

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**“Η ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΣΕ ΤΕΛΕΙΟΦΟΙΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ: ΜΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.”**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

ΣΩΚΡΑΤΗΣ ΣΩΚΡΑΤΟΥΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Δρ. ΧΡΗΣΤΟΣ ΖΗΛΙΔΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ, 2009

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**“Η ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΣΕ ΤΕΛΕΙΟΦΟΙΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ: ΜΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.”**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

ΣΩΚΡΑΤΗΣ ΣΩΚΡΑΤΟΥΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Δρ. ΧΡΗΣΤΟΣ ΖΗΛΙΔΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ, 2009

Στην οικογένεια μου

Στα μελαγχολικά παιδιά μας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	11
ABSTRACT.....	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	13
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	18
1.1 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΣΜΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	18
1.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	20
1.3 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ.....	21
1.4 ΤΥΠΟΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ	23
1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	26
1.6 ΣΧΕΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΜΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ (6- 13) ΕΤΩΝ	29
2.1 ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	29
2.1.1 Καταθλιπτικό συναίσθημα.....	30
2.1.2 Ανηδονία.....	30
2.1.3 Διαταραχή της κοινωνικής συμπεριφοράς.....	31
2.1.4 Αρνητική αυτοεκτίμηση-ιδέες αναξιοτήτας-αισθήματα ενοχής.....	31
2.1.5 Δυσκολία στην συγκέντρωση–Μειωμένη σχολική επίδοση	32
2.1.6 Αυτοκτονικός Ιδεασμός και απόπειρες αυτοκτονίας.....	32
2.1.7 Ψυχοσωματικά ενοχλήματα.....	33
2.2 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	34

2.2.1 Αγγώδεις διαταραχές	34
2.2.2 Σχολική φοβία.....	34
2.2.3 Διαταραχές διαγωγής.....	35
2.3 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ) ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	38
3.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	38
3.1.1 Νευροενδοκρινολογικοί Παράγοντες	38
3.1.2 Κληρονομικότητα	39
3.1.3 Κοινωνικοί και ψυχοσωματικοί παράγοντες	39
3.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	43
4.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	43
4.2 ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	44
4.3 ΤΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	46
4.3.1 Η Κλίμακα Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης C.D.I. (Children’s Depression Inventory).....	46
4.3.2 Περιγραφή της Κλίμακας Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης C.D.I	46
4.3.3 Αξιοπιστία της Κλίμακας Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης C.D.I	48
4.3.4 Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων	50
4.3.5 Εγκυρότητα της Κλίμακας Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης C.D.I.....	51
4.3.7 Συνολική Βαθμολογία της κλίμακας C.D.I. Επιλογή οριακής τιμής «θετικής» για καταθλιπτική διαταραχή	52
4.4 ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ –ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ C.D..I.....	52
4.5 Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	54
4.5.1 Προκαταρκτική συνάντηση με σκοπό την ενημέρωση των εκπαιδευτικών.....	54

4.5.2 Χορήγηση του ερωτηματολογίου σε μαθητές	55
4.6 ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ C.D.I.....	55
4.7 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ-ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΛΟΓΙΣΜΙΚΟ	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	58
5.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	58
5.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ C.D.I.....	58
5.3 ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ C.D.I	59
5.4 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ	59
5.5 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΤΑ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ.....	59
5.6 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ	60
5.7 ΣΧΕΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ	61
5.8 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΕΣ ΤΗΣ C.D.I.....	62
5.10 ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΕΣ.....	66
5.11 ΤΙΜΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΟΜΑΔΑ	67
5.12 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ.....	69
5.13 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΤΑ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΕΣ	70
5.14 ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ C.D.I.....	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ.....	72
6.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	72
6.1.1 Συζήτηση για την εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου στην παρούσα έρευνα	72
6.1.2. Συχνότητα της παιδικής κατάθλιψης στην παρούσα έρευνα.....	74
6.1.3 Σχέση φύλου-κατάθλιψης στην κλίμακα	76
6.1.4. Σχέση εθνικότητας-κατάθλιψης στην κλίμακα	77
6.1.5 Σχέση ηλικίας-κατάθλιψης στην κλίμακα	77
6.1.6. Υποκλίμακες στην παρούσα έρευνα.....	78
6.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΑΡΑΔΟΧΕΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	79

7.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	82
7.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ	84
7.2.1. Ερευνητικές προτεραιότητες για το μέλλον	84
7.2.2 Πιθανές παιδαγωγικές εφαρμογές.....	85
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	89
ΕΛΛΗΝΟΦΩΝΗ.....	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	111
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ CHILDREN’S DEPRESSION INVENTORY.	112
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ-ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ.....	123
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 ΕΠΙΣΤΟΛΟΓΡΑΦΙΑ.....	125
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΕΣ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ C.D.I.	131

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1.1. Διαγνωστικά Κριτήρια για Δυσθυμική διαταραχή.....	23
Πίνακας 1.2 Διαγνωστικά Κριτήρια για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.....	24
Πίνακας 4.1. Δημοτικά Σχολεία του δείγματος.....	45
Πίνακας 4.2 Βαθμολογία ερωτήσεων και η σημασία τους στην Κλίμακα C.D.I.....	47
Πίνακας 4.3 Υποκλίμακες στην κλίμακα C.D.I.....	48
Πίνακας 4.4 Συντελεστές αξιοπιστίας άλφα για την κλίμακα C.D.I.....	49
Πίνακας 4.5 Εσωτερική συνέπεια των υποκλιμάκων C.D.I.....	50
Πίνακας 4.6 Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων της κλίμακας.....	51
Πίνακας 4.7 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της κλίμακας C.D.I.....	52
Πίνακας 4.8 Επαναληπτικές μετρήσεις: Ανάλυση κατά φύλο.....	56
πίνακας 4.9 Επαναληπτικές μετρήσεις: Ανάλυση κατ εθνικότητα.....	57
Πίνακας 5.1. Κατανομή κατά εθνικότητα.....	58
Πίνακας 5.2. Κατανομή κατά φύλο.....	58
Πίνακας 5.3. Κατά φύλο ανάλυση Cronbach's Alpha.....	58
Πίνακας 5.4. Συνολική βαθμολογία κλίμακας C.D.I.....	59
Πίνακας 5.5. Ανάλυση βαθμολογίας κατά φύλο.....	59
Πίνακας 5.6. Ανάλυση βαθμολογίας κατά εθνικότητα.....	60
Πίνακας 5.7. Σχέση φύλου και κατάθλιψης.....	61
Πίνακας 5.8. Κατάθλιψη και Εθνικότητα.....	62
Πίνακας 5.9. Εσωτερική συνέπεια των υποκλιμάκων της κλίμακας C.D.I.....	63
Πίνακας 5.10. Στατιστική ανάλυση κατά υποκλίμακα.....	63
Πίνακας 5.11. Συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων.....	64
Πίνακας 5.12. Συγκρίσεις των μέσων όρων του φύλου στις υποκλίμακες.....	66
Πίνακας 5.13 Συγκρίσεις των μέσων όρων της εθνικότητας στις υποκλίμακες.....	67
Πίνακας 5.14. Βαθμολογία στις υποκλίμακες στην Καταθλιπτική και φυσιολογική ομάδα.....	68
Πίνακας 5.15. Κατάθλιψη-φύλο στις υποκλίμακες.....	69
Πίνακας 5.16. Κατάθλιψη-εθνικότητα στις υποκλίμακες.....	70
Πίνακας 5.17. Συχνότητα Κατάθλιψης στις Επαναληπτικές Μετρήσεις.....	71

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πλησιάζοντας στο τέλος της προσπάθειας αυτής, νιώθω έντονα την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους αυτούς τους ανθρώπους που με τον τρόπο τους συνέβαλαν στη διεκπεραίωση της και συγκεκριμένα:

Τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Χρήστο Ζηλίδη, καθηγητή του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, ο οποίος με έχει στηρίξει από την αρχή για την επιλογή μου να ασχοληθώ με το θέμα της παιδικής κατάθλιψης και με βοήθησε σημαντικά στην όλη πορεία της εκπόνησης της μεταπτυχιακής μου διατριβής. Η παρουσία του και οι εύστοχες συμβουλές του, υπήρξαν πολύτιμος αρωγός, πηγή γνώσης και καθοδήγησης, έμπνευσης και θάρρους, καθώς και κινητήρια δύναμη για μένα για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Την διοίκηση του Ανοικτού Πανεπιστημίου και ιδιαίτερα τους καθηγητές κύριο Μάμα Θεοδώρου και Ανδρέα Παυλάκη, που μου έδωσαν το δικαίωμα και την έγκριση να ασχοληθώ με θέμα προσωπικής μου επιλογής και ενδιαφέροντος, καθώς για την στήριξη τους και τις χρήσιμες συμβουλές τους κατά τη διάρκεια της εκπόνησης και παρουσίασης αυτής της μελέτης.

Την σύντροφο μου Δέσπω, που είναι ανεξάντλητη πηγή έμπνευσης και ενέργειας για μένα και ο πιο αφοσιωμένος υποστηρικτής μου.

Τον πολύ καλό μου φίλο και συνάδελφο Ανδρέα Χαρίτου για την ανεξάντλητη υπομονή του στη διάρκεια των πολύωρων συζητήσεων μας σχετικά με το θέμα της διατριβής μου, για την πολύτιμη φιλία του και τη στήριξη του στις δύσκολες ώρες.

Όλους τους φοιτητές της Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Σχολής Κύπρου που πήραν μέρος σε αυτή την έρευνα και ιδιαίτερα τους φοιτητές μου Παναγιώτη Χαραλάμπους, Άντρη Γρηγορίου, Φώτη Βασιλείου, Νικόλα Κανταρή και Μαρία Τουμάζου για την πολύτιμη βοήθεια και συμβολή, αφιερώνοντας μέρος από τον ελεύθερο προσωπικό τους χρόνο, για τη συλλογή των δεδομένων της παρούσας έρευνας.

Την κυρία Αλεξάνδρα Πετρίδου, για την συμβολή της στη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας και για την υπομονή της, στις πολύωρες συζητήσεις που είχαμε κατά τη διάρκεια των συναντήσεων μας.

Το Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού για την έκδοση έγκρισης διεξαγωγής της έρευνας μου σε δημόσια σχολεία πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στη Λεμεσό, τους διευ-

θυντές/τριες, τους δασκάλους/λες πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης των εμπλεκόμενων στην έρευνα σχολείων, για την εξυπηρέτηση που πρόθυμα προσέφεραν.

Τους γονείς και κηδεμόνες των εμπλεκόμενων παιδιών στην έρευνα, που έδωσαν τη συγκατάθεση τους για συμμετοχή των παιδιών τους.

Τέλος τους πρωταγωνιστές (μαθητές και μαθήτριες) που πήραν μέρος στην παρούσα έρευνα, τόσο στην προκαταρκτική μελέτη, όσο και στην κυρίως έρευνα. Η ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας δε θα είχε πραγματοποιηθεί χωρίς την υπομονή τους και τη συμπλήρωση από αυτούς του ερωτηματολογίου συλλογής των δεδομένων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αντικείμενο της παρούσας ερευνητικής εργασίας αποτέλεσε η μελέτη της παιδικής κατάθλιψης. Συγκεκριμένα η ερευνητική αυτή εργασία ανιχνεύει την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε τελειόφοιτα παιδιά δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο. Ειδικότερα η μελέτη αποσκοπούσε να απαντήσει στα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα: 1) Σε ποιο ποσοστό τελειοφοίτων παιδιών παρουσιάζονται καταθλιπτικά συμπτώματα κλινικής βαρύτητας. 2) Σε ποιο βαθμό υπάρχουν διαφορές στη συχνότητα της κατάθλιψης σχετιζόμενες με το φύλο και την εθνικότητα. 3) Εάν η Ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου καταγραφής της παιδικής κατάθλιψης C.D.I (Children's Depression Inventory) αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για την ανίχνευση καταθλιπτικών εκδηλώσεων σε παιδιά σχολικής ηλικίας στην Κύπρο.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 439 τελειόφοιτοι μαθητές και μαθήτριες που προέρχονται από 15 δημόσια δημοτικά σχολεία της επαρχίας Λεμεσού.

Τα εμπειρικά δεδομένα της έρευνάς μας, προέκυψαν από τη συμπλήρωση από τους μαθητές της Κλίμακας Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης C.D.I, που είναι ένα εργαλείο αυτο-αξιολόγησης καταθλιπτικών συμπτωμάτων για παιδιά και εφήβους.

Η στατιστική ανάλυση του ερωτηματολογίου C.D.I επαλήθευσε την ισχυρή αξιοπιστία και εγκυρότητά του, αφού τα αποτελέσματα συνηγορούν με τα ευρήματα πληθώρας ερευνών (Cronbach alpha=0,845 και Cronbach alpha=0,875 στις επαναληπτικές μετρήσεις, Μέση τιμή M.T=9,77 και τυπική απόκλιση T.A=6,81).

Μέσα από την έρευνα, έχει βρεθεί ότι ένα ποσοστό 10,2% του δείγματος μας παρουσίαζε καταθλιπτική συμπτωματολογία κλινικής βαρύτητας. Ανάλογο ποσοστό 9,7 % βρέθηκε στις επαναληπτικές μετρήσεις που έγιναν σε 154 παιδιά.

Η επίδραση του φύλου και της εθνικότητας στην καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Επιπρόσθετα, κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων, έχει βρεθεί ότι υπάρχουν θετικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων, οι οποίες είναι στατιστικά σημαντικές. Διαπιστώνεται ότι τα κορίτσια στις υποκατηγορίες «αρνητική συναισθηματική διάθεση», «αρνητική αυτοεκτίμηση» και «ανηδονία», παρουσιάζουν πιο ψηλά ποσοστά συγκρινόμενα με τα αγόρια.

Αντίθετα από την ανάλυση των υποκλιμάκων στην καταθλιπτική ομάδα τα αγόρια παρουσιάζουν σημαντική στατιστική διαφορά σε σχέση με τα κορίτσια στους μέσους όρους, στις υποκλίμακες «διαπροσωπικά προβλήματα» και «αναποτελεσματικότητα».

ABSTRACT

The present research study examined childhood depression. The main objective of this study is to determine the level of depression among a sample of schoolchildren population in Cyprus. Specifically, this study attempted: 1) To identify the level of depression in a general population sample of graduated elementary school-age children. 2) To determine the relation between gender, nationality and depression effects. 3) To examine the psychometric properties of Children's Depression Inventory (C.D.I) questionnaire in Cyprus.

The sample consisted of 439 children, from fifteen elementary public schools in Lissol city, during the school period 2008/9.

The statistical analysis of C.D.I questionnaire confirmed its validity and reliability as the results were positive comparable with several international studies (Cronbach's $\alpha=0,845$ and Cronbach's $\alpha= 0,875$ in test-retest, Mean $M=9,77$ and standard deviation $SD=6,81$). These results suggest that the general psychometric properties of our Greek translation version of the C.D.I appear to be adequate according to a Cronbach's coefficient alpha estimate of internal reliability and Spearman correlation coefficient split-half reliability.

Further analysis of the data shows that, 10,25% of the sample demonstrated signs of depression. In addition, 9,75% of 154 children that were retested at a later date also had confirmed depressive symptomatology. There was no statistical significance in variables relating to gender and nationality. However, the sub-scales analysis, found that there were positive correlations in "negative mood", "negative self-esteem" and "anhedonia". Analysis demonstrated that, the girls presented higher scores than the boys which were statistically significant.

On the contrary, from sub-scales analysis of depressed children, the depressed boys in sub-scales "interpersonal problems" and "ineffectiveness" presented higher scores than the depressed girls, which were statistically significant.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ενδιαφέρον για τη μελέτη της κατάθλιψης στα παιδιά, αυξάνεται ολοένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια (Birmaher et al., 1996α, Brockless, 1997, Puura, et al., 1997, Μπίμπου & Κιοσέογλου, 2001, Shin et al., 2008, Gianakopoulos et al., 2009), με δεδομένο ότι οι μελέτες για την κατάθλιψη στο συγκεκριμένο πληθυσμό άρχισαν συστηματικά από τη δεκαετία του 1970, και ιδιαίτερα μετά το 1980 (Cytryn et al., 1979, Kashani & Simonds, 1979, Kashani et al., 1983, 1986, 1987, Birmaher et al., 1998, Kovacs, 1992, Madianos, et al., 1992, 1994, Todd & Geller, 1995, Ollson & Von Knorring, 1999, Μπίμπου & Κιοσσεόγλου, 2001, Shashi & Subhash, 2007, McArdle, 2007, Barkmann, 2008).

Πριν από το 1970, η ύπαρξη της κατάθλιψης ως συναισθηματική διαταραχή στην παιδική ηλικία έχει αποτελέσει αντικείμενο έντονων αντιπαράθεσεων μεταξύ των ειδικών. Πολλοί ερευνητές αμφισβητούσαν την ύπαρξη της, ενώ άλλοι αποδείκνυαν με τις κλινικές και τις ερευνητικές τους μελέτες την εμφάνιση της ακόμη και από την βρεφική ηλικία (Spitz 1946, Spitz & Wolf 1946, Bowlby 1960, 1969, 1981, Tronic et al., 1978).

Η παλαιότερη άποψη ότι η κατάθλιψη αφορά μόνο τους ενήλικες οφειλόταν σε μεγάλο βαθμό στην επικράτηση της ψυχαναλυτικής άποψης, σύμφωνα με την οποία η συγκεκριμένη διαταραχή της διάθεσης απορρέει από συναισθήματα θυμού ή εχθρότητας, τα οποία το άτομο στρέφει εναντίον του, συνήθως ως αποτέλεσμα βιωμάτων απώλειας κάποιου αγαπημένου προσώπου (Παπαδάτος, 2001, Παπάνης, 2007).

Επειδή όμως, η διεργασία αυτή προϋποθέτει την ανάπτυξη του υπερεγώ, η οποία δεν έχει ολοκληρωθεί στα παιδιά, υπήρχε η αντίληψη ότι αυτά δεν μπορούν να βιώσουν κατάθλιψη (Rochlin, 1959). Η ψυχαναλυτική σχολή, επίσης θεωρούσε ότι τα παιδιά δεν παρουσιάζουν κατάθλιψη, διότι δεν είναι σε θέση να αισθανθούν ενοχή (Rie, 1966, Παπάνης, 2007). Κατά την κλασική ψυχαναλυτική θεωρία, η εσωτερίκευση του "υπερεγώ" και το συναίσθημα της ενοχής που απορρέει από την εσωτερίκευση αυτή, αποτελούν προϋποθέσεις για την καταθλιπτική διαταραχή (Freud, 1917, Freud, 1936). Επίσης οι αντιστάσεις, είχαν βάση την κοινή παραδοχή ότι η παιδική ηλικία είναι η πιο χαρούμενη και ευχάριστη περίοδος της ανθρώπινης ζωής και ότι μέσα στην ίδια

την φύση του παιδιού βρίσκεται η αισιοδοξία, η ζωτικότητα, η ενεργητικότητα και η έλλειψη μελαγχολίας (Ιεροδιακόνου, 1997, Παρασκευόπουλος, 1987, Χριστοδούλου, 1998, Παπαδόπουλος, 2001).

Ένας άλλος λόγος δυσκολίας της μελέτης της παιδικής κατάθλιψης είναι η αδυναμία του παιδιού να εκφράσει με λόγια τα συναισθήματα θλίψης, απελπισίας και απόγνωσης του. Οι διαφορετικές περιγραφές της συμπεριφοράς και ψυχοσυναισθηματικού κόσμου των παιδιών που κάνουν οι δάσκαλοι και οι γονείς, σε σχέση με τα ίδια τα παιδιά, όπως έχει βρεθεί από έρευνες, συγχέουν και δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο τον εντοπισμό και τη διάγνωσή της (Παπάνης, 2007).

Τέλος, σημαντικό είναι επίσης και το γεγονός της έλλειψης επαρκών ερευνητικών δεδομένων, καθώς επίσης και της χρησιμοποίησης ανομοιογενών κριτηρίων προσδιορισμού της κατάθλιψης, ανάλογα με το θεωρητικό προσανατολισμό του ερευνητή (Kovacs, 1992, Καραπέτσας & Ζυγούρης, 2003).

Οι πιο πάνω απόψεις που υποστήριζαν, ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι σπάνιες στα μικρά παιδιά, καθώς και η έννοια της «συγκαλυμμένης κατάθλιψης» και των «καταθλιπτικών ισοδυνάμων» κυριάρχησαν επί σειρά ετών στην παιδοψυχιατρική (Lester-Παπαμααθιάκη, 1988, Τσιάντης, 2001, Παπάνης, 2007). Αυτή η άποψη άλλαξε ύστερα από το 4ο συνέδριο Ευρωπαίων Ψυχιάτρων το 1970 στη Στοκχόλμη (Παπαδάτος, 2001). Στην έκδοση DSM- III, DSM-III-R, DSM-IV και της DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual Disorders-American Psychiatric Association) διατυπώθηκε η άποψη ότι τα κριτήρια διάγνωσης για τις διαταραχές διάθεσης είναι κοινά στα παιδιά, στους εφήβους και στους ενήλικες με ορισμένες αλλαγές ανάλογα με το στάδιο ανάπτυξης των παιδιών και των εφήβων (American Psychiatric Association, 1987, 1994, 2000, Kaplan et al., 2000, Παπαδάτος, 2001).

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία στα παιδιά, εκφράζεται κυρίως με ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως, κοιλιακά άλγη, κεφαλαλγίες, ναυτία, ζάλη, ανορεξία, αϋπνία και διαταραχές της συμπεριφοράς, όπως ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, απώλεια ενδιαφέροντος, ανηδονία και απόσυρση (Spitz, 1946, 1965, Poznanski, 1976, 1982, Παπαδάτος, 2001, Παπάνης, 2007, Shashi & Subhash, 2007, Malhotra & Pratim, 2007). Για αυτό ευλόγως θεωρείται μια μακρόχρονη διαταραχή, με σαφή γενετική επιβάρυνση,

προκαλώντας σοβαρά προβλήματα στη λειτουργικότητα των παιδιών αλλά και στην όλη μετέπειτα πορεία τους ως ενήλικες. Είναι μια κατάσταση που δύσκολα αναγνωρίζεται, γιατί τα καταθλιπτικά παιδιά δεν παραπονιούνται και τα προβλήματα της συμπεριφοράς τους είναι μειωμένης έντασης (Παπάνης, 2007).

Τα τελευταία τριάντα χρόνια η παιδική κατάθλιψη έχει προσελκύσει έντονα το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας. Παρόλα αυτά, η επιστημονική έρευνα στον τομέα της ψυχικής υγείας του παιδιού υπολείπεται σημαντικά σε σύγκριση με την έρευνα στον τομέα της ψυχικής υγείας του ενήλικα (Richard, 2004). Μελέτες της συμπτωματολογίας της παιδικής κατάθλιψης καθώς και ψυχοφαρμακολογικές και νευροβιολογικές μελέτες έχουν συμβάλει σημαντικά στη διεύρυνση της επιστημονικής γνώσης που αφορά την παιδική κατάθλιψη.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η μελέτη της παιδικής κατάθλιψης. Η ερευνητική αυτή εργασία ανιχνεύει την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε τελειόφοιτα παιδιά δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο. Ειδικότερα η μελέτη αποσκοπεί να απαντήσει στα παρακάτω ερωτήματα:

- 1). Σε ποιο ποσοστό τελειοφοίτων παιδιών παρουσιάζονται καταθλιπτικά συμπτώματα κλινικής βαρύτητας.
- 2). Εάν υπάρχουν διαφορές στη συχνότητα της κατάθλιψης σχετιζόμενες με το φύλο και την εθνικότητα.
- 3). Εάν η Ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου καταγραφής της παιδικής κατάθλιψης C.D.I (Children's Depression Inventory) αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για την ανίχνευση καταθλιπτικών εκδηλώσεων σε παιδιά σχολικής ηλικίας στην Κύπρο.

Στο γενικό της μέρος, στο πρώτο κεφάλαιο μέσα από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας επισημαίνονται οι επιπτώσεις των αναπτυξιακών χαρακτηριστικών και προβλημάτων της παιδικής ηλικίας στον ψυχισμό του παιδιού και περιγράφονται οι σύγχρονες απόψεις για τις εκδηλώσεις και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της παιδικής κατάθλιψης. Αναφέρονται οι τύποι των καταθλιπτικών διαταραχών, περιγράφονται τα διαγνωστικά κριτήρια τα οποία χρησιμοποιούνται για να εντοπισθούν τα καταθλιπτικά παιδιά, τα ερευνητικά επιδημιολογικά δεδομένα, καθώς επίσης και η σχέση της παιδικής κατάθλιψης με το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και την εθνικότητα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναλύονται οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου, η συννοσηρότητα με την παιδική κατάθλιψη και οι προδιαθεσικοί παράγοντες για την ανάπτυξη καταθλιπτικών εκδηλώσεων στα παιδιά. Στο τρίτο κεφάλαιο, πραγματοποιείται μια περιγραφική ανάλυση των αιτιολογικών παραγόντων που πυροδοτούν τη νόσο και περιγράφονται οι κυριότερες θεραπευτικές της προσεγγίσεις.

Η σύνθεση, η κριτική ανάλυση και η παρουσίαση των διεθνών ερευνητικών και βιβλιογραφικών δεδομένων, έχει ως πρωταρχικό στόχο να φωτίσει την απροσδιόριστη, ασαφή, φύση της παιδικής κατάθλιψης, αποσαφηνίζοντας ορισμένα χαρακτηριστικά της σιωπηλής αυτής συναισθηματικής διαταραχής και κατά συνέπεια, το αντικείμενο της έρευνας που ακολουθεί.

Στο ειδικό μέρος, στο τέταρτο κεφάλαιο, διατυπώνονται τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας και περιγράφεται ο μεθοδολογικός σχεδιασμός της. Αρχικά, αναφέρονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος και πραγματοποιείται μια κριτική ανάλυση του ψυχομετρικού εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή των δεδομένων. Στην συνέχεια, περιγράφεται η διαδικασία συλλογής των δεδομένων και το λογισμικό-στατιστικό πακέτο που έχει επιλεγεί. Επιπρόσθετα, το πέμπτο κεφάλαιο επιχειρείται ανάλυση των αποτελεσμάτων, ενώ στο επόμενο κεφάλαιο διεξάγεται συζήτηση και επιχειρούνται προσπάθειες ερμηνείας των ευρημάτων της. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με συζήτηση των γενικών παραδοχών και περιορισμών της παρούσας έρευνας. Στο τελευταίο κεφάλαιο διατυπώνονται ερευνητικές και παιδαγωγικές προοπτικές για το μέλλον για περαιτέρω διερεύνηση και μελέτη.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

1.1 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΣΜΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η παιδική ηλικία, αποτελεί μια από τις πιο κρίσιμες φάσεις, στη συγκρότηση της προσωπικότητας του ατόμου. Σε αυτήν την περίοδο υπάρχουν ειδικές ανάγκες και απαιτούνται συγκεκριμένες προσπάθειες προσαρμογής (Herbert, 1998, Παπαδάτος, 2001). Τα προβλήματα της παιδικής ηλικίας είναι σημαντικά, επειδή διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού και λειτουργούν σαν ψυχοτραυματικές εμπειρίες στη μετέπειτα ζωή του (Κούρος, 1996, Μάνος, 1997, Παπαδάτος, 2001). Αν και ο ρόλος της παιδικής ηλικίας στη μετέπειτα ψυχική υγεία του παιδιού, αναγνωρίστηκε από πολύ νωρίς, η βαθύτερη επιστημονική μελέτη αποτελεί το χαρακτηριστικό των τελευταίων δεκαετιών (Παπαδάτος, 2001).

Συμπεράσματα από έρευνες στο χώρο της Ψυχολογίας έχουν δείξει ότι η σχολική επίδοση, δεν εξαρτάται μόνο από τις νοητικές ικανότητες του μαθητή ή τη διδακτική ικανότητα του δασκάλου, αλλά επίσης είναι συνάρτηση άλλων παραγόντων που συνδέονται με την ψυχική υγεία του παιδιού (Μάνος, 2003). Τέτοιοι παράγοντες είναι οι βιολογικές ικανότητες, οι συναισθηματικές ανάγκες των μαθητών, το κοινωνικό-οικονομικό, μορφωτικό, και το πολιτισμικό επίπεδο της οικογένειας (Παρασκευόπουλος, 1987, Τσιάντης, 1980, 2001, Παπαδάτος & Χαντζή, 1992, Παπαδάτος, 2001).

Αν και η πλειονότητα των παιδιών, ξεπερνούν συνήθως ομαλά την ηλικιακή αυτή περίοδο και έχουν προς το σχολείο γενικώς θετική στάση, εντούτοις υπάρχουν στο γενικό αυτόν κανόνα ορισμένες αξιοσημείωτες εξαιρέσεις. Ορισμένα παιδιά αντιμετωπίζουν δυσκολίες προσαρμογής στο σχολικό περιβάλλον, γιατί έχουν ελαφρές αναπτυξιακές αποκλίσεις (αισθητηριακές ανωμαλίες, οριακές νοητικές ανεπάρκειες, ειδικές δυσκολίες μάθησης) οι οποίες παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα αδιάγνωστες, παρεμποδίζοντας έτσι την προσαρμογή του παιδιού στο σχολείο, την όλη πρόοδο του, καθώς και την ψυχοκοινωνική του ισορροπία (Παπαδόπουλος, 2001, Τσιπλητάρης, 2001). Άλλα παιδιά, παρουσιάζουν σημαντικές αποκλίσεις και αναπηρίες (νοητική καθυστέρηση, αισθητηριακές βλάβες, ψυχικές διαταραχές) και απαιτούν ειδική

αγωγή (Παρασκευόπουλος, 1987, Παπαδάτος, 2001, Παπαδόπουλος, 2001), ενώ άλλα παρουσιάζουν σχολική φοβία (περίπου 8% του μαθητικού πληθυσμού) που εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους (απροθυμία ή άρνηση του παιδιού να πάει στο σχολείο, ψυχοσωματικά συμπτώματα, αιτιάσεις κατά δασκάλου) και μπορεί να παρουσιαστεί σε οποιοδήποτε σημείο της σχολικής φοίτησης (Herbert, 1998).

Οι αρνητικές συναισθηματικές εκδηλώσεις στη συμπεριφορά του παιδιού δυσκολεύουν το ίδιο το παιδί αλλά και τις διαπροσωπικές του σχέσεις παρεμποδίζοντας την προσαρμογή του, τη φυσιολογική του συμπεριφορά, καθώς και τη μετέπειτα εξέλιξη και πορεία του ως ενήλικας. Οι εκδηλώσεις αυτές γνωστές στη διεθνή βιβλιογραφία ως συναισθηματικές διαταραχές, με συχνότερη και σοβαρότερη την παιδική κατάθλιψη, έχουν μελετηθεί ερευνητικά σε μεγάλες ομάδες του μαθητικού πληθυσμού. Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι ένα στα πέντε παιδιά ή το 20% των παιδιών παιδικής αλλά και εφηβικής ηλικίας του γενικού πληθυσμού παρουσιάζει κατάθλιψη (Bjornesson, 1974, Kovacs, 1992, Παπαδάτος, 2001, Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος 2001) και άλλες ψυχικές διαταραχές όπως άγχος, σχολική φοβία, νευρογενή ανορεξία, αντικοινωνική συμπεριφορά και χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών (Herbet, 1998, Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2004). Η σημαντική ψυχιατρική συμπτωματολογία που εκδηλώνεται, παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα, δυσχεραίνει την εξέλιξη του παιδιού προς την ωριμότητα, εμποδίζει τις σχέσεις του με τους συνομήλικους του και τους ενήλικες και χρήζει διάγνωσης και θεραπείας (Kashani & Simonds, 1979, Kovacs, 1983, 1992, Kashani et al., 1983, 1986, 1987, Herbet, 1992, American Psychiatric Association, 2000, Παπαδάτος, 2001, Richard, 2004, Shashi & Sumbasi, 2007).

Η ανίχνευση των καταθλιπτικών εκδηλώσεων στα παιδιά είναι απαραίτητη για την κατανόηση των προβλημάτων διαπροσωπικής και ενδοπροσωπικής προσαρμογής του μαθητή, αλλά και του ψυχικού κόσμου του παιδιού για την ορθολογικότερη αντιμετώπιση της συμπεριφοράς του. Ορισμένα συμπτώματα είναι παροδικά ή εξελικτικά, ενώ άλλα αποτελούν τον πυρήνα βαθύτερης διαταραχής (κατάθλιψης). Η σοβαρότητα ενός συμπτώματος εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες, όπως είναι η συχνότητα εμφάνισης του συμπτώματος, η συνύπαρξη και άλλων συμπτωμάτων, ο βαθμός απόκλισης του συμπτώματος από το μέσο-φυσιολογικό, η αδυναμία αποφυγής του συμπτώματος και η πιθανότητα να χαρακτηριστεί το σύμπτωμα ή τα συμπτώματα ως ασθένεια.

1.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η κατάθλιψη (ως έκφραση λύπης), το άγχος και ο θυμός είναι φυσιολογικά βιώματα σε όλα τα άτομα (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1987, Ιεροδιακόνου, 1997, Τσιάντης, 1993, Παπαδάτος, 2001). Αίσθημα αποθάρρυνσης και απελπισίας, έλλειψη ηρεμίας, κούραση και συναισθήματα αναξιοτήτας είναι συνηθισμένες αντιδράσεις σε καταστάσεις αποτυχίας υλοποίησης ενός ιδιαίτερα σημαντικού σκοπού ή σε περιπτώσεις απώλειας ενός αγαπημένου προσώπου (Μάνος, 1997, Παπαδάτος, 2001). Η διάκριση ανάμεσα σε μια φυσιολογική αντίδραση ενός ψυχοτραυματικού γεγονότος και της διαπίστωσης μιας ψυχοπαθολογικής κατάστασης γίνεται σε συνάρτηση με άλλους παράγοντες, όπως την ένταση, την εμμονή και την πορεία μιας κατάστασης ή ενός συμπτώματος (Μάνος, 1997, Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2004, Παπαγεωργίου, 2005). Η διάκριση ανάμεσα στην κατάθλιψη ως ένα απλό σύμπτωμα και της κατάθλιψης ως πάθηση ή διαταραχή, αποτελεί πρωταρχική προϋπόθεση για σωστή διάγνωση και θεραπεία (Lester-Παπαμαθιάκη, 1988). Η κατάθλιψη ως ένα απλό σύμπτωμα είναι συναίσθημα λύπης, δυσφορίας, θλίψης, απόγνωσης, που συνιστάται σε όλες τις ηλικίες χωρίς όμως να συνοδεύεται από άλλα ψυχοπαθολογικά φαινόμενα (Glasser, 1968, Τσιάντης, 2001).

Η κατάθλιψη ως ψυχική διαταραχή, είναι μια παθολογική κατάσταση, στην οποία κυρίαρχο συναίσθημα είναι η υπερβολικά έντονη θλίψη και η παρατεταμένη μελαγχολία. Παράλληλα, συνυπάρχουν πληθώρα άλλων συμπτωμάτων, με πιο χαρακτηριστικά την απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης στις καθημερινές δραστηριότητες, τη μειωμένη ενεργητικότητα, τη μειωμένη συγκέντρωση και προσοχή, τη εύκολη κόπωση, το διαταραγμένο ύπνο και τη μειωμένη όρεξη. Κυριαρχούν επίσης, ιδέες αυτουποτίμησης, αυτομομφής, αναξιοτήτας και ενοχής, ζοφερές και απαισιόδοξες σκέψεις για το μέλλον, ιδέες ή πράξεις αυτοκαταστροφής και επικρατεί λιμνασμός ιδεών. (Μάνος, 1997, American Psychiatric Assosiation, 2000, Malthotra & Prattrim, 2007).

Σήμερα, η κατάθλιψη αποτελεί τη συχνότερη ψυχική διαταραχή στους ενήλικες αφού τα ερευνητικά και επιδημιολογικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι το 10-20% των ανθρώπων θα νοσήσει από αυτή σε κάποια στιγμή της ζωής του (Madianos & Stefanis, 1992, Μάνος, 1997, Kaplan et al., 2000, Παπαδάτος, 2001, Παπαδόπουλος, 2001).

1.3 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ

Στους ερευνητές που υποστήριζαν και αποδείκνυαν την ύπαρξη της παιδικής κατάθλιψης ακόμη και από τη βρεφική ηλικία, κυριαρχούσε η αντίληψη ότι τα νήπια αρχίζουν να βιώνουν το συναίσθημα της κατάθλιψης ακόμη και από τις πρώτες εβδομάδες της ζωής τους (Roznanski, 1982) σαν συνέπεια της μητρικής αποστέρησης, η οποία περιελάμβανε και υψηλό βαθμό θνησιμότητας (29,6%) μεταξύ των βρεφών ειδικότερα κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου της ζωής τους (Spitz 1945, 1946, Spitz και Wolf 1946, Tronic et al., 1978). Ο Spitz το 1946 υποστήριξε ότι η βρεφική κατάθλιψη παρουσιάζει σημαντικές ομοιότητες με την κατάθλιψη των ενηλίκων

Ο Bowlby (1960, 1969, 1981, 1988) με τη θεωρία του δεσμού που ανέπτυξε συνέδεσε αιτιολογικά την κατάθλιψη της παιδικής ηλικίας με τη διαταραχή της ανάπτυξης του φυσιολογικού δεσμού "προσκόλλησης" του βρέφους με τη μητέρα του. Κατά την άποψη του, η απώλεια αυτού του συναισθηματικού δεσμού και η συνακόλουθη οδύνη και θλίψη του παιδιού, μπορεί να εκδηλωθεί με καταθλιπτική και παραβατική συμπεριφορά και με σοβαρά προβλήματα στις διαπροσωπικές του σχέσεις, επηρεάζοντας την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του σε όλη τη αναπτυξιακή του πορεία (Parkes et al., 1991, Dozier, & Albus, 1999, George & West, 1999, Hendrick & Hendrick, 2001), αλλά και τη μετέπειτα ζωή του ως ενήλικας

Οι κλινικές και ερευνητικές μελέτες που ακολούθησαν, οδήγησαν τους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση της κατάθλιψης στους ενήλικες μπορούν να χρησιμοποιηθούν επίσης στα παιδιά και στους εφήβους με ορισμένες μικρές τροποποιήσεις (American Psychiatric Association, 1994) και αφού πρώτα λαμβάνονται σοβαρά υπόψη οι αναπτυξιακές διαφορές, οι οποίες τροποποιούν τις εκδηλώσεις των καταθλιπτικών συμπεριφορών στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες (Kazdin, 1989, Birmaher et al., 1998, Μπίμπου & Κιόσεγλου, 2001, Παπαδάτος, 2001).

Σήμερα, η επιστημονική κοινότητα, διαθέτει σημαντικά αναλυτικά στοιχεία για τη φύση αυτής της ψυχικής διαταραχής, το είδος και το βαθμό με τον οποίο εμφανίζονται τα συμπτώματα αυτά, χωριστά για κάθε ηλικία, σχολική τάξη και φύλο. Έτσι, στα παιδιά προνηπιακής και νηπιακής ηλικίας η κατάθλιψη εκφράζεται με μη λεκτικούς τρόπους και σπανίως με λεκτικούς. Στα παιδιά σχολικής ηλικίας η κατάθλιψη εκφράζεται με λεκτικούς τρόπους και σε συνδυασμό με ψυχοσωματικά ενοχλήματα (Παπάνης 2007). Τέλος, οι έφηβοι έχουν τη δυνατότητα να εκφράζουν και να περιγράφουν με μεγάλη σαφήνεια τα συναισθήματα θλίψης και μελαγχολίας που αισθάνονται (Cytryn & Mcknen, 1979, Poznanski, 1982, Παπάνης 2007).

Καταληκτικά λοιπόν, όπως έχει προαναφερθεί και για τους ενήλικες, ο όρος κατάθλιψη (δυσθυμία) στα παιδιά χρησιμοποιείται για να περιγράψει το σύνδρομο, το οποίο συμπεριλαμβάνει ένα συνδυασμό συμπτωμάτων, όπως στενοχώρια, μοναξιά, νευρικότητα κ.α., τα οποία συχνά έπονται ενός οδυνηρού γεγονότος, αλλά υποχωρούν σε εύλογο χρονικό διάστημα. Τέλος, με τον όρο παιδική κατάθλιψη (ως ψυχική διαταραχή) αποδίδεται η διαταραχή στην οποία τα προαναφερθέντα συμπτώματα είναι αυξημένα σε ένταση, επιμένουν σε χρονική διάρκεια και έχουν συγκεκριμένη αιτιολογία, πορεία και πρόγνωση (Petersen et al., 1993).

Τα τελευταία τριάντα χρόνια οι ερευνητικές μελέτες των Poznanski, 1982, Kashani, 1979, 1983, 1986, 1987, 1988, Puig & Antich, 1985, 1987, Kazdin, 1989, Shafii, 1985, 1992, Kovacs, 1980, 1981, 1992, Bandura, 1999, Davanzo et al., 2004, Ivarsoson et al., 2006, Barkmann et al., 2008, Shin et al., 2008), και των συνεργατών τους, αλλά και άλλων σημαντικών ερευνητών της διαταραχής αυτής, έχουν συμβάλει σημαντικά στην διεύρυνση της επιστημονικής γνώσης που αφορά την παιδική κατάθλιψη, με τον προσδιορισμό, την ταξινόμηση και τον εντοπισμό των αιτιολογικών και προδιαθεσικών παραγόντων της νόσου, καθώς επίσης και στη δημιουργία και ψυχομετρικό έλεγχο εργαλείων αξιολόγησης των εκδηλώσεων αυτών.

1.4 ΤΥΠΟΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Ένα από τα πιο έγκυρα και αποτελεσματικά ψυχομετρικά εργαλεία στην ανίχνευση και διάγνωση καταθλιπτικών εκδηλώσεων στα παιδιά είναι το σύστημα ταξινόμησης της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Kovacs, 1992, Παπαδάτος, 2001, Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2004, Richard, 2004, Παπαγεωργίου, 2005) και έχει χρησιμοποιηθεί στις περισσότερες ερευνητικές μελέτες. Σύμφωνα λοιπόν, με την πιο πρόσφατη (τέταρτη-αναθεωρημένη) έκδοση του Διαγνωστικού-Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας–DSM-IV- TR (Diagnostic and Statical Manual Disorders, 4th Edition-TR, 2000) οι καταθλιπτικές διαταραχές διακρίνονται σε:

1. Δυσθυμική διαταραχή (χρόνια μορφή)
2. Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (οξεία μορφή)

Στους πίνακες 1.1 και 1.2 που ακολουθούν παρατίθενται τα διαγνωστικά κριτήρια για τη δυσθυμική και τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, σύμφωνα με βάση την πιο πάνω έκδοση:

Πίνακας 1.1. Διαγνωστικά Κριτήρια για Δυσθυμική διαταραχή

A. Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες, όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική εκτίμηση είτε με την παρατήρηση των άλλων, για τουλάχιστον 2 χρόνια
Σημείωση: Στα παιδιά και στους εφήβους μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση και η διάρκεια πρέπει να είναι τουλάχιστον ένας χρόνος.

B. Παρουσία, όταν υπάρχει καταθλιπτική διάθεση, δύο ή περισσότερων από τα ακόλουθα:

- (1) μειωμένη όρεξη ή υπερφαγία
- (2) αϋπνία ή υπερυπνία
- (3) χαμηλή ενεργητικότητα ή κόπωση
- (4) χαμηλή αυτοεκτίμηση
- (5) πτωχή συγκέντρωση ή δυσκολία λήψης αποφάσεων
- (6) αισθήματα απελπισίας

Γ. Κατά τη διάρκεια της χρονικής περιόδου των 2 χρόνων (ένας χρόνος για παιδιά και εφήβους) της διαταραχής, το άτομο δεν ήταν ποτέ ελεύθερο των συμπτωμάτων των Κριτηρίων A και B για περισσότερο από 2 μήνες τη φορά.

Δ. Δεν υπήρξε παρουσία μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου κατά τη διάρκεια των πρώτων 2 χρόνων της διαταραχής (ένας χρόνος για παιδιά και εφήβους)* δηλαδή η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με χρόνια μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, ή μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, σε μερική ύφεση.

Σημείωση: Είναι δυνατόν να υπήρξε ένα προηγούμενο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο υπό τον όρο ότι μεσολάβησε πλήρης ύφεση (απουσία σημαντικών σημείων ή συμπτωμάτων για 2 μήνες) πριν την ανά-

πτωξη δυσθυμικής διαταραχής. Επιπρόσθετα, μετά τα αρχικά 2 χρόνια δυσθυμικής διαταραχής (ένας χρόνος σε παιδιά ή εφήβους), είναι δυνατόν να επικαθήσουν επεισόδια μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, οπότε μπορούν να δοθούν αμφοτέρως οι διαγνώσεις όταν πληρούνται τα κριτήρια ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

Ε. Δεν υπήρχε ποτέ μανιακό επεισόδιο, μικτό επεισόδιο, ή υπομανιακό επεισόδιο, ενώ δεν πληρούνταν ποτέ τα κριτήρια κυκλοθυμικής διαταραχής.

ΣΤ. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας κάποιας χρόνιας ψυχωτικής διαταραχής, όπως σχιζοφρένειας ή παραληρητικής διαταραχής.

Ζ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακα) ή γενικής σωματικής κατάστασης (π.χ. υποθυρεοειδισμός).

Η. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής, ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.

Θα πρέπει να προσδιορίσετε αν υπάρχει:

Πρώιμη έναρξη: έναρξη πριν από την ηλικία των 21 ετών

Όψιμη έναρξη: έναρξη κατά την ηλικία των 21 ετών ή αργότερα

Θα πρέπει να προσδιοριστούν αν υπάρχουν:

Άτυπα στοιχεία

Από American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, κατόπιν αδείας.

Πηγή: Kaplan, I.H., Sadock B.J., Grebb, J.A. (2000), Ψυχιατρική. Β τόμος, 7^η έκδοση, Αθήνα, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Πίνακας 1.2 Διαγνωστικά Κριτήρια για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή

Α. Πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα ήταν παρόντα κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου δύο εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μια αλλαγή στην προηγούμενη λειτουργικότητα: τουλάχιστον το ένα από τα συμπτώματα είναι είτε (1) καταθλιπτική διάθεση είτε (2) απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης. Σημείωση: Δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνονται συμπτώματα που είναι σαφές ότι οφείλονται σε

γενική σωματική διαταραχή, ή ασύμβατες με τη διάθεση παραληρητικές ιδέες

Ή ψευδαισθήσεις.

(1) καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά, όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική αναφορά (π.χ. αισθάνεται θλίψη ή κενό) είτε με την παρατήρηση των άλλων (π.χ. φαίνεται ευσυγκίνητος/η). Σημείωση: Στα παιδιά και στους εφήβους μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση.

(2) έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες, ή σχεδόν όλες, τις δραστηριότητες στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημε

ρινά (όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική εκτίμηση είτε με την παρατήρηση των άλλων)

(3) σημαντική απώλεια βάρους ενώ δεν είναι σε δίαιτα, ή αύξηση του βάρους (π.χ. μεταβολή πάνω από 5% του σωματικού βάρους σε ένα μήνα), ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν καθημερινά.

Σημείωση: Στα παιδιά θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η αποτυχία στην πρόσληψη του αναμενόμενου βάρους

(4) αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν καθημερινά

(5) ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά (παρατηρήσιμη από τους άλλους, όχι απλώς υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας ή επιβράδυνσης)

(6) κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας σχεδόν καθημερινά

(7) αισθήματα αναξιοτιίας ή υπέρμετρης ή απρόσφορης ενοχής (τα οποία είναι δυνατόν να είναι παραληρητικά) σχεδόν καθημερινά (όχι απλώς αυτομομφή ή ενοχή επειδή είναι ασθενής)

(8) ελαττωμένη ικανότητα να σκεφθεί ή να συγκεντρωθεί, ή αναποφασιστικότητα, σχεδόν καθημερινά (είτε από την υποκειμενική εκτίμηση είτε με την παρατήρηση των άλλων)

(9) επανερχόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου), επανερχόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο, ή μία απόπειρα αυτοκτονίας, ή ένα συγκεκριμένο σχέδιο να αυτοκτονήσει

B. Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια ενός μικτού επεισοδίου.

Γ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής, ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.

Δ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακα) ή γενικής σωματικής κατάστασης (π.χ. υποθυρεοειδισμός).

E. Τα συμπτώματα δεν εξηγούνται καλύτερα με το πένθος, δηλαδή μετά την απώλεια αγαπημένου προσώπου τα συμπτώματα επιμένουν για περισσότερο από 2 μήνες ή χαρακτηρίζονται από έντονη λειτουργική έκπτωση, νοσηρή ενασχόληση με αισθήματα αναξιοτιίας, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωτικά συμπτώματα, ή ψυχοκινητική επιβράδυνση.

Από American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision, 4th ed Washington, DC: American Psychiatric Association. Copyright 2000, κατόπιν αδείας.

Πηγή: Kaplan, I.H., Sadock B.J., Grebb, J.A. (2000), Ψυχιατρική. Β τόμος, 7^η έκδοση, Αθήνα, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί να είναι:

α) Μοναδικό επεισόδιο

β) Υποτροπιάζουσα.

1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη σήμερα, αναδεικνύεται και ερευνητικά ως ένα από τα συχνότερα προβλήματα της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, επιδρώντας αρνητικά στην ψυχική υγεία των παιδιών. Η επίπτωση της στα παιδιά (7-13 χρόνων) ανέρχεται ανάλογα με τις έρευνες, σε ποσοστό 4-15% (Π.χ. έρευνες των Brent et al, 1986, Larrison & Melin, 1992, Anderson & Mcgee, 1994, Lewinsohn et al., 1994, Choudhury et al., 1995, Birmaher et al., 1996α, Μπίμπου & Κιοσίογλου, 2001 α,β, Frigerio et al., 2001, Twenge & nolen-Hoeksema, 2002, Costelo et al., 2003, Davanzo et al., 2004, Sorensen et al., 2005, Kleftaras & Didaskalou, 2006, Shashi & Subhash, 2007, Malthotra & Pratriam, 2007, Samm et al., 2008, Shin et al., 2008, Gianakopoulos et al., 2009).

Στους εφήβους τα ποσοστά φτάνουν έως και 20% στα δείγματα γενικού πληθυσμού εφήβων 14-16 ετών (Smucker et al., 1986, Madianos & Stefanis, 1992, Madianos, 1993 Madianos et al., 1998). Στην Ελλάδα, σε έρευνα του Μαδιανού με δείγμα 1.316 έφηβους, ηλικίας 12-17 ετών, ανιχνεύθηκαν ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης που έφταναν μέχρι και 20,3% (Madianos, 1993, Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Σε επιδημιολογική έρευνα στις Η.Π.Α. εκτιμάται ότι το 15-20% τόσο των αγοριών όσο και των κοριτσιών περνούν περιόδους στη ζωή τους, κατά τις οποίες κυριαρχεί η καταθλιπτική διάθεση, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στην εφηβεία διαφοροποιούνται και κυμαίνονται μεταξύ του 20-46% για τα αγόρια και 25-56% για τα κορίτσια (Hemmen & Ryddolf, 1996).

Γενικά, είναι ερευνητικά τεκμηριωμένο ότι η συχνότητα των καταθλιπτικών διαταραχών αυξάνει παράλληλα με την αύξηση της ηλικίας (Twenge & nolen-Hoeksema, 2002, Poli et al., 2003, Davanzo et al., 2004, Sorensen et al., 2005, Shashi & Subhash, 2007, Samm et al., 2008, Giannakopoulos et al., 2009). Οι επιδημιολογικές μελέτες των Kashani & Simonds (1979) και των Kashani και συνεργατών του (1986, 1987, 1988) έδειξαν καθαρά ότι η συχνότητα της κατάθλιψης θα αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου και ότι αυξάνει με την ηλικία στα παιδιά σχολικής και εφηβικής ηλικίας.

Ένα ενδιαφέρον στοιχείο είναι η σχέση της κατάθλιψης της παιδικής ηλικίας με το φύλο. Στους ενήλικες και στους έφηβους η κατάθλιψη είναι περίπου δύο φορές πιο συχνή στις γυναίκες απ' ό τι στους άνδρες (Lewinsohn et al., 1994, Hankin et al., 1998, Pine et al., 1999, Angold et al., 1999, Shashi & Subhash, 2007). Υπάρχει δηλαδή μια σαφής υπεροχή των κοριτσιών που παρουσιάζουν κατάθλιψη (Rutter, 1990, Petersen et al., 1993, Anderson & McGee, 1994, Compas et al., 1997). Στην Σουηδία σε έρευνα των Olson & Von το 1999 που έγινε σε δείγμα 2.300 μαθητών ηλικίας 16-17 χρόνων, αναφέρεται επίπτωση μείζονος κατάθλιψης 5,8% και αναλογία φύλου 4 κορίτσια/1 αγόρι (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001). Αντιθέτως, στα παιδιά προεφηβικής ηλικίας οι απόψεις δίστανται: Μερικά ερευνητικά ευρήματα δείχνουν τη συχνότητα της κατάθλιψης να είναι σχεδόν η ίδια στα αγόρια και στα κορίτσια (Kovacs, 1985, American Psychiatric Association, 1994). Ορισμένες άλλες μελέτες μάλιστα αναφέρουν μία υπεροχή της συχνότητας της κατάθλιψης στα αγόρια πριν την εφηβεία (Finch et al., 1985, Finch et al., 1987, Giannakopoulos et al., 2009) και στα κορίτσια μετά την εφηβεία (Giannakopoulos, et al., 2009). Τέλος, άλλες έρευνες δείχνουν την υπέροχη των κοριτσιών σε σχέση με τα αγόρια (Μπίμπου & Κιοσέγλου, 2001, Davanzo et al., 2004).

1.6 ΣΧΕΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΜΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ

Η σχέση της κατάθλιψης με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και την εθνικότητα δεν έχει επαρκώς διερευνηθεί σε πληθυσμούς παιδικής ηλικίας. Παρόλα αυτά, η κατάθλιψη της παιδικής ηλικίας συναντάται σε παιδιά διαφορετικών εθνικοτήτων (American Psychiatric Assosiation, 1994, Twenge & Nolen, 2002, Gilman et al., 2003, Giannakopoulos et al., 2009). Ωστόσο δεν έχουν διεξαχθεί συστηματικές μελέτες, ώστε να προσδιοριστεί εάν η εθνικότητα αποτελεί σημαντικό παράγοντα επικινδυνότητας δια την πυροδότηση της νόσου.. Οι Kandel & Davies, (1982), ο Costelo, (1989), οι Bird και συν., (1989), οι Sorensen και συν., (2005) και οι Barkmann, συν., (2008) βρήκαν ότι δεν υπήρχαν διαφορές στα ποσοστά κατάθλιψης σε πληθυσμούς εφήβων διαφορετικής εθνικότητας.

Επιπρόσθετα, σε έρευνα οι Kandel & Davies (1982) βρήκαν ότι το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο δεν είχε επίδραση στα ποσοστά της κατάθλιψης σε παιδικό και εφηβικό πληθυσμό. Σε αντίθεση, η Kovacs και συνεργάτες (1984α, 1984b) διαπίστωσαν ότι τα καταθλιπτικά παιδιά είχαν περισσότερες πιθανότητες να προέρχονται από χαμηλότερα κοινωνικό-οικονομικά στρώματα, ενώ άλλοι ερευνητές συνηγορούν και επισημαίνουν ότι τα παιδιά που προέρχονται από αυτά τα κοινωνικά στρώματα έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν κατάθλιψη, συγκρινόμενοι με άτομα ανωτέρων κοινωνικών στρωμάτων (Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002, Gilman et al., 2003, Shin et al., 2008, Gianakopoulos et al., 2009). Τέλος, η Πολάκη και συν (2007) υποστηρίζουν ότι τα παιδιά και οι έφηβοι των χαμηλών κοινωνικό-οικονομικών στρωμάτων συνδέονται άμεσα με πτωχότερη φυσική, διανοητική και κοινωνική εξέλιξη, αλλά κυρίως με πτωχή λειτουργικότητα κατά την πρώιμη και μέση παιδική ηλικία. Τα ευρήματα αυτά αποδεικνύουν την αναγκαιότητα της δημιουργίας προγραμμάτων πρόληψης των ψυχικών διαταραχών στα παιδιά από πολύ νωρίς και ιδιαίτερα στις πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου (άτομα με ξένη εθνικότητα και χαμηλών κοινωνικό-οικονομικών στρωμάτων) (Πολάκη και συν., 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ (6-13) ΕΤΩΝ

2.1 ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κλινική εικόνα της παιδικής κατάθλιψης παρουσιάζει όπως έχει αναφερθεί, αρκετές ομοιότητες αλλά και διαφορές στον τρόπο εκδήλωσης της από εκείνη των ενηλίκων και είναι ανάλογη του αναπτυξιακού σταδίου του παιδιού (Τσιάντης, 2000).

Η λεκτική έκφραση των καταθλιπτικών συναισθημάτων όπως θλίψης, απόγνωσης, απελπισίας, συναντάται σπανίως σε παιδιά (Παπάνης, 2007). Μελαγχολικά ή ψυχωτικά συμπτώματα, υπολειμματική λειτουργικότητα (Παπάνης, 2007) απόπειρες αυτοκτονίας και αυτοκτονίες συναντώνται συχνότερα κατά την εφηβεία (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001, Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2004, Παπαγεωργίου, 2005). αλλά και όσο αυξάνει η ηλικία (Παπάνης, 2007). Αντίθετα, το άγχος αποχωρισμού, ειδικότερα κατά την πρώιμη και μέση παιδική ηλικία, φοβίες, ψυχοσωματικά συμπτώματα και διαταραχές συμπεριφοράς αποτελούν χαρακτηριστικό γνώρισμα της παιδικής ηλικίας. Γενικά, η νόσος μπορεί να εκφραστεί με σχολική φοβία και αποτυχία, με έλλειψη συγκέντρωσης και εύκολη διάσπαση της προσοχής, αντίδραση και ευερεθιστότητα, δυσκολία στις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις και αδυναμία να αντέξουν ακόμη και μικρές ματαιώσεις (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001, Παπάνης, 2007). Επίσης στα παιδιά της προεφηβικής ηλικίας, τα καταθλιπτικά επεισόδια συνήθως συνυπάρχουν με άλλα προβλήματα όπως αγχώδεις διαταραχές, υπερκινητικότητα και διαταραχές της διαγωγής (American Psychiatric Association, 2000, Hazell, 2002, Richard, 2004).

Στην ηλικία 11-13 ετών τα παιδιά έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, αναφέρουν ότι αισθάνονται ανία, πλήξη, μονοτονία, δυσφορία και βαριεστημάρα, καθώς και αδιαφορία στο να κάνουν πράγματα (Παπάνης, 2007). Τα όποια άλλα συμπτώματα μπορεί έμμεσα να υποδηλώνουν κατάθλιψη (Kennan et al., 2004).

Σύμφωνα με κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες, το σύνδρομο της κατάθλιψης στην παιδική ηλικία επηρεάζει αρνητικά όλους τους τομείς της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας του παιδιού (Lewinsohn et al., 1994). Τα καταθλιπτικά παιδιά αναφέρουν συνοδή ψυχοπαθολογία, καταθλιπτικό συναίσθημα, καταθλιπτικογόνο τρόπο σκέψης, αναποτελεσματικές στρατηγικές, κακές οικογενειακές και διαπροσωπικές σχέσεις (Lewinsohn et al., 1993a, Andrews et al., 1993). Τα κυριότερα συνοδά συμπτώματα της αναλύονται πιο κάτω:

2.1.1 Καταθλιπτικό συναίσθημα

Οι έρευνες σε πληθυσμούς καταθλιπτικών παιδιών επιβεβαιώνουν ότι το καταθλιπτικό συναίσθημα (λεκτική έκφραση των συναισθημάτων θλίψης, δυσφορίας, απόγνωσης και απελπισίας) αποτελεί χαρακτηριστική εκδήλωση της κατάθλιψης στην ηλικία αυτή (Cytryn & McKnew, 1979, 1980, Kandel & Davies, 1982, Roznansk 1982, Kovacs et al, 1984 a,b, Puig-Anttich et al., 1985 a,b, Lester-Παπαμαθκίατη, 1988, Nolen-Hhoeksema et al., 1992, Strober et al., 1993, Kovacs et al., 1994b, Rohde et al., 1994, Rao et al., 1995, Warner et al., 1995, American Psychiatric Association, 2000, Παπαδάτος, 2001, Παπάνης, 2007). Το καταθλιπτικό συναίσθημα στα παιδιά μπορεί να εκφράζεται και με νοσηρές σκέψεις και φαντασιώσεις (αίσθηση επικείμενου κινδύνου, απειλής ακόμη και θανάτου) (Cytryn & Mc Knew, 1979, American Psychiatric Assosiation, 2000). Οι Eastgate & Gilmour (1984) βρήκαν το σύμπτωμα αυτό στο 100% των καταθλιπτικών παιδιών του δείγματος τους, που αποτελείτο από 19 παιδιά σχολικής ηλικίας.

2.1.2 Ανηδονία

Η ανηδονία είναι σοβαρό σύμπτωμα και προϋποθέτει κατάθλιψη. Ο όρος "Ανηδονία" στην παιδοψυχιατρική ορολογία, ερμηνεύει την αδυναμία του παιδιού να αισθανθεί ικανοποίηση και ευχαρίστηση από δραστηριότητες και ενασχολήσεις που προηγουμένως ήταν ευχάριστες και ικανοποιούσαν την ψυχική του σφαίρα (American Psychiatric Association, 2000), όπως τα σπορ, τα χόμπι ακόμη και το παιχνίδι, καθώς και οι διάφορες κοινωνικές και οικογενειακές εκδηλώσεις. Η παρουσία της ανηδονίας

στα καταθλιπτικά παιδιά ανιχνεύεται σε ποσοστά κυμαινόμενα από 67% (Ryan et al., 1987) ως 89% (Mitchell et al., 1988).

2.1.3 Διαταραχή της κοινωνικής συμπεριφοράς

Τα καταθλιπτικά παιδιά, χαρακτηρίζονται από ανεπαρκείς κοινωνικές δεξιότητες. Περνούν λιγότερο χρόνο με φίλους και δυσκολεύονται στη δημιουργία στενών σχέσεων (Kandel & Davies, 1982). Τα ίδια αναφέρουν ότι νιώθουν αποξενωμένοι από το γύρω περιβάλλον τους. Ο Larson και οι συνεργάτες τους (1990) ζήτησαν από τα παιδιά με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο να καταγράψουν καθημερινές εμπειρίες όπως το τι κάνουν, που πηγαίνουν, πώς και με ποιον περνούν το χρόνο τους και το τι σκέφτονται. Σύμφωνα με τα ευρήματα αυτών των ερευνητών, τα καταθλιπτικά παιδιά ανέφεραν ότι επιθυμούσαν να μείνουν μόνα στο σπίτι τους αρκετά συχνά. Τα παιδιά αυτά, χαρακτηρίζονται από κοινωνική απομόνωση, έλλειψη ενδιαφέροντος για οικογενειακές και κοινωνικές εκδηλώσεις, ανεπαρκείς δεξιότητες και κοινωνικές εκδηλώσεις, καθώς και ανεπαρκείς δεξιότητες προσωπικής επίλυσης διαπροσωπικών προβλημάτων. Εξαιτίας της χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτουποτίμησης, είναι πιο διστακτικοί και παθητικοί στις αλληλεπιδράσεις τους με τους άλλους ανθρώπους (Offer, 1985, Hops et al., 1990).

2.1.4 Αρνητική αυτοεκτίμηση-ιδέες αναξιότητας-αισθήματα ενοχής

Η αρνητική εικόνα των καταθλιπτικών παιδιών για τον εαυτό τους διαπιστώνεται από πολλούς μελετητές της παιδικής κατάθλιψης (Roznaski, 1982, Kazdin et al., 1983, Kaslow et al., 1984, Mc Cauley et al., 1988, Lewinsohn et al., 1993, Andrews et al., 1993) και εκφράζεται με αρνητική εικόνα για το περιβάλλον και αρνητικές προσδοκίες σε σχέση με τα άλλα παιδιά (Haley et al., 1985, Mc Cauley, et al., 1988, Bandura et al., 1999). Σχετίζεται άμεσα με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση που τα διακατέχει (Rie, 1966), τις ιδέες αναξιότητας και ανεπάρκειας, καθώς επίσης και με τα αισθήματα ντροπής, ενοχής και αυτομομφής, τα οποία επίσης προεξέχουν στα καταθλιπτικά παιδιά (American Psychiatric Association, 2000).

2.1.5 Δυσκολία στη συγκέντρωση–Μειωμένη σχολική επίδοση

Η ανικανότητα συγκέντρωσης και η έλλειψη προσοχής αποτελούν χαρακτηριστικές εκδηλώσεις στα καταθλιπτικά παιδιά και συνδέονται άρρηκτα με χαμηλή σχολική επίδοση (Καντάς, 1987, Hazell, 2002). Οι Ryan και συν., (1987) αναφέρουν μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και προσοχής σε ποσοστό 75% των καταθλιπτικών παιδιών ενώ οι Mitchell και συν., (1988) εντόπισαν το σύμπτωμα αυτό στο 80% των παιδιών.

Στο περιβάλλον του σχολείου τα καταθλιπτικά παιδιά κατά τη διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου παρουσιάζουν σαφώς, μειωμένη σχολική επίδοση που σχετίζεται με τη δυσκολία συγκέντρωσης (Puig-Antich et al., 1985, Asarnow et al., 1987, Kashani & Sherman, 1988, Asarnow & Bantes, 1988, Hammer, 1990, Hazell, 2002, Malhotra & Das, 2007). Αποδίδουν σημαντικά χειρότερα σε σύγκριση με τα άλλα παιδιά (Sacco & Graves, 1984). Παρουσιάζουν απόσυρση από τους συμμαθητές τους και τις εξωσχολικές δραστηριότητες (Petzel & Riddle, 1981), καθώς επίσης δεν είναι δημοφιλείς στις ομάδες των συμμαθητών τους και έχουν κακές σχέσεις με αυτούς (Altmann & Gotlib, 1988, Hodgens & McCoy, 1989, Hammen, 1991).

2.1.6 Αυτοκτονικός Ιδεασμός και απόπειρες αυτοκτονίας

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης (American Psychiatric Assosiation, 2000). Παρόλα αυτά, το συμπέρασμα ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι πάντα συνώνυμη με την κατάθλιψη δεν είναι σωστό (Robbins & Alessi, 1985, Preffer, 1986, Papadatos et al., 1988). Επιπρόσθετα, η καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν προεικάζει από μόνη της την αυτοκτονικότητα (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001). Η αλληλεπίδραση ποικίλων παραγόντων επικινδυνότητας αλλά και προδιαθεσικών παραγόντων, όπως δομικά στοιχεία της προσωπικότητας του παιδιού (διαταραχές συμπεριφοράς), στρεσογόνα γεγονότα ζωής (οικονομική δυσχέρεια, μετανάστευση, κοινωνικός αποκλεισμός, σχολική αποτυχία, ερωτική απογοήτευση, αλκοολισμός, τοξικομανία και η σωματική ασθένεια) (Παπαδάτος & Χαντζηϊωάνου, 1987, Martin et al., 1995, Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001), καθώς και τα χαρακτηριστικά της οικογένειας (δυσλειτουργία της οικογένειας, οι ενδο-οικογενειακές συγκρούσεις, θάνατοι μελών της οικογένειας, η απουσία το ενός η και των δύο γονιών, οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, διαζύγιο, απόπειρα αυτοκτονίας ή αυτοκτονία στο άμεσο περιβάλλον, σοβαρή

σωματική ασθένεια στην οικογένεια) ενέχονται στις απόπειρες αυτοκτονίας των παιδιών και εφήβων (Pfeffer et al., 1988, Botsis et al., 1995, Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Οι περισσότερες απόπειρες των παιδιών σχολικής ηλικίας είναι πράξεις παρορμητικές και όχι πολύ απειλητικές και το κίνητρο δεν ταυτίζεται συνήθως με την επιθυμία θανάτου, αλλά αποτελούν σημαντικό μέσο χειριστικής συμπεριφοράς και προσέλκυσης της προσοχής του περιβάλλοντος (Garfinkel et al., 1982).

Σε μελέτη 95 παιδιών σχολικής ηλικίας, τα οποία είχαν τη διάγνωση της κατάθλιψης, διαπιστώθηκε ότι το 51% παρουσίαζε ιδέες αυτοκτονίας (Ryan et al., 1987), ενώ οι Mitchell και συν., σε μια άλλη έρευνα βρήκαν αυτοκτονικό ιδεασμό στο 67% των καταθλιπτικών παιδιών σχολικής ηλικίας (Mitchell et al., 1988).

2.1.7 Ψυχοσωματικά ενοχλήματα

Έρευνες έχουν αποδείξει ότι τα σωματικά συμπτώματα συνυπάρχουν έντονα μαζί με τα ψυχικά. Τα κοιλιακά άλγη, ο πονοκέφαλος, οι διαταραχές ύπνου με συνηθέστερη την αϋπνία, η μειωμένη όρεξη, η εύκολη κόπωση, η ψυχοκινητική επιβράδυνση (μειωμένη κινητικότητα) ή η ψυχοκινητική διέγερση (υπερκινητικότητα, νευρικότητα και ανησυχία) που συγκαλύπτουν τη δυσφορία και την καταθλιπτική διάθεση, είναι επίσης συχνά ευρήματα στα καταθλιπτικά παιδιά (Kashani & Simonds 1979, Kovacs et al., 1984 a,b, Puig-Anttich et al., 1985 a,b, Kandel & Davies, 1986, Nolen-Hoeksema et al., 1992, Strober et al., 1993, Kovacs et al., 1994b, Rohde et al., 1994, Rao et al., 1995, Warner et al., 1995, Ryan, et al., 1996a, American Psychiatric Association, 2000, Hazell, 2002, Παπάνης, 2007). Η κόπωση εκδηλώνεται σαν αίσθηση απώλειας ενέργειας, αδυναμία ή εξάντληση. Η συντριπτική πλειοψηφία των καταθλιπτικών παιδιών σχολικής ηλικίας παρουσιάζει το σύμπτωμα αυτό (Eastgate & Gilmour, 1984, Ryan et al., 1987). Ο Mitchell αναφέρει την παρουσία ψυχοσωματικών ενοχλημάτων στο 77% των καταθλιπτικών παιδιών σχολικής ηλικίας (Mitchell et al., 1989).

2.2 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Η συννοσηρότητα με την κατάθλιψη αποτελεί κανόνα και όχι εξαίρεση και φτάνει μέχρι και το 40-70% των περιπτώσεων (Παπάνης, 2007).

Οι κυριότερες διαταραχές, οι οποίες παρατηρούνται συχνότερα σε συνδυασμό με την κατάθλιψη στην παιδική ηλικία αναλύονται πιο κάτω:

2.2.1 Αγχώδεις διαταραχές

Αποτελούν σταθερές εκδηλώσεις στα καταθλιπτικά παιδιά σε ποσοστό 43% (Παπάνης, 2007). Το άγχος μπορεί να είναι γενικευμένο ή εκδηλώνεται μόνο σε ειδικές καταστάσεις και να αφορά πληθώρα αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων και γεγονότων (American Psychiatric Association, 2000, Shashi & Subhash, 2007). Εκφράζεται επίσης με ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως, κοιλιακά άλγη, κεφαλαλγίες, δύσπνοια, ναυτία, ζάλη, αίσθημα σωματικής δυσφορίας, ανορεξία, αϋπνία και διαταραχές της συμπεριφοράς, όπως ευερεθιστότητα ή απάθεια, επιθετικότητα, απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης, ανηδονία και απόσυρση (Spitz, 1946, 1965, Reynolds & Richman, 1978, Poznanski, 1976, 1982, Παπαδάτος, 2001, Παπάνης, 2007, Shashi & subhash, 2007). Οι Kovacs και συνεργάτες (1984α, 1984β) αναφέρουν ότι το 33% των καταθλιπτικών παιδιών σχολικής ηλικίας παρουσιάζει αγχώδεις διαταραχές.

2.2.2 Σχολική φοβία

Με τον όρο σχολική φοβία περιγράφουμε τον αδικαιολόγητο φόβο του παιδιού να πάει σχολείο (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001). Η σχολική φοβία είναι μια πολύπλοκη και δύσκολη κατάσταση και σύμφωνα με την Λαζαράτου (1997) συνδέεται άμεσα με τους ενδοψυχικούς παράγοντες του παιδιού, με τις ενδοοικογενειακές σχέσεις και επιδράσεις, καθώς επίσης και με στοιχεία από τη σχολική πραγματικότητα.

Το παιδί φαίνεται απρόθυμο να πάει σχολείο, προβάλλοντας δικαιολογίες, παράπονα και τελικά το πρόβλημα κλιμακώνεται σε μια κατηγορηματική άρνηση του για το σχολείο (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001). Εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους και μπορεί να παρουσιαστεί σε οποιοδήποτε σημείο της σχολικής φοίτησης. Το παιδί εκφράζει συχνά ψυχοσωματικά συμπτώματα όπως κοιλιακά άλγη, ζάλη, ναυτία,

πονοκεφάλους κτλ., καθώς και αιτιάσεις κατά των συμμαθητών και του δασκάλου. Η σχολική φοβία προκαλεί έντονο ψυχικό πόνο και είναι συνηθισμένο τα παιδιά που την υφίστανται να νιώθουν στο περιθώριο, να αισθάνονται θλίψη, μοναξιά και απογοήτευση, και να γίνονται στόχος συνεχών πειραγμάτων τόσο από τα συνομήλικα παιδιά, όσο και από τους μεγαλύτερους. (Bernstein & Garfinkel, 1986). Η πλειοψηφία αυτών των παιδιών προέρχονται συχνά από οικογένειες χαμηλού κοινωνικό-οικονομικού στρώματος με χαλαρές συναισθηματικές σχέσεις μεταξύ των μελών τους (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

2.2.3 Διαταραχές διαγωγής

Η σχέση κατάθλιψης και διαταραχών διαγωγής είναι συχνή σε ποσοστό 30-80% (Παπάνης, 2007). Η διάγνωση διαταραχών διαγωγής τίθεται όταν υπάρχει επαναλαμβανόμενη και επίμονη δυσκοινωνική συμπεριφορά, επιθετική ή προκλητή διαγωγή (Παπαδάτος, 2001) και παραβιάζονται κοινωνικοί κανόνες ή καταπατούνται τα βασικά δικαιώματα των άλλων. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει τη φυσική επιθετικότητα, ψευδολογίες, κλοπές, εμπρησμούς, βανδαλισμούς και χρήση τοξικών ουσιών (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001), ενώ στη αιτιολογία ενέχονται ποικίλοι παράγοντες όπως η σχέση γονιών και παιδιού, οικογενειακές επιδράσεις, εξωοικογενειακοί παράγοντες στην λανθασμένη γονεϊκή συμπεριφορά, κακές διαπροσωπικές σχέσεις, βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες (Παπαδάτος, 2001, Χ'Βασίλης, 2003). Τα συμπτώματα επιθετικότητας είναι πιο συχνά στα αγόρια, ενώ στα κορίτσια συχνότερα εμφανίζονται συμπτώματα διαταραχής της σεξουαλικής συμπεριφοράς (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001). Οι Kovacs και οι συνεργάτες αναφέρουν την συνύπαρξη διαταραχών της διαγωγής σε ποσοστό 7% των παιδιών με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Kovacs et al., 1984a, 1984b), ενώ οι Ryan και συνεργάτες διαπιστώνουν ότι το 16% των καταθλιπτικών παιδιών προεφηβικής ηλικίας και το 11% των καταθλιπτικών εφήβων παρουσιάζει συγχρόνως διαταραχές διαγωγής (Ryan et al., 1987). Ένα σημαντικό επίσης εύρημα είναι η συχνή συνύπαρξη κατάθλιψης και διαταραχών της διαγωγής σε παιδιά και εφήβους που αποπειράθηκαν ή ολοκλήρωσαν αυτοκτονία (Shafii et al., 1985, Malthora & Das, 2007).

2.3 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ) ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Ως προδιαθεσικοί παράγοντες της παιδικής κατάθλιψης ορίζονται τα χαρακτηριστικά ατόμου ή του περιβάλλοντος που σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα πυροδότησης και εκδήλωσης της νόσου (Compas et al., 1995). Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες μπορεί να συνοψιστούν ως ακολούθως:

1. Χαμηλή αυτοεκτίμηση και αρνητική εικόνα σώματος και εαυτού (Post & Crowther 1985, Harter, 1990), υψηλή αυτοσυνειδησία (Hops et al., 1990), αναποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων (Block et al., 1991, Hops et al., 1991), χαμηλή ψυχοκοινωνική υποστήριξη από γονείς και συμμαθητές (Youngren & Lewinsohn, 1980, Gotlib, 1982), καθώς και πρόωμη εφηβεία (Petersen & Crockett, 1985).
2. Το οικογενειακό ιστορικό ψυχοπαθολογίας (Lewinsohn et al., 1985, Cole & Rehm, 1986, Hammen et al., 1988, Lewinsohn et al., 1988), άγχους και στρες (Stavarakaki et al., 1986) και απόπειρας αυτοκτονίας ή αυτοκτονίας (Johnson et al., 1990).
3. Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής (Siegel & Brown, 1988, Allgood-Merten et al., 1990, Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001) και ειδικότερα οι καθημερινές δυσκολίες αποτελούν σημαντικό παράγοντα για παιδική κατάθλιψη από ότι τα μείζονα γεγονότα ζωής (Compas et al., 1986). Μεταξύ άλλων, η οικονομική δυσχέρεια (Lempers & Clark-Lempers, 1990), το διαζύγιο ή η απουσία γονέων (Sarigiani, 1990), ο θάνατος γονέων (Crook & Eliot, 1980), καθώς και οι κακές οικογενειακές και διαπροσωπικές σχέσεις ως μεμονωμένα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, οδηγούν στην νόσο.
4. Το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο είναι επίσης η πιο συχνή ψυχιατρική εκδήλωση της σωματικής ασθένειας (Hall et al., 1980, Kathol & Petty, 1981, Turner & Noh, 1988). Η σωματική ασθένεια αποτελεί ένα «ειδοποιό» παράγοντα επικινδυνότητας της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης (Lewinsohn et al., 1995), παρόλα αυτά ελάχιστη προσοχή έχει δοθεί επειδή τα παιδιά θεωρούνται ως μια ηλικιακή ομάδα με πολύ καλή σωματική υγεία. Πολλές έρευνες ενοχοποιούν την σωματική ασθένεια των παιδιών, αφού το άγχος και του στρες που προκαλεί, ίσως οδηγεί σε κατάθλιψη (Cavanaugh, 1986, Flitzpatrick et al., 1988).

5. Έχουν παρατηρηθεί διαφορές φύλου και παραγόντων επικινδυνότητας της νόσου. Πιο συγκεκριμένα τα καταθλιπτικά κορίτσια αναφέρουν μειωμένη αυτοεκτίμηση και αρνητική εικόνα σώματος και εαυτού (Ivarson et al., 2006) χαμηλά επίπεδα ενεργητικότητας και σχολικής επίδοσης, ιστορικό αυτοκτονικής απόπειρας, καθώς και ένα μεγάλο αριθμό καθημερινών δυσκολιών (Allgood-Merten et al., 1990), ενώ τα αγόρια ιστορικό παραβατικής και αντικοινωνικής συμπεριφοράς και διαταραχών άγχους (Kandel & Davies, 1982, Lewinsohn et al., 1995, Birmaher et al., 1996, Παπαδάτος, 2001).

6. Ενδιαφέρον στοιχείο είναι επίσης ότι τα παιδιά και οι έφηβοι οι οποίοι είχαν αναρρώσει από ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο συνεχίζουν να εκδηλώνουν συνοδή ψυχοπαθολογία, καταθλιπτικό συναίσθημα, καταθλιπτικογόνο τρόπο σκέψης, χαμηλή αυτοέκτιμηση, αρνητικές προσδοκίες για το μέλλον και αναποτελεσματικές στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων (Lewinsohn et al., 1994). Τα παιδιά αυτά έχουν μεγάλη πιθανότητα υποτροπής και εμφάνισης νέου επεισοδίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

3.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η αιτιολογία της παιδικής κατάθλιψης είναι πολυπαραγοντική και η διαταραχή μπορεί να θεωρηθεί αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης διαφορετικών παραγόντων: προδιαθεσικών, που καθορίζονται γενετικά ή λόγω πρώιμων εμπειριών και ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής που συντηρούν τη διαταραχή.

3.1.1 Νευροενδοκρινολογικοί Παράγοντες

Βιοχημικές έρευνες υποδεικνύουν ως ένα αιτιολογικό παράγοντα της κατάθλιψης την ορμονική ανισορροπία. Επειδή ορισμένες ορμόνες επηρεάζουν τη διάθεση, την όρεξη και τη σεξουαλική λειτουργία, είναι πιθανό να έχουν συμμετοχή και στη μείωση της διάθεσης που συμβαίνει στην κατάθλιψη. Έχει διαπιστωθεί υπερέκκριση της κορτιζόλης σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες που πάσχουν από κατάθλιψη με τη χρησιμοποίηση του τεστ δεξαμεθαζόνης (Weller et al., 1985, Puig Antich et al., 1989), καθώς και η πιθανή συμμετοχή της αυξητικής ορμόνης στην κατάθλιψη σε παιδιά. Έχει διαπιστωθεί ότι τα καταθλιπτικά παιδιά έχουν υπερέκκριση αυξητικής ορμόνης στη δοκιμασία ινσουλίνης (Puig-Antich, 1987) όμως απαιτούνται περισσότερες διερευνήσεις αυτής της άποψης. Επίσης, έχει υποστηριχθεί ότι το ενδοκρινολογικό σύστημα υποθαλάμου, υπόφυσης, ορμονών των επινεφριδίων και του θυρεοειδούς, διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην κατάθλιψη (Puig-Antich, 1987).

Επιπρόσθετα, έχει αναφερθεί η συμμετοχή νευρομεταβιβαστικών ουσιών στην κατάθλιψη. Υποστηρίζεται ότι ο μεταβολισμός των βιογενών αμινών, επινεφρίνης, ντοπαμίνης και της σεροτοτίνης είναι η βιολογική αιτία κατάθλιψης αφού φαίνεται να επιδρούν στην ισορροπία των νευροψυχοφυσιολογικών μηχανισμών του εγκεφάλου.

Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, τα επίπεδα της νορεπινεφρίνης είναι χαμηλά σε καταθλιπτικούς ασθενείς. Επίσης, συμμετέχουν στην εκδήλωση της κατάθλιψης και άλλοι νευρομεταβιβαστές, όπως η σεροτοτίνη και η ακετυλοχολίνη. Τα ευρήματα είναι κυρίως από ενήλικες.

Στα παιδιά έχει μειωμένα επίπεδα M.H.P.G. (3-Μεθοξυ- 4- υδροξυφαινελ-γλυκόλη), που είναι μεταβολίτης της νορεπινεφρίνης. Με βάση την κατεχολομινική θεωρία των νευρομεταβιβαστών ερμηνεύεται η δράση των περισσότερων αντικαταθλιπτικών ουσιών (Puig Antich et al., 1989).

3.1.2 Κληρονομικότητα

Μελέτες που συμπεριλαμβάνουν οικογένειες, δίδυμα και υιοθετημένα παιδιά (Tusang 1978, Tusang & Faraone, 1990, Modlin et.al., 1991) υποδεικνύουν μια γενετική συμμετοχή των συναισθηματικών διαταραχών (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001). Η κατάθλιψη αποτελεί πολλές φορές χαρακτηριστικό γονέων και παιδιών (Downey & Coyne, 1990, Hammen, 1991). Τόσο η κατάθλιψη στην μητέρα όσο και στον πατέρα έχει δυσμενείς επιπτώσεις στα παιδιά απογόνους (Forehand & Smith, 1986). Έχει αποδειχθεί ότι τα παιδιά των γονέων με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή διατρέχουν τρεις φορές αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν κατάθλιψη στη ζωή τους (Orvaschel et.al., 1988, Hammen et.al., 1990, Hammen, 1991, Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001). Όταν οι ψυχοπαθολογία βαραίνει και τους δύο γονείς, ο κίνδυνος αυξάνεται ακόμη περισσότερο (Merikangas et.al., 1988). Οι απόπειρες αυτοκτονίας ανέρχονται σε 7,8% στα παιδιά καταθλιπτικών γονέων, διαφορά στατιστικώς σημαντική, σε σύγκριση με 1,4% στα παιδιά μη καταθλιπτικών γονέων.

3.1.3 Κοινωνικοί και ψυχοσωματικοί παράγοντες

Η παραδοχή της γενετικής συμμετοχής στην εκδήλωση κατάθλιψης στην παιδική ηλικία δεν αποκλείει τη συμμετοχή των κοινωνικών, περιβαλλοντικών και ψυχοσωματικών παραγόντων. Τα παιδιά με ιστορικό ψυχοπαθολογίας στην οικογένεια, είναι περισσότερο ευάλωτα στις επιδράσεις αντίξοου περιβάλλοντος, συγκρινόμενα με παιδιά ελεύθερου γενετικού και οικογενειακού ιστορικού (Kendler, 1995, Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Όπως προαναφέρθηκε στο τέλος του προηγούμενου κεφαλαίου, τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, όπως θάνατος, διαζύγιο, μετανάστευση, σχολική αποτυχία, απόπειρα αυτοκτονίας ή αυτοκτονία στο άμεσο περιβάλλον, σοβαρή σωματική ασθένεια, μόνα τους ή σε συνδυασμό με άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες (όπως έλλειψη υποστή-

ριξης), συνδέονται με την εμφάνιση κατάθλιψης στην παιδική ηλικία (Lewinson et.al. 1994, Adams & Adams, 1996). Η παιδική κατάθλιψη συνδέεται άμεσα με πτωχότερη φυσική, διανοητική και κοινωνική εξέλιξη, αλλά κυρίως με πτωχή λειτουργικότητα κατά την πρώιμη και μέση παιδική ηλικία (Πολάκη και συν. (2007) και τα καταθλιπτικά παιδιά διακατέχονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, έλλειψη ελέγχου των αρνητικών γεγονότων ζωής, αισθάνονται αβοήθητα και χωρίς ελπίδα, ασκούν αυστηρή κριτική στον εαυτό τους και τους άλλους (Adams & Adams, 1996).

3.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Δεδομένου του μεγάλου εύρους των διαταραχών διάθεσης και των πολυπαραγοντικών αιτιολογιών της νόσου, θα πρέπει η θεραπευτική αντιμετώπιση να είναι πολύπλευρη. Η αντιμετώπιση θα πρέπει να καλύπτει το σύνολο της βιοψυχοκοινωνικής υπόστασης του παιδιού. Είναι γι' αυτό χρήσιμη η ψυχοθεραπεία (ατομική, οικογενειακή ή ομαδική) η φαρμακευτική αγωγή, η παιδαγωγική βοήθεια και η εκτίμηση του σχολικού περιβάλλοντος (Trowell et al., 2007).

Αφού γίνει η εκτίμηση της σοβαρότητας της διαταραχής θα πρέπει να σχεδιαστεί η ανάλογη αντιμετώπιση. Σε ελαφριές περιπτώσεις, η συμβουλευτική προσέγγιση και στήριξη της οικογένειας και του παιδιού είναι αρκετή, ενώ στις μέτριες ή σοβαρές περιπτώσεις κατάθλιψης, η ψυχοθεραπεία και συχνά η φαρμακοθεραπεία είναι απαραίτητες. Στις ιδιαίτερα σοβαρές περιπτώσεις όπου υπάρχουν σκέψεις αυτοκτονίας, η εισαγωγή σε νοσοκομείο επιβάλλεται (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2004, Παπαγεωργίου, 2005).

Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων αποτελούσε και εξακολουθεί να αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα (Geller et al., 1989, Foote & Aston-Jones, 1995, Birmaher et al., 1996β, Παπαδάτος, 2001, Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001, Hezell, 2002, 2004). Οι περισσότερες έρευνες υποστηρίζουν ότι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά δεν είναι αποτελεσματικότερα των placebo (Ryan et.al., 1986, Ryan, 1992, Kutcher, 1997, Birmaher, 1998, Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001, Παπαδάτος, 2001, Hazell, 2004). Αντίθετα, η νεότερη γενιά των αντικαταθλιπτικών, οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs), φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη επιτυ-

χία και αποτελεσματικότητα καθώς και λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες (Kye & Ryan, 1995, Birmaher et al., 1996β, Kutcher, 1997, Birmaher al., 1998, Abbrosini et.al., 1999, Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001, Tonkin & Jureidine, 2005, Cheung et al., 2005).

Παρόλα αυτά, επείγει η εισαγωγή αποτελεσματικότερης και δραστικότερης φαρμακευτικής αγωγής, ελεύθερης ανεπιθύμητων ενεργειών, βασισμένης στην σύγχρονη νευροενδοκρινική θεώρηση της νόσου, που αποκαλύπτει τον κυρίαρχο ρόλο του υποθαλαμο-υποφυσιο-επινεφριδιακού άξονα (ΥΥΕ) και των νευροπεπτιδίων στη διαδικασία ανάπτυξης της κατάθλιψης. Παράλληλα φαίνεται να συνυπάρχουν παθογενετικά μονοπάτια με τις αγχώδεις διαταραχές που θα δικαιολογούσαν κοινές θεραπευτικές στρατηγικές (Χατζάκη, 2008).

Η χρήση της φαρμακοθεραπείας από μόνη της, αν δεν συνοδεύεται από ψυχοθεραπευτική υποστήριξη μπορεί να επιδεινώσει την απελπισία του παιδιού, επιβεβαιώνοντας την εικόνα του ψυχικά πάσχοντα (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 200). Στην ψυχοθεραπεία είναι αναγκαία η συμμετοχή ολόκληρης της οικογένειας του παιδιού (ατομική ή οικογενειακή ψυχοθεραπεία) αφού ο προέφηβος είναι ακόμη έντονα εξαρτημένος από τους γονείς του (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001) και του γεγονότος ότι η ψυχική ευεξία του εξαρτάται από την ψυχική ευεξία των προσώπων με τα οποία ζει. Έχει διαπιστωθεί ότι παιδιά με διαταραχές διάθεσης έχουν φτωχές διαπροσωπικές σχέσεις με τους γονείς τους, τα αδέρφια τους και τους στενούς τους φίλους. Επιπρόσθετα, η εμπλοκή της οικογένειας αποτελεί προϋπόθεση αφού οι οικογένειες των καταθλιπτικών χαρακτηρίζονται από εντονότερες συγκρούσεις, απόρριψη, προβλήματα στην επικοινωνία, μικρότερη έκφραση των συναισθημάτων, λιγότερη υποστήριξη και αυξημένα ποσοστά κακοποίησης των παιδιών (Billing & Moos, 1986, Ruter, 1990, Birmaher et.al., 1996, Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001, Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2004, Παπαγεωργίου, 2005).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Με βάση την παραπάνω ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, οι στόχοι της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη της παιδικής κατάθλιψης. Συγκεκριμένα η ερευνητική αυτή εργασία ανιχνεύει την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε τελειόφοιτα παιδιά δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο.

Ειδικότερα η μελέτη αποσκοπούσε να απαντήσει στα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα: 1) Σε ποιο ποσοστό τελειοφοίτων παιδιών παρουσιάζονται καταθλιπτικά συμπτώματα κλινικής βαρύτητας.

2) Σε ποιο βαθμό υπάρχουν διαφορές στη συχνότητα της κατάθλιψης σχετιζόμενες με το φύλο και την εθνικότητα.

3) Εάν η Ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου καταγραφής της παιδικής κατάθλιψης C.D.I (Children's Depression Inventory) αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για την ανίχνευση καταθλιπτικών εκδηλώσεων σε παιδιά σχολικής ηλικίας στην Κύπρο.

Σε αντίθεση με την πληθώρα των ερευνητικών δεδομένων για την κατάθλιψη των ενηλίκων και των εφήβων, τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας για παιδική κατάθλιψη είναι ανεπαρκή (American Psychiatric Association, 1994, Hazell, 2002). Χαρακτηριστική είναι επίσης η παντελής έλλειψη ερευνητικών μελετών για την κατάθλιψη σε Κυπριακό δείγμα πληθυσμού παιδικής ηλικίας. Η εργασία αυτή, αποτελεί μια πρώτη διερευνητική προσπάθεια ανίχνευσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά, για αναγνώριση και κατανόηση του προβλήματος, με σκοπό την έγκαιρη και σωστή αντιμετώπισή του.

Με βάση την υπάρχουσα διεθνή βιβλιογραφία, αναμένεται η εύρεση ενός μικρού ποσοστού καταθλιπτικών παιδιών με κλινική συμπτωματολογία και φαινομενολογία ταυτόσημη με τα καταθλιπτικά παιδιά των άλλων χωρών. Η ανίχνευση των καταθλιπτικών εκδηλώσεων στα παιδιά είναι απαραίτητη για την κατανόηση των προβλημάτων διαπροσωπικής και ενδοπροσωπικής προσαρμογής του μαθητή, αλλά και του ψυχικού κόσμου του παιδιού για την ορθολογικότερη αντιμετώπιση της συμπεριφοράς

του. Η πρόωγη αναγνώριση, μέσω ευαισθητοποίησης του ίδιου του παιδιού, του οικογενειακού και του σχολικού περιβάλλοντος, στους τρόπους εκδήλωσης της παιδικής κατάθλιψης, καθώς και οι έγκαιρες θεραπευτικές παρεμβάσεις επιτρέπουν τη συνέχιση της φυσιολογικής ανάπτυξης του παιδιού και την πρόληψη της χρονιότητας της νόσου (Roznanski et.al., 1976, Τσιάντης, 1980, Kovacs, 1992, Παπαδάτος, 2001).

4.2 ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το δείγμα έχει υπολογιστεί σύμφωνα με τη διαδικασία γνωστή ως ανάλυση ισχύος (power analysis), με συντελεστή εμπιστοσύνης 95% (confidence level), στατιστικό σφάλμα 5% (confidence interval) και επιθυμητό επίπεδο ισχύος το 0,50. Σύμφωνα με την ανάλυση αυτή σε ένα πληθυσμό 1536 παιδιών που αποτελούσαν το σύνολο των μαθητών έκτης τάξης των δημοτικών σχολείων της αστικής περιοχής Λεμεσού, 308 δειγματικά υποκείμενα θεωρούνται ως ικανοποιητικό δείγμα. Επιπλέον, είχε προβλεφθεί ότι θα υπήρχε ένα ποσοστό «άρνησης» από μέρους των γονιών και κηδεμόνων στο να συγκατατεθούν για συμμετοχή των παιδιών τους στην έρευνα. Λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη το γεγονός αυτό, αποφασίστηκε να συμπεριληφθεί μεγαλύτερος αριθμός δειγματικών υποκειμένων έτσι ώστε να διασφαλιστεί ο ελάχιστος προβλεπόμενος αριθμός δείγματος.

Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 439 τελειόφοιτοι μαθητές και μαθήτριες που προέρχονται από 15 δημόσια δημοτικά σχολεία της Λεμεσού με συνολικό πληθυσμό 791 παιδιά. Ο συνολικός αριθμός των δημόσιων σχολείων της Αστικής Λεμεσού είναι 42 και τα 15 σχολεία που είχαν επιλεγεί στην έρευνα αποτελούν το 35.7% του συνόλου των δημόσιων σχολείων.

Οι τελειόφοιτοι μαθητές/μαθήτριες της Αστικής Λεμεσού κατά τη σχολική περίοδο 2008/9 ήταν 1536 (Υπουργείο Παιδείας, 2008). Τα δειγματικά υποκείμενα της έρευνας αποτελούν το 28,6% του συνολικού αριθμού τελειόφοιτων μαθητών/τριών των δημόσιων δημοτικών σχολείων της Αστικής Λεμεσού. Το ποσοστό των μαθητών που δέχθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα ήταν 58,15%. Από τους 791 μαθητές, έδειξαν ενδιαφέρον συμμετοχής 460 από τους οποίους 21 απουσίαζαν την ημέρα της συλλογής των δεδομένων (31,85% συνολική αποχή). Επιπλέον 331 μαθητές δεν πή-

ραν μέρος στην έρευνα διότι οι γονείς τους δεν έδωσαν τη συγκατάθεσή τους. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι τα 439 παιδιά που συμμετείχαν στην έρευνα συμπλήρωσαν με επιτυχία το εργαλείο συλλογής δεδομένων.

Από αυτούς, τα 217 ήταν αγόρια και τα 222 κορίτσια. Παρουσιάζεται έτσι, σχεδόν ίση αντιπροσώπευση του φύλου, αποκλείοντας την υπό- ή υπέρ-αντιπροσώπευσή του. Από τα 439 παιδιά του δείγματος τα 49 παιδιά είχαν ξένη εθνικότητα ή πατέρα ή μητέρα αλλοδαπό/ή.

Η επιλογή των σχολείων του δείγματος έγινε σύμφωνα με τις αρχές της απλής τυχαίας δειγματοληψίας (Dempsey & Dempsey, 2005, Burns & Grave, 2005, Μερκούρης, 2008) με την εξής διαδικασία :

1. Καταρτίστηκε ένας ενιαίος κατάλογος με όλα τα δημόσια δημοτικά σχολεία της αστικής περιοχής Λεμεσού.
2. Με τη μέθοδο της κλήρωσης επιλεγήκαν τυχαία 15 σχολεία από τον κατάλογο αυτό.

Η μέθοδος της απλής τυχαίας δειγματοληψίας εξασφαλίζει σε όλα τα δειγματικά υποκείμενα ίση πιθανότητα να επιλέγουν, αυξάνοντας έτσι την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος (Μερκούρης, 2008).

Τα δημοτικά σχολεία που επιλέγηκαν με την πιο πάνω μέθοδο αναφέρονται στο πιο κάτω πίνακα.

Πίνακας 4.1. Δημοτικά Σχολεία του δείγματος

A/A	ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ
1	Δημοτικό Σχολείο (ΙΣΤ) Ζακάκι
2	Δημοτικό Σχολείο (ΗΘ) Αγ. Φυλάξεως
3	Δημοτικό Σχολείο Μονοβόλικος
4	Δημοτικό Σχολείο (ΚΔ) Απ. Βαρνάβας
5	Δημοτικό Σχολείο (ΚΕ) Εκάλη
6	Δημοτικό Σχολείο Γ
7	Δημοτικό Σχολείο (Ε) Άγ. Ιωάννης
8	Δημοτικό Σχολείο (Η) Ομόνοια
9	Δημοτικό Σχολείο (ΙΒ) Λανίτειο
10	Δημοτικό Σχολείο (ΙΓ) Άγ. Σπυρίδωνας

11	Δημοτικό Σχολείο (ΙΑ) Τσίρειο
12	Δημοτικό Σχολείο Α΄
13	Δημοτικό Σχολείο Δ΄
14	Δημοτικό Σχολείο (Ζ) Απ. Ανδρέας
15	Δημοτικό Σχολείο (Ι) Χαλκούτσα

4.3 ΤΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

4.3.1 Η Κλίμακα Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης C.D.I. (Children's Depression Inventory)

Η Κλίμακα Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης C.D.I., της Maria Kovacs (1992), που είναι ένα εργαλείο αυτό-αξιολόγησης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, για παιδιά και εφήβους ηλικίας 7-17 ετών (Aluja & blanch, 2002, Poli et al., 2003, Samm et al., 2008) αποτέλεσε το εργαλείο της παρούσας έρευνας. Προήλθε από την Κλίμακα Καταγραφής της Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory), η οποία είναι ένα εργαλείο αυτό-αξιολόγησης καταθλιπτικών συμπτωμάτων για ενήλικες (Beck, 1967).

Μέχρι σήμερα η κλίμακα C.D.I. έχει υποστεί εκτεταμένο ψυχομετρικό έλεγχο σε περισσότερο από πεντακόσιες έρευνες για την ανίχνευση και αξιολόγηση καταθλιπτικών συμπεριφορών (Kovacs, 2008) σε φυσιολογικούς και κλινικούς πληθυσμούς παιδιών (Smucker et al., 1986, Kline et al., 1982, frigerio et al., 2001, Matthey & Petrovski, 2002, Sorensen et al., 2005, Ivarson et al., 2006, Shin et al., 2006, Samm et al., 2008, Giannakopoulos et al., 2009).

4.3.2 Περιγραφή της Κλίμακας Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης C.D.I

Αποτελείται από 27 ερωτήσεις και αξιολογεί ποσοτικά ένα ευρύ φάσμα καταθλιπτικών συμπτωμάτων όπως καταθλιπτική διάθεση, αρνητική αξιολόγηση του εαυτού και προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις και συμπεριφορές.

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

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

Πίνακας 4.2 Βαθμολογία ερωτήσεων και η σημασία τους Κλίμακα στην C.D.I

Βαθμολογία ερώτησης	Σημασία
0	απουσία συμπτώματος
1	ήπιο σύμπτωμα
2	έντονο σύμπτωμα

Πηγή: Kovacs, M. (2008), Children's Depression Inventory, technical manual update, Published by Multi-Health Systems Inc., Toronto/N.York.

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

Οι ερωτήσεις της κλίμακας ομαδοποιούνται σε 5 υποκλίμακες της κλίμακας C.D.I., οι οποίες αντιστοιχούν σε 5 βασικές κατηγορίες συμπτωμάτων, και χαρακτηρίζουν την κλινική εικόνα της κατάθλιψης και είναι οι εξής:

- A) Αρνητική συναισθηματική διάθεση
- B) Διαπροσωπικά προβλήματα
- Γ) Αναποτελεσματικότητα
- Δ) Ανηδονία
- E) Αρνητική αυτοεκτίμηση

Οι ερωτήσεις, από τις οποίες αποτελείται κάθε υποκλίμακα, ομαδοποιούνται στον πίνακα που ακολουθεί:

Πίνακας 4.3 Υποκλίμακες στην Κλίμακα C.D.I

Υποκλίμακες	Αρ.Ερωτ.	Αξιολογούμενο σύμπτωμα
Αρνητική συναισθηματική διάθεση	6	Καταθλιπτική διάθεση, Απαισιοδοξία, Αυτό-κατηγορία, Ξέσπασμα σε κλάματα, Ανησυχία, Αναποφασιστικότητα
Διαπροσωπικά προβλήματα	4	Κακή συμπεριφορά, Μειωμένο κοινωνικό ενδιαφέρον, Ανυπακοή, Τσακωμοί
Αναποτελεσματικότητα	4	Αυτό-υποτίμηση, Δυσκολία σχολικής εργασίας, Μείωση σχολικής απόδοσης, Αυτό-υποτίμηση σε σχέση με τους άλλους
Ανηδονία	8	Ανηδονία, Διαταραχή ύπνου, Κόπωση, Ελαττωμένη όρεξη για φαγητό, Σωματικά ενοχλήματα, Αίσθημα μοναξιάς, Άρνηση για σχολείο, Απουσία φίλων
Αρνητική αυτοεκτίμηση	5	Απαισιοδοξία, Μίσος για τον εαυτό, Αυτοκτονικός ιδεασμός, αρνητική εικόνα σώματος, Αίσθηση ότι δεν τον αγαπούν

Πηγή: Kovacs, M. (2008), Children's Depression Inventory, technical manual update, Published by Multi-Health Systems Inc., Toronto/N.York.

4.3.3 Αξιοπιστία της Κλίμακας Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης C.D.I

Με τον υπολογισμό της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας (internal consistency reliability) προσδιορίζεται ο βαθμός της συμφωνίας μεταξύ των διαφορετικών ερωτήσεων της κλίμακας και διαπιστώνεται κατά πόσον η απάντηση σε διαφορετικές ερωτήσεις της κλίμακας, δίνει ουσιαστικά ανάλογα αποτελέσματα (Μερκούρης, 2008). Η αξιοπιστία αυτή είναι ενδεικτική της ποιότητας ενός ψυχομετρικού εργαλείου και μπορεί να μετρηθεί αφ' ενός με τον υπολογισμό του συντελεστή γενικής αξιοπιστίας άλφα του Cronbach alpha και αφ' ετέρου με τον υπολογισμό του συντελεστή συσχέτισης Pearson r μεταξύ κάθε ερώτησης ξεχωριστά και της συνολικής κλίμακας (Cronbach, 1984).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας άλφα της κλίμακας C.D.I. έχει υπολογιστεί από πολλούς ερευνητές σε διαφορετικά δείγματα παιδιών και εφήβων και κυμαίνεται από 0.71-0.89, όπως φαίνεται στο πιο κάτω πινάκα(4.4).

Πίνακας 4.4. Συντελεστές αξιοπιστίας άλφα για την κλίμακα C.D.I

Ερευνητής	Δείγμα	Άλφα
Kovacs, (1983)	Μαθητές Δημοτικών Σχολείων Τορόντο	0,87
Smuker et al., (1986)	Μαθητές Πενσυλβάνια	0,83-0,89
Ghareeb & Beshai, (1989)	Άραβες μαθητές (αραβική έκδοση)	0,79-0,88
Ollendick & Yule, (1990)	Αμερικανοί μαθητές-Βρετανοί μαθητές	0,85-0,87
Stark et al., (1990)	Αμερικανοί Μαθητές	0,79-0,89
Polion-Lorente& Domenech, (1993)	Ισπανοί μαθητές	0,79-0,89
Frigerio et al., (2001)	Ιταλοί μαθητές	0,80
Berg, (2001).	Καναδοί μαθητές	0,87
Davanzo et al., (2004)	Ισπανοί μαθητές	0,81-0,88
Ivarson et al., (2006)	Σουηδοί μαθητές	0,86
Samm et al., (2008)	Εσθονοί μαθητές	0,82
Shin et al., (2008)	Κορεάτες μαθητές	0,80
Giannakopoulos et al., (2009)	Έλληνες μαθητές	0,78 ως 0,84

Πηγή: Kovacs, M. (2008), Children's Depression Inventory, technical manual update, Published by Multi-Health Systems Inc., Toronto/N.York.

Οι παραπάνω συντελεστές αξιοπιστίας δείχνουν την πολύ καλή εσωτερική αξιοπιστία της κλίμακας C.D.I. σε σχολικό δείγμα παιδιών διεθνώς.

Επιπρόσθετα, η εσωτερική συνέπεια των 5 υποκλιμάκων της κλίμακας C.D.I. φαίνεται στον επόμενο πίνακα 4.5

Πίνακας 4.5. Εσωτερική συνέπεια των υποκλιμάκων της κλίμακας C.D.I.

Υποκλίμακα	Άλφα
Αρνητική συναισθηματική διάθεση	0,62
Διαπροσωπικά προβλήματα	0,59
Αναποτελεσματικότητα	0,63
Ανηδονία	0,66
Αρνητική αυτοεκτίμηση	0,68

Πηγή: Kovacs, M. (2008), Children's Depression Inventory, technical manual update, Published by Multi-Health Systems Inc., Toronto/N.York.

Οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας των υποκλιμάκων θεωρούνται ικανοποιητικοί για το μέγεθος των υποκλιμάκων και πολλοί ερευνητές με τα ευρήματα τους συνηγορούν για την ισχυρά εσωτερική αξιοπιστία τους (Smucker et al., 1986, Kline et al., 1982, Kovacs, 1992, Frigerio et al., 2001, Sorensen et al., 2005, Ivarson et al., 2006, Shin et al., 2006, Samm et al., 2008).

4.3.4 Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων

Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων υπολογίζεται με το συντελεστή συσχέτισης (pearson, r) μεταξύ των δύο επαναληπτικών μετρήσεων (Μερκούρης, 2008).

Το καταθλιπτικό σύνδρομο δεν παρουσιάζει διαχρονική σταθερότητα και η κλινική εικόνα είναι πιθανόν να διαφοροποιηθεί σε ένα χρονικό διάστημα μερικών μηνών. Επομένως, για την κλίμακα C.D.I, η μεσολάβηση χρονικού διαστήματος δύο εβδομάδων μέχρι και ενός μηνός μεταξύ των μετρήσεων, φαίνεται να είναι η πιο ιδανική χρονική περίοδος (Kovacs, 2008).

Στον πίνακα 4.6 που ακολουθεί παρουσιάζονται συγκεντρωτικά οι κυριότερες τιμές αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων, οι οποίες έχουν αναφερθεί στην ερευνητική βιβλιογραφία.

Πίνακας 4.6. Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων της κλίμακας C.D.I

Ερευνητής	Δείγμα	Χρονικό διάλειμμα	R
Kaslow et al., 1984	Μαθητικός πληθυσμός του Τέξας	3 εβδομάδες	0,83
Saylor et al., 1984	Γενικός πληθυσμός	1 εβδομάδα	0,38
Smucker et al., 1986	Μαθητές της Πενσυλβάνια	3 εβδομάδες	0,74 – 0,77
Smucker et al., 1986	Μαθητές της Πενσυλβάνια	1 χρόνος	0,41 – 0,69
Finch et al., 1987	Γενικός εφηβικός πληθυσμός	2 εβδομάδες	0,82
Finch et al., 1987	Γενικός εφηβικός πληθυσμός	4 εβδομάδες	0,66
Finch et al., 1987	Γενικός εφηβικός πληθυσμός	6 εβδομάδες	0,67
Meyer et al., 1989	Καναδοί μαθητές	3 εβδομάδες	0,76
Weiss et al., 1991	Παιδιά και έφηβοι γενικού πληθυσμού	4 μήνες	0,54 – 0,56
Wierzbicki, 1987	Γενικός εφηβικός πληθυσμός	1 μήνας	0,77
Gianakoroulos et al., 2009	Ελληνικός παιδικός πληθυσμός	1 μήνας	0,62 – 0,82

Πηγή: Kovacs, M. (2008), Children's Depression Inventory, technical manual update, Published by Multi-Health Systems Inc., Toronto/N.York.

4.3.5 Εγκυρότητα της Κλίμακας Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης C.D.I

Η εγκυρότητα ενός ψυχομετρικού εργαλείου δείχνει κατά πόσον, το εργαλείο μετράει αυτό, το οποίο προορίζεται να μετρήσει (Burns & Grove, 2005). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την παρούσα εργασία παρουσιάζει η εγκυρότητα «διακριτικής ικανότητας» της κλίμακας C.D.I. (discriminant validity) (Kovacs, 2008).

Η εγκυρότητα διακριτικής ικανότητας αναφέρεται στην ικανότητα της κλίμακας να διακρίνει τα καταθλιπτικά παιδιά σχολικής ηλικίας από τα φυσιολογικά παιδιά της ίδιας ηλικίας (Kovacs, 1992). Υψηλού βαθμού εγκυρότητας διακριτικής ικανότητας της κλίμακας C.D.I έχει αναφερθεί από πληθώρα ερευνητών (Carey et al., 1987, Hodges 1990, Smith et al., 1990, Aluja & Blanch, 2002, Myers & Winters, 2002, Davanzo et al., 2004, Zalsman et al., 2005, Samm et al., 2008).

Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία, η κλίμακα C.D.I. είναι κατ' εξοχήν χρήσιμη σαν εργαλείο ανίχνευσης της κατάθλιψης σε παιδιά γενικού πληθυσμού (Saylor et al., 1984,

Kovacs, et al., 1992, 1994, Myers & Winters, 2002, Aluja & Blanch, 2002, Davanzo et al., 2004, Zalsman et al., 2005, Ivarsson et al., 2006, Samm et al., 2008, Shim et al., 2008, Giannakopoulos et al., 2009)

4.3.6 Μέση τιμή Βαθμολογίας της κλίμακας C.D.I. σε διαφορετικά δείγματα

Ο πίνακας 4.7 (Kovacs, 2008) δείχνει την μέση τιμή της συνολικής Βαθμολογίας της Κλίμακας Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης C.D.I σε δείγματα παιδιών γενικού πληθυσμού.

Πίνακας 4.7. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της κλίμακας C.D.I σε δείγματα σχολικού πληθυσμού

Δείγμα	Αριθμός παιδιών (N)	Μέση τιμή C.D.I	Τυπική απόκλιση
Μαθητές στο Τορόντο	860	9,28	7,3

4.3.7 Συνολική Βαθμολογία της κλίμακας C.D.I. Επιλογή οριακής τιμής «θετικής» για καταθλιπτική διαταραχή

Από την δημιουργό του ερωτηματολογίου C.D.I, (Kovacs, 2008) αλλά και από τη σχετική ερευνητική βιβλιογραφία προτείνεται να θεωρείται η κλίμακα C.D.I. θετική για κατάθλιψη, σε δείγματα γενικού πληθυσμού, όταν η τιμή της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας είναι μεγαλύτερη ή ίση με 19 (Hodges, 1990, Kazdin, 1987, 1989b, Smucker et al., 1986, Matthey & Petrovski, 2002, Ivassson et al., 2006).

4.4 ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ –ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ C.D.I

Η διαδικασία της μετάφρασης του ερωτηματολογίου στην Ελληνική γλώσσα, έχει πραγματοποιηθεί σύμφωνα με καθορισμένα πρότυπα και κατευθυντήριες οδηγίες (Medical Outcomes Trust Bulletin 1997, Gandek, 1998, MAPI Research Institute, 2002, Beaton et al., 2002), αφού είχε εξασφαλιστεί εκ των προτέρων η σχετική άδεια χρήσης του από τη δημιουργό του και τους κατόχους των δικαιωμάτων έκδοσης (βλπ. παράρτημα 1):

α) διγλωσσική μετάφραση προς δύο κατευθύνσεις (forward translation, backward translation).

β) πολιτισμική προσαρμογή (cultural adaptation) με πιλοτική εφαρμογή της κλίμακας στους ερωτώμενους με χρήση της γνωστικής προσέγγισης επαναπροσδιορισμού (cognitive debriefing process/ interview) (Health Research Associates Inc.).

Αρχικά, σαν πρώτο βήμα είχε χρησιμοποιηθεί η μπροστά-πίσω-μπροστά τεχνική (Forward-backward-forward technique). Το Αγγλικό πρωτότυπο ερωτηματολόγιο C.D.I., είχε μεταφραστεί δυο φορές από δύο ανεξάρτητους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην ελληνική γλώσσα διατηρώντας τα κύρια χαρακτηριστικά του. Κατά τη διάρκεια της forward μετάφρασης, δεν υπήρξαν μεγάλες διαφορές μεταξύ των μεταφραστών στην ερμηνεία των λέξεων, αλλά υπήρχαν μικρές συντακτικές διαφορές. Στην συνέχεια, όλες οι ερωτήσεις και των δυο μεταφρασμένων ερωτηματολογίων, είχαν συγκριθεί με σκοπό την επιλογή της τελικής μορφής των ερωτήσεων που θα αποτελούσαν το Ελληνικό ερωτηματολόγιο. Τέλος, το ερωτηματολόγιο που είχε προκύψει, μεταφράστηκε στην αγγλική γλώσσα και συγκρίθηκε με το πρότυπο αγγλικό (back translation) από ένα δίγλωσσο άτομο (με μητρική γλώσσα τα Αγγλικά) το οποίο είχε συνάφεια με την ιατρική ορολογία (Ψυχολόγος), χωρίς να γνωρίζει όμως την αρχική έκδοση του αγγλικού ερωτηματολογίου. Μετά από σύσκεψη με τη συμμετοχή ενός τρίτου ατόμου ειδικού σε αυτή τη διαδικασία, υπήρξε ομοφωνία και έτσι προέκυψε η τελική εκδοχή του ερωτηματολογίου στην Ελληνική γλώσσα.

Σαν δεύτερο βήμα, για την πολιτισμική προσαρμογή (cultural adaptation), το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε σε ένα τυχαίο δείγμα 18 παιδιών 6^{ης} δημοτικού όπως προτείνεται στη διαδικασία γνωστικής ανασκόπησης (cognitive debriefing process) (Medical Outcomes Trust, 1997). Αφού πρώτα ερωτήθηκαν τα παιδιά συνολικά για να συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο, στη συνέχεια ρωτήθηκαν για κάθε ερώτηση χωριστά αν ήταν κατανοητή και αν χρειαζόταν να την αναδιατυπώσουν με δικά τους λόγια ή προτιμούσαν να αλλαχτεί κάποια συγκεκριμένη λέξη σε κάποια ερώτηση έτσι ώστε να γίνει πιο κατανοητή η ερώτηση (cognitive debriefing interview).

Το ερωτηματολόγιο κατά τη διάρκεια της πολιτισμικής προσαρμογής (cultural adaptation), ήταν γενικά κατανοητό και εύκολο σύμφωνα με τα σχόλια των παιδιών (βλπ. Παράρτημα 1).

4.5 Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η συλλογή των δεδομένων της παρούσας ερευνητικής εργασίας πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους 2008-2009 και συγκεκριμένα τον μήνα Μάρτιο του 2009, αφού πρώτα είχε εξασφαλιστεί η σχετική άδεια από το Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού και του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου (βλ. παράρτημα 2). Μετά την επιλογή των 15 δημοσίων δημοτικών σχολείων από τον κατάλογο των σχολείων της Λεμεσού ακολουθήθηκε η εξής διαδικασία:

4.5.1 Προκαταρκτική συνάντηση με σκοπό την ενημέρωση των εκπαιδευτικών

Αρχικά παραδόθηκε επιστολή, προσωπικά σε όλους τους διευθυντές/τριες των εμπλεκόμενων στην έρευνα σχολείων από τον ίδιο τον ερευνητή, ζητώντας τους να πραγματοποιηθεί συνάντηση μαζί τους (βλ. παράρτημα 3). Έτσι πραγματοποιήθηκε συνάντηση με τον διευθυντή/τρια καθενός από τα δημοτικά σχολεία, στην οποία συμμετείχαν επίσης κι οι δάσκαλοι των Στ' τάξεων των σχολείων. Σκοπός αυτής της προκαταρκτικής συνάντησης ήταν κατ' αρχάς η γνωστοποίηση του σκοπού και του περιεχομένου της έρευνας στους εκπαιδευτικούς. Διευκρινίστηκε ότι στην έρευνα θα συμμετέχουν τελειόφοιτοι μαθητές του σχολείου και ότι τα εμπειρικά δεδομένα θα προέκυπταν από τις πληροφορίες των ίδιων των μαθητών, μέσω ενός ερωτηματολόγιου, το οποίο επρόκειτο να χρησιμοποιηθεί (τη Κλίμακα Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης-C.D.I) το οποίο θα συμπλήρωναν οι μαθητές.

Στη συνέχεια περιγράφηκε αναλυτικά στους εκπαιδευτικούς η διαδικασία, που ακολουθούσε. Ο ερευνητής εξήγησε ότι κατά την επόμενη επίσκεψη του στο σχολείο, θα χρειαζόταν να του διατεθεί συνολικός χρόνος 20 λεπτών της ώρας για κάθε σχολικό τμήμα των Στ' τάξεων, προκειμένου να χορηγήσει την Κλίμακα Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης στους μαθητές κάθε τμήματος. Ο προγραμματισμός της ημερομηνίας και της ώρας, κατά την οποία θα πραγματοποιείτο η δεύτερη αυτή επίσκεψη στο κάθε σχολείο, καθορίστηκε από τους διευθυντές των σχολείων, με κριτήριο την διασφάλιση της ομαλής τήρησης του ωρολογίου προγράμματος κάθε τάξης.

Τέλος, χορηγήθηκε στα παιδιά η φόρμα συγκατάθεσης που απευθυνόταν προς τους γονείς και κηδεμόνες τους για να δοθεί για υπογραφή. Χορηγήθηκε επίσης, ενημερωτικό έντυπο στα παιδιά που εξηγούσε την όλη διαδικασία της έρευνας (βλ. παραρτήματα 3).

4.5.2 Χορήγηση του ερωτηματολογίου σε μαθητές

Κατά τη δεύτερη επίσκεψη στα σχολεία, η οποία πραγματοποιήθηκε σε προκαθορισμένη ημερομηνία και ώρα, ο ερευνητής και οι συνεργάτες του χορήγησαν την Κλίμακα Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης C.D.I. στους μαθητές των τμημάτων των ΣΤ΄ τάξεων. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν σε όλους τους παρόντες μαθητές κάθε σχολικού τμήματος. Πριν από την συμπλήρωση της κλίμακας C.D.I εξηγήθηκε στα παιδιά ότι ο σκοπός της έρευνας είναι να μάθουμε περισσότερα πράγματα για το πως αισθάνονται και πώς σκέπτονται τα παιδιά, έτσι ώστε να μπορούμε να τα βοηθήσουμε όταν το χρειάζονται. Διευκρινίστηκε ότι δεν υπάρχουν «λανθασμένες» ή «σωστές» απαντήσεις και ότι από κάθε ομάδα προτάσεων χρειάζεται να επιλέξουν την μία από τις τρεις προτάσεις, η οποία ταιριάζει καλύτερα στην δική τους τωρινή κατάσταση. Επίσης εξηγήθηκε ότι δεν σημειώνεται το ονοματεπώνυμο τους, έτσι ώστε να μπορούν να εκφραστούν ελεύθερα και ειλικρινά. Εάν κάποιο παιδί χρειαζόταν κάποια διευκρίνιση ή βοήθεια κατά την συμπλήρωση της κλίμακας C.D.I., θα το δήλωνε σηκώνοντας το χέρι του. Σε τέτοιες περιπτώσεις ο ερευνητής και οι συνεργάτες του θα έδιναν ατομικά στο παιδί οποιαδήποτε διευκρίνιση ή βοήθεια χρειαζόταν, έτσι ώστε να μην αποσπάται η προσοχή των άλλων παιδιών. Μόλις το παιδί συμπλήρωνε όλες τις ερωτήσεις, ο ερευνητής και οι συνεργάτες παρελάμβαναν την συμπληρωμένη κλίμακα, ελέγχοντας προηγουμένως εάν είχαν απαντηθεί όλες οι ερωτήσεις. Για την εξασφάλιση της ανωνυμίας των υποκειμένων τα ερωτηματολόγια είχαν από προηγουμένως κωδικοποιηθεί.

4.6 ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ C.D.I

Πραγματοποιήθηκε έρευνα με σκοπό τη μελέτη της εσωτερικής συνέπειας και αξιοπιστίας των επαναληπτικών μετρήσεων του ερωτηματολογίου (test-retest). Η μελέτη της συνάφειας των ψυχομετρικών εργαλείων είναι σημαντική σε έρευνες που βασίζονται σε αυτό-συμπληρούμενα μέσα συλλογής δεδομένων (Kovacs, 1992, Σταλίκας και συν., 2002). Επομένως, για την κλίμακα C.D.I., η μεσολάβηση χρονικού διαστήματος δύο εβδομάδων μέχρι ενός μηνός μεταξύ των μετρήσεων, φαίνεται να είναι η πιο κατάλληλη (Kovacs, 2008). Το ψυχομετρικό εργαλείο C.D.I στην επαναληπτική έρευνα χορηγήθηκε μετά από παρέλευση ενός (1) μηνός.

Το δείγμα των επαναληπτικών μετρήσεων της έρευνας, αποτέλεσαν 154 παιδιά, από τα 439 του συνολικού δείγματος της κυρίως έρευνας (35,07%). Το δείγμα επιλέγηκε με την μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας από το κατάλογο των 15 ήδη επιλεγμένων σχολείων της κυρίως έρευνας. Τα 90 παιδιά ήταν αγόρια (58,4%) και τα 64 κορίτσια (41,6%). Από τα 154 παιδιά τα 29 (18,8%) του συνολικού δείγματος των επαναληπτικών μετρήσεων ήταν αλλοδαποί, εκ των οποίων 18 παιδιά ήταν αγόρια και 11 κορίτσια. Οι πίνακες που ακολουθούν εξηγούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των υποκειμένων στις επαναληπτικές μετρήσεις.

Πίνακας 4.8. Επαναληπτικές μετρήσεις: Ανάλυση κατά φύλο

	Συχνότητα	%αναλογία
Αγόρια	90	58,4%
Κορίτσια	64	41,6%

Πίνακας 4.9. Επαναληπτικές μετρήσεις: Ανάλυση κατά εθνικότητα

	Συχνότητα	%αναλογία
Κύπριοι	125	88,8%
Αλλοδαποί	29	11,2%
Ολικό	154	100%

4.7 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ-ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΛΟΓΙΣΜΙΚΟ

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο κοινωνικών επιστημών (Statistical Package for Social Sciences-S.P.S.S-16 edition).

Για την στάθμιση του ερωτηματολογίου διενεργήθηκαν συγκεκριμένες ψυχομετρικές δοκιμασίες για την εκτίμηση της αξιοπιστίας (reliability) του ερωτηματολογίου, της εγκυρότητας (validity), ενώ παράλληλα έγινε έλεγχος της δομής του (factor analysis). Συγκεκριμένα η αξιοπιστία εκτιμήθηκε με τη μέτρηση της εσωτερικής συνάφειας (internal consistency) για τον έλεγχο των στοιχείων του ερωτηματολογίου το ένα ενάντια στο άλλο, [μέτρηση του δείκτη Cronbach's alpha (Cronbach, 1984)] και της επαναληψιμότητας (test-retest interrater repeatability), για τον έλεγχο της αντοχής του ερωτηματολογίου στο χρόνο. Η τελευταία ελέγχθηκε με τον συντελεστή συσχέτισης του Pearson (r).

Τα αποτελέσματα της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας C.D.I από 0 (Floor) έως 54 (ceiling effects) υπολογίστηκαν με βάση το μέσο όρο των ακραίων βαθμολογιών που παρουσιάστηκαν στην κλίμακα (Κολυβά–Μαχαιρά & Μπόρα-Σέντα, 1993). Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν οι περιγραφικοί δείκτες και τα μη παραμετρικά τεστ. Συγκεκριμένα, οι συγκρίσεις των μεταβλητών στην έρευνα έχουν υπολογιστεί με βάση το χ^2 τεστ (χ^2 -statistic), καθώς και οι διαφορές των μέσων όρων (Μέση τιμή) των διαφόρων υποομάδων, αναλύθηκαν με βάση το Non parametric Mann-Whitney U τεστ (Μερκούρης, 2008).

Η επιλογή της συγκεκριμένης τιμής στην έρευνα μας (ελάχιστη οριακή τιμή ≥ 19) της συνολικής βαθμολογίας σαν "θετικής" για καταθλιπτική διαταραχή έχει επανελεγχθεί για να ελαχιστοποιηθούν οι "ψευδώς θετικές" περιπτώσεις, δηλαδή να ελαχιστοποιηθεί το ποσοστό των φυσιολογικών παιδιών, τα οποία θα χαρακτηριστούν ως καταθλιπτικά και έχει βρεθεί ότι το διάστημα εμπιστοσύνης ανταποκρίνεται στο 95% για τον πληθυσμό-δείγμα της παρούσας έρευνας. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας καθορίστηκε στο 5% (p -value <0.05). Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της παρούσας έρευνας ολοκληρώθηκε τον Ιούνιο του 2009.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Το δείγμα της έρευνας, όπως έχει ήδη αναφερθεί, αποτέλεσαν 439 τελειόφοιτοι μαθητές και μαθήτριες που προέρχονται από 15 δημόσια δημοτικά σχολεία της Λεμεσού. Από αυτά τα 390 παιδιά ήταν Κύπριοι (88,8%) και 49 αλλοδαποί (12,2%). Όσον αφορά το φύλο, τα 217 ήταν αγόρια και τα 222 κορίτσια (Πίνακες 5.1 και 5.2).

Πίνακας 5.1. Κατανομή κατά εθνικότητα

	Συχνότητα	% αναλογία
Κύπριοι	390	88,8%
Αλλοδαποί	49	11,2%
Ολικό	439	100%

Πίνακας 5.2. Κατανομή κατά φύλο

	Συχνότητα	% αναλογία
Αγόρια	217	49,4%
Κορίτσια	222	50,6%
Ολικό	439	100%

5.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ C.D.I

Στην έρευνα μας πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας C.D.I. Η εσωτερική συνοχή-συνέπεια (internal consistency-Cronbach's Alpha) ήταν $\alpha=0,844$. Στη ομάδα των αγοριών ήταν $\alpha=0,825$ και στην ομάδα των κοριτσιών ήταν $\alpha=0,860$ (Πίνακας 5.3).

Πίνακας 5.3. Κατά φύλο ανάλυση Cronbach's Alpha

Cronbach's Alpha	Κορίτσια	Αγόρια
0,844	0,82	0,88

5.3 ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ C.D.I

Στα αποτελέσματα της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας C.D.I. παρουσιάζεται μια διακύμανση από 0 (Floor=3%) έως 34, χωρίς να παρουσιάζεται το μέγιστο της βαθμολογίας που είναι το 54 (no ceiling effects). Η μέση τιμή (MT) των βαθμολογιών ολόκληρου του δείγματος ήταν MT=9,76 και η τυπική απόκλιση TA=6,81.

Πίνακας 5.4. Συνολική βαθμολογία κλίμακας C.D.I

	N	Ελάχιστη τιμή	Μεγίστη τιμή	M.T	T.A	Τυπικό Σφάλμα
CDIScore	439	.00	34,00	9,7677	6,81596	,117

5.4 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ

Στην κατά φύλο ανάλυση το μεγαλύτερο αποτέλεσμα παρουσιάζεται στην ομάδα των αγοριών με 34 (MT=9,23, TA=6,44) ενώ η ομάδα των κοριτσιών παρουσιάζεται με 32 (MT=10,28, TA=7,13). Συγκρίνοντας τις MT των δύο ομάδων δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά (Mann-Whitney U, p-value= 0,143).

Πίνακας 5.5. Ανάλυση βαθμολογίας κατά φύλο

Φύλο		N	Ελάχιστη Τιμή	Μεγίστη Τιμή	M.T	T.A	Τυπικό Σφάλμα
Αγόρι	CDIScore	217	,00	34,00	9,2350	6,44601	,165
Κορίτσι	CDIScore	222	,00	32,00	10,2883	7,13526	,163

5.5 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΤΑ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ

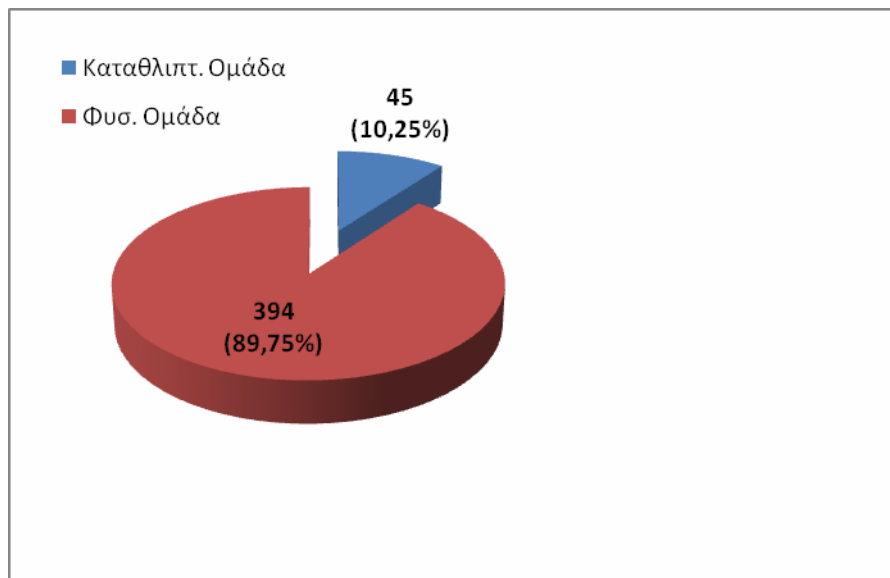
Στην κατά εθνικότητα ανάλυση το μεγαλύτερο αποτέλεσμα παρουσιάζεται στην ομάδα των Κυπρίων με 34 (MT=9,71, TA=6,78) ενώ η ομάδα των αλλοδαπών παρουσιάζεται με 29 (MT=10,18, TA=7,12). Συγκρίνοντας τους μέσους όρους των δύο ομάδων δεν παρουσιάζεται σημαντική στατιστική διαφορά (Mann-Whitney U, p-value=0,77).

Πίνακας 5.6. Ανάλυση βαθμολογίας κατά εθνικότητα.

Εθνικότητα	N	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	M.T	T.A	Τυπικό Σφάλμα
Κύπριοι CDIscore	390	,00	34,00	9,7154	6,78449	,124
Αλλοδαποί CDIscore	49	,00	29,00	10,1837	7,12002	,340

5.6 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ

Στην έρευνα μας, 45 τελειόφοιτοι μαθητές και μαθήτριες του δείγματος (10,25%) συγκέντρωσαν βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του 19 στην κλίμακα C.D.I.



Την καταθλιπτική ομάδα αποτελούν 17 αγόρια και 28 κορίτσια.

Την φυσιολογική ομάδα απάρτιζαν 394 παιδιά. Η κατανομή των παιδιών κατά φύλο παρουσιάζεται στο πίνακα (5.7) που ακολουθεί.

Πίνακας 5.7. Σχέση φύλου και κατάθλιψης

Φύλο		CDIc19		
		CDI<19	CDI≥19	Ολικό
Αγόρι	Μέτρηση	200	17	217
	% Φύλου	92,2%	7,8%	100,0%
Κορίτσι	Μέτρηση	194	28	222
	% Φύλου	87,4%	12,6%	100,0%
Total	Μέτρηση	394	45	439
	% Φύλου	89,7%	10,3%	100,0%

Η ΜΤ για τα αγόρια ήταν ΜΤ=7,8 και για τα κορίτσια ΜΤ=12,6. Από την στατιστική σύγκριση φύλου και κατάθλιψης δεν παρατηρείται σημαντική στατιστική σχέση (X^2 test $p=0,099$).

5.7 ΣΧΕΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ

Στην έρευνα συμμετείχαν 49 αλλοδαποί μαθητές/τρίες από τους οποίους οι 8 είχαν καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Από το σύνολο των Κυπρίων 9,5% παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία ενώ από το σύνολο των αλλοδαπών 16,3%. Παρά την μεγάλη διαφορά δεν βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστική σημαντικότητα (X^2 test $p=0,137$) Η κατανομή εθνικότητας στην καταθλιπτική και στην φυσιολογική ομάδα παρουσιάζεται στο πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 5.8. Κατάθλιψη και Εθνικότητα

		CDI19		
		CDI<19	CDI≥19	Ολικό
Κύπριοι	Μέτρηση	353	37	390
	% Εθνικότητας	90,5%	9,5%	100,0%
Αλλοδαποί	Μέτρηση	41	8	49
	% Εθνικότητας	83,7%	16,3%	100,0%
Ολικό	Μέτρηση	394	45	439
	% Εθνικότητας	89,7%	10,3%	100,0%

5.8 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΕΣ ΤΗΣ C.D.I

Οι τέσσερις από τις πέντε υποκλίμακες της C.D.I στην έρευνα μας δείχνουν υψηλή εσωτερική συνοχή (Cronbach alpha) και συσχέτιση (collelation) μεταξύ των ερωτήσεων που τις αποτελούν. Μόνο στην υποκατηγορία διαπροσωπικά προβλήματα παρουσιάζεται σχετικά χαμηλή εσωτερική συνοχή (συνέπεια) και συσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων με το $\alpha=0,32$, $MT=0,95$, $TA=1,05$ και η συσχέτιση των επί μέρους ερωτήσεων κυμαίνεται από 0,17 (ερώτηση 5: κακή συμπεριφορά) μέχρι 0,33 (ερώτηση 12: μειωμένο κοινωνικό ενδιαφέρον). Στην αρνητική συναισθηματική διάθεση το $\alpha=0,64$, $MT=2,43$, $TA=2,15$ και οι συσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων της υποκλίμακας κυμαίνεται από 0,56 (ερώτηση 11: ανησυχία) έως 0,66 (ερώτηση 13: αναποφασιστικότητα). Η υποκατηγορία αναποτελεσματικότητα, παρουσιάζει $\alpha=0.54$, $MT=1,60$, $TA=1,54$ και η συσχέτιση των ερωτήσεων κυμαίνεται από 0,43 (ερώτηση 23: σχολική επίδοση) έως 0,50 (ερώτηση 3: αυτό-υποτίμηση). Στην υποκατηγορία ανηδονία το $\alpha=0,64$ $MT=3,01$, $TA=2,55$ και η συσχέτιση κυμαίνεται από 0,59 (ερώτηση: 20 αίσθημα μοναξιάς) μέχρι 0,64 (ερώτηση:19 σωματικά ενοχλήματα). Τέλος στην αρνητική αυτοεκτίμηση το $\alpha=0,62$ $MT=1,84$, $TA=1,77$ και στις ερωτήσεις της υποκλίμακας η συσχέτιση κυμαίνεται από 0,48 (ερώτηση: 7 μισώ το εαυτό μου) μέχρι και 0,62 (ερώτηση: 9 αυτοκτονικός ιδεασμός).

Πίνακας 5.9. Εσωτερική συνέπεια των υποκλιμάκων της κλίμακας C.D.I

Υποκλίμακα	Άλφα (Υποκλίμακας) Kovacs 1992	Άλφα (έρευνας)
Αρνητική συναισθηματική διάθεση	0,62	0,64
Διαπροσωπικά προβλήματα	0,59	0,32
Αναποτελεσματικότητα	0,63	0,54
Ανηδονία	0,66	0,64
Αρνητική αυτοεκτίμηση	0,68	0,62

Πίνακας 5.10. Στατιστική ανάλυση κατά υποκλίμακα

	N	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	ΜΤ	ΤΑ	Τυπικό Σφάλμα
CDI score	439	,00	34,00	9,7677	6,81596	,117
Αρνητική συναισθηματική διάθεση- ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	439	,00	10,00	2,3462	2,15780	,117
Διαπροσωπικά προβλήματα- ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	439	,00	6,00	,9544	1,05671	,117
Αναποτελεσματικότητα- ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	439	,00	7,00	1,6036	1,54168	,117
Ανηδονία- ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	439	,00	13,00	3,0182	2,55079	,117
Αρνητική αυτοεκτίμηση— ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	439	,00	8,00	1,8451	1,77467	,117
Valid N (listwise)	439					

Επιπρόσθετα, κατά την ανάλυση έχει βρεθεί ότι υπάρχουν θετικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων και είναι στατιστικά σημαντικές. Ο πιο κάτω πίνακας παρουσιάζει

τις θετικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων. Αποδεικνύεται ότι ένα παιδί όσο πιο ψηλά βρίσκεται στη βαθμολογία σε μια υποκλίμακα τόσο πιο υψηλή βαθμολογία παρουσιάζει και στις υπόλοιπες υποκλίμακες. Αυτό φανερώνει ότι τα καταθλιπτικά παιδιά παρουσιάζουν πληθώρα συνοδών αρνητικών συμπτωμάτων από όλες τις υποκλίμακες, όπως αποδεικνύεται στο πιο κάτω πίνακα (5.11).

Πίνακας 5.11. Συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων

		Διαπροσωπικά προβλήματα- ΒΑΘΜ.	Αναποτελεσματι- κότητα-ΒΑΘΜ.	Ανηδονία- ΒΑΘΜ.	Αρνητική αυτοεκτίμηση ΒΑΘΜ.	CDIScore
Αρνητική συναισθηματική διάθεση- ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	Pearson Cor- relation	,311**	,422**	,590**	,592**	,835**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000
	N	439	439	439	439	439
Διαπροσωπικά προβλήματα- ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	Pearson Cor- relation		,245**	,313**	,259**	,494**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000
	N		439	439	439	439
Αναποτελεσματικότη- τα- ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	Pearson Cor- relation			,382**	,378**	,639**
	Sig. (2-tailed)			,000	,000	,000
	N			439	439	439
Ανηδονία- ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	Pearson Cor- relation				,537**	,836**
	Sig. (2-tailed)				,000	,000
	N				439	439
Αρνητική αυτοεκτίμηση-- ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	Pearson Cor- relation					,775**
	Sig. (2-tailed)					,000
	N					439

Η συσχέτιση (colleration coefficients–spearman) στις ερωτήσεις των υποκλιμάκων για ολόκληρο το δείγμα παρουσιάζει διακύμανση της τάξεως από 0,19 (διαπροσωπικά προβλήματα: ανυπακοή) μέχρι 0,58 (αρνητική συναισθηματική διάθεση - ανησυχία) και ήταν όλα στατιστικά σημαντικά ($P < 0,001$) (Βλπ. παράρτημα 4).

5.9 ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΕΣ

Στη κατά φύλο ανάλυση στις υποκλίμακες τα αγόρια στη Αρνητική συναισθηματική διάθεση παρουσιάζουν $MT=2,15$, με $TA=2,13$, ενώ τα κορίτσια $MT=2,53$, με $TA=2,16$. Η υποκατηγορία αναποτελεσματικότητα, παρουσιάζει στα αγόρια $MT=1,71$, με $TA=1,59$, ενώ στα κορίτσια $MT=1,49$, με $TA=1,47$. Η υποκατηγορία διαπροσωπικά προβλήματα στα αγόρια παρουσιάζει $MT=1,0$, με $TA=1,11$, ενώ στα κορίτσια $MT= 0,90$, με $TA=0,99$. Η υποκατηγορία ανηδονία παρουσιάζει στα αγόρια $MT=2,68$, με $TA=2,26$, ενώ στα κορίτσια $MT=3,34$, με $TA=2,76$. Τέλος η αρνητική αυτοεκτίμηση παρουσιάζει στα αγόρια $MT=1,68$, με $TA=1,74$, ενώ στα κορίτσια $MT=2,00$, με $TA= 1,79$. Από τη σύγκριση των μέσων όρων στο πιο κάτω πίνακα διαπιστώνεται ότι τα κορίτσια στην υποκατηγορία αρνητική συναισθηματική διάθεση (Mann Whitney test, $p \text{ value} < 0,38$), αρνητική αυτοεκτίμηση (Mann Whitney test, $p \text{ value} < 0,29$) και ανηδονία (Mann Whitney test $p \text{ value} < 0,22$) παρουσιάζουν πιο ψηλά ποσοστά σε σύγκριση με τα αγόρια που τα κάνει στατιστικά.

Πίνακας 5.12. Συγκρίσεις των μέσων όρων του φύλου στις υποκλίμακες.

Φύλο		N	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	M.T	T.A	Τυπικό Σφάλμα
Αγόρι	CDIscore	217	.00	34,00	9,2350	6,44601	,165
	Αρνητική συναισθηματική διάθεση-ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	217	.00	9,00	2,1521	2,13435	,165
	Διαπροσωπικά προβλήματα-ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	217	.00	4,00	1,0000	1,11389	,165
	Αναποτελεσματικότητα-ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	217	.00	7,00	1,7189	1,59840	,165
	Ανηδονία-ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	217	.00	11,00	2,6820	2,26595	,165
	Αρνητική αυτοεκτίμηση—ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	217	.00	7,00	1,6820	1,74412	,165
	Valid N (listwise)	217					
κορίτσι	CDIscore	222	.00	32,00	10,2883	7,13526	,163
	Αρνητική συναισθηματική διάθεση-ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	222	.00	10,00	2,5360	2,16848	,163
	Διαπροσωπικά προβλήματα-ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	222	.00	6,00	,9099	,99818	,163
	Αναποτελεσματικότητα-ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	222	.00	6,00	1,4910	1,47909	,163
	Ανηδονία-ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	222	.00	13,00	3,3468	2,76721	,163
	Αρνητική αυτοεκτίμηση—ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	222	.00	8,00	2,0045	1,79365	,163
	Valid N (listwise)	222					

5.10 ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΕΣ

Στη κατά εθνικότητα ανάλυση στις υποκλίμακες τα Κυπριόπουλα στη αρνητική συναισθηματική διάθεση παρουσιάζουν MT=1,89 και TA=1,71, ενώ οι αλλοδαποί MT=1,85 και TA=1,29. Στην υποκατηγορία αναποτελεσματικότητα, τα Κυπριόπουλα παρουσιάζουν MT=1,34 και TA=1,32, ενώ οι αλλοδαποί MT=1,43 και TA=1,34. Στην υποκατηγορία διαπροσωπικά προβλήματα, οι Κύπριοι παρουσιάζουν MT=0,84 και TA=0,95, ενώ οι αλλοδαποί MT=0,82 και TA=0,89. Η υποκατηγορία ανηδονία βρίσκει τα Κυπριόπουλα να παρουσιάζουν MT=2,56 και TA=2,03, ενώ τους αλλοδαπούς με MT=2,07 και TA=1,82. Τέλος, στη αρνητική αυτοεκτίμηση οι Κύπριοι παρουσιάζουν MT=1,5 και TA=1,43 ενώ οι αλλοδαποί MT=1,41 και TA=1,26. Από τις συγκρίσεις των μέσων όρων Κυπρίων–Αλλοδαπών στις υποκλίμακες φαίνεται ότι δεν παρουσιάζεται στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ Κυπρίων και αλλοδαπών.

Πίνακας 5.13 Συγκρίσεις των μέσων όρων της εθνικότητας στις υποκλίμακες

CDI<19		Εθνικότητα	N	M.T	T.A	Τυπικό Σφάλμα
CDI<19	Αρνητική συναισθηματική διάθεση-ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	Κύπριος	353	1,8924	1,71384	,09122
		Αλλοδαπός	41	1,8537	1,29540	,20231
CDI<19	Διαπροσωπικά προβλήματα-ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	Κύπριος	353	,8414	,95809	,05099
		Αλλοδαπός	41	,8293	,89170	,13926
CDI<19	Αναποτελεσματικότητα-ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	Κύπριος	353	1,3484	1,32517	,07053
		Αλλοδαπός	41	1,4390	1,34255	,20967
CDI<19	Ανηδονία-ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	Κύπριος	353	2,5694	2,03559	,10834
		Αλλοδαπός	41	2,0732	1,82195	,28454
CDI<19	Αρνητική αυτοεκτίμηση—ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	Κύπριος	353	1,5042	1,43440	,07635
		Αλλοδαπός	41	1,4146	1,26443	,19747

5.11 ΤΙΜΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Στη καταθλιπτική ομάδα, στην ανάλυση των υποκλιμάκων τα καταθλιπτικά παιδιά στη αρνητική συναισθηματική διάθεση παρουσιάζουν $MT=6,35$ με $TA=1,73$, ενώ τα φυσιολογικά παιδιά $MT=1,88$ με $TA=1,67$. Η υποκατηγορία αναποτελεσματικότητα, στα καταθλιπτικά παιδιά παρουσιάζει $MT=3,75$ με $TA=1,63$, ενώ στα φυσιολογικά παιδιά $MT=1,35$ με $TA=1,32$. Η υποκατηγορία διαπροσωπικά προβλήματα στα καταθλιπτικά παιδιά παρουσιάζει $MT=1,95$ με $TA=1,38$, ενώ στα φυσιολογικά παιδιά $MT=0,84$ με $TA=0,95$. Η υποκατηγορία ανηδονία παρουσιάζει στα καταθλιπτικά παιδιά $MT=7,14$ με $TA=2,55$, ενώ στα φυσιολογικά παιδιά $MT=2,51$ με $TA=2,01$. Τέλος η αρνητική αυτοεκτίμηση παρουσιάζει στην καταθλιπτική ομάδα $MT=4,91$ με $TA=1,64$, ενώ στη φυσιολογική ομάδα $MT=1,49$ με $TA=1,41$. Ο πίνακας που ακολουθεί δείχνει τη βαθμολογία των 5 υποκλιμάκων της κλίμακας καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιξης C.D.I για:

α) τα 45 παιδιά της καταθλιπτικής ομάδας τα οποία είχαν ελάχιστη συνολική βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του 19 στην κλίμακα C.D.I,

β) τα 394 παιδιά της φυσιολογικής ομάδας, τα οποία είχαν βαθμολογία μικρότερη του 19 στην κλίμακα C.D.I.

Πίνακας 5.14. Βαθμολογία στις υποκλίμακες στην Καταθλιπτική και φυσιολογική ομάδα.

CDI<19		N	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	M.T	T.A	Τυπικό Σφάλμα	
CDI<19	Αρνητική συναισθηματική διάθεση-ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	394	,00	7,00	1,8883	1,67384	,747	,123
	Διαπροσωπικά προβλήματα-ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	394	,00	4,00	,8401	,95033	1,129	,123
	Αναποτελεσματικότητα-ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	394	,00	6,00	1,3579	1,32556	,856	,123
	Ανηδονία-ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	394	,00	9,00	2,5178	2,01797	,645	,123
	Αρνητική αυτοεκτίμηση—ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	394	,00	7,00	1,4949	1,41645	,899	,123
CDI≥19	Αρνητική συναισθηματική διάθεση-ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	45	1,00	10,00	6,3556	1,73409	-,525	,354
	Διαπροσωπικά προβλήματα-ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	45	,00	6,00	1,9556	1,38097	,462	,354
	Αναποτελεσματικότητα-ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	45	,00	7,00	3,7556	1,63978	-,203	,354
	Ανηδονία-ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	45	3,00	13,00	7,4000	2,55307	,139	,354
	Αρνητική αυτοεκτίμηση—ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	45	1,00	8,00	4,9111	1,64900	--,075	,354

5.12 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ

Στη κατά φύλο ανάλυση στις υποκλίμακες τα καταθλιπτικά αγόρια στη αρνητική συναισθηματική διάθεση παρουσιάζουν $MT=6,76$ με $TA=2,1$ ενώ τα καταθλιπτικά κορίτσια $MT=6,1$ με $TA=1,44$. Η υποκατηγορία αναποτελεσματικότητα, παρουσιάζει στα καταθλιπτικά αγόρια $MT=4,41$ με $TA=1,62$, ενώ στα καταθλιπτικά κορίτσια $MT=3,35$ με $TA=1,54$. Η υποκατηγορία διαπροσωπικά προβλήματα στα καταθλιπτικά αγόρια παρουσιάζει $MT=2,41$ με $TA=1,22$, ενώ στα καταθλιπτικά κορίτσια $MT=1,67$ με $TA=1,41$. Η υποκατηγορία ανηδονία παρουσιάζει στα καταθλιπτικά αγόρια $MT=6,7$ με $TA=2,64$, ενώ στα καταθλιπτικά κορίτσια $MT=7,82$ με $TA=2,45$. Τέλος, η αρνητική αυτοεκτίμηση παρουσιάζει στα καταθλιπτικά αγόρια $MT=4,7$ με $TA=1,82$, ενώ στα καταθλιπτικά κορίτσια $MT=5,03$ με $TA=1,55$. Από την ανάλυση παρατηρείται σημαντική στατιστική διαφορά στους μέσους όρους στην καταθλιπτική ομάδα στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια στις υποκλίμακες «διαπροσωπικά προβλήματα» και «αναποτελεσματικότητα» (Mann Whitney test, $p=0,042$).

Πίνακας 5.15. Κατάθλιψη-φύλο στις υποκλίμακες

	Υποκλίμακα	Φύλο	N	M.T	T.A	Τυπικό Σφάλμα
CDI \geq 19	Αρνητική συναισθηματική διάθεση	Αγόρι	17	6,76	2,10	0,51
		Κορίτ.	28	6,1	1,44	0,27
CDI \geq 19	Διαπροσωπικά προβλήματα	Αγόρι	17	2,41	1,22	0,29
		Κορίτ.	28	1,67	1,41	0,26
CDI \geq 19	Αναποτελεσματικότητα	Αγόρι	17	4,41	1,62	0,39
		Κορίτ.	28	3,35	1,54	0,29
CDI \geq 19	Ανηδονία	Αγόρι	17	6,70	2,64	0,64
		Κορίτ.	28	7,82	2,45	0,46
CDI \geq 19	Αρνητική αυτοεκτίμηση	Αγόρι	17	4,70	1,82	0,44
		Κορίτ.	28	5,03	1,55	0,29

5.13 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΤΑ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΕΣ

Στη κατά εθνικότητα ανάλυση στις υποκλίμακες τα καταθλιπτικά Κυπριόπουλα στη αρνητική συναισθηματική διάθεση παρουσιάζουν $MT=6,35$ με $TA=1,79$, ενώ οι αλλοδαποί $MT=6,37$ με $TA=1,5$. Η υποκατηγορία αναποτελεσματικότητα, τα καταθλιπτικά Κυπριόπουλα παρουσιάζουν $MT=3,75$ με $TA=1,77$, ενώ οι αλλοδαποί $MT=3,75$ με $TA=1,38$. Η υποκατηγορία διαπροσωπικά προβλήματα οι Κύπριοι παρουσιάζουν $MT=2,05$ με $TA=1,39$, ενώ οι αλλοδαποί $MT=1,5$ με $TA=1,3$. Η υποκατηγορία ανηδονία παρουσιάζει τα Κυπριόπουλα με $MT=7,35$ με $TA=2,48$, ενώ τους αλλοδαπούς $MT=7,62$ με $TA=3,02$. Τέλος, στην αρνητική αυτοεκτίμηση τα Κυπριόπουλα παρουσιάζουν $MT=5,08$ με $TA=1,63$, ενώ οι αλλοδαποί $MT=4,12$ με $TA=1,35$. Από την ανάλυση δεν παρατηρείται σημαντική στατιστική διαφορά στα καταθλιπτικά Κυπριόπουλα σε σχέση με τους αλλοδαπούς στις υποκλίμακες.

Πίνακας 5.16. Κατάθλιψη-εθνικότητα στις υποκλίμακες.

	Υποκλίμακα	Φύλο	N	M.T	T.A	Τυπικό Σφάλμα
CDI \geq 19	Αρνητική συναισθηματική διάθεση	Κύπριοι	37	6,35	1,79	0,29
		Αλλοδαποί	8	6,37	1,50	0,53
CDI \geq 19	Διαπροσωπικά προβλήματα	Κύπριοι	37	2,05	1,39	0,22
		Αλλοδαποί	8	1,50	1,30	0,46
CDI \geq 19	Αναποτελεσματικότητα	Κύπριοι	37	3,75	1,70	0,28
		Αλλοδαποί	8	7,75	1,38	0,49
CDI \geq 19	Ανηδονία	Κύπριοι	37	7,35	2,48	0,40
		Αλλοδαποί	8	7,62	3,02	1,06
CDI \geq 19	Αρνητική αυτοεκτίμηση	Κύπριοι	37	5,08	1,63	0,26
		Αλλοδαποί	8	4,12	1,55	0,54

5.14 ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ C.D.I

Όπως προαναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, πραγματοποιήθηκε έρευνα με σκοπό τη μελέτη της εσωτερικής συνέπειας και αξιοπιστίας των επαναληπτικών μετρήσεων του ερωτηματολογίου. Στα αποτελέσματα των επαναληπτικών μετρήσεων η συνολική βαθμολογία της κλίμακας C.D.I παρουσιάζει μια διακύμανση από 0 (Floor=3%) έως 34, χωρίς να παρουσιάζεται το μέγιστο της βαθμολογίας που είναι το 54 (no ceiling effects). Η ολική μέση τιμή των βαθμολογιών ολόκληρου του δείγματος ήταν $MT=8,73$ και η τυπική απόκλιση $TA=7,33$.

Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας και αξιοπιστίας (Cronbach α) του ερωτηματολογίου C.D.I στην επαναληπτική έρευνα ήταν πολύ ικανοποιητικός $\alpha=0,87$ και συμπίπτει σχεδόν με τον αντίστοιχο της κυρίως έρευνας που ήταν $\alpha=0,844$.

Από τις επαναληπτικές μετρήσεις που έγιναν σε 154 παιδιά (35,07%) του συνολικού δείγματος της κυρίως έρευνας) βρέθηκαν 15 παιδιά που είχαν συμπληρώσει βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του 19 της κλίμακας C.D.I ή ποσοστό 9,7 %. Συγκρίνοντας αυτό το ποσοστό με την κυρίως έρευνα που ήταν 10,2% παρουσιάζεται μείωση κατά 0,5% χωρίς να είναι στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 5.17. Συχνότητα Κατάθλιψης στις Επαναληπτικές Μετρήσεις.

	Συχνότητα	% αναλογία
cdi<19	139	90,3
cdi≥19	15	9,7
Total	154	100,0

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

6.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Τα ευρήματα που απορρέουν από την παρούσα ερευνητική εργασία οδηγούν σε μια σειρά παρατηρήσεων και συμπερασμάτων, σχετιζόμενων με την παιδική κατάθλιψη. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 439 τελειόφοιτα παιδιά σχολικού πληθυσμού, 217 αγόρια και 222 κορίτσια ηλικίας 11~13 χρονών, με μέσο όρο ηλικίας 11,39 έτη.

6.1.1 Συζήτηση για την εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου στην παρούσα έρευνα

Ο συντελεστής αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας άλφα του Cronbach (Cronbach alpha) ήταν $\alpha=0,844$. Ο συντελεστής αυτός θεωρείται πολύ υψηλός και αποτελεί ένδειξη πολύ καλής εσωτερικής αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου. Ανάλογες τιμές έχουν βρεθεί από πολλούς ερευνητές, σε διαφορετικά δείγματα παιδιών και εφήβων. Η δημιουργός του ερωτηματολογίου Kovacs (1984), βρήκε τον συντελεστή $\alpha=0,87$ σε πληθυσμό μαθητών δημόσιων σχολείων στο Τορόντο. Επιπρόσθετα, οι Smucker και συν., (1986) βρήκαν συντελεστή $\alpha=0,83\sim 0,89$ σε πληθυσμό μαθητών της Πενσυλβάνιας. Οι Ollendick & Yule (1990), βρήκαν συντελεστή $\alpha=0,85$ σε δείγμα Αμερικανών μαθητών και $\alpha=0,87$ σε δείγμα Βρετανών μαθητών. Οι Ghareeb & Beshai (1989) βρήκαν τον συντελεστή $\alpha=0,79\sim 0,88$ σε δείγμα Αράβων μαθητών. Σε τελευταίες έρευνες, σε γενικό σχολικό πληθυσμό ο Derek (2001), σε Καναδέζικο δείγμα παιδιών βρήκε τον συντελεστή να ισούται με $\alpha=0,87$, οι Frigerio και συν., (2001) σε Ιταλικό πληθυσμό ίσο με $\alpha=0,80$, οι Davanzo, και συν., (2004) σε Ισπανικό δείγμα παιδιών να κυμαίνεται από $\alpha=0,81\sim 0,88$, οι Ivarsson και συν., (2006) σε Σουηδικό δείγμα παιδιών να είναι ίσος με $\alpha=0,85$ και οι Samm και συν., (2008) σε σχολικό πληθυσμό στην Εσθονία ίσο με $\alpha=0,82$. Τέλος, σε ελληνικό έδαφος οι Γιανακόπουλος και συν., (2009) σε μια πολύ πρόσφατη έρευνα σε πληθυσμό 650 παιδιών (8~12 χρόνων), βρήκαν τον συντελεστή $\alpha=0,80$

Στο δείγμα της παρούσας εργασίας, η μέση τιμή της κλίμακας C.D.I ήταν $MT=9,77$ και η τυπική απόκλιση $TA=6,81$. Η αναφερόμενη στην σχετική ερευνητική βιβλιογραφία μέση τιμή της κλίμακας C.D.I σε αντίστοιχα δείγματα γενικού πληθυσμού παιδιών και εφήβων ηλικίας 7~16 ετών είναι: Στις Η.Π.Α η μέση τιμή κυμαίνεται από

MT=9,09 και η τυπική απόκλιση TA=7,0 (Smucker et.al. 1986), ενώ στο Καναδά, η μέση τιμή της κλίμακας είναι MT=9,28 και η τυπική απόκλιση TA=7,3 (Derek, 2001, Kovacs, 2008) και παρουσιάζουν σχεδόν απόλυτη συμφωνία με εκείνα στις Η.Π.Α. Ανάλογες τιμές της πιο πάνω κλίμακας έχουν βρεθεί και σε αρκετές άλλες έρευνες σε δείγματα Ευρωπαϊκού γενικού σχολικού πληθυσμού: Στην Ιταλία, μέση τιμή της κλίμακας είναι MT=10,5 και η τυπική απόκλιση TA=6,07 (Frigerio et al., 2001), στην Ισπανία MT=9,7 και TA=6,6 (Davanzo et al., 2004), στην Σουηδία MT=10,5 και TA=7,1 (Ivarsson et al., 2006) και τέλος στην Εσθονία MT=9,9 και TA=6,3 (Samm et al., 2008). Σε ελληνικό δείγμα πληθυσμού 650 παιδιών ηλικίας από 8~12 χρονών οι Giannakopoulos και συν., (2009) βρήκαν μέση τιμή MT=7,5 και τυπική απόκλιση TA=6,09.

Στις επαναληπτικές μετρήσεις του δείγματος της έρευνας, φανερώνεται η υψηλή εσωτερική συνέπεια και αξιοπιστία των επαναληπτικών μετρήσεων του ερωτηματολογίου. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας και αξιοπιστίας (Cronbach alpha) ερωτηματολογίου C.D.I στην επαναληπτική έρευνα ήταν πολύ ικανοποιητικός και ήταν ίσος με $\alpha=0,875$. Τα αποτελέσματα μας αποδεικνύουν την υψηλή εσωτερική συνέπεια και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου στις επαναληπτικές μετρήσεις και συνηγορούν με τα ευρήματα άλλων ερευνών (Saylor et al., 1984, Kovacs, 1992, Giannakopoulos et al., 2009). Παρόλα αυτά, αρκετοί ερευνητές έχουν επισημάνει ότι οι επαναληπτικές χορηγήσεις της κλίμακας C.D.I. έχουν σαν αποτέλεσμα μια στατιστικά σημαντική μείωση του δείκτη εσωτερικής συνέπειας και αξιοπιστίας (Cronbach alpha) στην δεύτερη μέτρηση (Kaslow et al., 1984, Kazdin, 1987, Finch et al., 1987, Sorensen et al., 2006).

Στα αποτελέσματα των επαναληπτικών μετρήσεων, η συνολική μέση τιμή των βαθμολογιών ολόκληρου του δείγματος ήταν MT=8,73 και η τυπική απόκλιση TA=7,33.

Από τα πιο πάνω μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η βαθμολογία στο δείγμα μας, πρακτικά ταυτίζεται σχεδόν με τις άλλες πιο πάνω βαθμολογίες. Το εύρημα αυτό παρέχει μια σημαντική πληροφορία δεδομένου ότι η κλίμακα C.D.I χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά σε Κυπριακό δείγμα γενικού πληθυσμού παιδιών σχολικής ηλικίας και αποδεικνύει ανάλογες πολιτισμικές και πολιτιστικές αναλογίες μεταξύ των πιο πάνω χωρών. Σε αντίθεση, η μέση τιμή της κλίμακας C.D.I είναι σημαντικά υψηλότερη σε

Ιαπωνικό δείγμα πληθυσμού, όπου $M.T=17,4$ (Koizumi, 1991), σε Αραβικό δείγμα Πληθυσμού, $M.T=13,0$ (Ghareeb, 1989), σε Ταϊλανδέζο δείγμα, $M.T=18,5$ (Trangasombat & Likanapichitkul, 1997), σε Κορεάτικο δείγμα $M.T=12,3$ (Shin et al., 2008) και σε Ρωσικό δείγμα $M.T=14,0$ (Charman & Petrova, 1996). Οι διαφορές αυτές προφανώς να οφείλονται στη διαφορετική κουλτούρα, στα διαφορετικά πολιτιστικά, πολιτισμικά, και θρησκευτικά πιστεύω των χωρών αυτών. Αυτό επιβάλλει διαφορετική αξιολόγηση της βαθμολογίας της κλίμακας C.D.I καθώς και επιλογή διαφορετικής οριακής τιμής (cut-off score) για την ανίχνευση της κατάθλιψης στα πιο πάνω Εθνικά δείγματα πληθυσμού.

Το ερωτηματολόγιο C.D.I, όπως φάνηκε από τη πιο πάνω συζήτηση αλλά και από τα ευρήματα άλλων ερευνητικών εργασιών από τη διεθνή βιβλιογραφία, αποδεικνύεται ότι είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο ψυχομετρικό εργαλείο το οποίο μπορεί να ανιχνεύει καταθλιπτική συμπτωματολογία σε γενικό σχολικό πληθυσμό. Τα παρόντα αποτελέσματα ενθαρρύνουν και μαρτυρούν τις ψυχομετρικές του ιδιότητες. Παρόλα αυτά, η σύγκριση του C.D.I με άλλα παρόμοια εργαλεία και κλινικές ψυχιατρικές διαγνωστικές συνεντεύξεις είναι απαραίτητες ώστε να δοκιμαστούν ακόμη περισσότερο οι ψυχομετρικές του ιδιότητες.

6.1.2. Συχνότητα της παιδικής κατάθλιψης στην παρούσα έρευνα

Η ανίχνευση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κλινικής βαρύτητας στο 10,25% του σχολικού πληθυσμού αποτελεί το σημαντικότερο εύρημα της έρευνας, δεδομένης και της απουσίας παρόμοιων ερευνητικών μελετών για τη παιδική κατάθλιψη στον Κυπριακό χώρο. Παρά το γεγονός ότι η παρούσα μελέτη δεν είχε ως πρωταρχικό στόχο την επιδημιολογική προσέγγιση ολόκληρου του Κυπριακού παιδικού πληθυσμού, μας παρέχει ποσοτικά δεδομένα χρήσιμα για συγκρίσεις με τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Σε αντίστοιχα δείγματα γενικού πληθυσμού και με αντίστοιχη με την παρούσα έρευνα ελάχιστη οριακή τιμή βαθμολογία στην κλίμακα (μεγαλύτερο ή ίσο του 19) αναφέρονται ανάλογα αποτελέσματα. Για παράδειγμα στην Ιταλία σε δείγμα 284 παιδιών σχολικής ηλικίας το ποσοστό της κατάθλιψης ήταν 10.6% (Frigerio et al., 2001), στην Ισπανία σε δείγμα 205 παιδιών ηλικίας 8-15 ετών ήταν 11% (Davanzoet et al., 2004), στην Σουηδία σε δείγματα 471 παιδιών 8~13 ετών το ποσοστό ήταν 10% (Larsson & Melin, 1992), στην Εσθονία σε δείγμα 725 παιδιών 7~13 χρονών το

ποσοστό της κατάθλιψης ήταν 9,96% (Samm et al., 2008) και τέλος στην Αγγλία σε δείγμα 139 παιδιών το ποσοστό που ανιχνεύτηκε έφτανε το 8-10% (Charman & Petrova, 1996). Επιπρόσθετα, στην Ελλάδα σε δείγμα πληθυσμού 323 παιδιών ηλικίας 10~13 χρονών με ελάχιστη οριακή τιμή (cut-off score) το 19 στην βαθμολογία της κλίμακας C.D.I το ποσοστό ήταν 8,6% και με ελάχιστη οριακή τιμή το 10-18 στην βαθμολογία C.D.I το ποσοστό των παιδιών που παρουσίαζε ελαφριά καταθλιπτική συμπτωματολογία ανέβηκε στο 21,9% (Kleftaras & Didaskalou, 2006). Επίσης, επί Ελληνικού εδάφους οι Giannakopoulos και συν., (2009) σε δείγμα 538 παιδιών ηλικίας 8~12 χρονών ανίχνευσαν ποσοστό κατάθλιψης 4,2% με ελάχιστη οριακή τιμή βαθμολογίας το 19 στη κλίμακα C.D.I και ποσοστό 14,96% με ελάχιστη οριακή τιμή το 13-18 στην κλίμακα, ενώ στην Ρωσία σε δείγμα 206 παιδιών ανιχνεύθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης σε παιδιά που έφτανε το 26,1% (Charman & Petrova, 1996). Επιπρόσθετα, αξίζει να αναφερθεί ότι και σε μεγαλύτερες έρευνες με περισσότερα δειγματικά υποκείμενα αναφέρονται ανάλογα αλλά και μεγαλύτερα αποτελέσματα ποσοστών κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, η Kovacs (1992), σε δείγμα 1266 παιδιών και εφήβων, τα οποία ήταν μαθητές δημόσιων σχολείων της Φλόριντας, βρήκε ότι το 12% των παιδιών ήταν καταθλιπτικά. Οι Smucker και συν., (1986), σε τρία ανεξάρτητα δείγματα 1252 παιδιών και εφήβων ηλικίας από 8~16 ετών, τα οποία ήταν μαθητές δημόσιων σχολείων στην Πελοπόννησο, βρήκαν ότι, κατά μέσο όρο, ποσοστό 10% των παιδιών ήταν καταθλιπτικά και στην Κορέα σε δείγμα 1279 παιδιών ηλικίας 9~12 χρονών το ποσοστό κατάθλιψης ήταν 14% (Shin et al., 2008). Τέλος, σε έρευνα το 1993 επί ελληνικού εδάφους του Μανδρινού και των συνεργατών του, σε 1.316 εφήβους, ηλικίας 12-17 ετών ανιχνεύθηκαν ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης μέχρι και 20,3% (Madianos et al., 1993) και το 1998 σε έρευνα του ίδιου ερευνητή με 1325 εφήβους το ποσοστό κατάθλιψης έφτανε το 14,5% (Madianos, 1998).

Τα ευρήματα αυτά, τονίζουν την παγκοσμιότητα των καταθλιπτικών διαταραχών στην παιδική και εφηβική ηλικία και υπογραμμίζουν τον καθοριστικό ρόλο των βιολογικών και άλλων εκλυτικών παραγόντων στην εκδήλωση της κατάθλιψης σε χώρες με κοινά πολιτισμικά περιβάλλοντα.

Στις επαναληπτικές μετρήσεις που έγιναν η έρευνα εντόπισε την συχνότητα της κατάθλιψης σε ποσοστό 9,7 %. Η κυρίως έρευνα όπως αναλύθηκε πιο πάνω βρήκε το ποσοστό καταθλιπτικών παιδιών σε 10,2%. Συγκριτικά, παρουσιάζεται μια ελάχιστη μειωμένη απόκλιση 0,5% η οποία δεν είναι στατιστικά σημαντική και συνηγορεί με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών (Saylor et al., 1984, Kovacs, 1992, Giannakopoulos

et al., 2009). En αντιθέσει, άλλοι ερευνητές, στις μελέτες τους βρήκαν μια στατιστικά σημαντική μείωση της συνολικής βαθμολογίας των επαναληπτικών μετρήσεων (Kanzin 1987, Finch, et al., 1987, Kaslow, et al., 1984). Η διχογνωμία αυτή, ίσως σχετίζεται με το δείγμα πληθυσμού που μελετάται (γενικό ή κλινικό δείγμα) και με τον χρόνο χορήγησης των ερωτηματολογίων στις επαναληπτικές μετρήσεις.

6.1.3 Σχέση φύλου-κατάθλιψης στην κλίμακα

Στην παρούσα εργασία όσο αφορά την αντιπροσώπευση του φύλου φανερώνεται μια υπεροχή των καταθλιπτικών κοριτσιών σε σχέση με τα αγόρια (17 αγόρια ή 3,87% και 28 κορίτσια ή 6,38%), παρόλη την σχεδόν ίση αντιπροσώπευση τους στην έρευνα (217 αγόρια 49,43% και 222 κορίτσια 50,57%). Εντούτοις αυτή η διαφορά δεν βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική (X^2 test=2,724, df=1, p=0,099).

Από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας, η πλειοψηφία των ερευνητών υποστηρίζει ότι στους έφηβους και ενήλικες, η κατάθλιψη είναι περίπου δύο φορές συχνότερη στα κορίτσια και στο γυναικείο πληθυσμό σε σύγκριση με τα αγόρια και άντρες (Madianos & Stefanis, 1992, Bilanakis et.al., 1995, Kaplan et. al., 2000, American Psychiatric Assosiation, 2000). Σε αντίθεση, στην παιδική κατάθλιψη όσον αφορά το φύλο τα ερευνητικά δεδομένα είναι αντιφατικά και ποικίλουν: Αρκετές έρευνες καταλήγουν ότι η διαφορά στην βαθμολογία της κλίμακας C.D.I σε σχέση με το φύλο είναι στατιστικά σημαντική (Kovacs, 1992). Πολλοί ερευνητές έχουν αποδείξει την υπεροχή των αγοριών (Finch et al., 1985, Anderson et.al. 1987, Anderson & Mcgee, 1994, Olsson & Von Knorring, 1999, Olson et al., 1999, Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002), ενώ άλλοι ερευνητές απόδειξαν το αντίθετο στην δική τους έρευνα, δηλαδή την υπεροχή των κοριτσιών (Saylor et al., 1984, Kovacs, 1992, Hodges, 1990, Davanzo et al., 2004, Ivarsson et al., 2006). Τέλος, αρκετοί ερευνητές συνηγορούν με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας και εντοπίζουν ότι η σχέση φύλου-κατάθλιψης δεν είναι στατιστικά σημαντική (Kovacs, 1985, American Psychiatric Assosiation, 1994, Aluja & Blanch, 2002, Samm et al., 2008, Gianakopoulos et al., 2009).

Ερευνητές (Saylor, 1984, Hodges, 1990, Ivarsson et al., 2006) παρατηρούν ότι, τα ευρήματα που παρουσιάζουν υπεροχή των κοριτσιών στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας C.D.I, θα ήταν διαφορετικά αν χρησιμοποιούνταν διαφορετικές ελάχιστες οριακές τιμές της κλίμακας (Cutt-off scores) για τα αγόρια και τα κορίτσια. Έτσι εισηγούνται για την κλίμακα C.D.I να χρησιμοποιείται σαν ελάχιστη οριακή τιμή μεγα-

λύτερη ή ίση του 18 ή του 19 για τα αγόρια, ενώ για τα κορίτσια να είναι μεγαλύτερη ή ίση του 20. Τα αποτελέσματα όπως ισχυρίζονται θα ήταν πολύ πιο αξιόπιστα για τα κορίτσια.

6.1.4. Σχέση εθνικότητας-κατάθλιψης στην κλίμακα

Όσον αφορά την σχέση κατάθλιψης-εθνικότητας από την στατιστική ανάλυση και σύγκριση δεν παρατηρείται σημαντική στατιστική σχέση (χ^2 test=2,213, df=1, p=0,137). Τα ευρήματα μας συνηγορούν με αυτά των Kandel & Davies (1982), Costelo, (1989), Bird και συν.,(1989) και Barkmann και συν., (2008), που υποστηρίζουν ότι δεν υπήρχαν σημαντικές στατιστικές διαφορές στα ποσοστά κατάθλιψης σε πληθυσμούς παιδιών εφήβων διαφορετικής εθνικότητας. Παρόλα αυτά, η κατάθλιψη της παιδικής ηλικίας συναντάται σε παιδιά διαφορετικών εθνικοτήτων (Twenge & Nolen, 2002, Gilman et al., 2003, Gianakopoulos et al., 2009). Ωστόσο δεν έχουν διεξαχθεί συστηματικές μελέτες, ώστε να προσδιοριστεί εάν η εθνικότητα είναι πράγματι ένας σημαντικός παράγοντας.

6.1.5 Σχέση ηλικίας-κατάθλιψης στην κλίμακα

Η σχέση ηλικίας-κατάθλιψης στην παρούσα έρευνα δεν εξετάστηκε, αφού η μικρή ηλικιακή διαφορά των παιδιών (11~13 χρόνων) δεν θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική να μελετηθεί. Παρόλα αυτά είναι ερευνητικά αποδεκτό ότι, η συχνότητα των καταθλιπτικών διαταραχών αυξάνει παράλληλα με την αύξηση της ηλικίας (Kovacs, 1985, 1992, Hankin, et al., 1998, American Psychiatric Assosiation, 2000, Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002, Poli et al., 2003, Davanzo et al., 2004, Ivarson et al., 2006, Sann et al., 2008, Giannakopoulos et al., 2009). Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας (μέχρι και 5 χρονών) παρουσιάζουν μικρότερη συχνότητα κατάθλιψης από τα παιδιά σχολικής ηλικίας (6~12 χρονών) και οι έφηβοι παρουσιάζουν την μεγαλύτερη συχνότητα από όλες τις άλλες ηλικίες (Kashahi, et.al. 1983, Kovacs, 1985, 1992, American Psychiatric Assosiation, 2000, Ivarson et al., 2006, Sann et al., 2008, Giannakopoulos et al., 2009). Στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που προηγήθηκε της έρευνας, αλλά και στις πιο πάνω προαναφερθείσες μελέτες, έχει περιγραφεί μια αυξητική τάση, δηλαδή τα παιδιά ηλικίας 13 ετών να έχουν ελαφρά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα της κατάθλιψης, σε σύγκριση με τα παιδιά ηλικίας μικρότερης των 12 ετών, χωρίς ωστόσο οι διαφορές αυτές να είναι στατιστικά σημαντικές (Finch et al., 1985,

Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002, Davanzo, et al., 2004, Ivarson et al., 2006, Barkman et al., 2008, Giannakopoulos et al., 2009).

Η υπεροχή του γυναικείου φύλου στην συχνότητα της κατάθλιψης με την αύξηση της ηλικίας αποδείχθηκε ότι σχετίζεται μεταξύ άλλων, με την επίδραση ψυχοκοινωνικών πολιτισμικών και πολιτιστικών παραγόντων, οι οποίοι καθιστούν τις γυναίκες ευάλωτες στην κατάθλιψη αλλά και σε άλλες ψυχικές διαταραχές. Έχει αποδειχθεί ότι οι διαφορές των δύο φύλων στην εκπαίδευση, την απασχόληση και στο εισόδημα οδηγούν σε διαφορές στη συχνότητα της κατάθλιψης στα δυο φύλα, σε ενήλικο πληθυσμό (Golding, 1998, Τούντας, 2006).

6.1.6. Υποκλίμακες στην παρούσα έρευνα

Όσο αφορά τις υποκλίμακες της C.D.I στην έρευνα μας, αυτές δείχνουν υψηλή συσχέτιση και εσωτερική συνοχή μεταξύ των ερωτήσεων που τις αποτελούν και επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα άλλων ερευνών (Kanzin, 1987, Larison & melin, 1992, Kovacs, 1992, Davanzo et al., 2004, Ivarsson et al., 2006, Sann et al., 2008). Η συσχέτιση (colleration coefficients–spearman) στις ερωτήσεις των υποκλιμάκων για ολόκληρο το δείγμα παρουσιάζει διακύμανση της τάξεως από 0,19 μέχρι 0,58 και ήταν όλα στατιστικά σημαντικά. Αποδεικνύεται ότι ένα παιδί όσο πιο ψηλά βρίσκεται στην βαθμολογία σε μια υποκλίμακα τόσο πιο ψηλή βαθμολογία παρουσιάζει και στις υπόλοιπες. Τα καταθλιπτικά παιδιά δηλαδή, παρουσιάζουν πληθώρα συνοδών αρνητικών συμπτωμάτων. Τα ευρήματα αυτά, υποστηρίζουν την άποψη και άλλων ερευνητών (Heisel & Matson, 1984, Weiss & Weisz, 1988, Weiss et al., 1991, Davanzo et al., 2004) ότι δηλαδή, η παιδική κατάθλιψη αποτελεί ένα ξεχωριστό σύνδρομο με πολυδιάστατη εικόνα.

Τα αποτελέσματα μας συμφωνούν επίσης και με την έρευνα των Ivarsson και συν., (2006) που πραγματοποιήθηκε σε Σουηδικό δείγμα 405 παιδιών και εφήβων σχολικού πληθυσμού όπου βρέθηκε υψηλή συνοχή σε όλες τις υποκλίμακες και σχετικά χαμηλή τιμή στην υποκλίμακα διαπροσωπικές σχέσεις.

Επιπρόσθετα, διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των μέσων όρων του φύλου στις υποκατηγορίες «αρνητική συναισθηματική διάθεση», «αρνητική αυτοεκτίμηση» και «ανηδονία», με τα κορίτσια να παρουσιάζουν πιο ψηλά ποσοστά συγκρινόμενα με τα αγόρια.

Από την ανάλυση επίσης παρατηρείται σημαντική στατιστική διαφορά στους μέσους όρους στην καταθλιπτική ομάδα στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια στις υποκλίμακες «διαπροσωπικά προβλήματα» και «αναποτελεσματικότητα». Συγκεκριμένα, τα αγόρια παρουσιάζουν ψηλότερη βαθμολογία στις υποκλίμακες αυτές από ότι τα κορίτσια και αυτή η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική. Τα αποτελέσματα μας συνηγορούν επίσης και με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών (Davanzo et al., 2004, Ivarsson et al., 2006).

Όσον αφορά τη σύγκριση με βάση την εθνικότητα στις υποκλίμακες δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ Κυπρίων και αλλοδαπών.

6.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΑΡΑΔΟΧΕΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αν και τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης βασίζονται σε ένα μεγάλο και αντιπροσωπευτικό δείγμα παιδιών του γενικού πληθυσμού, πολλοί παράγοντες περιορίζουν την γενίκευση των ευρημάτων της. Ένας από τους παράγοντες είναι η γεωγραφική θέση του δείγματος. Ο βαθμός, στον οποίο θα βρίσκαμε διαφορετικά ευρήματα από εθνικό δείγμα ή από δείγματα από άλλες περιοχές της χώρας, είναι άγνωστος. Επιπλέον, είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι η μελέτη βασίζεται σε δείγμα παιδιών που φοιτούν στο σχολείο, κατά συνέπεια δεν συμπεριλαμβάνονται παιδιά που εγκαταλείψαν το σχολείο (κυρίως παιδιά με ξένη εθνικότητα) που ίσως να περιλαμβάνονταν στα καταθλιπτικά παιδιά. Επιπρόσθετα η αποχή των παιδιών από την έρευνα λόγω της μη συγκατάθεσης των γονιών ή κηδεμόνων, αποτελεί σοβαρό μειονέκτημα και πιθανόν να αλλοίωσε τα αποτελέσματα της έρευνας.

Η συγκεκριμένη ερευνητική εργασία αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια ανίχνευσης και καταγραφής προβλημάτων που σχετίζονται με την κατάθλιψη σε Κυπριακό δείγμα παιδιών. Η ανίχνευση και αξιολόγηση των παιδιών με υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία καλό είναι να συνεχιστεί και με επιπλέον εργαλεία. Αναγνωρίζεται ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (C.D.I.) μόνο από τα παιδιά, αποτελεί σοβαρό περιορισμό της έρευνας. Η συνεκτίμηση των απόψεων των εκπαιδευτικών και των γονέων των παιδιών, ίσως να ήταν πιο βοηθητική και ενισχυτική για την ανίχνευση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στο γενικό σχολικό πληθυσμό. Ωστόσο τα παι-

διά αποτελούν τους καλύτερους πληροφοριοδότες και αξιόπιστους φορείς για την αξιολόγηση δυσκολιών και συμπτωμάτων που αφορούν την διάθεσή τους και για τον προσδιορισμό των συμπτωμάτων της κατάθλιψης (Angold et al., 1987, Fleming & Offord, 1990, Barret et al., 1991, Polaino-Lorente & Domenech, 1993). Ως προς την αξιοπιστία και εγκυρότητα των γονέων ως φορέων πληροφόρησης για την αξιολόγηση της κατάθλιψης, υπάρχουν αντιφατικές μαρτυρίες. Οι περισσότερες μελέτες αναγνωρίζουν πως οι γονείς δεν αποτελούν αξιόπιστους φορείς (Puura et al., 1997) και τείνουν να υποτιμούν τα συμπτώματά της, συγκριτικά με τα ίδια τα παιδιά (Angola et al., 1987, Barret et al., 1991, Andrews et al., 1993, Cantwell et al., 1997). Οι αντιλήψεις των γονέων για την κατάθλιψη στα παιδιά βρέθηκε να συνδέεται έντονα με την κατάθλιψη του ιδίου του γονέα, και σε μικρότερο βαθμό με τα συναισθήματα του ίδιου του παιδιού (Olson et al., 1999). Τα αποτελέσματα από μελέτες που παρουσιάζουν μεγάλο βαθμό συμφωνίας μεταξύ γονέων και παιδιών ως προς την παρουσία και τη σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Kandian, 1981, Kent et al., 1997) πιθανόν να ερμηνεύονται με βάση το δείγμα (κλινικό ή γενικό δείγμα), τη σοβαρότητα της διαταραχής και τα κριτήρια αξιολόγησης. Για παράδειγμα, οι γονείς αναγνωρίζουν ιδιαίτερα, όσα συμπτώματα της κατάθλιψης εκφράζονται με σωματικά παράπονα, με απουσία συγκέντρωσης ή και διάσπασης προσοχής (Ivens & Rehn, 1988).

Όσον αφορά τους εκπαιδευτικούς επίσης υπάρχουν αντιφατικά αποτελέσματα ως προς την αξιοπιστία τους για την αναγνώριση της κατάθλιψης (Kogur, 1985, Maag, Rutherford, et al., 1998). Από μελέτες της Tisher (1995), οι εκπαιδευτικοί αναγνωρίζουν την καταθλιπτική συμπτωματολογία και τις διαταραχές συμπεριφοράς σε ένα κλινικό δείγμα παιδιών συγκριτικά με μια ομάδα ελέγχου και με ένα κλινικό δείγμα παιδιών χωρίς κατάθλιψη. Αντίθετα, οι Kashani και συν., (1983) και οι Moor και συν., (2000) σε γενικό δείγμα διαπίστωσαν ότι οι εκπαιδευτικοί δύσκολα αναγνωρίζουν την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Οι ερευνητές που ασχολήθηκαν συστηματικά με τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την κατάθλιψη σε κλινικό (Kent et al., 1995) και σε σχολικό δείγμα παιδιών (Maag et al., 1988) αναφέρουν πως οι εκπαιδευτικοί συνήθως συνδέουν την κατάθλιψη με χαμηλή σχολική επίδοση, ανεπαρκή λειτουργία της οικογένειας, χαμηλή αυτοπεποίθηση, ευερεθιστικότητα και άγχος, κοινωνική απόσυρση και χρήση ουσιών από τους μαθητές (Brophy, 1979, 1983, Χαντζή & Παπαδάτος 1990). Επιπλέον, οι εκπαιδευτικοί δεν αναφέρουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης και δεν υιοθετούν τη διάκριση μεταξύ άγχους και κατάθλιψης (Kent, et al., 1995). Πιθανές ερμηνείες για την εκτίμηση των εκπαιδευτικών συνδέονται με το γε-

γονός ότι τα παιδιά βιώνουν παροδικές συναισθηματικές αλλαγές, εκδηλώνουν καταθλιπτικά συμπτώματα μόνο στο στενό οικογενειακό τους περιβάλλον και ότι καταθλιπτικά συμπτώματα δύσκολα αναγνωρίζονται καθώς αφορούν εσωτερικές διεργασίες (Moor et al., 2000).

Επιπρόσθετα, ένας περιορισμός της παρούσας έρευνας προκύπτει από το γεγονός ότι αυτή επικεντρώθηκε αποκλειστικά σε παιδιά ηλικίας 11-13 ετών. Αυτό δεν επιτρέπει τη μελέτη της συσχέτισης της κατάθλιψης με την ηλικία στερώντας τη δυνατότητα συγκριτικής ανάλυσης των πιθανών ευρημάτων που θα προέκυπταν με τα διεθνή δεδομένα.

Η αδυναμία της έρευνας να μελετήσει το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των δειγματικών υποκειμένων της θεωρείται επίσης ακόμη ένας περιορισμός της παρούσας έρευνας γιατί στερεί το δικαίωμα συγκριτικής ανάλυσης και ερμηνείας της σχέσης της παιδικής κατάθλιψης με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των παιδιών.

Τέλος, η έλλειψη κλινικών δεδομένων για παιδιά αλλά και εφήβους, καθώς και η έλλειψη παρόμοιων ερευνητικών δεδομένων από άλλα δομημένα εργαλεία ανίχνευσης και καταγραφής της παιδικής κατάθλιψης σε γενικό σχολικό πληθυσμό στην Κύπρο, αποτελεί σοβαρό περιορισμό όσο αφορά την συγκριτική αξιολόγηση της κλίμακας καταγραφής της παιδικής κατάθλιψης C.D.I στην Κύπρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

7.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το ερευνητικό ενδιαφέρον της παρούσας εργασίας αποτέλεσε η μελέτη της συχνότητας της παιδικής κατάθλιψης σε μαθητές 6^{ης} Δημοτικού, με βάση την κλίμακα CDI.

Η ανίχνευση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στο σχολικό πληθυσμό που μελετήθηκε αποτελεί το σημαντικότερο εύρημα της έρευνας, δεδομένης και της απουσίας παρόμοιων ερευνητικών μελετών για τη παιδική κατάθλιψη στον Κυπριακό χώρο. Παρά το γεγονός ότι η παρούσα μελέτη δεν είχε ως πρωταρχικό στόχο την επιδημιολογική προσέγγιση ολόκληρου του Κυπριακού παιδικού πληθυσμού, μας παρέχει ποσοτικά δεδομένα χρήσιμα για συγκρίσεις με τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Έχει διαπιστωθεί ότι ένα ποσοστό 10,2% του δείγματος μας παρουσίαζε καταθλιπτική συμπτωματολογία κλινικής βαρύτητας. Ανάλογο ποσοστό 9,7 % βρέθηκε στις επαναληπτικές μετρήσεις που έγιναν σε 154 παιδιά (35,07% του συνολικού δείγματος της κυρίως έρευνας).

Η επίδραση του φύλου, της εθνικότητας στην καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Επιπρόσθετα, κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων, έχει βρεθεί ότι υπάρχουν θετικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων και είναι στατιστικά σημαντικές. Διαπιστώνεται ότι τα κορίτσια στις υποκατηγορίες «αρνητική συναισθηματική διάθεση», «αρνητική αυτοεκτίμηση» και «ανηδονία», παρουσιάζουν πιο ψηλά ποσοστά σε σύγκριση με τα αγόρια που τα κάνει στατιστικά σημαντικά.

Από την ανάλυση επίσης παρατηρείται σημαντική στατιστική διαφορά στους μέσους όρους στην καταθλιπτική ομάδα στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια στις υποκλίμακες «διαπροσωπικά προβλήματα» και «αναποτελεσματικότητα». Συγκεκριμένα, τα αγόρια παρουσιάζουν ψηλότερη βαθμολογία στις υποκλίμακες αυτές από ότι τα κορίτσια και αυτή η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική. Τα αποτελέσματα μας συνηγορούν με άλλες έρευνες (Ivarsson et al., 2006).

Τα ευρήματα στην έρευνα μας, ενθαρρύνουν και μαρτυρούν την εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου καταγραφής της παιδικής κατάθλιψης C.D.I. (Children's Depression Inventory) και σε Κυπριακό δείγμα σχολικού πληθυσμού.

Παρόλα αυτά, η σύγκριση του με άλλα παρόμοια εργαλεία και κλινικές ψυχιατρικές διαγνωστικές συνεντεύξεις είναι απαραίτητες ώστε να δοκιμαστούν ακόμη περισσότερο οι ψυχομετρικές του ιδιότητες.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης θα μπορούσαν να αποτελέσουν το ερέθισμα για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος της παιδικής κατάθλιψης, συμβάλλοντας έτσι, έστω και στο ελάχιστο, σαν βάση δεδομένων για τη διερεύνηση του προβλήματος και τη διεύρυνση της επιστημονικής γνώσης που αφορά την παιδική κατάθλιψη στην Κύπρο.

Οι προσπάθειες από γονείς, εκπαιδευτικούς και λειτουργούς ψυχικής υγείας, για πρόληψη, ανίχνευση, έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου αποτελούν επιτακτική θεραπευτική αναγκαιότητα, δεδομένου ότι η κατάθλιψη της παιδικής ηλικίας είναι μια χρόνια διαταραχή η οποία μπορεί να επιμείνει και στην ενήλικη ζωή. Η πρόωπη αναγνώριση και οι έγκαιρες θεραπευτικές παρεμβάσεις επιτρέπουν τη συνέχιση της φυσιολογικής ανάπτυξης του παιδιού και την πρόληψη της χρονικότητας της νόσου. Το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον μπορεί να παίζουν καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη και στην πρόωπη αναγνώριση της κατάθλιψης της παιδικής ηλικίας.

Ο σκοπός όλων θα πρέπει να είναι η καλλιέργεια της πνευματικής τους ωριμότητας. Πνευματική ωριμότητα σημαίνει να κατανοήσουν οι νέοι, τους πνευματικούς μηχανισμούς της αντίληψης, της μνήμης, της παρατηρητικότητας, της φαντασίας, της κρίσης και του συλλογισμού (Χουρδάκη, 1995). Εφοδιάζοντας το παιδί με πνευματική και ψυχική δύναμη, δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και προβλημάτων αντλώντας κοινωνική δύναμη και υποστήριξη ώστε να γίνει ψυχικά εύρωστος.

7.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ

7.2.1. Ερευνητικές προτεραιότητες για το μέλλον

Η παρούσα έρευνα θα μπορούσε να αποτελέσει το ερέθισμα για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος στην Κύπρο, αφού ανιχνεύτηκαν ψηλά ποσοστά καταθλιπτικών συμπεριφορών σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Επομένως, δεν θα έπρεπε να παραλειφθούν προτάσεις για περαιτέρω έρευνα επί Κυπριακού εδάφους. Μερικές προτάσεις για περαιτέρω έρευνα θα μπορούσαν να είναι οι εξής:

1. Η συνεκτίμηση των απόψεων των εκπαιδευτικών και των γονιών των παιδιών, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε μελλοντικές έρευνες, που αφορούν την ανίχνευση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε παιδιά σχολικού πληθυσμού.
2. Η σύγκριση του σχολικού δείγματος με ένα κλινικό δείγμα και η διαχρονική παρακολούθηση που διερευνά την συνέχεια ή την ασυνέχεια στην εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, θεωρούνται επίσης απαραίτητες προϋποθέσεις για τις ψυχομετρικές ιδιότητες του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου.
3. Η περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων του φύλου, της ηλικίας, της εθνικότητας, αλλά και άλλων παραγόντων, όπως τη σχέση της κατάθλιψης με το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο του παιδιού, την σχολική του επίδοση, την κοινωνική λειτουργικότητα του και προβληματική συμπεριφορά του.
4. Η ανίχνευση και μελέτη της κατάθλιψης σε παιδιά που ζουν σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές και η επισήμανση των τυχόν ομοιοτήτων και διαφορών τους με τα παιδιά των αστικών περιοχών.
5. Η περαιτέρω έρευνα της μελέτης των προδιαθεσικών παραγόντων εμφάνισης καταθλιπτικού επεισοδίου στην παιδική ηλικία. Συγκεκριμένα, Η μελέτη αλληλεπιδράσεων μεταξύ μεμονωμένων γεγονότων με σημαντική επίδραση στη ψυχοσύνθεση του παιδιού (όπως θάνατος η απουσία γονέα) και χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και του περιβάλλοντος του παιδιού (Hammen et al., 1985), αλλά και άλλων ψυχοκοινωνικών μεταβλητών που θα αυξήσουν το ποσοστό της μεταβλητότητας της συμπτωματολογίας όπως αρνητική επίπτωση των καταθλιπτικογόνων παραγωγικών αιτιών της συμπεριφοράς (Γιαννίτσας, 1988) και της ψυχοπαθολογίας των γονέων στην ψυχολογία του παιδιού (Beardslee et al., 1983, Kashani et al., 1985, Keller et al., 1986, Welner & Rice, 1988, Downey & Coyne 1990, Gelfand & Teri 1990, Thomas & Forehand, 1991 Warner et al., 1992, Kaslow et al., 1994, Lewinsohn et al., 1998).

7.2.2 Πιθανές παιδαγωγικές εφαρμογές

Θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο για δημιουργία κέντρων ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους τόσο από το Υπουργείο Παιδείας όσο και από το Υπουργείο Υγείας τα οποία θα καλύπτουν όλα τα σχολεία ανά το Παγκύπριο, σύμφωνα με την υπάρχουσα διεθνή εμπειρία όσο αφορά τη σύγχρονη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η δημιουργία και η «ελκυστικότητα» των κέντρων Ψυχικής Υγιεινής μέσα στο σχολείο ίσως επιφέρει θετικά αποτελέσματα. Η πρόταση αυτή υποστηρίζεται και από τους Κύπριους δημόσιους εκπαιδευτικούς που πρόσφατα καταθέσαν πρόταση μέσω του συνδικαλιστικού τους φορέα σε όλα τα εμπλεκόμενα Υπουργεία. Τα κέντρα αυτά, σύμφωνα και με τη διεθνή βιβλιογραφία, στελεχώνονται με παιδοψυχιάτρους, ψυχολόγους, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές και κοινοτικούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Παράλληλα, προτείνεται η υιοθέτηση του θεσμού του σχολικού ψυχολόγου, σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης που θα αποτελεί το συνδετικό κρίκο με την πιο πάνω διεπιστημονική ομάδα.

Επιπρόσθετα, πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο ενσωμάτωσης μέσα στη σχολική ύλη προγραμμάτων προαγωγής και αγωγής της υγείας για πρωτογενή πρόληψη που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των μαθητών (Παρασκευόπουλος, 1992). Η προαγωγή υγιεινών τρόπων ζωής και η μείωση των παραγόντων που οδηγούν σε ψυχικές διαταραχές, όπως ασταθή οικογενειακά περιβάλλοντα, καταχρήσεις και κοινωνικές αναταραχές καθώς και η υποστήριξη της σταθερής οικογενειακής ζωής, της κοινωνικής συνοχής και της ανάπτυξης του παιδιού, είναι τα βασικά σημεία που πρέπει να δώσει βάση η σύγχρονη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην ψυχική υγεία.

Η μείωση της επικράτησης της κατάθλιψης λαμβάνει χώρα στο φυσικό περιβάλλον του σχολείου από σημαντικούς άλλους στη ζωή των μαθητών (Albert & Beck, 1975). Ειδικότερα, όσον αφορά την καταθλιπτική συμπτωματολογία των μαθητών, αφού ο μαθητής περνά τα 2/3 της ημέρας του στο σχολείο, φαίνεται λογικό ότι το σχολικό περιβάλλον έχει πρωταγωνιστικό ρόλο στην συναισθηματική υγεία των μαθητών (Albert & Beck, 1975, Τσιάντης, 1980, Φλουράτου, 1999, Παπαδάτος, 2001). Σκοπός τέτοιων προγραμμάτων είναι η ανάπτυξη των ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των μαθητών, με αποτέλεσμα τη μύηση των παιδιών στις αξίες και τις πρακτικές της κοινωνίας και την προετοιμασία τους για τους ρόλους που πρόκειται να αναλάβουν στο μέλλον.

Το σχολείο είναι ένας φυσικός χώρος εκπαίδευσης και μάθησης σύγχρονων γνώσεων και αξιών. Από πολλούς θεωρείται ο πλέον κατάλληλος χώρος για παρεμβάσεις που προάγουν, με τη χρήση ποικίλων εκπαιδευτικών μεθόδων, μια σύγχρονη αντίληψη και συμπεριφορά που συμβάλει στη βελτίωση της ψυχικής υγείας. Τα σχολεία έχουν αποφασιστικό ρόλο στη προετοιμασία των παιδιών για τη ζωή αλλά πρέπει να ενθαρρύνουν περισσότερο την υγιή κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξή τους. Το σχολικό περιβάλλον μπορεί να παίξει καθοριστικό ρόλο στην πρόιμη αναγνώριση της κατάθλιψης της παιδικής ηλικίας (Καλαντζή–Azizi, 1985), γιατί αποτελεί έναν ιδανικό χώρο αξιολόγησης της συναισθηματικής διάθεσης και της κοινωνικής συμπεριφοράς του μαθητή (Καντάς, 1988, Μπίμπου & Κιόσσεογλου 2001, Τσιπλητάρης, 2001, Παπαδόπουλος, 2001, Τσιάντης, 2001, Παπαδάτος, 2001).

Άλλωστε, η πλειονότητα των παιδιών και των εφήβων με συναισθηματική δυσφορία εκφράζει μεγάλη προθυμία επαφής με επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο χώρο του σχολείου εάν η εμπιστευτικότητα και η εχεμύθεια ήταν δεδομένες (Riggs & Cheng, 1988). Το 41% των παιδιών και των εφήβων με ψυχική διαταραχή και 34% χωρίς ψυχική δυσλειτουργία αναζητούν βοήθεια από σχολικούς ψυχολόγους (Offer et al., 1991), ευρήματα που έχουν φανερές επιπτώσεις στο σχεδιασμό παρεμβάσεων με στόχο παιδιά και εφήβους που χρήζουν ψυχοθεραπευτικής βοήθειας.

Από την άλλη πλευρά, μελέτες δείχνουν ότι το 70% έως το 90% των νέων που χρειάζονται τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν προσέρχονται σε αυτές (Hobbs, 1982). Οι παρεμβάσεις αρχίζουν όταν ένα άτομο αναζητήσει ή ενθαρρύνεται να αναζητήσει θεραπεία για μια σοβαρή δυσλειτουργία που έχει αναπτυχθεί εδώ και χρόνια. Τέτοιες θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι οικονομικά δαπανηρές και απαιτούν πείρα και προσωπική εμπλοκή. Επιπλέον, η νοσηλεία απομακρύνει τα παιδιά από την ομάδα των συμμαθητών, τους φίλους, το σχολείο και την οικογένειά τους (Petersen et al., 1992, 1993). Τα παιδιά όχι μόνο βιώνουν ασυνήθιστη επιφέρουσα στιγματοποίηση αλλά είναι πιθανό να χάσουν σπουδαίες εξελικτικές εμπειρίες στο χώρο του σχολείου και στην ομάδα των συνομήλικων τους. Η επιστροφή σε αυτά τα περιβάλλοντα μετά από την νοσηλεία, είναι πιθανό να βιωθεί ως πολύ δύσκολη. Η απόκλιση από την φυσιολογική εξελικτική διαδικασία στην παιδική ηλικία και η νοσηλεία καθώς και η θερα-

πεία κατάθλιψης ίσως προκαλέσει ή ενισχύσει μια πιο απομακρυσμένη καταθλιπτικογόνα προσέγγιση ζωής.

Είναι φανερό ότι οι σχετικές παρεμβάσεις πρέπει να αλλάξουν φύση και χροιά. Οι υπηρεσίες θα πρέπει να παρέχονται μέσα στη σχολική κοινότητα και να κάνουν χρήση όλων των διαθέσιμων πόρων, ώστε να δίνουν τη δυνατότητα της ανίχνευσης της έγκυρης πρόληψης, παρέμβασης και να περιορίζουν τον στιγματισμό των παιδιών. Στο πλαίσιο των παρεμβάσεων σε ότι αφορά την παιδική κατάθλιψη, πρέπει να οργανώνονται περιβαλλοντικά συστήματα ή/και να ενδυναμώνονται προσωπικές και κοινωνικές πηγές διεξόδων με στόχο την προαγωγή της προσαρμοστικής συμπεριφοράς και την πρόληψη ή την πρόωπη αναγνώριση ψυχοπαθολογίας σε μεγάλες ομάδες παιδιών. Το σχολείο ως χώρος, κατέχει όλες τις προαναφερθείσες ιδιότητες.

Η κατάθλιψη και η συννοσηρότητα της, καθώς και η αυτοκτονική απόπειρα ειδικότερα κατά την εφηβεία ίσως παύσουν να υφίστανται μέσω της συμμετοχής των παιδιών σε προγράμματα πρόληψης παθολογικής συμπεριφοράς (Spirito et al., 1988, Τσιάντης και συν., 1981, Τσιάντης και συν., 1989). Η συμμετοχή των παιδιών σε προγράμματα, που θα προσφέρονται ως μάθημα στο σχολείο, για ενημέρωση και ανάπτυξη δεξιοτήτων σε θέματα ψυχικής υγείας και καλής διαχείρισης των συναισθημάτων τους, αυξάνει τις σχέσεις και την επικοινωνία, ενισχύει την αυτοεκτίμηση, την αυτοπεποίθηση και βελτιώνει σημαντικά τις ικανότητές τους. Η προαγωγή ορθολογικής σκέψης και συμπεριφοράς, καθώς και η εκμάθηση τρόπων αντιμετώπισης στρεσογόνων γεγονότων και καταστάσεων και η προαγωγή θέσεων και πεποιθήσεων που εναρμονίζονται με πιο υγιείς συνθήκες ζωής, θεωρείται απαραίτητη γιατί θεμελιώνουν την ψυχική υγεία του παιδιού.

Επιπρόσθετα, σημαντικό στοιχείο της προληπτικής στρατηγικής είναι η πληροφόρηση των γονέων, των εκπαιδευτικών και της κοινότητας, μέσω ειδικών προγραμμάτων πρόληψης, που θα τους βοηθήσει στην αναγνώριση της κατάθλιψης στην παιδική ηλικία. Τέτοια εκπαιδευτικά προγράμματα δείχνουν ότι οι γονείς αποκτούν σαφέστερη αντίληψη των προβλημάτων και αναζητούν ευκολότερα βοήθεια (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001). Η ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών εξαρτάται μεταξύ άλλων και από την αλληλεπίδραση τους με τους συνομήλικους, τους γονείς και τους δασκάλους. Τα προγράμματα αυτά, αναβαθμίζουν την ποιότητα αυτών των σχέσεων,

και συμβάλουν στην συναισθηματική, κοινωνική, γνωστική και σωματική ανάπτυξη του παιδιού. Για παράδειγμα, τέτοια προγράμματα μπορεί να εφαρμοστούν σε ευάλωτες οικογένειες, χαμηλού κοινωνικό-οικονομικού στρώματος, με χαμηλό εκπαιδευτικό υπόβαθρο και να στοχοκατευθύνονται στη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης, στη καλύτερη οικογενειακή ζωή, και τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος πλούσιο σε ερεθίσματα για τα παιδιά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΦΩΝΗ

Γιαννίτσας, Ν. (1988), Βαθμός βεβαιότητας και Αβεβαιότητας: Αιτιολογικοί παράγοντες και επιπτώσεις στην προσαρμογή του παιδιού. Διδακτορική διατριβή, τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Ιεροδιακόνου, Χ. (1997), Ψυχικά προβλήματα στα παιδιά και εφήβους, Ανατύπωση 1997, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις: Μαστοράκι.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2004), Ψυχοπαθολογία παιδιών και Εφήβων. Αναπτυξιακή Προσέγγιση. Αθήνα, Εκδ. Τυπωθήτω.

Καλαντζή–Azizi, Α. (1985), Θέματα κλινικής ψυχολογίας. Εφαρμοσμένη κλινική Ψυχολογία στο χώρο του σχολείου, Αθήνα, Αυτοέκδοση.

Καντάς, Σ. (1987), Αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη και σχολική υπό-επίδοση. Πρακτικά Α Πανελληνίου Συνεδρίου Συμβουλευτικής–Προσανατολισμού. Τεύχος 5-6, σ.92-94, Αθήνα, Εκδόσεις. ΕΛ.Ε.ΣΥ.Π. (Ελλην. Εταιρείας Συμβουλευτικής–Προσανατολισμού).

Karlan, I.H., Sadock B.J., Grebb, J.A. (2000), Ψυχιατρική. Β τόμος, 7^η έκδοση, Αθήνα, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Καραπέτσας, Α.Β., & Ζυγούρης, ΗΧ. (2003), Η χρήση γνωστικών προκλητών δυναμικών ως μέθοδος διάγνωσης στις διαταραχές της διάθεσης (κατάθλιψη) σε παιδιά και εφήβους. *Περιοδικό εγκέφαλος, Αρχεία Νευρολογίας και Ιατρικής*, σελ. 1-10.

Κολυβά–Μαχαιρά, Φ., & Μπόρα–Σέντα, Ε. (1993), Εισαγωγή στη Στατιστική, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Ζήτη.

Κούρος, Ι. (1996), Ιατροψυχολογικά Θέματα, Εξέλιξη στην νευρολογία και ψυχιατρική ενηλίκου και παιδιού, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Λαζαράτου, Ε. (1997), «Σχολική Φοβία», Στο: *Συνοπτικές σημειώσεις παιδοψυχιατρικής. Επιμέλεια* έκδοσης: Τσιάντης, Ι. Ψυχιατρική κλινική πανεπιστήμιου Αθηνών, Αθήνα, σελ.50-54.

Λαζαράτου, Ε., & Αναγνωστόπουλος, Δ.Κ. (2001), Εφηβεία και κατάθλιψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(5): 466-474.

Lester-Παπαμαρτινάκη, Ε. (1988), «Η κατάθλιψη των παιδιών και των Έφηβων». Στον: Τσιάντη, Ι., & Μανωλόπουλο, Σ. (επιμελητές έκδοσης). *Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής*, (σελ. 235-249), Δεύτερο μέρος, Αθήνα, εκδόσεις Καστανιώτης.

Μάνος, Ν. (1988), Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, τόμος 1 και 2 Θεσσαλονίκη, University Studio Press.

Μάνος, Ν. (1997), Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη, University Studio Press.

Μάνος, Κ. (2003), Παιδαγωγική ψυχολογία Ψυχοπαιδαγωγική, Αθήνα, εκδόσεις Γρηγόρη.

Μερκούρης, Α. (2008), Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας, Αθήνα, Εκδόσεις Ελλην.

Μπίμπου, Α., & Κιοσίογλου, Γ. (2001), «Προσδιορισμός Καταθλιπτικών Συμπτωμάτων σε παιδιά και εφήβους Σχολικής ηλικίας», Δεδομένα από την χρήση του Ερωτηματολογίου Διάθεσης και συναισθημάτων. Μέρος Α. Ελληνική εταιρεία ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας παιδιών και εφήβων (παιδικός έφηβος). *Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*, τεύχος Ι, 2001 άνοιξη, Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη.

Μπίμπου, Α., & Κιοσίογλου, Γ. (2001), «Προσδιορισμός Καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε παιδιά και Εφήβους Σχολικής ηλικίας, παράγοντες φύλου και ηλικίας στην αξιολόγηση παιδιών και εφήβων σε σημαντική παρουσία Καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Μέρος Β. Ελληνική Εταιρεία ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας, παιδιών και εφήβων (παιδικός έφηβος). *Ψυχική υγεία και ψυχοπαθολογία*, Τεύχος Ι, 2001, άνοιξη, Αθήνα, εκδόσεις Καστανιώτη.

Παπαγεωργίου, Β.Α. (2005), Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων. Θεσσαλονίκη. Εκδ. Univesrity Press Studio.

Παπάνης, Ε. (2007), Παιδική και εφηβική κατάθλιψη, Ελληνική Κοινωνική Έρευνα, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, http://epapanis.blogspot.com/2007/11/blog-spot_07.html

Παπαδάτος, Γ., & Χατζηϊωάννου, Α. (1987), Η Αυτοκτονία στις σύγχρονες κοινωνίες: Κοινωνικοί, ψυχικοί και σωματικοί παράγοντες. Ψυχική διαταραχή και σχολική επίδοση. *Ψυχολογικά θέματα*, 1, 211-229.

Παπαδάτος, Γ. (1991), Προβλήματα παιδιών σχολικής ηλικίας. Επιθεώρηση συμβουλευτικής και προσανατολισμού, Τ. 18-19, Αθήνα, αυτοέκδοση.

Παπαδάτος, Γ., & Χαντζή, Α. (1992), Παράγοντες που επηρεάζουν την σχολική επίδοση μαθητών της ΣΤ' Δημοτικού. Ψυχολογική έρευνα στην Ελλάδα, Τόμος 1, 149-167.

Παπαδάτος, Γ. (2001), Ψυχικές διαταραχές παιδιών και εφήβων, Αθήνα, Αυτοέκδοση.

Παπαδόπουλος, Ν. (2001), Ψυχολογία: Σύγχρονη Πειραματική, Αθήνα, Αυτοέκδοση

Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1987), Εξελικτική Ψυχολογία. Τόμος 1-4. Αθήνα, Αυτοέκδοση.

- Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1990), Στατιστική. Τόμος Α. Αθήνα, Αυτοέκδοση.
- Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1992), Η σχολική ψυχολογία στην Ελλάδα: Διαπιστώσεις και προοπτικές. *Ψυχολογία 1*, 87-90.
- Πολάκης, Ο, Σκαπινάκης, Π, Νιάκας, Δ. (2007), Η σχέση των κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων με τις ψυχικές διαταραχές. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24 (3): 224-231.
- Σταλίκας, Α, Τριλίβα, Σ, Ρουσσή, Π. (2002), Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Τούντας, Ι. (2006), Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα, Εκδόσεις Οδυσσέας.
- Τρίκας, Γ. (1997), Η πολυμορφία της κατάθλιψης και η σημασία της στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. *Ιατρική*, 71: 22-24.
- Τσιάντης, Ι. (1980), Η σημασία του σχολείου για την πρόληψη των διαταραχών της ψυχοκοινωνικής εξέλιξης του παιδιού. *Ιατρική 38*, 81-85.
- Τσιάντης, Ι, Γιανακοπούλου-Καβουρίδη, Σ, Ξυπολυτά-Τσαντίλη, Δ. (1981), Απόπειρες αυτοκτονίας σε παιδιά και εφήβους. *Παιδιατρική*, 44, 99-110.
- Τσιάντης, & Μανωλόπουλος, Σ. (επιμ.) (1987), Σύγχρονα Θέματα. Παιδοψυχιατρικής, Πρώτος τόμος, Πρώτο μέρος. Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτης.
- Τσιάντης, Γ. (1988), Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής, Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτης.
- Τσιάντης, Γ, Κατσουγιάννη, Κ, Γιανακοπούλου, Σ. (1989), Καταθλιπτικά παιδιά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά. Παρατηρήσεις από πληθυσμό εξωτερικών ιατρείων γενικού νοσοκομείου. *Εγκέφαλος*, 26, 22-29.
- Τσιάντης, Γ. (1990), Εφηβεία και Ψυχικά περιβλήματα, Ανακοίνωση στο Μετεκπαιδευτικό Παιδιατρικό Διήμερο (Δεκέμβριο).
- Τσιάντης, Γ. (1993), Ψυχική Υγεία του παιδιού και της οικογένειας, Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτης.
- Τσιάντης, Γ. (2000), Βασική Παιδοψυχιατρική: Εφηβεία, Τόμος Β, Αθήνα, εκδόσεις Καστανιώτης.
- Τσιάντης, Γ. (2001), Εισαγωγή στην παιδοψυχιατρική, Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτης.
- Τσιπλιτάρης, Α. (2001), Ψυχοκοινωνιολογία της σχολικής τάξης, Αθήνα, εκδόσεις Περιβολάκη.
- Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού (2008), Στελέχωση των σχολείων δημοτικής Εκπαίδευσης, Κυπριακή Δημοκρατία.

Φλωράτου, Μ. (1999), Ο ρόλος του σχολείου σε μια πολυπολιτισμική κοινωνία. Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδος, Αθήνα, 7-9 Μαΐου.

Χαντζή, Α., & Παπαδάτος, Γ. (1990), Εκτιμήσεις των δασκάλων για την συμπεριφορά των μαθητών στην τάξη: Πιθανοί παράγοντες που την επηρεάζουν. Επιθεώρηση Συμβουλευτικής – Προσανατολισμού. Τ12-13, σ. 52-75.

Χατζάκη, Δ (2008), Σύγχρονη Βιολογική Θεώρηση της Κατάθλιψης. Νευροπεπτίδια και νέες θεραπευτικές προοπτικές. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25 (4): 456-462.

Herbert, M. (1992), Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας (Επιμέλεια: Καλαντζή-Αζίζι, Α), Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Herbert, M. (1998), Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας, Α και Β τόμος, (Μετάφραση επιμέλεια: Παρασκευόπουλος, Ι.), Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Χ΄Βασιλής, Β. (2003), Κύπριοι έφηβοι Η παραβατικότητα, τα ψυχικά τους προβλήματα, Λεμεσός, Ten on Eleven photo and Comp. Services.

Χουρδάκη, Μ. (1995), Ψυχολογία της οικογένειας και Εξελικτική Σχολική Εφηβεία, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Χριστοδούλου, Γ. (1998), Κατάθλιψη, Αθήνα , Εκδόσεις Μονοπρόσωπη

ΑΓΓΛΟΦΩΝΗ

Adams, J., & Adams, M. (1996), The association among negative life events, perceived problem solving alternatives, depression, and suicidal ideation in adolescent psychiatric patients. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 37:715-720.

Albert, N., & Beck, AT. (1975), Incidence of depression in early adolescence: A preliminary study. *Journal of Youth and Adolescence*, 4:301-307.

Allgood- Merten, B, Lewinsohn, P.M., Hops, H. (1990), Sex differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal child Psychology*, 99, 53-63.

Altmann, E.O., & Gotlib, I.H. (1988), The social behavior of depressed children: an observational study. *J. Abnorm Child Psychol* 16(1): 29-44.

Aluja, A., & Blanch, A. (2002), The Children Depression Inventory as predictor of social and scholastic competence. *Eur, J Psychol Assess* 18:259-274.

American Psychiatric Association, (1987), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition Revised (DSM-III-R). Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association, (1994), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV). Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association, (2000), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV-TR). Washington, DC, American Psychiatric Association.

Anderson, J.C, Williams S, Mc Gee R., Silva, P.A. (1987), DSM-III disorders in pre-adolescent children. *Arch Gen. Psychiatry* 44: 69-76.

Anderson, J.C., & Mcgee, R. (1994), "Comorbidity of depression in children and adolescents". In: Reynolds, WM., & Johnson, HF. (eds) *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. New York, Plenum:581-601.

Andrews, W, Garrison, C, Kirby, L, Addy, C, et al., (1993), Mother- adolescent agreement on the symptoms and diagnosis of adolescent depression and conduct disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 32, 731-737.

Angold, A, Costelo, E.J, Erkali, A, Worthman, C.M. (1999), Puberty changes in hormone level and depression in girls. *Psychological Med.* , 29:1043-53.

Asarnow, J.R, Carlson, G.A, Guthrie, D. (1987), Coping strategies, self perceptions, hopelessness, and perceived family environment in depressed and suicide children. *J. Consult Clin Psychol* 55: 361-366.

- Asarnow, J.R., & Bates, S. (1988), Depression in child psychiatric inpatients: Cognitive and attributional patterns. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 601-615.
- Bandura, A, Pastorelli, C, Barbaranelli, C, Caprara, G.V. (1999), Self-efficacy pathways to childhood depression. *J Pers Soc Psychol*, 72 (2): 258-69.
- Barrett, M.L, Bhate, S.R, Berney, T.P, Famuyiawa, O.O, et al., (1991), Diagnosis Childhood Depression. Who should be the interviewed-parent or child? The Newcastle Child Depression Project. *British journal of Psychiatry*, 159, (supl. 11), 22-27.
- Barkmann, C, Erhart, M, Schulte-Markwort, M, and the BELLA Study Group. (2008), The German version of the Centre for Epidemiological Studies depression scale for children: psychometric evaluation in a population-based survey of 7–17 years old children and adolescents-results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 17 (1), 116-124.
- Baxter, R.F., & Kennedy, J.F. (1992), “Group therapy of Depression”. In: Shafii, M., & Shafii, SL. *Clinical Guide to Depression in Children and Adolescents*, Washington DC, American Psychiatric Press.
- Beaton, D, Bombardier, C, Guillemin, F, Bosi, F. (2002), Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. Institute for Work and Health, Illinois.
- Beardslee, W.R, Bemporad, J, Keller, M, Klerman, G.L. (1983), Children of Parents with major affective disorders: A review. *American Journal of Psychiatry*, 140, 825-832.
- Beck, A.T. (1967), Depression Clinical, Experimental, and theoretical aspects. New York, Harper & Row.
- Beck, A.T. (1974), “The development of depression: a cognitive model.” In. *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research* Edited by Friedman RJ, Katz MM N. York, John Wiley 3-20.
- Bernstein, G.A., & Garfinkel, B.D. (1986), School phobia: Overlap of affective and anxiety disorders. *J Am Acad. Child Psychiatry* 25: 235-241.
- Billing, A.G., & Moos, R.H. (1986), Children of parents with unipolar depression: a controlled 1-year follow up. *J Abnorm Child Psychol* 14:149-166.
- Birmaher, B, Ryan, N, Douglas, E, Williamson, B.A. et al., (1996), Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years, Part I. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 35: 1427-39.
- Birmaher, B, Ryan, N, Douglas, E, Williamson, B.A et al., (1996), Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years, Part II. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 35:1, 1575-83..

- Birmaher, B, Brent, D.A, Benson, R.S. (1998), Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry* 37 (11): 1234-1238.
- Bjornesson, S. (1974), Epidemiological investigation of mental disorders of children in Reykjavik, Iceland. *Scand J Psychol*; 15:244.
- Blumberg, S.H, Izard, C.E. (1985), Affective and cognitive characteristics of depression in 10- and 11 year old children. *J Pers Soc Psychol* 49: 194-202.
- Bond, L.A., & Compas, B.E. (1989), Primary Prevention and promotion in schools (vol. XIII), USA: Sage Publications, Inc.
- Botsis, A, Plutchik, R, Kotler, M, Van Praag, H.M. (1995), Parental loss and family violence as correlates of suicide and violence risk. *Suicide & Life- Threatening Behavior*. Vol 25 (2) 253-260.
- Bowlby, J. (1960), Grief and Mourning in infancy and early childhood. *Psychoanal Study Child* 15: 9-52.
- Bowlby, J. (1969), Attachment and Loss Attachment (vol.1) N.Y: Basic Books.
- Bowlby, J. (1981), Attachment and Loss: Sadness and Depression Harmondsworth, Vol. 3 Middx: Penguin.
- Bowlby, J. (1988), A secure Base: Parent-child attachment and Health human development, N.Y: Basic Books.
- Brent, D.S, Kalas, R, Edelbrock, C.E, Costello, C. (1986), Psychopathology and its relationship to suicidal ideation in childhood and adolescence. *J Am Acad. Child Psychiatry* 25: 666-673.
- Brockless, J. (1997), "The nature of depression in childhood: its causes and presentation". Chapter 1 (9-36) in Nath-Dwivedi, K., & Varma, V. (Eds). *Depression in children and adolescents*. Whurr Publishers: London.
- Burnard, P. (1994), Searching for Meaning: a Method of Analyzing Interview Transcripts with Personal Computer. *Nurse Education Today*. 2. 111-117.
- Burns, N., & Grove, S.K (2005), The practice Nursing Research: conduct, critique and utilization (5th edition) St. Louis, MO: Elsevier/Saunders.
- Carey, M.P, Faulstich, M.E, Gresham, F.M, Ruggiero, L, et al., (1987), Children's Depression Inventory: Construct and discriminate validity across clinical and control populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5), 755-761.
- Carey, M.P, Faulstich, Me, Gresham, F.M, Ruggiero, L. et al., (1987), Children Depression Inventory: Constrast and discriminant validity across clinical and nonrefected (control) population. *J Consult Clin Psychol*, 52: 955-67.

- Cavanaugh, S.V. (1986), Depression in the hospitalized inpatient with various medical illnesses. *Journal of Psychotherapy and Psychosomatics*, 45, 97-104.
- Charman, T., & Petrova, I. (1996), Self-reported depressed mood in Russian and U.K schoolchildren. A research note. *J Child Psycho Psychiatry* 37: 879-883.
- Chess, S, Thomas A, Hassibi, M. (1983), Depression in childhood and adolescence: a prospective study for six cases. *J Nerv Ment Dis* 171(7): 411-420.
- Cheung, A.H, Emslie, G.J, Mayes, T.L. (2005), Review of efficiency and safety oil antidepressants in youth depression. *J Child Psychol Psychiatry*, 46: 735-54.
- Choudhury, P, Srinath, S, Grimaji, S, Seshadri, S. (1995), A study of childhood onset affective disorders, *NIMHANS J*, 13:97-100.
- Clarke, G.N, Hops, H, Lewinsohn, P.M, Andreaws, J.A. (1992), Cognitive behavioral group treatment of adolescent depression: prediction of outcome. *Behav Ther*, 23:341-354.
- Cole, D.A., & Rehm, L.P. (1986), Family interaction patterns and childhood depression. *J Abnorm Child Psychol* 14: 297-314.
- Costello, C.G. (1981), "Childhood depression". In Mash, E.J., & Terdal, L.B (Eds). *Behavior assessment of childhood disorders*. (pp 305-346). N. York: Guilford Press.
- Costello, E.J. (1989), Children psychiatric disorders, and their correlates: Primary care pediatric sample. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 28: 851-55.
- Compas, B, Wagner, B, Slavin, L, Vannata, K. (1986), A prospective study of life events, social support, and psychological symptomatology during the transition from high schools to college. *American Journal of Community Psychology*, 14, 241-257.
- Compas, B, Hinder, B.R, Gerhardt, C.A. (1995), Adolescent Development: Pathways and process of the risk and Resilience. *Annual review of Psychology*, 46, 265-293.
- Costello, E.J, Mustillo, S, Erkanli, A, Keeler, G, et al., (2003), Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 60:837-44.
- Cronbach, L.J. (1984), *Essentials of psychological testing*, Harper & Row, New York.
- Crook, T., & Eliot, J. (1980), Parental death during childhood and adult depression: a critical review of the literature. *Psychol Bull* 87: 252-259.
- Cytryn, L., & McKnew, D.H. (1979), Affective disorders, in *Basic Handbook of child Psychiatry*, Vol. 2, pg 321-341.
- Cytryn, L, Cytryn, D.H, McKnew, W.J, Bunney, N. (1980), Diagnosis of depression in children: a reassessment. *Am. J. Psychiatry* 137 (1980), pp. 22-25.

Davanzo, B, Kerwin, L, Nikore, V, Esparza, C, et al., (2004), Spanish Translation and Reliability Testing of the Child Depression Inventory. *Children Psychiatric and Human Development, Vol. 35(1)*.

Dempsey, P. A., & Dempsey, A.D. (2005), Using nursing research: process, critical evaluation, and utilization, (5th Edition), Philadelphia, Lippincott.

Derek, H. (2001), Exploring symptoms of depression in school children, Master thesis, faculty of education, Queen's University at Kingston, Ontario, Canada.

Downey, G., & Coyne, J.C. (1990), Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin, 108, 50-76*.

Dozier, M., & Albus, R.R. (1999), Psychophysiology and adolescent attachment interviews: Converging evidence for respective strategies. *Child Development, 63, 1473-1480*.

Eastgate, J., & Gilmour, L. (1984), Long-term outcome of the depressed children: a follow-up study. *Dev Med Child Neurol 23: 68-72*.

Fielstein, E, Klein, M.S, Fisher, M, Hanan, C, et al., (1985), Self-esteem and causal attributions for success and failure in children. *Cognitive Therapy and Research. J Acad Child Adolesc Psychiatry 24, (1), (381-398)*.

Finch, A.J, Saylor, C.F, Edwards, G. L. (1985), Children's Depression Inventory: Sex and grade norms for normal children. *Cognitive Therapy and Research 9:381-388*.

Finch, A.J, Saylor, C.F, Edwards, G.L, McIntosh, J.A. (1987), Children's Depression Inventory: Reliability over repeated administrations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 16(4), 339-341*.

Fleming, J., & Offord, D. (1990), Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of children & Adolescent Psychiatry, 29, 571-580*.

Flitzpatrick, W, Reams, R, Jacobs, J. (1988), Sex differences in depression in early adolescents. *Psychological Reports, 62, 475-481*.

Foote, S.L., & Aston-Jones G.S. (1995), "Pharmacology and psychology of central noradrenergic systems: In: Bloom, F.E., & Kupfer, D.J. (eds). *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. N. York, Raven Press, 335-361.

Forehand, R., & Smith, K.A. (1986), Who depressed whom? A Look at the relationship of adolescent mood to maternal and paternal mood. *Child study Journal, 16, 19-23*.

Freud, A. (1936), *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York, International Universities Press.

Freud, S. (1968), "Mourning and melancholia" (1917), In: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol. 14(ed) Stratchey J. London, Hogarth Press pg. 239-258.

Frigerio, A, Pesenti, S, Molteni, M, Snider, J. et al., (2001), Depressive symptoms as measured by C.D.I. in a population of North Italian Children. *Eur Psychiatry*, 16: 33-37.

Gander, B., & Ware, J.E. (1998), Methods for validating and norming translation of Health status questionnaire: the IQOLA project approach for IQOLA project group health assessment. *J Clin Epidemiol* 51:953-959.

Garfinkel, B, Froese, A, Hood, J. (1982), Suicide attempts in children and adolescents. *Am J. Psychiatry* 139: 1257-1261.

Garrison, C.Z, Schluchter, M.P, Schoenbach, V.J, Kaplan, B.K. (1989), Epidemiology of depressive symptoms in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 343-351.

Garvin, V, Leber, D, Kalter, N. (1991), Children of divorce: Predictors of change following preventive intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(3), 438-447.

Geller, B, Cooper, T.B, McCombs, H.G, Graham, D et al., (1989), Double-blind, placebo-controlled study of nortriptyline in depressed children using a fixed plasma level design,. *Psychopharmacol Bull* 25: 101-108.

Gelfand, D.M., & Teri, D.M. (1990), The effects of maternal depression children. *Clinical Psychology Review*, 10, 329-353.

George,C., & West, M. (1999), Developmental VS Social personality models of adults attachment and mental ill health. *British journal of Medical Psychology*, 3, 285-303.

Ghareeb, G.A., & Beshai, J.A. (1989), Arabic version of the C.D.I: Reliability and Validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(4), 323-326.

Giannakopoulos, G, Kazantzi, M, Dimitrakaki, C, Tsiantis, G. et al., (2009), Screening for children's symptoms in Greece: The use of the Children's depression inventory in a nation-wide school-based sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 3/3/ 2009, on line.

Gilman, S.E, Kawachi, I, Fitzmaurice, G.M, Buka, S.L. (2003), Socio-economics status, family disruption and residential stability in childhood: relation to onset, recurrence and remission of major depression. *Psychol Med*, 33: 1341-55.

Gonzales, L, Lewinsohn, P.M, Clarke, G. (1985), longitudinal follow-up of unipolar depressives: An investigation of predictors of relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 461-469.

Gotlib, I.H. (1982), Self-reinforcement and the depression in interpersonal interactions: The role of performance level. *Journal of Abnormal Psychology*, 91,3-13.

- Hall, R, Gandner, E, Stickney, S, Le Cann, A, et al., (1980), Physical illness manifesting as psychiatric disease. Part II. *Archives of General Psychiatry*, 37, 989-995.
- Haley, G.M.T, Fine, S, Marriage, K. (1985), Cognitive bias and depression in psychiatrically disturbed children and adolescents. *J Consult Clin Psychol* 53: 535-537.
- Hammen, C, Marks, T, Mayol, A, Demayo, R. (1985), Depressive self-schemas, life stress and Vulnerability to Depression. *Journal of the Abnormal Psychology*, 94, 308-319.
- Hammen, C, Adrian, C, Hiroto, D. (1988), A Longitudinal test on the attributional Vulnerability model in children at the risk for depression. *British Journal of clinical Psychology*, 27, 37-46.
- Hammen, C, Byrge, D, Burney, E, Adrian, C. (1990), Longitudinal study of diagnosis in children of women with unipolar depression and bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatric*, 47:1112-7.
- Hammen, C. (1991), Depression runs in families: The social context of risk and resilience in children of depressed mothers, New York: Springer-Verlag.
- Hankin, B.L, Abramson, L.Y, Moffitt, T.E. (1998), Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *J Abnormal Psychiatric*, 107: 128-40.
- Harter, S. (1990), "Causes, Correlates and the functional role of global self-worth: A life-span perspective", in: Kolligian, J., & Sternberg, R. (Eds). *Perceptions of competence and incompetence across the life-span*, New Haven, CT: Yale University Press.
- Hazell, P. (2002), Depression in children, Clinical Research V.L.M. *Medline*, Aug. 3, vol 325, Iss. 7358. P22-230.
- Hazell, P. (2004), Depression in children and Adolescents. *Clin Evid*, 12: 427-42.
- Helsel, W.J., & Matson, J.L. (1984), The assessment of depression in children: The internal Structure of the child Depression Inventory (CDI) Behavior. *Research and Therapy*, 22(3), 289-298.
- Hammen, C., & Rudolph, K.D. (1996), childhood depression. In: Mash, E.J., & Barkley, R.A. (Eds.). *Child psychopathology*, 153-195, New York, Guilford.
- Hendrick, C., & Hendrick, S.S. (2001), Close relationships: A sourcebook. Thousand Oaks: Sage.
- Hobbs, H. (1982), The troubled and troubling child, San Francisco: Jossey-Bass.
- Hodges, K. (1990), Depression and anxiety in children: A comparison of self-report questionnaires to clinical interviews. *Psychol Assess*, 2: 376-81.
- Hodgens, J.B., & McCoy, J.F. (1989), Distinctions among rejected children on the basis of peer-nominated aggression. *Journal of Child Psychology*, 18, 121-128.

- Hops, H, Lewinsohn, P.M, Andrews, J.A, Roberts, R.E. (1990), Psychosocial correlates of Depressive symptomatology Among high school students. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, (3), 211-220.
- Ivens, C., & Rehn, L.P. (1988), Assessment of childhood depression: Correspondence reports child, mother and father. *Journal of American Academic of Child Psychology and Psychiatric*, 27, 738-741.
- Ivarsson, T, Svalander, P, Litlere, O. (2006), The C.D.I as measure of depression in Swedish adolescents. A normative study. *Nord J Psychiatric* , 60, 220-226.
- Johnson, J, Weissman, M.M, Klerman, G.L. (1990), Panic Disorders, Comorbidity and suicide attempts. *Archives of General Psychiatric*, 17, 805-808.
- Kandel, D.B., & Davies, M. (1982), Adult sequel of adolescent depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry*, 43: 255-262.
- Kaplan, I.H, Sadock, B.J, Grebb, J.A. (1994), Kaplan and Sadocks Synopsis of Psychiatry. 7TH ed, Baltimore, Williams and Wilkins.
- Kashani, J.H., & Simonds J.F. (1979), The incidence of depression in children. *Am J Psychiatry* 136: 1203-1205.
- Kashani, J.H, Mc Gee, Ro, Clarskon, S, Anderson J.C, et al., (1983), Depression in a sample of 9-year old children: prevalence and associated characteristics. *Arch Gen. Psychiatry* 40(11):1217-1223.
- Kashani, J.H, Burk, J.P, Reald, J.C. (1985), Depressed children of depressed parents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 265-268.
- Kashani, J, Holcomb, W.R, Orvaschel, H. (1986), Depression and depressive symptomatology in children from the general population. *Am J Psychiatry* 143: 1138-1143.
- Kashani, J.H, Carlsol, G.A, Beck, N.C, Hoeper, E.W, et al., (1987), Depression, depressive symptoms and depressed mood among a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry* 144: 932-934.
- Kashani, J.H., & Sherman, D.D. (1988), Childhood depression: Epidemiology, etiological models and treatment implications. *Integr. Psychiatry* ,6:1-8.
- Kaslow, N.J, Rehm, L.P, Siegel, A.W. (1984), Social-cognitive and cognitive correlates of depression in children. *J Abnorm Child Psychol* 12:605-620
- Kaslow, N.J, Gray-Deering, C, Racusin, G.R. (1994), Depressed Children and their families. *Clinical Psychology Review*, 14, (1), 39-59.
- Kathol, R., & Petty, F. (1981), Relationship of Depression to medical illness: a critical review. *Journal of Affective Disorders*, 3, 111-121.

Kazdin, A.E. (1981), Childhood depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 121-160.

Kazdin, A.E, French, N.H, Unis, A.S, Esveidt-Dawson, I.C, et al., (1983), Hopelessness, depression and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *J Consult Clin Psychol* 51:504-510.

Kazdin, A.E, Colbus, D, Rodgers, A. (1986), Assessment of depression and diagnosis of depressive disorder among psychiatrically disturbed children. *Journal of Child Psychology*, 14 (4), 499-515.

Kazdin, A.E. (1987), Children depression scale: validation with child psychiatric inpatients. *J Child Psychol Psychiatry*, 28: 29-41.

Kazdin, A.E. (1989), Evaluation of the pleasure scale in the assessment of adhedonia in children. *J Am Acad. Child Adolesc Psychiatry* 28(3): 364-372

Kazdin, A.E. (1989b), Identifying depression in children: A comparison of alternative selection criteria. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17 (4), 437-454

Kendler, K.S.(1995), Genetic epidemiology in psychiatry: Taking both genes and environment seriously. *Arch Gen Psychiatry*, 52:895-899

Kennan, K, Hipwell, A, Duax, J, stouthamer-Loeber, M, et al., (2004), Phenomenology of depression in young girls. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 43:1098-1106.

Keller, M.B, Beardslee, W.R, Dorer, D.J, Lavori, P.W, et al., (1986), Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptive functioning and psychopathology in children. *Arch Gen Psychiatry*. Oct; 43(10):930-7.

Kent, L, Vostanis, P, Feehan, C. (1995), Teacher reported characteristics of children with depression. *Educational and Child Psychology*, 12, 62-70.

Keftaras, G., & Didaskalou, E. (2006), Incidence and teachers' perceived causation of depression in primary school in Greece. *Sch Psychol Int* 27:296-314.

Kline, H, Siegel, L, Mullins L.J, Griffin, W. (1982), "Factor analysis of the Children's Depression Inventory for clinic and non-clinic children". In: Siegel, L. *Assessment and diagnosis of childhood depression*. Symposium presented at the meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.

Koizumi, S. (1991), The standardization of C.D.I. *Journal of Child Health*, 50 (6), 717-721.

Korup, U.L. (1985), Parent and children perception of depression in children. *Journal of school Health*, 55, 9, 367-370.

Kovacs, M., & Beck, A.T. (1977), "An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression". In: Shulterbrandt, J.G., & Raskin, A. (Eds). *Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models*. New York: Raven Press.

- Kovacs, M. (1981), Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica* 46(5-6):305-315.
- Kovacs, M, Feinberg, T.L, Crouse-Novak, M.A, Paulauskas, L, et al., (1984A), Depressive disorders in childhood, Part I. *Arch Gen. Psychiatry* 41: 229-237.
- Kovacs, M, Feinberg, T.L, Crouse-Novak, M.A, Paulauskas, L, et al., (1984B), Depressive disorders in childhood, Part II. *Arch Gen. Psychiatry* 41: 643-649.
- Kovacs, M. (1985), Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica* 46(5-6):305-315.
- Kovacs, M. (1985), The natural history and course of depressive disorders in childhood. *Psychiatric Annals* 15(6):387-389.
- Kovacs, M. (1990), "Comorbidity of anxiety disorders in childhood-onset depression" In: Master, J.D., & Cloninger, C.R. (eds). *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington DC, American Psychiatric Press: 271-281.
- Kovacs, M. (1992), Children's Depression Inventory, Manual Published by Multi-Health Systems Inc., Toronto/N.York.
- Kovacs, M, Goldston, D, Gatsonis C. (1993), Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32: 8-20.
- Kovacs, M, Krol, R.S.M, Voti, L. (1994b), Early onset psychopathology and the risk for recent pregnancy among clinically referred girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33: 106-122.
- Kovacs, M. (2008), Children's Depression Inventory, technical manual update, Published by Multi-Health Systems Inc., Toronto/N.York.
- Kutcher, S. (1997), Practitioner review: the pharmacotherapy of adolescent depression. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*, 38:755-767.
- Kye, C., & Ryan, N. (1995), Pharmacologic treatment of child and adolescent depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*, 4:261-281.
- Larsson, B, & Melin, L. (1992), Relevance and short-term stability of depressive symptoms in school children. *Acta Psychiatrica Scand*, 85: 17-22.
- Larson, R.W, Raffaelli, M, Richiards, M.H, Harm, M et al., (1990), Aetiology of depression in a late childhood and early adolescence: a profile of daily states and activities. *Journal of the Abnormal Psychology*, 99, 92-10.
- Lempers, J., & Clark-Lempers, D. (1990), Family economic stress, maternal and paternal support and adolescent distress. *Journal of adolescence*, 13, 217-235.

Lewinsohn, P.M., & Hoberman, H.M. (1982), Depression of International Handbook of Behavior Modification and Therapy. Edited by Bellack, A.S, Hersen, M, Kazdin A.E. New York, Plenum, 379-431.

Lewinsohn, P.M, Hoberman, H.M, Rosenbaum, M. (1988), A prospective study of risks factors for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 251-264.

Lewinsohn, P, Hops, M, Roberts, H, Seeley, E, et al., (1993a), Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in a high school students. *Journal of abnormal Psychology*, 102, 133-144.

Lewinsohn, P.M., & Clarke, G.N. (1994), Major depression in community adolescent: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolence Psychiatric*, 33: 809-18.

Lewinsohn, P, Roberts, R, Rohde, P, Seely, J, et al., (1994), Adolescent psychopathology II. *Journal of Abnormal Psychology* , 103, 302-315.

Lewinsohn, P, Gotlib, I.H, Seeley, J.R. (1995), Adolescent and Psychopathology: IV. Specificatin of Psychosocial risk factors for Depression and Substance Abuse in older Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, (9), 1221-1229.

Maag, L, Rutherford, R.B, Parks, B.T. (1988), Secondary school professionals' ability to identify depression in adolescence. *Adolescence*, 23, 331-342.

Madianos, M., & Stefanis, C., (1992), Changes in the prevalence of depressive symptoms and depression across Creece. *Soc Psychiatry Epidemiology* 27,211-219.

Madianos, M, Gefou-Madianou, D, Stefanis, C. (1993), Depressive symptoms and suicidal behavior among general population adolescence and young adults across Greece. *Eur psychiatry* 8, 139-146.

Madianos, M, Gefou-Madianou, D, Stefanis, C. (1994), Symptoms of depression, suicidal behavior and use of substances in Greece: a nationwide general population survey. *Acta Psychiatr Scand*, 89:159-166.

Madianos, M. (1998), Health and Hellenic society: Empirical research, National Centre for social research, Athens.

Malhota, S., & Das, P. (2007), Understanding Depression. *Indian Journal of medical research*, 125, 2, pp 115-128.

Mapi Research Institute (2004), Linguistic validation of the CRQ Questionnaire. CRQ Translation Guidelines from MAPI, August 2004.

Martin, G, Rozanes, E, Pearce, C, Allison, S. (1995), Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatr Scand*, 92:336-344.

Matthey, S., & Petrovski, P. (2002), The Children Depression Inventory: Error in cut-off scores for screening Purposes. *Psychological Assessment vol. 14: 2*, 146-149.

- Mayer, N.E, Dyck, D.G, Petrinack, R.J. (1989), Cognitive appraisal and attributional correlates of depressive symptoms in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 325-336.
- McArdle, P. (2007), Comments on Nice Guidelines for 'Depression in Children and Young People. *Child & Adolescent Mental Health* 12(2):66-69.
- Mc Cauley, E, Mitchell, J, Calderon, R. (1988), Cognitive attributes of depression in children and adolescents. *J Consult Clin Psychol* 56: 903-908.
- Mc Gee, R, Anderson J, Williams, S. (1986), Cognitive correlates of depressive symptoms in 11-year old children. *J Abnorm Child Psychol* 14: 517-524.
- Mc Knew, D.H., & Cytryn, L. (1979), Urinary metabolites in chronically depressed children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 18(4):608-615.
- Medical Outcomes Trust (1997), Trust introduces new translation criteria. *Trust Bulletin*, 5, 1-4.
- Merikangas, K.R, Weissman, M, Prusoff, B, John, K. (1988), Assertive mating and affective disorder: Psychopathology in offspring. *Psychiatry*, 51: 48-57.
- Mitchell, J, Mc Cauley, E, Burke, P, Moos, S.J. (1988), Phenomenology of depression in children and adolescents. *J Am Acad. Child Adolesc Psychiatry* 27: 12-20.
- Moor, S, Sharrock, G, McQueen, H, Wrate, R, et al., (2000), Evaluation of the teaching package designed to improve teachers' recognition of depressed public-a pilot study. *Journal of Adolescence*, 23, 331-342.
- Moreau, D, Murson, L, Weissman, M.M, Klerman, G.L. (1991), Interpersonal psychotherapy for adolescent depression: description of modification and preliminary application. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30:642-651.
- Moldin, S.O, Rerch, T, Rice, J.P. (1991), Current perspectives on the genetics of unipolar depression. *Behav Genet* 21:211-242.
- Myers, K., & Winters, N.C., (2002), Ten years review of rating scales. I: overview of scale functioning, psychometric properties and selection. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 4:114-122.
- Nolen-Hoeksema, S, Girgus, J.S, Seligman, M.E.P. (1992), Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: a 5-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol* 101: 405-422.
- Offer, D. (1985), Normal adolescence. *American Educator*, 9. 34-38.
- Offer, D, Howard, K.I, Schonher, K.A, Ostrov, E. (1991), To whom do adolescents turn for help? Differences between disturbed and non-disturbed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 623-630.

Offord, D.R, Boyle, M.H, Szatmari, P, Rae-Grant, et al., (1987), Ontario Child Health Study: Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*. 44, 832-836.

Ollendick, T.H & Yule, W. (1990), Depression in British and American Children and its relation to anxiety and fear. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 126-129.

Olsson, G.I., & Von Knorring, A.L. (1999), Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta psychiatrica Scandinavica* 99(5):324-31.

Olsson, G.I, Nordström, M.L, Arinell, H, Von Knorring, A.L. (1999), Adolescent Depression: Social Network and family Climate: A case- control study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 40(2):227-37.

Orvaschel, H, Walsh-Allis G, Ye, W. (1988), Psychopathology in children of parents with recurrent depression. *J Abnormal Child Psychol*, 16: 17-28.

Papadatos, Y, Galanin, G, Stogianidou, A, Daskalakis, D. (1988), Coverage of incidents of suicide by the daily Athenian Press 10th International Congress on Criminology September 4-9, Hamburg.

Parkes, C.M, Hinde, J.S Marris, P. (1991), Attachment across the life cycle. London, Routledge.

Petersen, A.C., & Crockett, L.J. (1985), Pubertal timing and grate effects on adjustment. *Journal of Youth And Adolescence*, 14, 191-206.

Petersen, A.C, Compas, B, Brooks-Gunn, J. (1992), Depression in Adolescence: Current Knowledge, research directions and implications for programs and policy. Washington DC: Carnegie Council on Adolescent development.

Petersen, A.C, Costelo, E.J, Compas, B.E, Brooks-Gunn, J. et al., (1993), Depression in Adolescence. *American Psychologist* 48:155–168.

Petzel, S., & Riddle, M. (1981), “Adolescent suicide: Psychosocial and cognitive aspects”. In: feinstein, Looney, Schwartzberrg Sorosky (eds). *Adolescent psychiatry: Developmental and Clinical studies*, (Vol 9), Chicago, University of Chicago Press.

Pfeffer, C.R. (1986), *The Suicidal Child*, New York, Guilford.

Pfeffer, C.R, Newcorn, J, Kaplan, G. et al., (1988), Suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27: 357-361.

Piaget, J. (1962). The stages of the intellectual development of the child. *Bull Menninger Clin* 26: 120-128.

Pine, D.S, Cohen, E, Cohen, P, Book, J. (1999), Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorders?. *Am J Psychiatry*, 156: 133-35.

- Polaino-Lorente, A., & Domenech, E. (1993), Relevance of childhood depression. Results of the first study in Spain. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 1007-1017.
- Poli, P, Sbrana, B, Marcheschi, M, Masi, G. (2003), Self-reported depressive symptoms in a school sample of Italian children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev* 33:209-226.
- Poznanski, E.O, Krahenbuhl, V, Zrull, J.P. (1976), Childhood depression: a longitudinal perspective. *J Am Acad Child Psychiatry* 15: 491-501.
- Poznanski, E.O. (1982), The clinical phenomenology of childhood depression. *Am J Orthopsychiatry* 52(2): 308-313.
- Poznanski, E.O, Cook, S.C, Carrol, B.J, Corzo H. (1983), Use of the children's depression rating scale in an inpatient psychiatric population. *J Clin Psychiatry*, 44, 200-203.
- Puig-Antich, j, Lukens, E, Davies, M, Goetz, D, et al., (1985a), Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders, part I, interpersonal relationships after sustained recovery from affective episode. *Arch Gen. Psychiatry* 42: 500-507.
- Puig-Antich, j, Lukens, E, Davies, M, Goetz, D, et al., (1985b), Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders. *Arch Gen. Psychiatry* 42: 511-517.
- Puig Antch, J. (1987), "Affective disorder in children and adolescents: diagnosis, validity and psychobiology" In *Psychopharmacology: The third generation of progress*. Edited by Meltzer, H.Y., New York Raven, pp. 843-859.
- Puig-Antich, J, Perel, J.M, Lupatkin, W, Chambers, W, et al., (1987), Imipramine in prepubertal major depressive disorders. *Arch Gen. Psychiatry* 46: 406-418.
- Puig Antich, J, Dahl, R, Ryan, N, Novacenko H, et al., (1989), Cortisol secretion in prepubertal children with major depressive disorder. *Arch Gen. Psychiatry* 46: 801-809.
- Puura, K, Tamminen, T. F, Kresanov, K, Almqvist, F, et. al., (1997), Should depression in young school-children be diagnosed with different criteria?. *European child & adolescent psychiatry*;6 (1):12-9.
- Rao, U, Ryan, N..D, Birmaher, B, Dahl, R.E, et al., (1995), Unipolar depression in adolescents: clinical outcome in adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43: 566-578.
- Reinherz, H.Z, Stewart-Berghauer, G, Pakis, B, Forst, A, et al., (1989), The relationship of early risk and current mediators to depressive symptomatology in adolescence. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 28, 942-947.
- Rie, H.E. (1966), Depression in childhood: a survey of some pertinent contributions. *J Am Acad Child Psychiatry* 5: 563-685.

- Riggs, S., & Cheng, T. (1988), Adolescents' Willingness to use a school-based clinic in view of expressed health concerns. *Journal of Adolescence Health Care*, 9, 208-213.
- Rochlin, G. (1959), The loss complex. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 7, 299-316.
- Robbins, D.R., & Alessi, N.E. (1985), Depressive symptoms and suicidal behavior in adolescents. *Am J Psychiatry* 142: 588-592.
- Rohde, P, Lewisohn, P.M, Seely, J.R. (1994), Are adolescents changed by an episode of major depression?. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 1289-1298.
- Rutter, M. (1990), Commentary: some focus and process considerations regarding effects of parental depression on children. *J Dev Psychol*, 26:60-67.
- Ryan, N.D, Puig-Antich, J, Cooper, T.B, Rabinovich, P, et al., (1986), Imipramine in adolescent's major depression: plasma levels and clinical response. *Acta Psychiatr Scand* 73: 275-288.
- Ryan, N.D, Puig-Antich, J, Ambrosini, P, Rabinovich H, et al., (1987), The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Arch Gen. Psychiatry* 44(10): 854-861.
- Ryan, N.D. (1992), "Pharmacological Treatment of Major Depression" In: Shafii, M., & Shafii, S.L. (Eds). *Clinical Guide to Depression in Children and Adolescents*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- Sacco, W.P., & Graves, D.J. (1984), Childhood depression, interpersonal problem-solving, and self-ratings of performance. *Journal of Clinical Child Psychology* 13: 10-15.
- Samm, A, Varnik, A, Toodihh, L.M, Sisask, M, et al., (2008), Children's depression Inventory in Estonia. *Eur Child Adolesc. Psychiatry* 17:162-170.
- Sarigiani, P.A. (1990), A longitudinal study of relationship adjustment of young adults from divorced and nondivorced families. The Pennsylvania State University, University Park, PA. Unpublished Doctoral Dissertation,
- Saylor, C.F, Finch, A.J, Spirito, A, Bennet, B. (1984), The children's depression inventory: a systematic evaluation of psychometric properties. *J Consult Psychol*, 32: 8-20.
- Saylor, C.F, Finch, A.J, Jrfurey W, Baskin C.H, et al., (1984), Construct validity for measures of childhood depression: application of multitrait-multimethod methodology. *J Consult Clin Psychol*. 1984 Dec;52 (6):977-85.
- Shafii, M. (1972), A precedent for modern psychotherapeutic techniques: one thousand years ago. *Am J Psychiatry* 128: 1581-1584.

- Shafii, M, Corrigan, S.P, Whittinghill J.R, Derrick, A. (1985), Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 142: 1061-1064.
- Shashi, K.B., & Subhash, C.B. (2007), Childhood and Adolescent Depression. *American Family Physician* 75 (1).
- Shin Y.M, Cho H, im K.Y, Cho S.M. (2008), Predictors of self-Reported Depression in Korea Children 9-12 of age. *Yonsei Med J* 49 (1): 37-45.
- Smith, M.S, Mitchell, J, Mc Cauley, E.A, Calderon, R. (1990), Screening for anxiety and depression in adolescent clinic. *Pediatrics*, 85 (3) 262-266.
- Smuker, M.R, Craighead, E, Craighead L.W, Green, B. (1986), Normative and reliability data for children depression inventory. *J Abnorm Child Psychol* 14: 25-39.
- Sorensen, M.J, Frydenberg, M, Thastum, M, Thomsen, P.H. (2005), The children's depression inventory and classification of major depressive disorder: Valibility of the Danish version. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 14: 328-334.
- Spirito, A., Overholser, J, Ashworth, S., Morgan, J., et al., (1988), Evaluation of a suicide awareness curriculum for high school students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(6), 705-711.
- Spitz, R.A. (1945), Hospitalism. *Psychoanal Stuty, Child* 1: 53-74
- Spitz, R.A. (1946), Anaclitic depression: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. II. *Psychoanal Study Child* 2: 313-342.
- Spitz, R.A., & Wolf, K. (1946), Anaclitic Depression: an enquiry into genesis of psychiatric conditions in early childhood II. *Psychoanal study Child*, 2: 313-42.
- Spitz, R.A., & Wolf, K. (1946), the smiling response: a contribution to the ontogenesis of social relations. *Genet Psychol Momogr* 34: 57-125.
- Spitz, R.A. (1965), The first year of life. New York, International Universities Press.
- Stark, K.D, Humphrey, L.L, Crook, K, Lewis, K. (1990), Perceived family environments of depressed and anxious children: Child's and maternal figure's perspectives. *J Ab Child Psych* 18: 527-547.
- Stavrakaki, C., & Vargo, B., (1986), the relationship of anxiety and depression: A review of the Literature. *British Journal of Psychiatry*, 149, 7-16.
- Strauss, C.C., & Forehand, R.L. (1984), Characteristics of Children with extreme scores on the Children's Depression Inventory. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 13(3).227-231.
- Strauss, C.C, Forehand, R.L, Smith, K, Frame, C. (1986), The association between social withdrawal and internalizing problems of children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14(4). 525-535.

- Stavrakaki, C. & Vargo, B. (1986), The relationship of Anxiety and Depression: A review of the Literature. *British Journal of Psychiatry*, 149, 7-16.
- Strober, M, Lampertt, C, Schmidr, S, Morrel, W. (1993), The course of major depressive disorders in adolescents: I. Recovery and risk of manic switching in a follow-up of psychotic and no psychotic subtypes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 34-42.
- Szandler, J., & Joffe, W. (1965), Notes on childhood depression. *Int J Psychoanal* 46: 88-96.
- Tanaka, J.S., & Huba, G.J. (1984), Confirmatory hierarchical analyses of measures of psychology distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 621-635.
- Thomas, A.M., & Forehand, R. (1991), The relationship between paternal depressive mood and early adolescent functioning. *Journal of family Psychologist*, 4, 260-271.
- Tisher, M. (1995), Teachers' assessment of prepubertal childhood. *Australian Journal of psychology*, 42, 2, 93-96.
- Todd, R.D., & Geller, B. (1995), What is the prevalence of depression in young people? *Current opinion in Psychiatry*, 8, 210-213.
- Tonkin, A., & Jureidine, J. (2005), Wishful Thinking: antidepressant drugs in childhood depression. *Br J Psychiatry* 187: 305-5.
- Trangkasombat, U., & Likanapichitkul, D. (1997), The children's Depression Inventory as a screen for depression in Thai children. *J Med Assoc. Thai August 1997*.
- Tronick, E, Als, H, Adamson, L, Wise, S, et al., (1978), The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *J Am Acad. Child Psychiatry* 17: 1-13.
- Trowell, J Joffe, I, Campbell, J Clemente, C et al., (2007), Childhood Depression: a place for psychodynamic psychotherapy and family therapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 16: 157-167.
- Turner, R.J., & Noh, S. (1988), Physical Disability and Depression: A Longitudinal Analysis. *Journal of Health and social Behaviour*, 129, 23-37.
- Tusang, M.T., & Faraone, S.V. (1990), The Genetics of Mood Disorders. Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Twenge, J.M., & Nolen-Hoeksema, S. (2002), Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the child depression inventory: a meta-analysis. *J Abnorm Psychol* 111: 578-588.

Warner, V, Weissman, M, Fredich, M, Wickramaratne, P, et al., (1992), The course of major depression in the offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 49, 795-801.

Warner, V, Mufson, L, Weissman, M.M. (1995), Offspring at high and low risk for depression and anxiety: mechanisms of psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34: 786-797.

Weissman, M.M. (1990), "Comorbidity of anxiety and depression: Family and genetic studies of children". In Masser, J., & Cloninger, C. (Eds). *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. (p.p 349-365), Washington, D. C: American Psychiatric Press.

Weiss, B., & weisz, J.R. (1988), Factor structure of self-report depression: Clinic-referred children Vs Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (4), 492-495.

Weiss, B, weisz, J.R, Politano, M, Carey, M. et al., (1991), Development differences in the factor structure of the C.D.I. *Psychological Assessment*, 3 (1), 38-45.

Weisz, J.R, Stevens, J.S, Curry, J.F, Cohen, R, et al., (1989), Control related cognitions and depression among inpatient children and adolescents. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 28: 358-363.

Weller, E.B, Weller, R.A, Fristad, M.A, et al., (1985), the dexamethasone suppression test in prepubertal depressed children. *J Clin Psychiatry* 46: 511-513.

Welner, Z., & Rice, J. (1988), School-aged children of depressive parents: A blind and controlled study. *Journal of Affective disorders*, 15, 291-302.

Younger, M.A., & Lewinsohn, P.M. (1980), The functional relationship between depressions and problematic interpersonal behavior. *J Abnorm Psychol* 89: 333-341.

Zalsman, G, Misgav, S, Sommerfeld, E, kohn, Y, et al., (2005), Children depression Inventory (CDI) and the children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R): Reliability of the Hebrew version. *Int J Adolesc Med health* 17 (3):255-257.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ
ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ CHILDREN'S DEPRESSION INVEN-
TORY.



Psychological Assessment and Services Since 1983

[Home](#)
[About Us](#)
[Client Services](#)
[United Kingdom](#)
[Contact Us](#)
[Software Support](#)
[Purchase](#)

Order Complete

Thank you for choosing MHS. A confirmation email will be sent to you once your order has been processed and is ready to be shipped. Charges will appear on your credit card statement from MHS or Multi-Health Systems Inc.

The following is your order confirmation:



ORDER CONFIRMATION				
P.O Box 950 North Tonawanda, NY 14120-0950 1-800-456-3003		3770 Victoria Park Avenue Toronto, Ontario M2H 3M6 (416) 492-2627 or 1-800-268-6011		Order Number: 571771 Customer Number: 173059
Ship To: Attention: Company Name: Sokratous,Sokrates Address: Monet 1, Zakaki City: Limassol State: . Country: CYP Zip: 3046		Bill To: Attention: Company Name: Sokratous, Sokrates Address: Monet 1, Zakaki City: Limassol State: . Country: CYP Zip: 3046		
Ship Via:		Entered By: Web Order		
Order Date: 1/11/2008 4:49:41 PM		Terms: Credit Card		
Inv#	Description	Qty	Price	Item Total
CDI53	CDI V.5 Software Kit	1	\$100.00	\$100.00
Sub Total:				\$100.00
Misc Charges:				\$20.00
Total Taxes				\$0.00
Total				\$120.00

[Return to MHS Homepage](#)

CDI

Children's Depression Inventory



A measure of depressive symptoms in young persons

M. Kovacs, Ph.D.

Self-Report, 27 items; 10 items for CDI Short

Ages 7-17 years

15 minutes administration time; 10 minutes for CDI Short

8 Level User Qualification

©1992 MHS Inc.





Maria Kovacs, Ph.D.

Aim

Clinicians and researchers alike have struggled for years with the problem of detecting depression in children and adolescents. Self-rated depressive symptom inventories have long played a role in the assessment of depression in adults because of their ease of administration, descriptive purposes, and ability to quantify the severity of the depressive syndrome. Children's Depression Inventory was developed in response to the corresponding assessment needs for school-aged children and adolescents.

CDI is a reliable and well tested symptom-oriented scale that measures symptoms of depression in young persons. As such, CDI can be used as part of a routine screening procedure in a number of settings including schools, outpatient/inpatient clinics, residential treatment centers, special education, child guidance clinics, child psychiatric, medical pediatric, and other clinical and non-clinical settings. Readministration of CDI throughout treatment can provide essential evaluation information about the effects of the child's remediation program. CDI can be a very important tool for giving the clinician structured as well as named information about the child.

The scale quantifies a range of depressive symptoms, including

- Disturbed Mood
- Hedonic Capacity
- Vegetative Functions
- Self-Evaluation
- Interpersonal Behaviors

The scale discerns young persons with the psychiatric diagnosis of major depressive or dysthymic disorder from those with other psychiatric conditions or normal school children. In addition, several items concern the consequences of depression in contexts that are specifically relevant to children (e.g., school).

CDI's sensitivity for detecting over time in depression make it an ideal measure for treatment progress, monitoring for quality assurance, and meeting managed care requirements.

User Qualification

CDI may be easily administered and scored by counselors, nurses, physicians, psychologists, social workers, and other trained professionals and paraprofessionals. A professional with advanced training in psychological assessment and professionals from related disciplines that adhere to relevant professional standards must assume responsibility for the use, interpretation, and communication of results. B-level qualification requires that, as a minimum, the user has completed courses in tests and measurement at a university or has received equivalent, documented training.

Norming

CDI was developed and tested on a broad sample totaling over 1,200 subjects, inclusive of males and females. Students ranging from grades 2 through 8 were recruited from various public schools. The normative data is characterized as follows.

Group	Number of Subjects	Age Range
Girls	674	7-16
Boys	592	7-15

Based on the trends in the normative data and developmental differences found elsewhere in the literature (e.g., Weiss, Weiss, Politano, Carey Nelson, & Finch, 1991), two groups were formed based on age: younger children ages 7-12, and older children ages 13-17. Separate norms were developed for boys and girls as well as for the two age groups. The CDI Manual documents specific demographic aspects of the sample.

Instrument

CDI is a 27-item rating instrument written at the lowest reading level of any measure of depression for children. Respondents are given a group of three sentences and asked to choose the one that best describes him or her in the past two weeks.

CDI presents five empirically developed factors. These are:

- Negative Mood
- Ineffectiveness
- Negative Self-Esteem
- Interpersonal Problems
- Anhedonia

The 10-item CDI Short (CDI-S) was developed to be an easily measured, effective tool for assessing depressive symptoms. CDI-S can be used when a quick screening measure is desired, when the examiner's time with the child is limited, or in other, similar situations.

Either the Long and Short forms will give comparable results, especially when the overall objective is the categorization of the child. The examiner might wish to use the full CDI when factor scores are desired, when a more detailed description of the child's depressive symptoms is indicated, or when more extensive clinical information is required. High scores on CDI are indicative of having a problem, while low scores indicate little or no problem.

Children's Depression Inventory

Format



CDI is available in the MHS QuickScore® Form. This paper-and-pencil format is designed for easy reading, scoring, and profiling of responses. No scoring templates are necessary; the respondent's answers automatically transfer through to the concealed scoring page.

Software CDI versions are also available. For computer-based and web-enabled assessment, custom integration with your enterprise database, or site licensing arrangements, CDI is incorporated into MHS Professional Tool Suite, sophisticated software technology featuring SmartLink®, a client management program. For details about the capabilities and configuration possibilities of the MHS Professional Tool Suite, please refer to MHS Professional Tool Suite product brochure available from MHS.

CDI can also be launched from PsychManager™. Your Professional and Personal Organizer. CDI Windows™-based software enables you to administer and score CDI assessments automatically while the respondent is seated at the computer. Profile Reports as well as Comparison Reports are generated upon completion of either the Long or Short administration of the CDI.

Translations



Using our worldwide network of over 400 qualified translators with backgrounds in psychology and medicine, MHS develops accurate translations of assessments published by MHS as well as by other publishers. CDI is currently available in English, Spanish, French (Canadian), Italian, Japanese, Norwegian, Russian, Ukrainian, Afrikaans, Dutch, German, Hebrew, French (European), Hungarian, Lithuanian, Swedish, Spanish (European), Polish, Turkish, and South African English. For more information about the availability of CDI in languages other than English, please contact the MHS Translations Department.

Scientific Validation

Evidence of the CDI and Short CDI's strong support for reliability and validity has been established over many years of empirical research. This instrument is mature in the sense that there have been a number of fundamental psychometric studies. Further, CDI has demonstrated consistent correlations with various syndromes, other scales, and replicated predictive relationships.

Detailed data are presented in the Technical Manual, including

- Scale Construction
- Temporal Reliability, Internal Consistency Reliability & Test-Retest Reliability
- Discriminant Validity and Concurrent Validity
- Gender and Age Effects
- Sensitivity to Change

Added to this, a series of three case studies serve as concrete examples of CDI's applicability in clinical settings.

Supportive Literature

Literally hundreds of published research studies have used CDI to evaluate some facet of child problem behavior; the following are just a few.

Heisel, W. J., & Mattson, J. L. (1984). The assessment of depression in children: The internal structure of the Child Depression Inventory (CDI). *Behavior Research and Therapy*, 22(3), 289-298.

Hodges, K., & Craighead, W. E. (1990). Relationship of Children's Depression Inventory factors to diagnosed depression. *Psychological Assessment*, 2(4), 489-492.

Finch, A. J., Saydt, C. F., Edwards, G.L., & McIntosh, J. A. (1987). Children's Depression Inventory: Reliability over repeated administrations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4), 330-341.

Krubet, R., Foltzhead, R., Long, N., Burke, M., & Faust, J. (1987). The relationship of young adolescent Children's Depression Inventory (CDI) scores to their social and cognitive functioning. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 9(2), 161-172.

Dowdell, L. A., Felker, R. D., Rowland, R. T., Raley, P. A., & Evans, E. (1988). Depression in children and adolescents: A comparative analysis of the utility and construct validity of two assessment measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(5), 760-772.



Sample CDI Response Sheet

Client ID: _____		by Maria Kovacs, Ph.D.
Age: _____ Birthdate: _____ <small>mm/dd/yyyy</small>		
Grade: _____ Gender: Male Female		
Today's date: _____ <small>mm/dd/yyyy</small>		

Kids sometimes have different feelings and ideas.

This form lists the feelings and ideas in groups. From each group of three sentences, pick one sentence that describes you *best* for the past two weeks. After you pick a sentence from the first group, go on to the next group.

There is no right or wrong answer. Just pick the sentence that best describes the way you have been recently. Put a mark like this next to your answer. Put the mark in the box next to the sentence that you pick.

Here is an example of how this form works. Try it. Put a mark next to the sentence that describes you *best*.

Example:

I read books all the time.
 I read books once in a while.
 I never read books.

Remember, pick out the sentences that describe you best in the PAST TWO WEEKS.

Item 1

 I am sad once in a while.
 I am sad many times.
 I am sad all the time.

Item 2

 Nothing will ever work out for me.
 I am not sure if things will work out for me.
 Things will work out for me O.K.

Item 3

 I do most things O.K.
 I do many things wrong.
 I do everything wrong.

Item 4

 I have fun in many things.
 I have fun in some things.
 Nothing is fun at all.

Item 5

 I am bad all the time.
 I am bad many times.
 I am bad once in a while.

Item 6

 I think about bad things happening to me once in a while.
 I worry that bad things will happen to me.
 I am sure that terrible things will happen to me.

Item 7

 I hate myself.
 I do not like myself.
 I like myself.

Item 8

 All bad things are my fault.
 Many bad things are my fault.
 Bad things are not usually my fault.

Item 9

 I do not think about killing myself.
 I think about killing myself but I would not do it.
 I want to kill myself.

Turn over and fill out the other side.

Sample CDI Response Sheet (Continued)

Remember, pick out the sentences that describe you best in the PAST TWO WEEKS.

Item 10

- I feel like crying every day.
- I feel like crying many days.
- I feel like crying once in a while.

Item 19

- I do not worry about aches and pains.
- I worry about aches and pains many times.
- I worry about aches and pains all the time.

Item 11

- Things bother me all the time.
- Things bother me many times.
- Things bother me once in a while.

Item 20

- I do not feel alone.
- I feel alone many times.
- I feel alone all the time.

Item 12

- I like being with people.
- I do not like being with people many times.
- I do not want to be with people at all.

Item 21

- I never have fun at school.
- I have fun at school only once in a while.
- I have fun at school many times.

Item 13

- I cannot make up my mind about things.
- It is hard to make up my mind about things.
- I make up my mind about things easily.

Item 22

- I have plenty of friends.
- I have some friends but I wish I had more.
- I do not have any friends.

Item 14

- I look O.K.
- There are some bad things about my looks.
- I look ugly.

Item 23

- My schoolwork is alright.
- My schoolwork is not as good as before.
- I do very badly in subjects I used to be good in.

Item 15

- I have to push myself all the time to do my schoolwork.
- I have to push myself many times to do my schoolwork.
- Doing schoolwork is not a big problem.

Item 24

- I can never be as good as other kids.
- I can be as good as other kids if I want to.
- I am just as good as other kids.

Item 16

- I have trouble sleeping every night.
- I have trouble sleeping many nights.
- I sleep pretty well.

Item 25

- Nobody really loves me.
- I am not sure if anybody loves me.
- I am sure that somebody loves me.

Item 17

- I am tired once in a while.
- I am tired many days.
- I am tired all the time.

Item 26

- I usually do what I am told.
- I do not do what I am told most times.
- I never do what I am told.

Item 18

- Most days I do not feel like eating.
- Many days I do not feel like eating.
- I eat pretty well.

Item 27

- I get along with people.
- I get into fights many times.
- I get into fights all the time.

C.D.I
Maria Kovacs

Αριθμός: _____

Αποτελ: _____

Ημερομηνία Γέννησης: _____

Ηλικία: _____ Φύλο: _____

Τάξη: _____

Τα παιδιά μερικές φορές δεν κάνουν τις ίδιες σκέψεις ούτε νοιώθουν τα ίδια πράγματα. Από κάθε ομάδα προτάσεων, διάλεξε την μία από τις τρεις προτάσεις, που περιγράφει καλύτερα την κατάσταση σου, τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Αφού διαλέξεις μία πρόταση από την πρώτη ομάδα, προχώρησε στην επόμενη ομάδα.

Δεν υπάρχει σωστή απάντηση ούτε λάθος απάντηση.

Απλώς διάλεξε την πρόταση που ταιριάζει σε σένα τώρα. Βάλε ένα σημάδι που είναι σαν αυτό (X) στο κουτάκι της πρότασης που διάλεξες.

Αυτό είναι ένα παράδειγμα πως συμπληρώνονται αυτές οι σελίδες.

Παράδειγμα:

- Διαβάζω βιβλία συχνά
- Διαβάζω βιβλία κάθε τόσο
- Ποτέ δεν διαβάζω βιβλία

Θυμήσου να συμπληρώσεις την επόμενη σελίδα

1

Αριθμός: _____
Αποτελ: _____

1. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- Σπάνια είμαι στεναχωρημένος
- Συχνά είμαι στεναχωρημένος
- Συνέχεια είμαι στεναχωρημένος.

2. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- Τίποτε δεν μου πάει καλά
- Δεν είμαι σίγουρος αν τα πράγματα θα πάνε καλά για μένα
- Τα πράγματα θα πάνε καλά για μένα

3. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- Τα καταφέρνω καλά στα περισσότερα πράγματα
- Κάνω λάθος πολλά πράγματα
- Κάνω τα πάντα λάθος

4. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- Με διασκεδάζουν πολλά πράγματα
- Με διασκεδάζουν λίγα πράγματα
- Δεν με διασκεδάζει τίποτα

5. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- Είμαι συνέχεια κακό παιδί
- Είμαι συχνά κακό παιδί
- Κάποτε είμαι κακό παιδί

6. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- Σπάνια σκέφτομαι ότι θα μου συμβεί κάτι κακό
- Ανησυχώ ότι θα μου συμβεί κάτι κακό
- Είμαι σίγουρος ότι θα μου συμβεί κάτι κακό, τρομερό

7. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- Μισώ τον εαυτό μου
- Δεν μ' αρέσει ο εαυτός μου
- Μ' αρέσει ο εαυτός μου

8. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- Φταίω για όλα τα «κακά πράγματα» που συμβαίνουν
- Φταίω για πολλά από τα «κακά πράγματα» που συμβαίνουν
- Συνήθως δεν φταίω εγώ για ότι «κακά» συμβαίνει

9. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- Δεν έχω σκεφτεί να κάνω κακό στο εαυτό μου
- Σκέφτομαι να κάνω κακό στο εαυτό μου αλλά δεν θα το κάνω
- Θα κάνω κακό στο εαυτό μου

10. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- Νιώθω ότι θέλω να κλαίω κάθε μέρα
- Νιώθω ότι θέλω να κλαίω πολλές μέρες
- Κάποτε θέλω να κλάψω

Θυμήσου να συμπληρώσεις την επόμενη σελίδα

2

11. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- Συνέχεια με ενοχλεί κάτι
- Συχνά με ενοχλεί κάτι
- Κάποτε με ενοχλεί κάτι

12. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- Μ' αρέσει να είμαι με άλλους ανθρώπους
- Πολλές φορές δεν μ' αρέσει να είμαι με άλλους ανθρώπους
- Δεν θέλω καθόλου να είμαι με άλλους ανθρώπους

13. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- Δεν μπορώ να αποφασίσω για κάτι όταν χρειάζεται
- Δύσκολα αποφασίζω για κάτι όταν χρειάζεται
- Εύκολα αποφασίζω για κάτι όταν χρειάζεται

14. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- Η εμφάνιση μου είναι μία χαρά
- Έχει μερικά χαρακτηριστικά στην εμφάνιση μου που δεν μου αρέσουν
- Είμαι άσχημος

15. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- Συνέχεια πρέπει να πιέζω τον εαυτό μου για να διαβάσω για το σχολείο
- Συχνά πρέπει να πιέζω τον εαυτό μου για να διαβάσω για το σχολείο
- Το διάβασμα για το σχολείο δεν είναι πρόβλημα για μένα

16. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ κάθε βράδυ
- Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ πολλά βράδια
- Κοιμάμαι καλά

17. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- Κάποτε νοιώθω κουρασμένος
- Συχνά νοιώθω κουρασμένος
- Συνέχεια νοιώθω κουρασμένος

18. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- Τις περισσότερες μέρες δεν έχω όρεξη για φαγητό
- Αρκετές μέρες δεν έχω όρεξη για φαγητό
- Τρώω καλά

19. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- Δεν ανησυχώ για πόνους στο σώμα μου
- Συχνά ανησυχώ για διάφορους πόνους στο σώμα μου
- Συνέχεια ανησυχώ για διάφορους πόνους στο σώμα μου

20. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- ❖Δεν νοιώθω μόνος
- ❖Νοιώθω μόνος πολλές φορές
- ❖Νοιώθω μόνος συνέχεια

Θυμήσου να συμπληρώσεις την επόμενη σελίδα

3

21. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- ❖ Στο σχολείο ποτέ δεν περνώ καλά
- ❖ Στο σχολείο σπάνια περνώ καλά
- ❖ Στο σχολείο πολλές φορές περνώ καλά

22. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- ❖ Έχω πολλούς φίλους
- ❖ Έχω λίγους φίλους, αλλά θα ήθελα να είχα περισσότερους
- ❖ Δεν έχω φίλους

23. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- ❖ Τα πάω καλά στα μαθήματα μου
- ❖ Δεν τα πάω τόσο καλά στα μαθήματα μου όσο πριν
- ❖ Τα πάω πολύ άσχημα σε μαθήματα που ήμουν καλός πριν

24. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- ❖ Δεν θα μπορέσω ποτέ να είμαι τόσο καλός όσο τα άλλα παιδιά
- ❖ Αμα θέλω μπορώ να είμαι το ίδιο καλός με τα άλλα παιδιά
- ❖ Είμαι το ίδιο καλός με τα άλλα παιδιά

25. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- ❖ Κανείς δεν μ' αγαπάει πραγματικά
- ❖ Δεν είμαι σίγουρος αν μ' αγαπάει κανείς
- ❖ Είμαι σίγουρος ότι μ' αγαπάνε

26. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- ❖ Συνήθως κάνω αυτό που μου ζητάνε
- ❖ Τις περισσότερες φορές δεν κάνω αυτό που μου ζητάνε
- ❖ Ποτέ δεν κάνω αυτό που μου ζητάνε

27. Τις δύο τελευταίες εβδομάδες

- ❖ Τα πάω καλά με τους άλλους
- ❖ Τσακώνομαι συχνά
- ❖ Τσακώνομαι συνέχεια

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥ-
ΝΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ-
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ.



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ
ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ

Αρ. Φακ.: 7.15.09.9.1
Αρ. Τηλ. : 22800661
Αρ. Φαξ : 22428277
E-mail : dde@moec.gov.cy

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

27 Ιανουαρίου, 2009

ΕΠΕΙΓΟΝ – ΜΕ ΤΗΛΕΟΜΟΙΟΤΥΠΟ (25712613)

Κύριο Σωκράτη Σωκράτους
Λέκτορα (εντ) ΤΕΠΑΚ
Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής
Τ.Θ. 50329, 3603 Λεμεσός

Θέμα: Άδεια για διεξαγωγή έρευνας με μαθητές δημοτικών σχολείων δημοτικών σχολείων της επαρχίας Λεμεσού

Αγαπητέ κύριε Σωκράτους,

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στη σχετική με το πιο πάνω θέμα επιστολή σας, με ημερομηνία 12 Δεκεμβρίου 2008, και σε συνέχεια της ταυτάριθμης επιστολής μας με ημερομηνία 21 Νοεμβρίου 2008, να σας πληροφορήσω ότι εγκρίνεται το αίτημά σας για διεξαγωγή έρευνας με μαθητές δημοτικών σχολείων της επαρχίας Λεμεσού, με θέμα την ανίχνευση καταθλιπτικών εκδηλώσεων στα παιδιά σχολικής ηλικίας (11-12 ετών), την παρούσα σχολική χρονιά 2008-2009.

2. Νοείται, βέβαια, ότι πρέπει να εξασφαλιστεί η άδεια των διευθυντών/διευθυντριών των σχολείων που θα επισκεφθείτε, εκ των προτέρων, ώστε να ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για να μην επηρεαστεί η ομαλή λειτουργία τους. Η έρευνα θα πρέπει να διεξαχθεί με ιδιαίτερα προσεγμένο τρόπο, ώστε να μη θίγεται το έργο των εκπαιδευτικών, το σχολικό περιβάλλον ή οι οικογένειες των μαθητών και όλες οι δραστηριότητες που θα αναπτυχθούν πρέπει να εμπίπτουν μέσα στα πλαίσια που καθορίζονται από το Αναλυτικό Πρόγραμμα. Η έρευνα θα διεξαχθεί νοουμένου ότι η απώλεια του διδακτικού χρόνου των μαθητών θα περιοριστεί στον ελάχιστο δυνατό βαθμό, ενώ για τη συμμετοχή τους χρειάζεται η **γραπτή** συγκατάθεση των γονιών τους. Σημειώνεται, επίσης, ότι τα πορίσματά σας κρίνεται απαραίτητο να είναι ανώνυμα και οι πληροφορίες που θα συλλέξετε να τηρηθούν απόλυτα εμπιστευτικές και αποκλειστικά και μόνο για το σκοπό της έρευνας.

3. Η παρούσα έγκριση παραχωρείται με την προϋπόθεση ότι τα πορίσματα της εργασίας, θα κοινοποιηθούν μόλις αυτή ολοκληρωθεί, στη Διεύθυνση Δημοτικής Εκπαίδευσης για σχετική μελέτη και κατάλληλη αξιοποίηση.

Με εκτίμηση,

(Αντουανέττα Κατσιολούδη)
για Γενική Διευθύντρια

Κοιν.: Π.Λ.Ε., Επαρχιακά Γραφεία Παιδείας
ΑΤ/ΑΤ ΕΡΕΥΝΕΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 ΕΠΙΣΤΟΛΟΓΡΑΦΙΑ.

1. ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ/ΤΡΙΕΣ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ ΣΧΟΛΕΙΩΝ.
2. ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΚΗΔΕΜΟΝΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ.
3. ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ.

Σωκράτους Σωκράτης
Λέκτορας (εντ.) Τ.Ε.Π.Α.Κ
Σχολή επιστημών Υγείας-Τμήμα Νοσηλευτικής.

ΔΕΙΓΜΑ

Μεταπτυχιακός φοιτητής στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
Λιοπετρίου 12β Ομόνοια Λεμεσός.
Τηλ. 99433169, 25801442
E mail:Sokrates.sokratous@st.ouc.ac.cy

Ημερομηνία:

Διευθυντή δημοτικού σχολείου

Θέμα: Διεξαγωγή έρευνας σε τελειόφοιτους μαθητές δημοτικών σχολείων της Επαρχίας Λεμεσού.

Κύριε/α,

Μετά από εξασφάλιση σχετικής άδειας από το Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού (αντίγραφο επισυνάπτεται) θα ήθελα να σας πληροφορήσω τα ακόλουθα όσο αφορά την ερευνητική διαδικασία.

Η έρευνα θα πραγματοποιηθεί μέσα στα πλαίσια της μεταπτυχιακής μου εκπαίδευσης στην Διοίκηση Μονάδων υγείας του Ανοικτού Πανεπιστήμιου Κύπρου. Το επίκεντρο της ερευνητικής μου μελέτης, θα είναι η ανίχνευση καταθλιπτικών εκδηλώσεων στα τελειόφοιτα παιδιά δημοτικής εκπαίδευσης. Η συλλογή πληροφοριών θα διεξαχθεί με τη χρήση ειδικού ερευνητικού εργαλείου (ερωτηματολογίου), που θα διανεμηθεί στα παιδιά και το οποίο σας επισυνάπτεται.

Αναλυτικότερα:

Αντικείμενο της παρούσας ερευνητικής εργασίας αποτελεί η μελέτη της παιδικής κατάθλιψης. Συγκεκριμένα η ερευνητική αυτή εργασία θα επιχειρήσει να ανιχνεύσει την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε πληθυσμό τελειόφοιτων παιδιών σχολικής ηλικία στην Κύπρο. Ειδικότερα η μελέτη αποσκοπεί να απαντήσει στα παρακάτω ερωτήματα: 1) Σε ποιο ποσοστό του τελειοφοίτων παιδιών δημοτικής εκπαίδευσης παρουσιάζονται καταθλιπτικά συμπτώματα 2) Εάν υπάρχουν διαφορές στην συχνότητα της κατάθλιψης σχετιζόμενες με το φύλο και την εθνικότητα. 3) Να εξετάσει τις ψυχομετρικές ιδιότητες του ερωτηματολογίου καταγραφής της παιδικής κατάθλιψης C.D.I. (Children's Depression Inventory) σε Κυπριακό δείγμα σχολικού πληθυσμού.

Το δείγμα της έρευνας θα αποτελέσουν 380-450 τελειόφοιτοι μαθητές και μαθήτριες που προέρχονται από 15 δημόσια δημοτικά σχολεία της Λεμεσού (μεταξύ αυτών και το δικό σας). Οι τελειόφοιτοι μαθητές/μαθήτριες της Αστικής Λεμεσού κατά την σχολική περίοδο 2008/9 είναι 1536 (Υπουργείο Παιδείας, 2008). Τα δειγματικά

ΔΕΙΓΜΑ

υποκείμενα της έρευνας θα αποτελέσουν περίπου το 28% του συνολικού αριθμού τελειοφοίτων μαθητών/τριών των δημόσιων δημοτικών σχολείων της Αστικής Λεμεσού. Το δείγμα αναφοράς θα είναι η τάξη, χωρίς την φωτογράφιση των παιδιών.

Οι ερευνητές της κατάθλιψης της παιδικής ηλικίας, επισημαίνουν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα, τα οποία εκδηλώνουν τα παιδιά, συχνά δεν γίνονται αντιληπτά από το περιβάλλον τους. Σαν αποτέλεσμα, αυτά μπορεί να περάσουν απαρατήρητα ή να ευρίσκονται σε σύγχυση με ορισμένες διαταραχές της συμπεριφοράς του παιδιού ή την κακή σχολική επίδοση. Θα πρέπει λοιπόν, η οικογένεια και το σχολείο να επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους σε μια γενική προσέγγιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά και όχι να εστιάζονται μόνο σε θέματα μαθησιακών αναγκών.

Το σχολικό περιβάλλον μπορεί να παίξει καθοριστικό ρόλο στην πρόιμη αναγνώριση της κατάθλιψης της παιδικής ηλικίας, καθώς αποτελεί έναν ιδανικό χώρο αξιολόγησης της συναισθηματικής διάθεσης και της κοινωνικής συμπεριφοράς του μαθητή.

Οι προσπάθειες της έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης, αποτελούν επιτακτική θεραπευτική αναγκαιότητα, δεδομένου ότι η κατάθλιψη της παιδικής ηλικίας είναι μια χρόνια διαταραχή, η οποία μπορεί να επιμείνει και στην ενήλικη ζωή.

3) Αναμενόμενα αποτελέσματα

Η μελέτη θα συμβάλει στον εντοπισμό της συχνότητας εμφάνισης σημείων κατάθλιψης στα παιδιά και στην ανίχνευση τυχόν διαφοράς μεταξύ του φύλου και εθνικότητας.

4) Απώτεροι στόχοι

Τα ευρήματα της μελέτης, αναμένεται να συμβάλουν στην επιστημονική γνώση για την κατάθλιψη της παιδικής ηλικίας, αποσαφηνίζοντας ορισμένα χαρακτηριστικά της «σιωπηλής» αυτής συναισθηματικής διαταραχής. Η ευαισθητοποίηση τόσο του οικογενειακού όσο και του σχολικού περιβάλλοντος στους τρόπους εκδήλωσης της κατάθλιψης της παιδικής ηλικίας, αναμένεται να συμβάλει στην πρόιμη αναγνώριση και άμεση αντιμετώπιση της.

5) Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή δεδομένων θα γίνει με τη χρήση ειδικού ερωτηματολογίου και θα πραγματοποιηθεί κατά την διάρκεια του σχολικού έτους 2008-2009. Η επιλογή των δημοτικών σχολείων έγινε με την μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας.

Θα ακολουθηθεί η εξής διαδικασία:

5.1. Προκαταρκτική συνάντηση με σκοπό την ενημέρωση των εκπαιδευτικών.

Αρχικά θα γίνει προσπάθεια για να πραγματοποιηθεί μια πρώτη συνάντηση με τους διευθυντές καθενός από τα εμπλεκόμενα στην έρευνα δημοτικά σχολεία. Στην συνάντηση αυτή θα συμμετέχουν επίσης κι οι δάσκαλοι των τάξεων των σχολείων που έχουν επιλεγεί. Σκοπός αυτής της προκαταρκτικής συνάντησης, θα είναι η γνωριμία μαζί σας και η γνωστοποίηση του σκοπού και του περιεχομένου της έρευνας. Θα διευκρινιστεί ότι, στην έρευνα θα συμμετάσχουν τελειόφοιτοι μαθητές του σχολείου και ότι τα προσωπικά τους δεδομένα θα διασφαλιστούν. Θα γίνει παρουσίαση του ερευνητικού εργαλείου το οποίο πρόκειται να χρησιμοποιηθεί και θα επιδοθούν έντυπα ενημερωμένης συγκατάθεσης που θα απευθύνονται προς τους γονείς ή κηδεμόνες των παιδιών, για εξασφάλιση της έγκρισής τους προ της διεξαγωγής της έρευνας. Επίσης, θα δοθούν έντυπα ενημέρωσης και στα ίδια τα παιδιά.

Στην συνέχεια θα περιγραφεί αναλυτικά η διαδικασία η οποία πρόκειται να ακολουθηθεί. Σε επόμενη επίσκεψη, θα επιδοθούν διαδοχικά και τα δυο ερωτηματολόγια στα παιδιά των Στ' τάξεων που έχουν επιλεγεί. Ο προγραμματισμός της ημερομηνίας, της διάρκειας και ο καθορισμός της ώρας, κατά την οποία θα πραγματοποιούν αυτές οι επισκέψεις στο κάθε σχολείο, θα γίνει από εσάς τους διευθυντές των σχολείων, με κριτήριο την διασφάλιση της ομαλής τήρησης του ωρολογίου προγράμματος κάθε τάξης.

5.2. Τρόπος συλλογής δεδομένων

Η συλλογή δεδομένων από τον ερευνητή και τους συνεργάτες του θα γίνει όπως ήδη αναφέρθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου και συγκεκριμένα θα χορηγηθεί στο επιλεγθέν δείγμα η Κλίμακα Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης. Πριν από την συμπλήρωση της κλίμακας, θα εξηγηθεί στα παιδιά ότι ο σκοπός της έρευνας είναι να μάθουμε περισσότερα πράγματα για το πως αισθάνονται και πως σκέπτονται τα ίδια τα παιδιά, έτσι ώστε να μπορούμε να τα βοηθήσουμε αν το χρειάζονται. Θα διευκρινιστεί ότι δεν υπάρχουν "λανθασμένες" ή "σωστές" απαντήσεις και ότι από κάθε ομάδα προτάσεων χρειάζεται να επιλέξουν την μία από τις προτάσεις, η οποία ταιριάζει καλύτερα στην δική τους τωρινή κατάσταση. Επίσης θα εξηγηθεί ότι, δεν σημειώνεται το ονοματεπώνυμο τους, έτσι ώστε να μπορούν να εκφραστούν ελεύθερα και ειλικρινά.

6) Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Τα εμπειρικά δεδομένα της έρευνας μας, θα προκύψουν από την συμπλήρωση από τους μαθητές της Κλίμακα Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης C.D.I., της Maria Kovacs (1992), που είναι ένα εργαλείο αυτό-αξιολόγησης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, για παιδιά και εφήβους. Το ερωτηματολόγιο που σας επισυνάπτετε, αποτελεί ένα διεθνές έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο.

Σας ευχαριστώ εκ των πρότερων και είμαι σίγουρος για την άριστη συνεργασία μας.

Με εκτίμηση

Σωκράτους Σωκράτης

Μεταπτυχιακός Φοιτητής του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.
Λέκτορας (Ενταγμένος) Τ.Ε.Π.Α.Κ

Σχολή επιστημών υγείας-Τμήμα Νοσηλευτικής.

Σωκράτους Σωκράτης.

Μεταπτυχιακός φοιτητής στο Ανοικτό πανεπιστήμιο Κύπρου.

Λιοπετρίου 12β Ομόνοια Λεμεσός.

Τελ.99433169, 25801442.

E mail:Sokrates.sokratous@st.ouc.ac.cy

12 Δεκεμβρίου 2008

Προς όλους τους γονείς και κηδεμόνες των τελειοφοίτων παιδιών των δημοτικών σχολείων

ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ ΤΕΛΕΙΟΦΟΙΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΑ ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΣΧΟΛΕΙΑ

Στα πλαίσια της μεταπτυχιακής μου διατριβής με το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, θα εκπονήσω ερευνητική μελέτη με θέμα τις εκδηλώσεις συμπεριφοράς, τις σκέψεις και τα συναισθήματα των τελειοφοίτων παιδιών στα δημοτικά σχολεία της Λεμεσού. Στα παιδιά σας που έχουν επιλεγεί, θα χορηγηθεί ειδικό ερωτηματολόγιο, για να απαντήσουν στην τάξη και να μπορέσουν έτσι, να εξαχθούν συμπεράσματα με σκοπό την ανίχνευση και εντόπιση τυχόν συναισθηματικών διαταραχών.

Οι ερευνητές της παιδικής ηλικίας, επισημαίνουν ότι, οι αλλαγές στην συμπεριφορά, στην σκέψη, αλλά και στα συναισθήματα, τα οποία εκδηλώνουν τα παιδιά, συχνά δεν γίνονται αντιληπτά από το περιβάλλον τους. Σαν αποτέλεσμα, αυτά μπορεί να περάσουν απαρατήρητα ή να ευρίσκονται σε σύγχυση με ορισμένες διαταραχές της συμπεριφοράς του παιδιού ή την κακή σχολική επίδοση. Θα πρέπει λοιπόν, η οικογένεια και το σχολείο να επικεντρώσουν το ενδιαφέρον τους σε μια γενική προσέγγιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά και όχι να εστιάζονται μόνο σε θέματα μαθησιακών αναγκών.

Το υπουργείο παιδείας και πολιτισμού και οι διευθυντές των δημοτικών σχολείων, έχουν εγκρίνει την διεξαγωγή αυτής της μελέτης. Η δική σας συγκατάθεση, για συμμετοχή του παιδιού σας, θεωρείται πολύτιμη στην καλύτερη κατανόηση του «άγνωστου» κόσμου των παιδιών για να μπορέσουμε αν χρειαστεί να τα βοηθήσουμε.

Υπογράφοντας την ενημερωμένη συγκατάθεση για συμμετοχή του παιδιού σας, σας διαβεβαιώνω ότι θα εξασφαλιστεί με πλήρη αυστηρότητα και εχεμύθεια ,η ανωνυμία και το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων των παιδιών σας. Τα ερωτηματολόγια θα είναι ανώνυμα και δεν θα έχουν καθόλου στοιχεία που τυχόν θα φωτογραφίζουν τα συμμετέχοντα παιδιά.

Σας παρακαλώ, να επιστρέψετε αυτή την επιστολή στο σχολείο με τα παιδιά σας, το αργότερο σε μια (1) εβδομάδα από σήμερα.

Με ειλικρινείς ευχαριστίες

Υπογραφή γονέα ή κηδεμόνα

Σωκράτους Σωκράτης

Ονοματεπώνυμο Παιδιού

Γνωστοποίηση του σκοπού της έρευνας στους μαθητές

Έχετε επιλεγεί ,από ένα μεγάλο αριθμό τελειοφοίτων μαθητών και μαθητριών, για να λάβετε μέρος σε μια ερευνητική μελέτη με θέμα τις εκδηλώσεις συμπεριφοράς, τις σκέψεις ,τα συναισθήματα των παιδιών της ηλικίας σας. Πιστεύουμε ότι τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, θα βοηθήσουν εμάς τους μεγάλους να καταλάβουμε τον τρόπο που σκέπτεστε και πως αισθάνεστε εσείς οι μαθητές.

Οι απαντήσεις σας θα κρατηθούν μυστικές. Το όνομα σας δεν θα αναφερθεί στα ερωτηματολόγια και δεν αποτελεί μέρος των πληροφοριών που θα μαζευτούν. Ενδιαφερόμαστε για το περιεχόμενο των σκέψεων σας και όχι για το ονοματεπώνυμο σας.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Σας παρακαλούμε να απαντήσετε ελεύθερα, ακριβώς όπως αισθάνεστε, εκφράζοντας τις δικές σας ιδέες και να μην σκεφτείτε τι πιθανόν εμείς οι ενήλικες να περιμένουμε για απάντηση. Οι ειλικρινείς και αυθόρμητες απαντήσεις σας, θα μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε καλύτερα τα προβλήματα και τις ανάγκες σας με σκοπό την καλύτερη σχολική σας πορεία.

Η βοήθεια και η συμμετοχή σας θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική και καθοριστική για την πραγματοποίηση της μελέτης αυτής.

Ευχαριστώ

Σωκράτους Σωκράτης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΟΚΛΙ-
ΜΑΚΕΣ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑ-
ΘΛΙΨΗΣ C.D.I.

Η συσχέτιση των ερωτήσεων στις υποκλίμακες (colleration coefficients –spearman).

		CDIScore
Αρνητική συναισθηματική διάθεση-Καταθλιπτική διάθεση	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	.526** ,000 439
Αρνητική αυτοεκτίμηση-Απαισιοδοξία	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	.525** ,000 439
Αναποτελεσματικότητα-Αυτο- υποτίμηση	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	.374** ,000 439
Ανηδονία-Ανηδονία	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	.414** ,000 439
Διαπροσωπικά προβλήματα-Κακή συμπεριφορά	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	.298** ,000 439
Αρνητική συναισθηματική διάθεση-Απαισιοδοξία	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	.528** ,000 439
Αρνητική αυτοεκτίμηση-Μίσος για τον εαυτό	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	.513** ,000 439
Αρνητική συναισθηματική διάθεση-Αυτοκατηγορία	Correlation Coefficient	.454**

	cient Sig. (2-tailed) N	,000 439
Αρνητική αυτοεκτίμηση-Αυτοκτονικός ιδεασμός	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	.371** ,000 439
Αρνητική συναισθηματική διάθεση-Ξεσπάσματα σε κλάματα	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	.437** ,000 439
Αρνητική συναισθηματική διάθεση-Ανησυχία	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	.580** ,000 439
Διαπροσωπικά προβλήματα-Μειωμένο κοινωνικό ενδιαφέρον	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	.270** ,000 439
Αρνητική συναισθηματική διάθεση-Αναποφασιστικότητα	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	.384** ,000 439
Αρνητική αυτοεκτίμηση-Αρνητική εικόνα σώματος	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	.516** ,000 439
Αναποτελεσματικότητα-Δυσκολία σχολικής εργασίας	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	.392** ,000 439
Ανηδονία-Διαταραχή ύπνου	Correlation Coefficient	.462**

	Sig. (2-tailed)	,000
	N	439
Ανηδονία-Κόπωση	Correlation Coefficient	.460**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	439
Ανηδονία-Ελαττωμένη όρεξη για φαγητό	Correlation Coefficient	.447**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	439
Ανηδονία-Σωματικά ενοχλήματα	Correlation Coefficient	.386**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	439
Ανηδονία-Αίσθημα μοναξιάς	Correlation Coefficient	.494**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	439
Ανηδονία-Άρνηση για το σχολείο	Correlation Coefficient	.375**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	439
Ανηδονία-Απουσία φίλων	Correlation Coefficient	.399**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	439
Αναποτελεσματικότητα-Μείωση σχολικής επίδοσης	Correlation Coefficient	.423**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	439
Αναποτελεσματικότητα-Αυτο-υποτίμηση (σε σύγκριση με συνομήλικους)	Correlation Coefficient	.469**
	Sig. (2-tailed)	,000

	N	439
Αρνητική αυτοεκτίμηση-Αίσθηση ότι δεν το αγαπούν	Correlation Coefficient	.488**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	439
Διαπροσωπικά προβλήματα-Ανυπακοή	Correlation Coefficient	.197**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	439
Διαπροσωπικά προβλήματα-Τσακωμοί	Correlation Coefficient	.374**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	439