προκειμένου να επιτευχθεί ένα μέγεθος δείγματος της τάξεως των 2000 εφήβων. Αυτές οι τάξεις επιλέχθηκαν με συστηματικό τρόπο από τη λίστα ξεκινώντας από ένα τυχαίο σημείο εκκίνησης. Στις περιπτώσεις εκπαιδευτικών συστημάτων τα οποία δε στηρίζονται σε τάξεις, οι συστάδες δημιουργήθηκαν σύμφωνα με την παρούσα σχολική δομή και ακολουθήθηκε μια παρόμοια διαδικασία δειγματοληψίας. Εάν δεν υπήρχε λίστα, οι τάξεις επιλέχθηκαν με πιθανότητα αναλογική με το μέγεθος των τάξεων. Ως αποτέλεσμα αυτών των διεργασιών, κάθε έφηβος είχε την ίδια πιθανότητα να επιλεγεί για να συγκροτήσει το

δείγμα και όλοι οι εγγεγραμμένοι μαθητές στις επιλεγείσες τάξεις ήταν επιλέξιμοι για συμμετοχή στην έρευνα.

Τα δεδομένα της έρευνας συλλέχθηκαν μεταξύ Οκτώβριου 2011 και Μαΐου 2012 σε όλες τις χώρες. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και προαπαιτούμενο ήταν η έγγραφη συναίνεση των γονέων των μαθητών. Στις φόρμες οι οποίες συμπληρώθηκαν από τους κηδεμόνες των μαθητές, εξασφαλίστηκε η εμπιστευτικότητα και η ανωνυμία των προσωπικών δεδομένων των μαθητών πριν τη διεξαγωγή της έρευνας. Η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε ώρες διδασκαλίας των σχολικών μαθημάτων από μέλη της ερευνητικής ομάδας. Η χορήγηση ήταν ομαδική σε επίπεδο τάξης και υλοποιήθηκε σε αίθουσες διδασκαλίας των μαθημάτων. Πριν τη χορήγηση, οι μαθητές ενημερώθηκαν από τους ερευνητικούς βοηθούς για τη φύση και τον σκοπό της έρευνας καθώς και το περιεχόμενο των ερωτηματολογίων και δόθηκαν οδηγίες για τον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Τη μέρα της χορήγησης, οι μαθητές που ήταν παρόντες στην τάξη συμπλήρωσαν ανώνυμα με μολύβι τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, το οποίο χορηγήθηκαν από έναν ερευνητικό βοηθό με την παρουσία του εκπαιδευτικού τις περισσότερες φορές. Οι μαθητές ενθαρρύνθηκαν να εργαστούν αυτόνομα και να κάνουν ερωτήσεις κατά τη διάρκεια και μετά τη χορήγηση των ερωτηματολογίων. Παράλληλα, επισημάνθηκε η ανώνυμη και εμπιστευτική φύση της έρευνας και διασφαλίστηκε το απόρρητο των απαντήσεων των συμμετεχόντων. Η χορήγηση διήρκησε μια διδακτική ώρα.

Αποτελέσματα

Περιγραφικοί Στατιστικοί Δείκτες

Οι μέσες τιμές (Mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των κατηγορικών μεταβλητών. Pearson's Chi-squared tests χρησιμοποιήθηκαν για να συγκρίνουν ποσοστά. Η πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τα εσωτερικευμένα προβλήματα χωριστά σε κάθε χώρα αλλά και συνολικά. Η εμφάνιση εσωτερικευμένων προβλημάτων ορίστηκε ως εξαρτημένη μεταβλητή και οι παράγοντες κινδύνου (ανεξάρτητες μεταβλητές) ήταν : το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο των γονιών, η οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση των γονιών, η ύπαρξη αδελφών, η χαμηλή περσινή επίδοση (1-14,9 έναντι 15-20), η μητρική και πατρική ηλικία. Όλα τα τεστ διορθώθηκαν για την πολυπλοκότητα του δείγματος (complex sample design). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Έλεγχος Ερευνητικών Ερωτημάτων και Υποθέσεων

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, του συνολικού δείγματος, 4689 (52,4%) συμμετέχοντες ήταν γυναίκες και 4.263 (47,6%) συμμετέχοντες ήταν άνδρες. Οι συμμετέχοντες κυμαίνονταν από 14 έως 17,9 ετών. Το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων ήταν υψηλό (απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης) για το 63,6% των συμμετεχόντων. Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό μαθητών (43%) είχε άνεργο πατέρα ή μητέρα. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, για την πλειονότητα των συμμετεχόντων (81,2%), οι γονείς ήταν σε γάμο ή ζούσαν μαζί. Το 88,4% των μαθητών είπε ότι είχαν αδέρφια. Στο 47,8% των μαθητών η σχολική επίδοση του τελευταίου ακαδημαϊκού έτους αντιστοιχούσε σε περισσότερα από 15/20.

Ο Πίνακας 2 δείχνει το ποσοστό των συμμετεχόντων στο κλινικό φάσμα (> 98ο εκατοστημόριο) για τα εσωτερικευμένα προβλήματα ανά χώρα. Όσον αφορά τα συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης, η Ισλανδία (6,9%) παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά κλινικών προβλημάτων, ακολουθούμενη από την Ολλανδία (4,4%) και την

Ισπανία (4,1%), ενώ η Ελλάδα έχει το χαμηλότερο ποσοστό κλινικών προβλημάτων (1,5%). Το ποσοστό των εφήβων με συμπτώματα κοινωνικής απόσυρσης / κατάθλιψης σε κλινικό επίπεδο είναι χαμηλότερο στην Ελλάδα (1,8%) και την Ισλανδία (2,2%) ακολουθούμενη από την Ολλανδία (3,1%) και την Ισπανία (3,3%). Επιπλέον, τα σωματικά παράπονα έχουν το υψηλότερο ποσοστό στην περίπτωση της Ισλανδίας (9,3%) και το χαμηλότερο στην Ελλάδα (2,7%). Όσο αφορά τα συνολικά εσωτερικευμένα προβλήματα η Ισλανδία έδειξε το μεγαλύτερο ποσοστό (11,1%) στην συνέχεια η Ολλανδία (10,7%), ενώ η Ελλάδα (7,6%) και η Ρουμανία (2,4%) είχαν τα χαμηλότερα.

Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης και για την συνολική έρευνα. Οι συμμετέχοντες από την Ισπανία είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν προβλήματα άγχους / κατάθλιψης από εκείνους από την Ελλάδα. Οι συμμετέχοντες από την Ισλανδία είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν κλινικές βαθμολογίες στην εσωτερικευση προβλημάτων, σε κλίμακες άγχους / κατάθλιψης και σωματικών ενοχλήσεων, από τους Έλληνες. Βέβαια οι συμμετέχοντες από την Ρουμανία ήταν το ίδιο πιθανό με τους Έλληνες να αναφέρουν εσωτερικευμένα προβλήματα. Οι έφηβοι ηλικίας 16-17,9 ετών είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν σωματικά συμπτώματα από τους εφήβους ηλικίας 14 έως 15,9 ετών. Το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων (τριτοβάθμια εκπαίδευση) βρέθηκε να σχετίζεται με λιγότερα προβλήματα. Οι σχολικές επιδόσεις, μετρούμενες από τους βαθμούς του περασμένου έτους συσχετίστηκαν αντιστρόφως με κλινικά προβλήματα , συγκεκριμένα της απόσυρσης / κατάθλιψης και των σωματικών ενοχλήσεων, πράγμα που σημαίνει ότι οι χαμηλότεροι βαθμοί συσχετίστηκαν με περισσότερες πιθανότητες για συμπτώματα στο κλινικό φάσμα.

Στις επιμέρους αναλύσεις της κάθε χώρας, έχουμε την Ελλάδα (συμπληρωματικός πίνακας 1) όπου οι έφηβοι των οποίων οι γονείς είχαν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ήταν λιγότερο πιθανό να αναφέρουν προβλήματα εσωτερικευσης από εκείνους των οποίων οι γονείς είχαν χαμηλό ή μεσαίο επίπεδο εκπαίδευσης. Οι χαμηλοί βαθμοί της προηγούμενης χρονιάς συσχετίστηκαν με περισσότερα εσωτερικευμένα προβλήματα συνολικά στην Ελλάδα όπως και στην Ισλανδία (

συμπληρωματικός πίνακας 1 και 2) και σε υποκλίμακες για την Ισπανία (συμπληρωματικός πίνακας 3). Η ηλικία της μητέρας βρέθηκε να σχετίζεται με υψηλότερο σκορ για εσωτερικευμένα προβλήματα στην Ελλάδα και προβλήματα άγχους / κατάθλιψης για την Ισπανία (συμπληρωματικός πίνακας 1 και 3 αντιστοίχως) ενώ μια αντίστροφη συσχέτιση φάνηκε για τους εφήβους στην Ισλανδία. Η ανεργία της μητέρας ή/και του πατέρα συσχετίστηκε με περισσότερα προβλήματα απόσυρσης ή κατάθλιψης στην Ελλάδα αλλά μια αντίστροφη συσχέτιση για τα σωματικά ενοχλήματα στην Ισπανία.

Τα αγόρια είχαν περισσότερες πιθανότητες να υποστούν εσωτερικευμένα προβλήματα στη Ρουμανία και στην Ισπανία, δηλαδή απόσυρση και σωματικά ενοχλήματα για την Ισπανία (συμπληρωματικοί πίνακες 4 και 3 αντιστοίχως). Από την άλλη πλευρά, τα αγόρια στην Ισλανδία ήταν λιγότερο πιθανό να εκφράσουν εσωτερικευμένα προβλήματα από τα κορίτσια (συμπληρωματικός πίνακας 2). Τέλος, στην Ολλανδία, (συμπληρωματικός πίνακας 5) οι μεγαλύτεροι έφηβοι είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν εσωτερικευμένα προβλήματα και σωματικά ενοχλήματα από τους νεότερους.

Συζήτηση

Η συγκεκριμένη μελέτη αφορά δείγμα ευρωπαίων εφήβων από πέντε Ευρωπαϊκές χώρες και τις σχέσεις μεταξύ των εσωτερικευμένων προβλημάτων αυτού του πληθυσμού με τη χώρα στην οποία ανήκουν, καθώς και αρκετές κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές. Η έρευνα από διάφορους επιστημονικούς τομείς τόνισε το γεγονός ότι οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες είναι καθοριστικοί παράγοντες της συλλογικής υγείας και ευεξίας (Aleman-Diaz et al. 2016; Curie C et al. 2012; Bradshaw J & Richardson D. 2007). Οι έφηβοι και οι νέοι επηρεάζονται από τέτοιους παράγοντες με διαφορετικούς τρόπους που μπορούν να γίνουν κατανοητοί σε μια πολυδιάστατη προοπτική σχετικά με τους πολιτιστικούς κανόνες και πεποιθήσεις, την κοινωνική υποστήριξη, την οικογενειακή υποστήριξη, τις συνθήκες υγείας και, γενικά, τις πτυχές της ποιότητας ζωής (Aleman-Diaz et al. . 2016; Curie C et al. 2012).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, το ποσοστό των εφήβων που βρίσκονται σε κλινικό εύρος εσωτερικευμένων προβλημάτων ήταν σχετικά χαμηλό για την Ελλάδα. Η Ισλανδία, από την άλλη πλευρά, είχε πολύ υψηλές αναλογίες σε κλίμακα άγχους / κατάθλιψης, κλίμακα σωματικών συμπτωμάτων και εσωτερικευμένων προβλημάτων συνολικά. Αυτό το εύρημα είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον, διότι, σε μια προφανή αντίφαση, η Ισλανδία έχει χαρακτηριστεί ως ένα από τα πιο ευτυχισμένα έθνη στην Ευρώπη. Ταυτόχρονα, έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κατανάλωσης αντικαταθλιπτικών στις ευρωπαϊκές χώρες (Thorisdottir IE et al. 2017). Διαφορετικές υποθέσεις θα μπορούσαν να υποστηρίξουν αυτό το εύρημα, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης της επίγνωσης και της διάγνωσης της κατάθλιψης που μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες αναφέρουν τέτοια συμπτώματα (Thorisdottir IE et al. 2017), την εποχιακή συναισθηματική διαταραχή που έχει συσχετιστεί με νεότερα άτομα (Magnusson A & Stefansson JG. 1993), ή την οικονομική κρίση του 2008 που αναστάτωσε κάποιες προηγούμενες ισορροπίες στη χώρα (Thorisdottir IE et al. 2017). Όσον αφορά την Ελλάδα, οι χαμηλές κλινικές βαθμολογίες, παρά την τεράστια οικονομική κρίση εκείνης της περιόδου, λαμβάνουν υπόψη ορισμένα συλλογικά πολιτιστικά χαρακτηριστικά μαζί με την οικογενειακή υποστήριξη που λειτουργεί ως δίκτυο υποστήριξης. Αυτά τα χαρακτηριστικά έχουν βρεθεί ότι είναι προστατευτικοί παράγοντες για την κατάθλιψη και το άγχος (Darwish AFE & Huber GL, 2003) και σχετίζονται με καλύτερα επίπεδα ευεξίας, όταν οι πολίτες αντιμετωπίζουν ανεργία ή φτώχεια (Micucka M, 2014), σε σύγκριση με περισσότερο ατομικιστικές κοινωνίες. Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι το αίσθημα της ικανοποίησης της ζωής των εφήβων είναι χαμηλότερο σε χώρες που αντιμετωπίζουν λιγότερη ισότιμη κατανομή εισοδήματος. Ειδικά οι έφηβοι, που τείνουν να κάνουν δυσμενή αυτο-κριτική στον αντίκτυπο της κοινωνικής σύγκρισης (Aleman-Diaz et al. 2016), είναι πιο πιθανό να αισθάνονται ανεπαρκείς σε ένα μη ισότιμο περιβάλλον.

Επίσης, οι Ισπανοί έφηβοι ήταν πιο πιθανό να είναι ανήσυχοι / καταθλιπτικοί από τους Έλληνες. Αυτό το εύρημα αποκαλύπτει ορισμένες περαιτέρω ανισότητες μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, οι οποίες εντοπίζονται ακόμη και σε χώρες με παρόμοια πολιτιστικά χαρακτηριστικά, όπως τις χαρακτηριζόμενες Μεσογειακές χώρες.

Οι μεγαλύτεροι έφηβοι είχαν περισσότερες πιθανότητες να εκφράσουν σωματικά ενοχλήματα από τους νεότερους. Αυτό το εύρημα σχετίζεται με προηγούμενες έρευνες που δείχνουν ότι οι ψυχικές διαταραχές, η δυσαρέσκεια της εικόνας του σώματος, οι συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, καθώς επίσης οι προσπάθειες ελέγχου του βάρους και οι ανθυγιεινές συνήθειες είναι πιο συχνές σε μεγαλύτερους εφήβους (Allen KL et al. 2013). Η ίδια συσχέτιση ήταν ιδιαίτερα εμφανής και στην Ολλανδία.

Σύμφωνα με τα προηγούμενα ευρήματα, οι έφηβοι των οποίων οι γονείς είχαν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, είχαν λιγότερες πιθανότητες να αναφέρουν εσωτερικευμένα προβλήματα από εκείνους με χαμηλό / μεσαίο εκπαιδευτικό επίπεδο. Πράγματι, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο έχει συσχετιστεί με υψηλότερο εισόδημα και υψηλότερα επίπεδα οικογενειακής ευημερίας (Aleman-Diaz et al. 2016).

Οι χαμηλοί βαθμοί της προηγούμενης χρονιάς συσχετίστηκαν με την εμφάνιση εσωτερικευμένων προβλημάτων απόσυρσης / κατάθλιψης και σωματικών συμπτωμάτων. Προηγούμενη έρευνα έχει υπογραμμίσει τη συσχέτιση μεταξύ προβλημάτων χαμηλής απόδοσης και εξωστρέφειας ενώ θεωρεί την υψηλή απόδοση ως προστατευτικό παράγοντα στην ευημερία των μαθητών (Moilanen KL, Shaw DS, Maxwell KL, 2010).

Στην Ελλάδα το υψηλό επίπεδο γονικής εκπαίδευσης συσχετίστηκε επίσης με λιγότερα κλινικά εσωτερικευμένα προβλήματα. Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα έδειξε ότι οι Έλληνες έφηβοι των οποίων ένας από τους δύο γονείς ήταν άνεργος, είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν προβλήματα απόσυρσης και κατάθλιψης. Η ανεργία των γονέων έχει βρεθεί ως ένας από τους πιθανούς δείκτες για χαμηλά επίπεδα ευεξίας (Aleman-Diaz et al. 2016; Curie C et al. 2012). Αντιθέτως στην Ισπανία φαίνεται μια αντίστροφη σχέση, οι έφηβοι στους οποίους ένας γονιός δεν εργάζεται εμφανίζουν λιγότερα σωματικά ενοχλήματα. Αυτό το εύρημα μπορεί να αποδοθεί εν μέρει στο γεγονός ότι οι πολλές ώρες εργασίας και των δύο γονέων επηρεάζει σίγουρα την οικογενειακή ζωή και τις σχέσεις και μπορεί να αυξήσει τα αισθήματα μοναξιάς και άγχους σε εφήβους που είναι πιο ευάλωτοι ή χρειάζονται κάποια υποστήριξη από τους γονείς τους (Heinrich CJ, 2014).

Τέλος, στην Ελλάδα, οι έφηβοι με μεγαλύτερες ηλικιακά μητέρες είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν περισσότερα κλινικά προβλήματα σε κλίμακα άγχους / κατάθλιψης, απόσυρσης / κατάθλιψης και σωματικών ενοχλημάτων. Η μεγαλύτερη ηλικία συσχετίστηκε επίσης με την κλίμακα άγχους / κατάθλιψης και στην Ισπανία . Από την άλλη μεριά, μια αντίστροφη σχέση φαίνεται να υπάρχει μεταξύ της μητρικής ηλικίας και των σωματικών ενοχλημάτων για τους εφήβους στην Ισλανδία.

Όσον αφορά το φύλο, στην Ισλανδία τα αγόρια ήταν λιγότερο πιθανό να αναφέρουν εσωτερικευμένα προβλήματα από τα κορίτσια. Αυτό συμβαδίζει με πολλά προηγούμενα ευρήματα , συνδέοντας τα εσωτερικευμένα προβλήματα με τα κορίτσια και όχι με τα αγόρια. Παραδόξως, στην Ισπανία τα αγόρια είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν προβλήματα στην κλίμακα απόσυρσης / κατάθλιψης και σωματικά και, στη Ρουμανία, τα αγόρια είχαν επίσης περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν συνολικά εσωτερικευμένα προβλήματα από τα κορίτσια.

Η πιο σημαντική δύναμη αυτής της μελέτης είναι η διαπολιτισμική σύγκριση παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με εσωτερικευμένα προβλήματα στους εφήβους. Τα ευρήματα της μελέτης ρίχνουν περισσότερο φως στις διαφορές στα πρότυπα υγείας και στους κοινωνικούς και πολιτιστικούς καθοριστικούς παράγοντες μεταξύ των χωρών. Προσθέτουν επίσης ορισμένα χρήσιμα δεδομένα στην περιορισμένη έρευνα σχετικά με τις διαπολιτισμικές πτυχές της εφηβικής ευημερίας στην Ευρώπη. Μεθοδολογικά, η ανωνυμία της αυτοαναφοράς και η μέθοδος της τυχαίας δειγματοληψίας περιόρισε τον κίνδυνο μεροληπτικής αναφοράς και επιλογής.

Μερικοί από τους περιορισμούς αφορούν την έλλειψη διαθέσιμων δεδομένων από τη Ρουμανία για τη διεξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων στην διακρατική σύγκριση. Τέλος, τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν προκατάληψη που σχετίζεται με την υποκειμενική αντίληψη των συμμετεχόντων για τα συμπτώματα και την τάση των εφήβων να βιώνουν πιο δραματικά τα συναισθήματά τους και τα γεγονότα της ζωής τους.

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υπογραμμίζουν την ποικιλομορφία που χαρακτηρίζει τους πολιτισμούς στο ευρωπαϊκό πλαίσιο και παρέχει στην τρέχουσα έρευνα ορισμένες κατευθυντήριες γραμμές για μια βαθύτερη

κατανόηση της ευημερίας των εφήβων στο πολιτιστικό, ιστορικό και κοινωνικό πλαίσιο κάθε χώρας. Μια τέτοια κατανόηση της μοναδικότητας κάθε πλαισίου, καθώς και των ομοιοτήτων μεταξύ τους είναι ζωτικής σημασίας για την αξιολόγηση της ευημερίας του εφηβικού πληθυσμού και, κατά συνέπεια, τη θέσπιση προληπτικών και θεραπευτικών πολιτικών με τον κατάλληλο τρόπο.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά δείγματος (N=8,952)

Variables	N (%)
Sample	8952 (100)
Country	
Greece	1967 (18.0)
Spain	1980 (18.1)
Romania	1830 (16.7)
Netherlands	1249 (11.4)
Iceland	1926 (17.6)
Gender	
Female	4689 (52.4)
Male	4263 (47.6)
Age	
14-15.9	5337 (59.6)
16-17.9	3615 (40.4)
Parental educational level	
Low/Middle	2823 (36.4)
High	4922 (63.6)
Parents Married/Living together	7126 (81.2)
Last Year Grades	
18-20	1340 (16.3)
15-17.9	2588 (31.5)
12-14.9	2648 (32.2)
10-11.0	1402 (17.0)
1-9	245 (3.0)
Mother and/or father unemployed	3787 (43.0)
Siblings	7849 (88.4)
Father's age. mean (SD)	46.7 (5.8)
Mother's age mean (SD)	43.5 (5.3)

Πίνακας 2 . Αναλογίες εφήβων στο οριακό ή κλινικό εύρος (>98th εκατοστημόριο) των κλιμάκων YSR ανά χώρα.

	Greece	Spain	Romania	Netherlands	Iceland	P
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Anxious/depressed						
Normal/ Borderline	1857 (98.5)	1887 (95.9)	N/A	1086 (95.6)	1770 (93.1)	<0.001*
Clinical	25 (1.5)	80 (4.1)	N/A	50 (4.4)	131 (6.9)	
Withdrawn/ Depressed						
Normal/ Borderline	1658 (98.2)	1746 (96.7)	N/A	1101 (96.9)	1862 (97.8)	0.062*
Clinical	30 (1.8)	59 (3.3)	N/A	35 (3.1)	42 (2.2)	
Somatic complaints						
Normal/ Borderline	1836 (97.3)	1899 (96.5)	N/A	1081 (95.2)	1714 (90.7)	<0.001*
Clinical	50 (2.7)	68 (3.5)	N/A	55 (4.8)	175 (9.3)	
Internalizing Problems						
Normal/ Borderline	1742 (92.4)	1764 (89.7)	1778 (97.6)	1015 (89.3)	1692 (88.9)	<0.001*
Clinical	144 (7.6)	203 (10.3)	43 (2.4)	121 (10.7)	212 (11.1)	

Πίνακας 3 . Αποτελέσματα της ανάλυσης με πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση των κλινικών αποτελεσμάτων (συνολικά και στις επιμέρους υποκλίμακες) ως εξαρτημένη μεταβλητή.

	Internalizing Problems		Anxious/depressed		Withdrawn/depressed		Somatic complaints	
	Normal/ Borderline vs Clinical		Normal/ Borderline vs Clinical		Normal/ Borderline vs Clinical		Normal/ Borderline vs Clinical	
	OR (95% CI)+	P	OR (95% CI)+	P	OR (95% CI)+	P	OR (95% CI)+	P
Country								
Greece (reference)								
Spain	1.3 (0.94 – 1.79)	0.108	3.08 (1.59 – 5.98)	0.001	1.11 (0.54 – 2.27)	0.773	0.85 (0.51 – 1.41)	0.530
Netherlands	0.95 (0.59 – 1.54)	0.846	2.13 (0.9 – 5.07)	0.086	0.65 (0.25 – 1.67)	0.368	0.83 (0.44 – 1.55)	0.559
Iceland	1.52 (1.08 – 2.14)	0.017	5.88 (2.88 – 11.99)	<0.001	0.65 (0.27 – 1.56)	0.335	2.66 (1.59 – 4.45)	<0.001
Romania	0.24 (0.15 – 0.39)	<0.001	N/A		N/A		N/A	
Gender								
Female (reference)								
Male	1.01 (0.83 – 1.22)	0.933	1.35 (0.98 – 1.86)	0.069	1.53 (0.97 – 2.44)	0.069	1.22 (0.9 – 1.65)	0.197
Age								
14-15.9 (reference)								
16-17.9	1.15 (0.92 – 1.43)	0.210	1.11 (0.77 – 1.59)	0.567	0.84 (0.53 – 1.34)	0.467	1.61 (1.18 – 2.18)	0.003
Parental educational level								
Low/Middle (reference)								
High	0.75 (0.62 – 0.92)	0.007	1.08 (0.77 – 1.50)	0.657	0.71 (0.46 – 1.12)	0.142	0.94 (0.7 – 1.28)	0.705
Parents married/living together								
No (reference)								
Yes	0.78 (0.61 – 1.00)	0.055	0.87 (0.59 – 1.28)	0.472	0.87 (0.48 – 1.60)	0.664	0.78 (0.57 – 1.06)	0.116
Low Last Year Grades	1.21 (1.08 – 1.36)	0.001	1.15 (0.94 – 1.41)	0.187	1.70 (1.25 – 2.30)	<0.001	1.45 (1.23 – 1.72)	<0.001
Mother and/or father unemployed								
No (reference)								
Yes	1.13 (0.93 – 1.39)	0.222	1.14 (0.83 – 1.57)	0.407	1.15 (0.75 – 1.78)	0.520	0.93 (0.68 – 1.28)	0.672
Siblings								
No (reference)								
Yes	1.05 (0.76 – 1.46)	0.761	2.00 (0.95 – 4.21)	0.068	1.21 (0.57 – 2.54)	0.620	0.92 (0.56 – 1.52)	0.739
Father's age	1.01 (0.98 – 1.03)	0.656	1.01 (0.96 – 1.05)	0.784	0.98 (0.92 – 1.04)	0.469	0.98 (0.94 – 1.03)	0.492
Mother's age	1.01 (0.98 – 1.04)	0.585	1.04 (0.98 – 1.1)	0.210	1.05 (0.96 – 1.14)	0.281	1.01 (0.95 – 1.06)	0.799

+Odds Ratio (95% Confidence Interval)

Συμπληρωματικός πίνακας 1. Αποτελέσματα της ανάλυσης με πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση των κλινικών ποσοστών των εσωτερικευμένων προβλημάτων ως εξαρτημένη μεταβλητή για την Ελλάδα.

	Internalizing Problems		Anxious/depressed		Withdrawn/depressed		Somatic complaints	
	Normal/ Borderline vs Clinical		Normal/ Borderline vs Clinical		Normal/ Borderline vs Clinical		Normal/ Borderline vs Clinical	
	OR (95% CI)+	P	OR (95% CI)+	P	OR (95% CI)+	P	OR (95% CI)+	P
Gender								
Female (reference)								
Male	0.77 (0.50 – 1.19)	0.240	1.38 (0.48 – 3.92)	0.547	1.01 (0.45 – 2.25)	0.986	1.61 (0.7 – 3.71)	0.264
Age								
14-15.9 (reference)								
16-17.9	1.08 (0.73 – 1.61)	0.692	0.63 (0.2 – 2.01)	0.429	1.57 (0.68 – 3.59)	0.284	1.26 (0.65 – 2.44)	0.499
Parental educational level								
Low/Middle (reference)								
High	0.57 (0.39 – 0.85)	0.006	0.55 (0.22 – 1.35)	0.187	0.41 (0.15 – 1.10)	0.076	0.51 (0.25 – 1.05)	0.067
Parents married/living together								
No (reference)								
Yes	0.88 (0.46 – 1.66)	0.682	0.55 (0.14 – 2.16)	0.391	1.73 (0.38 – 7.96)	0.477	0.94 (0.35 – 2.53)	0.905
Low Last Year Grades	1.33 (1.02 – 1.74)	0.038	1.77 (0.89 – 3.52)	0.103	1.60 (0.94 – 2.73)	0.083	1.76 (1.21 – 2.58)	0.004
Mother and/or father unemployed								
No (reference)								
Yes	1.34 (0.90 – 1.98)	0.148	1.86 (0.63 – 5.44)	0.256	2.52 (1.00 – 6.36)	0.050	1.15 (0.61 – 2.17)	0.661
Siblings								
No (reference)								
Yes	1.06 (0.54 – 2.09)	0.862	1.5 (0.20 – 11.14)	0.688	3.25 (0.41 – 25.82)	0.262	1.2 (0.37 – 3.88)	0.758
Father's age	0.98 (0.94 – 1.03)	0.440	0.97 (0.89 – 1.06)	0.549	0.97 (0.9 – 1.05)	0.450	0.94 (0.88 – 1.01)	0.112
Mother's age	1.04 (0.98 – 1.11)	0.214	1.13 (1.03 – 1.25)	0.010	1.14 (1.05 – 1.23)	0.002	1.14 (1.06 – 1.24)	0.001

+Odds Ratio (95% Confidence Interval)

Συμπληρωματικός πίνακας 2. Αποτελέσματα από την ανάλυση με πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση των κλινικών ποσοστών για τα εσωτερικευμένα προβλήματα ως εξαρτημένη μεταβλητή για την Ισλανδία.

	Internalizing Problems		Anxious/depressed		Withdrawn/depressed		Somatic complaints	
	Normal/ Borderline vs Clinical		Normal/ Borderline vs Clinical		Normal/ Borderline vs Clinical		Normal/ Borderline vs Clinical	
	OR (95% CI)+	P	OR (95% CI)+	P	OR (95% CI)+	P	OR (95% CI)+	P
Gender								
Female (reference)								
Male	0.69 (0.50 – 0.94)	0.019	1.05 (0.69 – 1.62)	0.804	1.59 (0.47 – 5.34)	0.449	0.75 (0.47 – 1.20)	0.223
Age								
14-15.9 (reference)								
16-17.9	1.09 (0.6 – 2.00)	0.772	1.42 (0.81 – 2.51)	0.216	0.98 (0.34 – 2.82)	0.974	1.72 (1.01 – 2.91)	0.046
Parental educational level								
Low/Middle (reference)								
High	1.11 (0.73 – 1.69)	0.634	1.27 (0.76 – 2.10)	0.355	0.94 (0.38 – 2.36)	0.901	1.17 (0.69 – 1.97)	0.555
Parents married/living together								
No (reference)								
Yes	0.76 (0.53 – 1.10)	0.148	1.09 (0.67 – 1.77)	0.731	1.05 (0.34 – 3.25)	0.928	0.99 (0.66 – 1.46)	0.941
Low Last Year Grades	1.26 (1.00 – 1.58)	0.050	1.02 (0.76 – 1.37)	0.898	2.12 (0.96 – 4.71)	0.064	1.48 (1.17 – 1.87)	0.002
Mother and/or father unemployed								
No (reference)								
Yes	1.28 (0.86 – 1.91)	0.222	1.43 (0.94 – 2.16)	0.089	1.01 (0.49 – 2.07)	0.980	1.12 (0.70 – 1.79)	0.633
Siblings								
No (reference)								
Yes	1.27 (0.36 – 4.52)	0.709	2.49 (0.30 – 20.9)	0.394	1.08 (0.13 – 9.17)	0.946	0.54 (0.20 – 1.47)	0.221
Father's age	1.02 (0.97 – 1.07)	0.403	1.01 (0.96 – 1.06)	0.774	1.01 (0.96 – 1.07)	0.645	1.02 (0.97 – 1.08)	0.451
Mother's age	0.98 (0.92 – 1.04)	0.442	1.00 (0.94 – 1.06)	0.989	1.01 (0.88 – 1.15)	0.914	0.94 (0.88 – 1.00)	0.041

+Odds Ratio (95% Confidence Interval)

Συμπληρωματικός πίνακας 3. Αποτελέσματα της ανάλυσης με πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση των κλινικών ποσοστών των εσωτερικευμένων προβλημάτων ως εξαρτημένη μεταβλητή για την Ισπανία.

	Internalizing Problems		Anxious/depressed		Withdrawn/depressed		Somatic complaints	
	Normal/ Borderline vs Clinical		Normal/ Borderline vs Clinical		Normal/ Borderline vs Clinical		Normal/ Borderline vs Clinical	
	OR (95% CI)+	P	OR (95% CI)+	P	OR (95% CI)+	P	OR (95% CI)+	P
Gender								
Female (reference)								
Male	1.44 (0.97 – 2.14)	0.068	1.52 (0.77 – 3)	0.220	2.8 (1.21 – 6.48)	0.016	2.43 (1.10 – 5.37)	0.028
Age								
14-15.9 (reference)								
16-17.9	1.04 (0.69 – 1.57)	0.846	0.97 (0.49 – 1.95)	0.941	0.42 (0.19 – 0.92)	0.031	1.24 (0.64 – 2.41)	0.525
Parental educational level								
Low/Middle (reference)								
High	0.72 (0.48 – 1.06)	0.090	1.10 (0.61 – 1.98)	0.747	1.05 (0.47 – 2.38)	0.901	0.68 (0.37 – 1.25)	0.212
Parents married/living together								
No (reference)								
Yes	0.86 (0.55 – 1.35)	0.517	0.67 (0.29 – 1.55)	0.341	0.99 (0.39 – 2.5)	0.979	0.93 (0.36 – 2.37)	0.874
Low Last Year Grades	1.11 (0.92 – 1.34)	0.268	1.29 (0.89 – 1.86)	0.180	1.83 (1.20 – 2.79)	0.006	1.41 (1.02 – 1.95)	0.040
Mother and/or father unemployed								
No (reference)								
Yes	0.86 (0.61 – 1.21)	0.369	0.6 (0.34 – 1.06)	0.080	0.5 (0.22 – 1.11)	0.088	0.44 (0.21 – 0.91)	0.028
Siblings								
No (reference)								
Yes	0.98 (0.62 – 1.57)	0.943	2.16 (0.87 – 5.4)	0.098	1.07 (0.46 – 2.52)	0.874	0.86 (0.42 – 1.78)	0.687
Father's age	1.01 (0.96 – 1.06)	0.688	1.01 (0.95 – 1.08)	0.696	0.96 (0.87 – 1.05)	0.326	0.99 (0.93 – 1.06)	0.858
Mother's age	1.02 (0.97 – 1.08)	0.353	1.09 (1.01 – 1.17)	0.028	1.01 (0.93 – 1.1)	0.827	1.01 (0.94 – 1.09)	0.708

+Odds Ratio (95% Confidence Interval)

Συμπληρωματικός πίνακας 4. Αποτελέσματα της ανάλυσης με πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση των κλινικών ποσοστών των εσωτερικευμένων προβλημάτων ως εξαρτημένη μεταβλητή για την Ρουμανία.

	Internalizing Problems	
	Normal/ Borderline vs Clinical	
	OR (95% CI)+	P
Gender		
Female (reference)		
Male	3.20 (1.26 – 8.13)	0.015
Age		
14-15.9 (reference)		
16-17.9	1.14 (0.48 – 2.73)	0.757
Parental educational level		
Low/Middle (reference)		
High	0.43 (0.16 – 1.19)	0.103
Parents married/living together		
No (reference)		
Yes	0.69 (0.15 – 3.15)	0.624
Low Last Year Grades	1.20 (0.73 – 1.98)	0.474
Mother and/or father unemployed		
No (reference)		
Yes	1.22 (0.53 – 2.82)	0.637
Siblings		
No (reference)		
Yes	0.67 (0.24 – 1.83)	0.427
Father's age	1.06 (1.00 – 1.13)	0.041
Mother's age	0.97 (0.88 – 1.06)	0.498

+Odds Ratio (95% Confidence Interval)

Συμπληρωματικός πίνακας 5. Αποτελέσματα της ανάλυσης με πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση των κλινικών ποσοστών των εσωτερικευμένων προβλημάτων ως εξαρτημένη μεταβλητή για την Ολλανδία.

	Internalizing Problems		Anxious/depressed		Withdrawn/depressed		Somatic complaints	
	Normal/ Borderline vs Clinical		Normal/ Borderline vs Clinical		Normal/ Borderline vs Clinical		Normal/ Borderline vs Clinical	
	OR (95% CI)+	P	OR (95% CI)+	P	OR (95% CI)+	P	OR (95% CI)+	P
Gender								
Female (reference)								
Male	0.92 (0.51 – 1.66)	0.773	2.31 (0.88 – 6.04)	0.088	0.53 (0.15 – 1.84)	0.315	1.47 (0.65 – 3.33)	0.349
Age								
14-15.9 (reference)								
16-17.9	2.07 (1.12 – 3.85)	0.022	1.42 (0.60 – 3.38)	0.420	2.09 (0.61 – 7.15)	0.235	5.10 (1.65 – 15.71)	0.005
Parental educational level								
Low/Middle (reference)								
High	0.81 (0.42 – 1.58)	0.536	0.74 (0.29 – 1.89)	0.517	0.50 (0.14 – 1.73)	0.265	4.09 (0.94 – 17.89)	0.061
Parents married/living together								
No (reference)								
Yes	0.79 (0.36 – 1.72)	0.539	1.58 (0.36 – 6.96)	0.539	0.57 (0.11 – 2.93)	0.498	0.42 (0.17 – 1.02)	0.056
Low Last Year Grades	1.38 (0.91 – 2.09)	0.128	1.03 (0.52 – 2.02)	0.933	1.04 (0.34 – 3.20)	0.949	1.34 (0.66 – 2.73)	0.411
Mother and/or father unemployed								
No (reference)								
Yes	1.30 (0.67 – 2.52)	0.435	1.75 (0.54 – 5.69)	0.344	3.18 (0.72 – 14.16)	0.126	0.82 (0.3 – 2.23)	0.693
Siblings								
No (reference)								
Yes	2.03 (0.44 – 9.46)	0.362	1.84 (0.15 – 22.36)	0.627	0.45 (0.07 – 2.88)	0.393	2.21 (0.29 – 16.81)	0.437
Father's age	1.00 (0.94 – 1.07)	0.952	1.06 (0.96 – 1.16)	0.223	1.01 (0.88 – 1.16)	0.868	0.95 (0.81 – 1.11)	0.503
Mother's age	0.99 (0.9 – 1.09)	0.822	0.89 (0.77 – 1.02)	0.084	0.93 (0.81 – 1.07)	0.297	0.94 (0.81 – 1.1)	0.454

+Odds Ratio (95% Confidence Interval)

Βιβλιογραφία

- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analytic study. *Psychological Monographs*, 80, 1-37.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46(1), 82. <http://dx.doi.org/10.2307/1165983>
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1998). *Diagnosis, Assessment, Taxonomy, and Case Formulations*. In: Ollendick T.H., Hersen M. (eds) *Handbook of Child Psychopathology*. Springer, Boston, MA.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2007). *Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology*. London: Guilford Press.
- Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Rescorla, L. A., Turner, L. V. & Althoff, R. R. (2016). Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for Clinical and Research Applications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(8), 647-656.
- Ainsworth, M., Blehar M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Aleman-Diaz A, Mazur J, Frasilho D, Tocsydowska E. (2016) Why income inequalities matter for young people's health: a look at the evidence. UNICEF Innocenti working papers. DOI: 10.13140/RG.2.1.4004.3925
- Allen KL, Crosby RD, Oddy WH, Byrne SM (2013). Eating disorder symptom trajectories in adolescence: effects of time, participant sex and early adolescent depressive symptoms. *Journal of Eating Disorders* 1(32)
- Amato, P. R. & Keith, B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 26-46.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Amone-P'Olak, K., Burger, H., Ormel, J., Huisman, M., Verhulst, F.C. & Oldehinkel, A.J. (2009). Socioeconomic position and mental health problems in pre- and early-adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *44*, 231-238.
- Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Dierker, L., & Ries Merikangas, K. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biological Psychiatry*, *49*(12), 1071-1081. [http://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01142-8](http://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01142-8)
- Barriga, A. Q., Doran, J. W., Newell, S., Morrison, E. M., Barbenti, V., & Robins, B. D. (2002). Relationships between problem behaviors and academic achievement in adolescents: The unique role of attention problems. *Journal of Emotional and Behavior Disorders*, *10*(4), 233-240.
- Bearison, D. J., & Dorval, B. (2002). *Collaborative cognition: Children negotiating ways of knowing. (Advances in discourse processes)*. Westport, CT: Ablex Publishing.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 49-58.
- Birket-Smith, M., Hasle, N., & Jensen, H. H. (1993). Electrodermal activity in anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *88*, 350-355.
- Blazer C (2010) Student stress. Information Capsule 1006, Education Resources Information Center
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *The American Journal of Psychiatry*, *145*, 1-10.
- Boyle, M., Offord, D., Racine, Y., Szatmari, P., Sanford, M. & Fleming, J. (1997). Adequacy of interviews vs. checklists for classifying childhood psychiatric disorder based on parent reports. *Archives of General Psychiatry*, *54*, 793-799.
- Bradley, R. H. & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, *53*, 371-399.

- Bradshaw J, Richardson D (2007). An index of child well-being in Europe. *Social Indicators Research* 80,133-77
- Brown, G. W. & Harris, T. O. (1989). *Life events and illness*. Guilford: New York.
- Calkins, S. D., Fox, N. A., & Marshall, T. R. (1966). Behavioral and physiological antecedent of inhibited and uninhibited behavior. *Child Development*, 67, 523-540.
- Cassidy, J., & Berlin, L. J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Development*, 65, 971-991.
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (1991). A developmental perspective on internalizing and externalizing disorders of childhood: Internalizing and externalizing expressions of dysfunction. In D. Cicchetti, & S. L. Toth (Eds.), *Rochester symposium on developmental psychopathology: Internalizing and externalizing expressions of dysfunction* (Vol. 2). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Compas, B. E. (2004). Processes of risk and resilience during adolescence: Linking contexts and individuals. In R. M. Lerner & L. Steinberg (eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed., pp. 263-296). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Conger, R. D., Conger, K. J., Elder, G. H., Lorenz, F. O. et al. (1992). A family process model of economic hardship and adjustment of early adolescent boys. *Child Development*, 63, 526-541.
- Conners, C. K. (1990). *Manual for Conners Rating Scales. Conners Teacher Rating Scales. Conners Parent Rating Scales*. North Tonawanda, NY: Multihealth Systems.
- Crijnen, A. A. M., Achenbach, T. M., & Verhulst, F. C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: Total problems, externalizing, and internalizing. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1269-1277.
- Currie C et al., eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).
- Davidson, R. J. (1994). Asymmetric brain function, affective style, and psychopathology: The role of early experience and plasticity. *Development and Psychopathology*, 6, 741-758.
- Davidson, R. J., & Fox, N. A. (1982). Asymmetrical brain activity discriminates between positive versus negative affective stimuli in human infants, *Science*, 218, 1235-123
- Dawson, G., Frey, K., Self, J., Panagiotides, H., Hessler, D., Yamada, E., & Rinaldi, J. (1999). Frontal brain electrical activity in infants of depressed and nondepressed mothers: Relation to variations in infant behavior. *Development and Psychopathology*, 11, 589-605.

- Egger, H. L., & Angold, A. (2006) Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 313–337.
- Emery, R. E. (1999). *Marriage, divorce and children's adjustment (2nd ed.)*. Sage Publications: Newbury Park, CA.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: W. W. Norton.
- Evans, G. W. (2004). The environment of childhood poverty. *American Psychologist*, 59(2), 77-92.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Lawton, J. M. (1990). Vulnerability to childhood problems and family social background. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 1145-1160.
- Freud, S. (1936). *The problem of anxiety*. New York: Norton.
- Furman, W., & Simon, V. A. (2008). Homophily in adolescent romantic relationships. In M. J. Prinstein & K. A. Dodge (Eds.), *Understanding peer influence in children and adolescents. Duke series in child development and public policy* (pp. 203-224). New York: Guilford Press.
- Ge, X., Best, K., Conger, R. D. & Simons, R. L. (1996). Parenting behaviors and the occurrence and co-occurrence of adolescent symptoms and conduct problems. *Developmental Psychology*, 32, 717-731.
- Gerardi, R. J., Keane, T. M., Cahoon, B. J., & Klauminzer, G. W. (1994). An in vivo assessment of physiological arousal in posttraumatic stress disorder. *Abnormal Psychology*, 103, 825-827.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gilliom, M., Shaw, D. S., Beck, J. E., Schonberg, M. A. & Lukon, J. L. (2002). Anger regulation in disadvantaged preschool boys: Strategies, antecedents, and the development of self-control. *Developmental Psychology*, 38, 225-235.
- Goiris A (2015). How are children of older mothers doing? Evidence from the UK. *Biodemography and Social Biology* 61(3), 231-51
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An inquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.
- Gray, J. A. (1991). Neural systems, emotion, and personality. In J. Madden IV (Ed.), *Neurobiology of learning, emotion, and affect*. New York: Oxford University Press.
- Grotevant, H. D. (1998). Adolescent development in family contexts. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development (5th ed., pp. 1097-1150)*. New York: Wiley.

- Hankin, B. L., & Abramson L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: and elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127(6), 773-796. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.127.6.773>
- Hecker T, Hermenau K, Salmen C, Teicher M, Elbert T (2016) Harsh discipline relates to internalizing problems and cognitive functioning: findings from a cross-sectional study with school children in Tanzania. *BMC Psychiatry* 16(118)
- Heller, W. (1990). The neuropsychology of emotion: Developmental patterns and implications for psychopathology. In N. L. Stein, B. Leventhal, & T. Trabasso (Eds.), *Psychological and biological approaches to emotion* (pp. 167-210). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Heinrich CJ (2014). Parents' employment and children's well-being. *Future Child* 24(1), 121-46
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, F., et al. (2006). *The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies*. Manuscript submitted for review.
- Johnson, M. R., & Lydiard, R. B. (1995). The neurobiology of anxiety disorders. *The psychiatric Clinics of North America*, 18, 681-725.
- Kapi, A., Veltsista, A., Kavadias, G., Lekea, V. & Bakoula, C. (2007). Social determinants of self-reported emotional and behavioural problems in Greek adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 594-598.
- Keenan, K., & Hipwell, A. (2005). Preadolescent clues to understanding depression in girls. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 89-105.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). Depression and generalized anxiety disorder: Same genes, (partly) different environments? *Archives of General Psychiatry*, 49, 716-722.
- Kendler, K. S., Hettema, J. M., Butera, F., Gardner, C. O. & Prescott, C. A. (2003). Life events dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60, 789-796.
- Kochanska, G., Coy, K.C., Tjebkes, T. L. & Husarek, S. J. (1998). Individual differences in emotionality in infancy. *Child Development*, 69, 375-390.
- Kuttler, A., & La Greca, A. (2004). Linkages among adolescents girls' romantic relationships, best friendships, and peer networks. *Journal of Adolescence*, 27, 395-414.
- Lahmeyer, H. W., Bellur, S. N. (1987). *Journal of Psychiatric Research*, 21, 1-6.

- Lightfoot, C., Cole, M. & Cole, S. (2014). *Η ανάπτυξη των Παιδιών, Ενιαίος Τόμος, (Επιμ. Ζ. Μπαμπλέκου)*. Εκδόσεις Gutenberg.
- Loeber, R., Farrington, D. P., Stouthamer-Loeber, M. & Van Kammen, W. B. (1998). Antisocial behavior and mental health problems: explanatory factors in childhood and adolescence. Lawrence Erlbaum Mawhaw.
- Longo, L. P. (1998). Anxiety: Neurobiologic underpinnings. *Psychiatric Annals*, 28, 130-138.
- Olson, S. L., Schilling, E. M., & Bates, J. E. (1999). Measurement of impulsivity: Construct coherence, longitudinal stability, and relationship with externalizing problems in middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 151-165.
- MacDonald, V. M., Tsiantis, J., Achenbach, T. M., Motti-Stefanidi, F., & Richardson, S. C. (1995). Competencies and problems reported by parents of Greek and American children, ages 6-11. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4, 1-13.
- Μανωλίτσης, Γ. (2013). Αξιολόγηση της συμπεριφοράς παιδιών προσχολικής ηλικίας. Ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς με τον ΚΕΣΠΗ-Α. Αθήνα: Πεδίο.
- Markovits, H. (2006). Making conditional inferences: The interplay between knowledge and logic. In L. Smith & J. Voneche (Eds.), *Norms in human development* (pp. 237 – 252). New York: Cambridge University Press.
- Matsumoto, D., Yoo, S. H. & Nakagawa, S. (2008). Culture, emotion regulation and adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 124-129.
- McCauley, E., Pavidis, K., & Kendall, K. (2001). Developmental precursors of depression. In I. Goodyer (Ed.). *The depressed child and adolescent: Developmental and clinical perspectives*. New York: Cambridge University Press.
- McLeod, J. & Shanahan, M. J. (1993). Poverty, parenting, and children's mental health. *American Sociological Review*, 58, 351-366.
- McConaughy, S. H. (2001). The Achenbach System of Empirically Based Assessment. In J. Andrews, H. L. Janzeo & G. D. Phye (Eds.), *Handbook of Psychoeducational Assessment* (pp. 289-324). Academic Press.
- McConaughy, S. H. (1993). Advances in empirically based assessment of children's behavioral and emotional problems. *School Psychology Review*, 22, 285-307.
- Mintz, S., (2004). *Huck, s raft: A history of American childhood*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.

- Merikangas, K. R., Nakamura, E.F. & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *11*, 7-20.
- Merrell, K. W. (2008). Understanding Internalizing Problems: Depression and Anxiety in Children and Adolescents. In K. W. Merrell (Eds.), *Helping students overcome depression and anxiety: A practical guide (2nd ed.)*. New York: Guilford.
- Moilanen KL, Shaw DS, Maxwell KL (2010). Developmental cascades: Externalizing, internalizing, and academic competence from middle childhood to early adolescence. *Development and Psychopathology* *22*(3);635-653
- Oldehinkel, A. J., Hartman, C. A., De Winter, A. F., Veenstra, R. & Ormel, J. (2004). Temperament profiles associated with internalizing and externalizing problems in preadolescence. *Development and Psychopathology*, *16*, 421-440.
- Murray, C. J. & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary*. Harvard University Press: Cambridge.
- Overmier, J. B., & Seligman, M. E. P. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, *63*, 28-33.
- Pace U, Cacioppo M, Lo Cascio V, Guzzo G, Passanisia A (2016) Are There Similar or Divergent Transitions to Adulthood in a Mediterranean Context? A Cross-National Comparison of Italy and Spain. *Europe's Journal of Psychology* *12*(1), 153-68.
- Pappa, V. S. (2013). Relationships between Parents' Marital Status and the Psychological Well-being of Adolescents in Greece. *Journal of Psychology and Psychotherapy*, *3*(2), 1-5. doi: 10.4172/2161-0487.1000110
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*. *369*, 1302-1313.
- Philipp, J., Zeiler, M., Waldherr, K., Truttmann, S., Wolfgang D., Karwautz, A. & Wagner, G. (2018). Prevalence of emotional and behavioral problems and subthreshold psychiatric disorders in Austrian adolescents and the need for prevention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *53*, 1325-1337. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1586-y>
- Pine, D. S., & Grun, J. (1999). Childhood anxiety: Integrating developmental psychopathology and affective neuroscience. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *9*, 1-12.
- Plomin, R. (1994). Genetic research and the identification of environmental influences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *35*, 817-834.

- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 345-365.
- Poortinga, Y. (1989). Equivalence of cross-cultural data: An overview of basic issues. *International Journal of Psychology*, 24, 737-756.
- Post, R. M., Weiss, S. R. B., Leverich, G. S., George, M. S., Frye, M., & Ketter, T. A. (1996). Developmental psychobiology of cyclic affective illness: Implications for early therapeutic intervention. *Development and Psychopathology*, 8, 273-305.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Gosch, A., Wille, N. & The European KIDSCREEN Group. Mental Health of Children and Adolescents in 12 European Countries – Results from the European KIDSCREEN Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 154-163.
- Rende, R. D., Plomin, R., Reiss, D., Hetherington, E. M. (1993). Genetic and environmental influences on depressive symptomatology in adolescence: Individual differences and extreme scores. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Applied Disciplines*, 34, 1387-1398.
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N. et al. (2006b). *Problems reported by adolescents in 24 countries*. Manuscript submitted for review.
- Richardson, C. (2001). Η συμβολή της στατιστικής στην επεξεργασία των δεδομένων από τη χρήση εργαλείων αξιολόγησης. Στο Α. Ρούσσου & Κ. Φρανσίζ (Επιμ.), *Εργαλεία Ανίχνευσης και Διάγνωσης Αναπτυξιακής Ψυχοπαθολογίας* (σ: 39-52). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1994). Are adolescents changed by an episode of major depression. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1289-1298.
- Roussos, A., Francis, K., Zoubou, V., Kiprianos, S., Prokopiou, A., & Richardson, C. (2001). The standardization of Achenbach's Youth Self-Report in Greece in a national sample of high school students. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 47-53.
- Ρούσσου, Α. & Μαστρογιαννάκου, Δ. (2001). Τα ερωτηματολόγια του Thomas Achenbach. Στο Α. Ρούσσου & Κ. Φρανσίζ (Επιμ.), *Εργαλεία Ανίχνευσης και Διάγνωσης Αναπτυξιακής Ψυχοπαθολογίας* (σ. 53-67). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Rudolph, K. (2002). Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 20, 3-13.
- Rudolph, K., & Conley, C. (2005). The socioemotional costs and benefits of social-evaluative concerns: Do girls care too much? *Journal of Personality*, 73(1), 115-138.

- Rutter, M. (1967). A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 1-11.
- 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, 854-886.
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender Differences in Depression in Representative National Samples: Meta-Analyses of Diagnoses and Symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783-822. doi:10.1037/bul0000102
- Schwartz, C. E., Snidman, N., Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1008-1015.
- Seligman, M. E. P., Abramson, L. Y., Semmel, A., & von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.
- Seligman, M. E. P., Peterson, C., Kaslow, N., Tanenbaum, R. L., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.
- Shweder, R. A., Minow, M., & Markus, H. R. (Eds.). (2002). *Engaging cultural differences: The multicultural challenge in liberal democracies*. New York: Russell Sage Foundation.
- Stansfeld, S., Head, J., Bartley, M. & Fonagy, P. (2008). Social position, early deprivation and the development of attachment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Doi:10.1007/s00127-008-0330-4
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69-74.
- Stransbury, K., & Gunner, M. R. (1994). Adrenocortical activity and emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2-3, Serial No. 240), 108-134.
- Sweeting, H., & West, P. (2003). Young people's leisure and risk-taking behaviours: Changes in gender patterning in the west of Scotland during the 1990s. *Journal of Youth Studies*, 6 (4), 391-412.
- Tahmouresi, N., Bender, C., Schmitz, J. Baleszhar, A., & Tuschen-Caffier, B. (2014). Similarities and Differences in Emotion Regulation and Psychopathology in Iranian and German School-children: A Cross-cultural Study, *International Journal of Preventive Medicine*, 5(1), 52-60

- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379, 1056-1067.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Thorell, L. H., Kjellman, B. F., & D'Elia, G. (1987). Electrodermal activity in relation to diagnostic subgroups and symptoms of depressive patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 693-701.
- Thorisdottir IE, Asgeirsdottir BB, Sigurvinsdottir R, Allegrante JP (2017). The increase in symptoms of anxiety and depressed mood among Icelandic adolescents: time trend between 2006 and 2016. *European Journal of Public Health* 27(5):856-65
- Van der Ende, J., Verhulst, F. C. & Tiemer, H. (2016). The bidirectional pathways between internalizing and externalizing problems and academic performance from 6 to 18 years. *Development and Psychopathology*, 28(3), 855-867.
- Vasey, M. W., el-Hag, N. & Daleiden, E. L. (1996). Anxiety and the processing of emotionally threatening stimuli: Distinctive patterns of selective attention among high and low-test-anxious children. *Child Development*, 67, 1173-1185.
- Tsitsika, A., Janikian, M., Tzavela, E., Schoenmaker, T. M., Olafsson, K. et al. (2012). Internet use and internet addictive behaviour among European adolescents: A cross-sectional study. Retrieved from: http://youth-health.gr/media/2016/03/eu-net.adb-quantitative-report-d6-2-r-june-2013_2.pdf
- Wadsworth, M. E. & Achenbach, T. M. (2005). Explaining the link between low socio-economic status and psychopathology: testing two mechanisms of the social causation hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1146-1153.
- Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Stroufe, L. A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 637-644.
- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Wenar, C., & Kerig, P. K. (2011). Εξελικτική Ψυχοπαθολογία: Από τη βρεφική ηλικία στην εφηβεία (επιμ. ελληνικής έκδοσης: Δ. Μαρκουλής & Ε. Γεωργάκα). Αθήνα: Gutenberg.
- World Health Organisation (2005). Investing in mental health. WHO, Geneva.
- Χριστοπούλου, Α. Λ., Παππά, Β., & Παυλόπουλος, Β. (2002). Η χρήση του ερωτηματολογίου για εφήβους Youth Self Report (YSR) του Achenbach στην Ελλάδα: Αποτελέσματα έρευνας σε μαθητές

Λυκείου. Στο Α. Ρούσσου (Επιμ.), *Θέματα Ψυχομετρίας στην Κλινική Πράξη και Έρευνα* (σελ. 321-328). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Yousefi, F., Abu Talib, M., Bte Mansor, M., Bte Juhari, R., & rof Redzuan, M. (2010). The relationship between test-anxiety and academic achievement among Iranian adolescents. *Asian Social Science*, 6 (5), 100-105

Zahn-Waxler, C., & Kochanska, G. (1990). The development of guilt. In R. Thompson (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 36. Socioemotional development* (pp. 183-258). Lincoln: University of Nebraska Press.

Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B. & Slattery, M. J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, 12, 443-466.

Zeman, J., Shipman, K. & Suveg, C. (2002). Anger and Sadness regulation: Predictions to internalizing and externalizing symptoms in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 393-398.

Cross-national comparisons of internalizing problems adolescents' aged 14 - 17 from seven European Countries

Abstract

BACKGROUND: Internalizing problems in adolescence have been associated with various factors, including socioeconomic indicators, family relationships, mental health problems, socio-cultural aspects and demographic variables. This study aimed to comparatively examine prevalence and risk factors for internalizing problems in adolescence from five European countries. **METHODS:** A cross-sectional school-based study of adolescents 14-17.9 years was conducted in the European Network for Adolescent Behavior (EU NET ADB) survey. The current analysis used self-report questionnaires from Greece, Iceland, the Netherlands, Spain and Romania. Associations with internalizing problems were examined by multiple logistic regression analysis overall and by country, to estimate odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (95% CI). **RESULTS:** The sample consisted of 8,952 adolescents. Romania (2.4%) and Greece (7.6%) showed the lowest rates of internalizing problems in contrast to Iceland which showed

the highest (11.1%). Lower school grades were associated with internalizing problems (adjusted OR=1.21, 95%CI: 1.08-1.36). On the other hand, higher education level of parents was associated with lower odds of internalizing problems (adjusted OR=0.75, 95%CI: 0.62-0.92). Maternal and paternal unemployment, gender and age were factors that affected the likelihood of internalizing problems in country-specific analyses. **CONCLUSIONS:** The socio-cultural context of each country seems to determine variations detected in internalizing problems of adolescents. Further research should thoroughly address cultural differences in order to better understand and intervene in aspects of internalizing problems in adolescence.