

Εφηβεία και κατάθλιψη

Η κατάθλιψη στην εφηβεία παρουσιάζεται με αυξημένη συχνότητα, με σοβαρές επιπτώσεις στην προσωπική και κοινωνική ζωή του εφήβου, συνδεδεμένη άμεσα και με κίνδυνο αυτοκτονίας. Πριν από το 1980 η κατάθλιψη των εφήβων αναφερόταν σπάνια, λόγω της άτυπης κλινικής εικόνας, που αυθόρμητα συνδεόταν με την κρίση της εφηβείας. Η εξέλιξη αναμενόταν ευνοϊκή και η ίαση ετοποθετείτο στο τέλος της εφηβείας. Η θεαματική αύξηση των αποπειρών αυτοκτονίας και των αυτοκτονιών στην εφηβεία οδήγησε σε πολλαπλές μελέτες με αντικείμενο την επιδημιολογία, την κλινική εικόνα, την αιτιοπαθγένεια και την αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε αυτή την ηλικία. Με τα σύγχρονα δεδομένα, αποδεικνύεται ότι η εμφάνιση κατάθλιψης στην εφηβεία είναι συχνή, η κλινική της εικόνα παρουσιάζει ορισμένες ιδιαιτερότητες σε σχέση με την κατάθλιψη των ενηλίκων, ενώ υπάρχει αυξημένος κίνδυνος συνέχισης της παθολογίας στην ενήλικη ζωή. Ποικίλοι γενετικοί, οικογενειακοί, δημογραφικοί, ψυχοκοινωνικοί, γνωσιακοί και βιολογικοί παράγοντες, συνδεδεμένοι με την έναρξη και την πορεία της νόσου, έχουν αναγνωριστεί. Για την αντιμετώπισή της προτάθηκαν γνωσιακές, συμπεριφορικές, ψυχαναλυτικές και συστημικές προσεγγίσεις με τη βοήθεια ή μη της φαρμακοθεραπείας και έδωσαν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Η εν δυνάμει σοβαρότητα της εφηβικής κατάθλιψης απαιτεί μεγαλύτερη προσοχή στη διαγνωστική εκτίμηση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Η δυσκολία αναγνώρισης συνδέεται αφενός με τη στάση του εφήβου, που δεν ζητάει ο ίδιος βοήθεια για τα προβλήματά του, και αφετέρου με εκείνη των ενηλίκων, γονέων, δασκάλων και γιατρών, που παρατηρούν περισσότερο τις εξωτερικευμένες διαταραχές συμπεριφοράς και όχι το άγχος ή τα καταθλιπτικά συναισθήματα του εφήβου. Η θεραπευτική αντιμετώπιση οφείλει να εστιάζεται στον έφηβο, αλλά να συμπεριλαμβάνει και την οικογένεια, η οποία συμμετέχει στην αιτιοπαθγένεια και την εξέλιξη της νόσου και από την οποία άμεσα εξαρτάται ο έφηβος σ' αυτή την κρίσιμη φάση της ζωής του.

1. ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η εφηβεία ορίζεται ως η εξελικτική διεργασία στη ζωή του ανθρώπου, που αρχίζει βιολογικά με τις μεταβολές της φυσιολογίας της ήθης και τελειώνει ψυχολογικά με την απόκτηση της ταυτότητας του εαυτού και του φύλου, καθώς και του αισθήματος της ανεξαρτησίας και σηματοδοτεί την ενηλικίωσή του. Η ενηλικίωση κοινωνικά γίνεται αποδεκτή με άλλο τρόπο και σε διαφορετικό χρόνο, σύμφωνα με τις πολιτισμικές αξίες της κάθε κοινω-

νίας. Έτσι, η εφηβεία αντιμετωπίζεται ως το σύνολο των ψυχολογικών αναπτυξιακών διαδικασιών που συνδέονται με τις ωριμοποιητικές μεταβολές της ήθης, διαμέσου των συγκεκριμένων ιστορικών και κοινωνικών συνθηκών.

Η εφηβεία συχνά περιγράφεται με όρους που θα ταίριαζαν για την περιγραφή ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Μιλώντας για την εφηβεία, αναφέρουμε αυθόρμητα τη λύπη, τη διέγερση, το θυμό. Τα λογοτεχνικά έρ-

Ε. Λαζαράτου,
Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος

Υπηρεσία Ψυχικής Υγιεινής Παιδίων
και Εφήβων, Κοινωνικό Κέντρο Ψυχικής
Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής,
Ψυχιατρική Κλινική,
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Adolescence and depression

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Αυτοκτονία
Εφηβεία
Κατάθλιψη
Κρίση της εφηβείας

Υποβλήθηκε 11.1.2001
Εγκρίθηκε 28.3.2001

γα που αναφέρονται σ' αυτή την περίοδο της ζωής περιγράφουν τη θλίψη, τον πεσιμισμό, την αυτο-υποτίμηση. Η καθημερινή παρατήρηση προσφέρει πλείστα παραδείγματα εφήβων που περνούν ατέλειωτες ώρες απομονωμένοι, ξαπλωμένοι ή καθιστοί, δείχνοντας βαρεμάρα και αδιαφορία για το κάθε τι που αγγίζει η καθημερινότητα. Αν τύχει και μας εμπιστευθούν και συζητήσουν μαζί μας, διακρίνουμε αισθήματα ενοχής, ντροπής, απογοήτευσης, που εναλλάσσονται με εξάρσεις πάθους και μεγαλομανίας. Η απότομη αλλαγή της διάθεσης είναι γνωστό χαρακτηριστικό της εφηβείας, αλλά οι περισσότεροι έφηβοι παρουσιάζουν συχνά σταθερό κατάθλιπτικό συναίσθημα. Αυτή η κατάσταση μας οδηγεί στο να αναρωτηθούμε αν και πότε η κατάθλιψη αποτελεί μια φυσιολογική εκδήλωση της εφηβείας ή εντάσσεται στα πλαίσια του παθολογικού και αποτελεί ψυχιατρική διαταραχή.

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση ταυτίζει ένα μεγάλο μέρος των διεργασιών της εφηβείας με τις διεργασίες του πένθους.¹ Ο έφηβος είναι αναγκασμένος να αποχωριστεί συμβολικά τους γονείς του, να διακόψει τους δεσμούς μαζί τους και να απομακρυνθεί από τον παράδεισο των παιδικών του χρόνων, για να αντιμετωπίσει μόνος του μια νέα πραγματικότητα. Αυτή η διεργασία διακοπής των δεσμών και απώλειας του αντικειμένου έχει ακριβώς τα ίδια στάδια, όπως η διεργασία αντιμετώπισης του θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου. Ταυτόχρονα, ενώ ο έφηβος απομακρύνεται από τα αντικείμενα αγάπης της παιδικής του ηλικίας, περνάει μια περίοδο όπου η ενασχόλησή του είναι κυρίως στραμμένη προς τον ίδιο του τον εαυτό. Πρόκειται για μια ναρκισσιστική παλινδρόμηση, όπου οι ικανοποιήσεις αναζητούνται όχι στις σχέσεις με τους άλλους, αλλά στις φαντασιώσεις και στα προσωπικά σενάρια του εφήβου. Από εδώ πηγάζουν τα αισθήματα ντροπής, κατωτερότητας, χαμηλής αυτοεκτίμησης και εκφράζουν την απόσταση από αυτό που θά 'θελε ο έφηβος να είναι και από αυτό που πραγματικά είναι.

Στην εφηβεία, επίσης, παρουσιάζονται πράξεις ετερο- και αυτο-επιθετικότητας. Ο Winnicott² σημειώνει: «το να μεγαλώνεις σημαίνει ότι παίρνεις τη θέση του γονέα και είναι αυτό που πραγματικά συμβαίνει. Το να μεγαλώνεις είναι από τη φύση του μια πράξη επιθετική».

Παρόλες τις ομοιότητες, όμως, η εφηβεία διαφοροποιείται από τη διεργασία πένθους, διότι υπάρχει μια πορεία δυναμική. Ο έφηβος περνάει σταδιακά από διεργασίες που θα τον οδηγήσουν μακριά από την επώδυνη κατάσταση.

Σε αντίθεση με την ψυχαναλυτική προσέγγιση, υπάρχει η άποψη ότι η εφηβεία δεν είναι μια περίοδος με-

γάλων αλλαγών για όλους τους έφηβους. Σε ορισμένες έρευνες σε μη κλινικό πληθυσμό, ένα αρκετό μεγάλο ποσοστό εφήβων (80%) έχουν καλή σχέση με τους γονείς και τους συνομηλικούς τους και μοιράζονται τις ίδιες κοινωνικές και πολιτιστικές αξίες.³⁻⁵ Αυτές οι έρευνες υποστηρίζουν ότι η εφηβεία είναι μια περίοδος ανάπτυξης, που μπορεί να ξεπεραστεί χωρίς αναταραχές και ότι η μετάβαση στην ενήλικη ζωή ολοκληρώνεται προοδευτικά και χωρίς μεγάλες ανακατατάξεις. Σύμφωνα μ' αυτή τη θεωρητική άποψη, η εμφάνιση κατάθλιψης δεν μπορεί παρά να σηματοδοτεί την ύπαρξη παθολογίας και να χρειάζεται θεραπευτική αντιμετώπιση.

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η κατάθλιψη αναδεικνύεται ως ένα από τα συχνότερα απαντώμενα προβλήματα της εφηβείας. Η επίπτωσή της ανέρχεται, ανάλογα με τις έρευνες, σε 2,8–8,3%.^{6,7} Είναι ενδιαφέρον να παρατηρηθεί ότι η επίπτωση της κατάθλιψης είναι μεγαλύτερη όταν οι ίδιοι οι έφηβοι συμπληρώνουν τις διαγνωστικές κλίμακες και μικρότερη όταν τις συμπληρώνουν οι γονείς τους.^{3,8} Συμπεραίνεται ότι οι γονείς παρατηρούν και ανησυχούν περισσότερο για εξωτερικευμένες διαταραχές της συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της εφηβείας και ασχολούνται λιγότερο με το πώς πραγματικά νοιώθει ο έφηβος. Παράλληλα, υπάρχει μια δυσκολία εκ μέρους των εφήβων να μεταδώσουν τα υποκειμενικά συναισθήματα άγχους και κατάθλιψης στους ενήλικους και προτιμούν να τα κρατήσουν για τον εαυτό τους ή να ζητήσουν βοήθεια από συνομηλικούς.⁹

Ως προς το φύλο, υπάρχει μια σαφής υπεροχή των κοριτσιών που παρουσιάζουν κατάθλιψη.^{10,11} Μια πρόσφατη σουηδική έρευνα,¹² που έγινε σε 2.300 μαθητές, ηλικίας 16–17 ετών, αναφέρει επίπτωση μείζονος κατάθλιψης 5,8% και αναλογία φύλου 4 κορίτσια/1 αγόρι. Στην Ελλάδα, μια αντίστοιχη έρευνα,¹³ που συμπεριέλαβε 1.316 έφηβους, ηλικίας 12–17 ετών, έδειξε ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης (20,3%).

3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κατάθλιψη στην εφηβεία έχει κοινά χαρακτηριστικά, αλλά και διαφορές από εκείνη των παιδιών ή των ενηλίκων. Τα σύγχρονα ψυχιατρικά ταξινομητικά συστήματα DSM-IV¹⁴ και ICD-10¹⁵ την τοποθετούν πλησιέστερα στην κλινική εικόνα των ενηλίκων, τονίζοντας κάποιες διαφορές.

Η βασική διαφορά είναι ότι ο έφηβος μπορεί να παρουσιάζει ευερεθιστότητα, αντί του κατάθλιπτικού συναι-

σθήματος. Γκρινιάζει συνεχώς, όλα του φταίνε, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα στις διαπροσωπικές του σχέσεις, στην οικογένεια, αλλά και στο χώρο του σχολείου. Περιορίζει τις δραστηριότητες που συνήθως του προσφέρουν ευχαρίστηση και τις δραστηριότητες που απαιτούν σημαντική ενέργεια. Παραπονείται για κούραση, αλλά κυρίως δείχνει μια αδιαφορία και βαρεμάρα, που αποτελεί έκφραση της ψυχοκινητικής του επιβράδυνσης. Τα σωματικά ενοχλήματα (πονοκέφαλοι, κοιλιακοί πόνοι) αντικαθιστούν συχνά τα υποκειμενικά παράπονα, που εκφράζουν μизέρια, δυστυχία και θλίψη. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση οδηγεί σε κρίσεις και σχόλια για τον εαυτό του, του τύπου «είμαι ηλίθιος, καζός, βλάκας, αντιπαθητικός». Η απότομη και σημαντική μείωση των σχολικών επιδόσεων αποτελεί ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της κατάθλιψης στην εφηβεία.

Η σχολική φοβία, με έναρξη στην εφηβεία, θεωρείται καταθλιπτικό ισοδύναμο. Με τον όρο σχολική φοβία περιγράφουμε τον παράλογο φόβο του παιδιού να πάει σχολείο. Πρόκειται για μια πολύπλοκη κατάσταση, που έχει σχέση με ενδοψυχικούς παράγοντες του παιδιού, με ενδοοικογενειακές σχέσεις και επιδράσεις και με στοιχεία από τη σχολική πραγματικότητα.¹⁶ Στους έφηβους τα συμπτώματα εμφανίζονται σταδιακά. Μια ολοένα αυξανόμενη ένταση, ένα είδος ευερεθιστότητας και νευρικότητας προηγούνται της πλήρους εκδήλωσης του προβλήματος. Ο έφηβος φαίνεται απρόθυμος να πάει σχολείο, προβάλλει ποικίλες δικαιολογίες και παράπονα και τελικά το πρόβλημα κλιμακώνεται σε μια κατηγορηματική άρνηση. Η σχολική άρνηση σ' αυτή την ηλικία συχνά παρουσιάζεται μετά από μια δικαιολογημένη απουσία, π.χ. λόγω ασθένειας. Ο έφηβος που χάνει μια σειρά μαθημάτων, βρίσκει δυσκολίες να παρακολουθήσει στη συνέχεια. Αυτοί οι έφηβοι είναι καλοί μαθητές, που δεν θέλουν να χαλάσουν την εικόνα τους και να έχουν μια άσχημη βαθμολογία.

Η σχολική φοβία πρέπει να διαχωριστεί από τις παράνομες απουσίες από το σχολείο, γνωστές ως σκασιαρχείο. Εδώ το παιδί προσποιείται ότι πηγαίνει σχολείο, αλλά φεύγει και περνάει αλλού τις ώρες του. Περιστασιακά, συμβαίνει σε πολλούς μαθητές να επιλέξουν αυτόν τον τρόπο αποφυγής, όταν βρεθούν μπροστά σε μια αγχογόνο κατάσταση (π.χ., κίνδυνος διαγωνίσματος, απειλή τιμωρίας). Συστηματικά γίνεται από παιδιά που αντιπαθούν το σχολείο ή το βρίσκουν βαρετό, που έχουν χαμηλό επίπεδο σχολικών επιδόσεων και δεν μπορούν να επενδύσουν στη μάθηση. Αυτοί οι έφηβοι νοιώθουν μοναξιά και απογοήτευση, είναι δύσκολα αποδεκτοί στο σχολικό περιβάλλον και προέρχονται συχνά α-

πό οικογένειες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου με χαλαρές συναισθηματικές σχέσεις μεταξύ των μελών τους. Ορισμένοι απ' αυτούς θα εγκαταλείψουν οριστικά το σχολείο και θα οδηγηθούν στην παραπωματικότητα και την ανάμιξη της δικαιοσύνης.¹⁷

Οι διαταραχές της διαγωγής, επίσης με εικόνα ψυχοπαθητικής διαταραχής, μπορεί να αποτελούν καταθλιπτικό ισοδύναμο.¹⁸ Η διάγνωση διαταραχών διαγωγής τίθεται όταν παραβιάζονται κοινωνικοί κανόνες ή καταπατούνται τα βασικά δικαιώματα των άλλων και αυτή η συμπεριφορά επαναλαμβάνεται συστηματικά για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει τη φυσική επιθετικότητα, ψευδολογίες, κλοπές, εμπρησμούς, βανδαλισμούς και χρήση τοξικών ουσιών. Τα συμπτώματα επιθετικότητας είναι πιο συχνά στα αγόρια, ενώ στα κορίτσια συχνότερα εμφανίζονται συμπτώματα διαταραχής της σεξουαλικής συμπεριφοράς.

4. ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ – ΔΥΣΘΥΜΙΑ

Τα διαγνωστικά συστήματα DSM-IV και ICD-10 διαχωρίζουν, ανάλογα με την ένταση και τη διάρκεια των συμπτωμάτων, δύο βασικές κλινικές εικόνες, τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και τη δυσθυμία. Όμως, χρειάζεται να τονισθεί ότι η αξία αυτών των διαγνωστικών συστημάτων, όσον αφορά τα παιδιά και τους έφηβους, υπόκειται σε κριτική, γιατί η ταξινόμηση της παιδικής ψυχοπαθολογίας είναι αρκετά ελλιπής.¹⁹ Ακόμα, επισημαίνεται ότι η αξιοπιστία των διαγνώσεων των παιδικών και εφηβικών ψυχικών διαταραχών σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV παραμένει υπό συζήτηση.²⁰

Η μείζον καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από καταθλιπτικό συναίσθημα, απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, σημαντική απώλεια βάρους, αϋπνία, ψυχοκινητική επιβράδυνση, αίσθημα κόπωσης ή απώλεια της ενεργητικότητας, αισθήματα αναξιοσύνης ή εκτεταμένης, αδικαιολόγητης ενοχής, μειωμένη δυνατότητα συγκέντρωσης, επανειλημμένες σκέψεις θανάτου, αυτοκτονικό ιδεασμό ή απόπειρα αυτοκτονίας.

Η δυσθυμία θεωρείται ηπιότερη μορφή, αλλά αποτελεί ισχυρό παράγοντα κινδύνου για εξέλιξη προς μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.²¹ Η κλινική εικόνα της δυσθυμίας χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση (ευερεθιστότητα) σχεδόν όλη την ημέρα και από μια ποικιλία συμπτωμάτων, όπως ανορεξία ή υπερφαγία, αϋπνία ή υπερυπνία, ελαττωμένη ενεργητικότητα ή κόπωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, μειωμένη δυνατότητα συγκέντρωσης ή δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, αισθήματα ανέλπιδου.

5. ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Όπως είναι γνωστό από την Ψυχιατρική ενηλίκων, η κατάθλιψη μπορεί να εντάσσεται στα πλαίσια της διπολικής διαταραχής, δηλαδή να αποτελεί μέρος της μικτής εικόνας της μανιοκατάθλιψης. Μέχρι το 1970, η μανιοκατάθλιψη δεν αναγνωριζόταν ως ψυχιατρική διάγνωση στα παιδιά και τους έφηβους.²² Σήμερα είναι πλέον γνωστή η αυξημένη συχνότητα έναρξης της νόσου στην εφηβεία (0,3% νηπιακή ηλικία, 1,8% παιδική ηλικία, 4,7% εφηβεία)⁸ και η συνέχισή της στην ενήλικη ζωή. Η διπολική διαταραχή συνήθως ξεκινάει με κατάθλιψη στην προεφηβεία και κατά την εφηβεία εμφανίζεται υπομανία ή μανία.

Η κλινική εικόνα παρουσιάζει μικτά συμπτώματα και από τους δύο πόλους των συναισθηματικών διαταραχών. Καταθλιπτικά και μανιακά συμπτώματα είναι αναμεμιγμένα ή εναλλάσσονται ταχύτατα κάθε λίγες μέρες ή μέσα στην ίδια μέρα. Εξαιρετικά μεγάλη ευερεθιστότητα, ιδιαίτερα το πρωί, και ξεσπάσματα θυμού που διαρκούν μέρες είναι συχνότερα στους έφηβους, αντί για την κλασική ευφορία. Υπάρχει επιβάρυνση στη σχολική επίδοση και στις σχέσεις με τους συνομηλίκους και αύξηση του κινδύνου για χρήση ουσιών και αυτοκτονία.

Η διπολική νόσος της εφηβικής ηλικίας έχει μεγαλύτερο κίνδυνο κακής έκβασης από αντίστοιχη νόσο μεγαλύτερης ηλικίας, επειδή παρεμβαίνει σε σημαντικές αναπτυξιακές διαδικασίες, όπως η ρύθμιση των συναισθημάτων, η απόκτηση ικανοτήτων και η επίτευξη και διατήρηση κοινωνικών σχέσεων. Σύγχρονες έρευνες δείχνουν αυξημένη συχνότητα συναισθηματικών διαταραχών σε οικογένειες εφήβων με διπολική διαταραχή, εύρημα που υπαινίσσεται γενετική βάση της νόσου, η οποία, λόγω της πρώιμης έναρξής της, αποτελεί εξαιρετικά σοβαρή κατάσταση.²³

6. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας αναδεικνύονται ως χαρακτηριστική συμπεριφορά της εφηβείας. Η συνειδητή επιθυμία θανάτου αναφέρεται στην προβληματική της εφηβείας, που αφορά το πέρασμα στην πράξη (acting-out), την επίθεση στο σώμα και τις διεργασίες αποχωρισμού. Συνδέεται άμεσα με τη διάγνωση της κατάθλιψης.²⁴ Οι απόπειρες αυτοκτονίας σηματοδοτούν την αποτυχία του περάσματος στην πράξη και αποτελούν σημαντικό μέσο χειριστικής συμπεριφοράς και προσέλκυσης της προσοχής του περιβάλλοντος. Στην εφηβεία, επίσης, συναντώνται με αυξη-

μένη συχνότητα τα αυτοκτονικά ισοδύναμα, συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή ή τη σωματική ακεραιότητα, χωρίς να υπάρχει συνειδητή θέληση θανάτου.

Έχει παρατηρηθεί ότι η επίπτωση των αυτοκτονιών αυξάνει κατά πολύ από την παιδική ηλικία στην εφηβεία. Έτσι, οι αυτοκτονίες, με θνησιμότητα 12%, αποτελούν τη δεύτερη αιτία θανάτου, μετά τα τροχαία.²⁵ Οι απόπειρες αυτοκτονίας διπλασιάζονται στην εφηβεία (18% στο γενικό πληθυσμό, 35% στους έφηβους), ενώ, ως προς το φύλο, στις απόπειρες υπερτερούν τα κορίτσια και στις επιτυχείς αυτοκτονίες τα αγόρια.²⁶ Σημαντικό είναι επίσης να αναφερθεί ότι σ' ένα μεγάλο ποσοστό (30–50%) ακολουθεί επανάληψη της απόπειρας σε διάστημα μικρότερο των 6 μηνών.²⁷

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν προεικάζει από μόνη της την αυτοκτονικότητα. Άλλοι παράγοντες, όπως δομικά στοιχεία της προσωπικότητας, γεγονότα ζωής και οικογενειακά χαρακτηριστικά, διακρίνουν τους αυτοκτονικούς έφηβους. Στα ατομικά χαρακτηριστικά του αυτοκτονικού εφήβου περιλαμβάνονται η ψυχιατρική παθολογία, κυρίως κατάθλιψη, διαταραχές συμπεριφοράς, αλκοολισμός, τοξικομανία και η σωματική ασθένεια. Γεγονότα ζωής, όπως μετανάστευση, κοινωνική απομόνωση, αλλαγή σχολείου, σχολική αποτυχία και ερωτική απογοήτευση, πυροδοτούν το πέρασμα στην αυτοκτονική πράξη.²⁸ Η δυσλειτουργία της οικογένειας, οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, οι χωρισμοί, η απουσία του πατέρα, η ψυχική παθολογία και ο αλκοολισμός των μελών αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες της αυτοκτονικής συμπεριφοράς των εφήβων.^{29,30}

Η λήψη φαρμάκων και η φλεβοτομία είναι οι συχνότερα χρησιμοποιούμενοι τρόποι για τις απόπειρες αυτοκτονίας, ενώ δεν υπάρχει πάντα άμεση σχέση του επιλεγμένου μέσου με τη βαρύτητα της επιθυμίας του θανάτου. Κάθε απόπειρα αυτοκτονίας στην εφηβεία πρέπει να αντιμετωπίζεται σοβαρά. Αποτελεί την τελική και απελπισμένη χειρονομία του εφήβου να διατηρήσει ή να εγκαταστήσει τη σχέση με τους άλλους. Κρύβει φαντασιώσεις κυριαρχίας και αθανασίας ενός εφήβου, ο οποίος δεν έχει αποκτήσει αίσθημα ταυτότητας αρκετά ισχυρό και αδυνατεί να διασχίσει επιτυχώς τα στάδια της εφηβείας. Η ψυχοδυναμική ερμηνεία αναφέρεται στην αδυναμία των αμυντικών μηχανισμών και στον αποκλεισμό της διεργασίας του πένθους. Ο αυτοκτονικός έφηβος διατηρεί τις επενδύσεις του στα χαμένα αντικείμενα ή στα αντικείμενα που τον απογοητεύουν.³¹

7. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η κατάθλιψη στην εφηβεία είναι μια ετερογενής διαταραχή και πολλοί διαφορετικοί παράγοντες συμμετέχουν στην παθογένεσή της.

Μελέτες που συμπεριλαμβάνουν οικογένειες, δίδυμα και υιοθετημένα παιδιά^{32,33} υποδεικνύουν μια γενετική συμμετοχή στην αιτιοπαθογένεια των συναισθηματικών διαταραχών. Παράλληλα, έχει αποδειχθεί ότι τα παιδιά των γονέων με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή έχουν τρεις φορές αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης στη ζωή τους.^{34,35} Ο κίνδυνος αυτός αυξάνει ακόμη περισσότερο, όταν και οι δύο γονείς παρουσιάζουν διαταραχές συναισθήματος.³⁶ Η παραδοχή της γενετικής συμμετοχής στην εκδήλωση κατάθλιψης στην εφηβεία δεν αποκλείει τη συμμετοχή των περιβαλλοντικών παραγόντων. Είναι, εξάλλου, γνωστό ότι άτομα με υψηλό γενετικό κίνδυνο είναι περισσότερο ευαίσθητα στις επιδράσεις αντίξοου περιβάλλοντος, απ' ό,τι τα άτομα χαμηλού γενετικού κινδύνου.³⁷

Οι οικογένειες των καταθλιπτικών χαρακτηρίζονται από εντονότερες συγκρούσεις, απόρριψη, προβλήματα στην επικοινωνία, μικρότερη έκφραση των συναισθημάτων, λιγότερη υποστήριξη και αυξημένα ποσοστά κακοποίησης των παιδιών.^{38,39}

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 παράγοντες κινδύνου (όπως έλλειψη υποστήριξης), συνδέονται με την εμφάνιση κατάθλιψης στην εφηβεία.^{40,41}

Η κατάθλιψη στην εφηβεία συνδέεται επίσης με φτωχές ικανότητες προσαρμογής και γνωσιακές δυσλειτουργίες. Οι καταθλιπτικοί έφηβοι έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, έλλειψη ελέγχου στα αρνητικά γεγονότα, νοιώθουν αβοήθητοι και χωρίς ελπίδα και ασκούν έντονη κριτική στον εαυτό τους και τους άλλους.^{41,42}

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση θεωρεί ότι η αποτυχία των φυσιολογικών διεργασιών της εφηβείας οδηγεί στην κατάθλιψη. Ο συμβολικός αποχωρισμός και η διακοπή των δεσμών με τους γονείς παραπέμπει στην απώλεια του αντικειμένου. Το αντικείμενο που κινδυνεύει να χαθεί, εσωτερικεύεται και ενδοβάλλεται. Υπάρχει ένας φόβος μεταλλαγής του αντικειμένου αγάπης και απειλή που συνδέεται με την ερωτική επένδυση νέων αντικειμένων. Η σύγκρουση που προέρχεται από την απόσταση ανάμεσα στο αντικείμενο που πρόκειται να χαθεί και στο νέο αντικείμενο που πρόκειται να επενδυθεί, καθηλώ-

νει τον έφηβο σε μια θέση ανικανότητας και βαθιάς απελπισίας.^{1,31,43}

8. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Οι ερευνητές που παρακολούθησαν προοπτικά έφηβους με μείζονα κατάθλιψη, διαπιστώνουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή.^{44,45} Η μελέτη του Lewinsohn⁴⁶ αναφέρεται σ' ένα ευρύ κοινοτικό δείγμα εφήβων (1.709 έφηβοι, ηλικίας 14–18 ετών) και διαπιστώνει ότι τα ποσοστά συναισθηματικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή ήταν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερα στην ομάδα εφήβων που παρουσίαζε μείζονα καταθλιπτική διαταραχή απ' ό,τι στην ομάδα που παρουσίαζε άλλου είδους ή καμία διαταραχή. Για τον Pine,⁴⁷ ο κίνδυνος κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή αυξάνει κατά 2–4 φορές όταν πρόκειται για καταθλιπτικούς έφηβους. Για τον ίδιο ερευνητή, ακόμη και τα υποκλινικά συμπτώματα κατάθλιψης στην εφηβεία αυξάνουν τον κίνδυνο κατά 2–3 φορές, ενώ ο Harrington⁴⁸ αναφέρει ότι η κατάθλιψη στην εφηβεία είναι ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για απόπειρες αυτοκτονίας στην ενήλικη ζωή. Συνδυάζεται περισσότερο με τη συνέχιση της κατάθλιψης παρά με άλλους παράγοντες, όπως διαταραχές της συμπεριφοράς ή αυτοκτονικότητα. Ο Rao⁴⁹ διαπιστώνει αυξημένα ποσοστά αγχωδών διαταραχών σε νέους ενήλικες με ιστορικό εφηβικής κατάθλιψης, οι οποίοι παρουσιάζουν, επίσης, αυξημένο κίνδυνο για χρήση ουσιών, διπολική διαταραχή και αυτοκτονία.

Εκτός από τις ψυχιατρικές διαταραχές, οι νέοι ενήλικες που ήταν καταθλιπτικοί έφηβοι έχουν περιορισμένη κοινωνική ένταξη και φτωχές ακαδημαϊκές επιδόσεις.^{50,51}

Σήμερα γίνεται παραδεκτό από τους περισσότερους ερευνητές ότι η κατάθλιψη της εφηβείας επιμένει στην ενήλικη ζωή και συχνά συνοδεύεται από άλλου είδους ψυχιατρικές διαταραχές.

9. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Λόγω του αυξημένου κινδύνου απόπειρας αυτοκτονίας και της συνέχισης της παθολογίας στην ενήλικη ζωή, η κατάθλιψη στην εφηβεία χρήζει άμεσης και πολύπλευρης θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η βασική αντιμετώπιση γίνεται κυρίως εξωνοσοκομειακά και συνδυάζει φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία.⁵¹ Η νοσηλεία απαιτείται σπάνια, κυρίως όταν υπάρχει έντονος αυτοκτονικός ιδεασμός ή και όταν το οικογενειακό περιβάλλον αδυνατεί να φροντίσει για τη θεραπεία

του εφήβου ή και όταν υπάρχουν διαγνωστικές αμβιβολίες.

Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων αποτελεί και εξακολουθεί να αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα. Για λόγους δεοντολογίας, κυρίως, είναι σπάνιες οι φαρμακολογικές διπλές τυφλές μελέτες, ιδιαίτερα σε έφηβους. Οι περισσότερες έρευνες αφορούν ανοικτές μελέτες (open trials). Από αυτές προκύπτει ότι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά δεν είναι αποτελεσματικότερα των placebo.^{52,53} Αναφέρονται δε περιπτώσεις, όπου η χρήση τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών σχετίζεται με την έκλυση μανίας.⁵⁴ Επίσης, τίθενται σοβαρά προβλήματα ασφάλειας και ανοχής, γιατί φάνηκε ότι προκαλούν σε μεγαλύτερα ποσοστά, απ' ό,τι στους ενήλικες, διαταραχές στην όραση, δυσκοιλιότητα, επιγαστρικό καύσο, αίσθημα ιλίγγου, κεφαλαλγίες, κόπωση, ακόμη και εξωπυραμιδικά συμπτώματα.

Αντίθετα, η νεότερη γενιά των αντικαταθλιπτικών, οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs), φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Μελέτες με φλουοξετίνη, μιρταζαπίνη, φλουβοξαμίνη και σερταλίνη δίνουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα.^{55,57} Το λίθιο ή τα σταθεροποιητικά του συναισθήματος (π.χ. καρβαμαζεπίνη) προτείνονται σε έφηβους με ανθεκτικές μορφές κατάθλιψης και οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής. Η χορήγηση της φαρμακοθεραπείας, αν δεν συνοδεύεται από ψυχοθεραπευτική υποστήριξη, μπορεί να επιδεινώσει την απελπισία του εφήβου, επιβεβαιώνοντας την εικόνα του ψυχικά ασθενούς.

Έχουν δημοσιευθεί αρκετές ατομικές περιπτώσεις ή ανοικτές μελέτες, που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης.⁵⁸⁻⁶⁰ Λιγότερες είναι οι συγκριτικές μελέτες των ψυχοθεραπειών σε κλινικό πληθυσμό. Η συχνότερα αναφερόμενη είναι η μελέτη του Brent,⁶¹ η οποία, σε πληθυσμό 107 νοσηλευόμενων εφήβων, απέδειξε την υπεροχή της γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας έναντι της συστημικής και της ατομικής υποστηρικτικής. Όσον αφορά την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, υπάρχει δυσκολία στην εγκατάσταση της θεραπευτικής σχέσης (μη επεξεργασμένο ατομικό αίτημα, ειδικές αντιστάσεις εκ μέρους του εφήβου) και στην εκτίμηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Συχνά προτείνεται η συμμετοχή δύο θεραπειών. Ο ένας λαμβάνει υπόψη του την εξωτερική πραγματικότητα και επεμβαίνει πιο ενεργά (χορήγηση φαρμακοθεραπείας-σχολική, κοινωνική ένταξη), ενώ ο άλλος κρατά μια ουδέτερη θέση, που επιτρέπει την επεξεργασία των ψυχικών συγκρούσεων του εφήβου.⁶² Οποιαδήποτε ψυχοθεραπευτική μέθοδος ακολουθηθεί, οφείλει να συμπεριλάβει κατά κάποιον τρόπο τους γο-

νείς του εφήβου. Ο έφηβος, αν και μπορεί να επιδεικνύει αμφιθυμικά συναισθήματα, είναι ακόμη έντονα εξαρτημένος από τους γονείς του. Είναι γνωστό δε ότι οι καταθλιπτικοί έφηβοι προέρχονται από οικογένειες με υψηλά ποσοστά συναισθηματικών διαταραχών και βιώνουν έντονες ενδο-οικογενειακές συγκρούσεις.⁵⁰

10. ΠΡΟΛΗΨΗ

Είναι γενικά παραδεκτό στην Ψυχιατρική ενηλίκων ότι η έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση και η συνεχιζόμενη φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική υποστήριξη μειώνουν τη διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου και προφυλάσσουν από τις υποτροπές. Στους έφηβους, το μεσοδιάστημα από την έναρξη της δυσθυμίας μέχρι το πρώτο επεισόδιο της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής παρέχει την ευκαιρία της προληπτικής παρέμβασης.²¹ Επίσης, έφηβοι υψηλού κινδύνου, προερχόμενοι από οικογένειες με καταθλιπτικούς γονείς, μπορούν να ωφεληθούν από προληπτικά προγράμματα.⁶³ Ακόμη, υποστηρίζεται ότι γνωσιακού τύπου παρεμβάσεις σε μαθητές γυμνασίου έχουν προληπτική αξία, μειώνοντας την καταθλιπτική συμπτωματολογία και τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης για δύο χρόνια μετά την παρέμβαση.⁶⁴

Σημαντικό στοιχείο της προληπτικής στρατηγικής είναι η πληροφόρηση των εφήβων, των γονέων, των δασκάλων και της κοινότητας, που θα τους βοηθήσει στην αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης. Τέτοια εκπαιδευτικά προγράμματα δείχνουν ότι οι γονείς αποκτούν σαφέστερη αντίληψη των προβλημάτων και αναζητούν ευκολότερα βοήθεια.⁶⁵ Η αναγνώριση της προ-αυτοκτονικής φάσης από τους γονείς και τους δασκάλους αποτελεί αντικείμενο συζήτησης, λόγω των διαγνωστικών και δεοντολογικών προβλημάτων που θέτει.⁶⁶

Συμπερασματικά, η εφηβική κατάθλιψη αποτελεί μια διακριτή νοσολογική οντότητα, αν και έχει αποδειχθεί η συνέχισή της στην ενήλικη ζωή. Βιολογικοί, ψυχοκοινωνικοί και διαπροσωπικοί παράγοντες ενέχονται στην εμφάνισή της. Συνδέεται άμεσα με αυτοκτονική συμπεριφορά και την περιορισμένη κοινωνική και ακαδημαϊκή ένταξη. Απαιτεί πολλαπλή θεραπευτική αντιμετώπιση (φαρμακολογική, ψυχοθεραπευτική, συμμετοχή γονέων) και μακροχρόνια παρακολούθηση. Η περαιτέρω ανάπτυξη των προληπτικών στρατηγικών θα βοηθήσει στην έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία της νόσου στην εφηβεία, με αποτέλεσμα την καλύτερη δυνατή μετάβαση στην ενήλικη ζωή και την προστασία της από τις δυσμενείς επιπτώσεις της κατάθλιψης.

ABSTRACT

Adolescence and depression

H. LAZARATOU, D.C. ANAGNOSTOPOULOS

*Child and Adolescent Unit, Community Mental Health Center Byron-Kessariani,
Department of Psychiatry, University of Athens, Athens, Greece**Archives of Hellenic Medicine 2001, 18(5):466-474*

Depression in adolescence is manifested at an increasing frequency, with detrimental effects on the personal and social life of the adolescent and it is directly related to the risk of attempted suicide. Before the 1980s, depression in adolescents was not commonly referred to, as its atypical clinical picture was perceived as the crisis of adolescence. Its outcome was expected to be propitious and its treatment was related to the end of the adolescent period. The spectacular increase of suicide attempts and actual suicide during adolescence led to numerous studies on the epidemiology, clinical picture, pathogenesis and treatment of depression in adolescence. It has been demonstrated that the manifestation of depression in adolescence is common, its clinical picture shows special characteristics that differentiate it from adult depression, and there is an increased danger of continuation of the pathology into adult life. A variety of genetic, familial, demographic, psychosocial, cognitive and biological factors are correlated with the onset and the development of the disorder. In attempting to treat depression various cognitive, behavioral, psychoanalytic and systemic approaches have been proposed either in conjunction with pharmacotherapy or not, with contradictory results. The importance of depression in adolescence demands far greater concentration on its diagnostic assessment and therapeutic intervention. Identifying depression in adolescence is difficult due to both the attitude of the adolescent, who does not seek help for this problem and the perception of the adults, parents, teachers and doctors, who observe mainly the external behavioral disturbances and not the anxious or depressive emotions of the adolescent. Therapeutic intervention needs to be focused on the adolescent but at the same time to involve the family, which may be a factor in the pathogenesis and development of the disorder and on which the adolescent is directly dependent during this crucial phase of life.

Key words: Adolescence, Crisis of adolescence, Depression, Suicide

Βιβλιογραφία

- BRACONNIER A. La ménacé depressive. *Confrontations Psychiatriques* 1987, 29:141-159
- WINNICOTT D. *Deprivation and Delinquency*. Tavistock Publ, London, 1984
- RUTTER M, GRAHAM P, CHADWICK DFD, YULE W. Adolescent turmoil: fact or fiction? *J Child Psychol Psychiatry* 1976, 17:35-56
- OFFER D, OSTROV E, HOWARD KI. Adolescence: what is normal? *Am J Dis Child* 1989, 143:731-736
- CSIKZENTMIHALYI M, LARSON R. *Being Adolescent*. New York, Basic Books, 1984
- ANDERSON JC, MCGEE R. Comorbidity of depression in children and adolescents. In: Reynolds WM, Johnson HF (eds) *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. New York, Plenum, 1994:581-601
- LEWINSOHN PM, CLARKE GN, SEELEY JR, ROHDE P. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, 33: 809-818
- FLEMING JE, OFFORD DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990, 29:571-580
- OFFER D, HOWARD KI, SCHONERT KA, OSTROV E. To whom do adolescents turn for help? Differences between distributed and non-distributed adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991, 30:623-630
- RUTTER M. The developmental psychopathology of depression: issues and perspectives. In: Rutter M, Izard CE, Read PB (eds) *Depression in Young People*. Guilford Press, New York, 1986:3-32
- PETERSEN AC, SARIGIANI PA, KENNEDY RE. Adolescent depression: why more girls? *J Youth Adolesc* 1991, 20:245-269
- OLSSON GI, VON-KNORRING AL. Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatr Scand* 1999, 99: 324-331
- MADIANOS MG, GEFOU-MADIANOU D, STEFANIS CN. Depressive symptoms and suicidal behavior among general population adolescents and young adults across Greece. *Eur Psychiatry* 1993, 8: 139-146
- ADA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. IV ed. American Psychiatric Association, Washington DC, 1994
- ICD-10. *Ταξινόμηση των Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς*. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Επιμέλεια

- έκδοσης: Στεφανής Κ, Σολδάτος Κ, Μαυρέας Β. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1993
16. ΛΑΖΑΡΑΤΟΥ Ε. Σχολική φοβία. Στο: *Συνοπτικές Σημειώσεις Παιδοψυχιατρικής*. Επιμέλεια έκδοσης: Τσιάντης Ι. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 1997:50–54
 17. BERG I, JACKSON A. Teenage school refusers grow up. *Br J Psychiatry* 1985, 147:366–370
 18. VENISSE JL. Dépandance et depression. Le modele adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1998, 46:553–555
 19. VALLA JP. An empirical comparison between the DSM and psychodynamic approaches for assessment of child disorders in children attending outpatients clinics. *J Child Psychol Psychiatry* 1994, 35:1409–1417
 20. NATHAN PE, LANGENBUCHER JW. Psychopathology: description and classification. *Annu Rev Psychol* 1999, 50:79–107
 21. KOVACS M, AKISKAL S, GATSONIS C, PARRONE PL. Childhood-onset dysthymic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1994, 51:365–374
 22. CARLSON GA, FENNIG S, BROMERT EJ. The confusion between bipolar disorder and schizophrenia in youth: where does it stand in the 1990s? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, 33:453–460
 23. NOTTELMANN E, JENSEN P. Bipolar affective disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, 34:705–708
 24. MARCELLI D. Suicide et depression chez l'adolescent. *Rev Prat* 1998, 48:1419–1423
 25. HOLINGER P, OFFER D. Suicide, homicide and accidents among adolescents: trends and potential for prediction. In: Feldman R, Stiffman A (eds) *Advances in Adolescent Mental Health*. JAI Press, Greenwich, Connecticut, 1986, 1:119–145
 26. LEWINSOHN PM, CLARKE GN, SEELEY JR. Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, 32:60–68
 27. DAVIDSON F. Le suicide chez l' enfant et l' adolescent: approche épidémiologique. In: Lebovici S (ed) *Traité de psychiatrie de l' enfant et de l' adolescent*. PUF, Paris, 1985:177–197
 28. FELDMAN M, WILSON A. Adolescent suicidality in urban minorities and its relationship to conduct disorders, depression, and separation anxiety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, 36:75–84
 29. HOLLIS C. Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35:622–630
 30. MARTIN G, ROZANES P, PEARCE C, ALLISON S. Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatr Scand* 1995, 92:336–344
 31. LADAME F. *Les tentatives de suicide des adolescents*. Masson, Paris, 1981
 32. MOLDIN SO, RERCH T, RICE JP. Current perspectives on the genetics of unipolar depression. *Behav Genet* 1991, 21:211–242
 33. TUSANG MT, FARAONE SV. *The Genetics of Mood Disorders*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1990
 34. ORVASCHEL H, WALSH ALLIS G, YE W. Psychopathology in children of parents with recurrent depression. *Abnorm Child Psychol* 1988, 16:17–28
 35. HAMMEN C, BURGE O, BURNEY E, ADRIAN C. Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990, 47:1112–1117
 36. MERIKANGAS KR, WEISSMAN M, PRUSOFF B, JOHN K. Assortative mating and affective disorders: psychopathology in offspring. *Psychiatry* 1988, 51:48–57
 37. KENDLER KS. Genetic epidemiology in psychiatry. Taking both genes and environment seriously. *Arch Gen Psychiatry* 1995, 52: 895–899
 38. BILLING AG, MOOS RH. Children of parents with unipolar depression: a controlled 1-year follow up. *J Abnorm Child Psychol* 1986, 14:149–166
 39. RUTTER M. Commentary: some focus and process considerations regarding effects of parental depression on children. *J Dev Psychol* 1990, 26:60–67
 40. LEWINSOHN PM, ROBERTS RE, SEELEY JR, ROHDE P, GOTLIB IH, HOPS H. Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *J Abnorm Psychol* 1994, 103:302–315
 41. ADAMS J, ADAMS M. The association among negative life events, perceived problem solving alternatives, depression, and suicidal ideation in adolescent psychiatric patients. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 1996, 37:715–720
 42. GARBER J, HILSMAN R. Cognition, stress and depression in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1992, 1: 129–167
 43. MARCELLI D, BRACONIER A. *Le problème de la depression in Psychopathologie de l' Adolescent*. PUF, Paris, 1988:207–227
 44. HARRINGTON R, FUDGE H, RUTTER M, PICKLES A, HILL J. Adult outcomes of childhood and adolescent depression: I. Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1990, 47:465–473
 45. GARBER J, KRIS MR, KOCH M, LINDHOLM L. Recurrent depression in adolescents: a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988, 27:49–54
 46. LEWINSOHN P, ROHDE P, KLEIN D, SEELEY J. Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, 38:56–63
 47. PINE DS, COHEN E, COHEN P, BROOK J. Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? *Am J Psychiatry* 1999, 156:133–135
 48. HARRINGTON R, BREDEKAMP D, GROOTHUES C, RUTTER M, FUDGE H, PICKLES A. Adult outcomes of childhood and adolescent depression: III. Links with suicidal behaviours. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 1994, 35:1309–1319
 49. RAO U, RYAN ND, BIRMAHER B. Unipolar depression in adolescents: clinical outcome in adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, 34:566–578
 50. BIRMAHER B, RYAN ND, WILLIAMSON DE, BRENT DA, KAUFMAN J, DAHL RE ET AL. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35:1427–1439
 51. LEWINSOHN PM, ROHDE P, SEELEY JR. Treatment of adolescent depression: frequency of services and impact on functioning in young adulthood. *Depression Anxiety* 1998, 7:47–52
 52. KUTCHER S. Practitioner review: the pharmacotherapy of adolescent depression. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 1997, 38: 755–767
 53. BIRMAHER B, RYAN ND, WILLIAMSON DE, BRENT DA, KAUFMAN J. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35:1575–1583
 54. KYE C, RYAN N. Pharmacologic treatment of child and adolescent depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1995, 4:261–281

55. COLLE LM, BELAIR JF, DIFEO M, WEISS J, LAROACHE C. Extended open-label fluoxetine treatment of adolescents with major depression. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1994, 4:225–232
56. APTER A, RATZONI G, KING RA, WEIZMAN A, IANCU I, BINDER M ET AL. Fluvoxamine open-label treatment of adolescent inpatients with obsessive-compulsive disorder or depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, 33:342–348
57. AMBROSINI PJ, WAGNER KD, BIEDERMAN J, GLICK I, TAN C, ELIA J ET AL. Multicenter open-label sertraline study in adolescent outpatients with major depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, 38:566–572
58. CLARKE GN, HOPS H, LEWINSOHN PM, ANDREWS JA, SEELEY JR, WILLIAMS J. Cognitive behavioral group treatment of adolescent depression: prediction of outcome. *Behav Ther* 1992, 23:341–354
59. MOREAU D, MURSON L, WEISSMAN MM, KLERNAN GL. Interpersonal psychotherapy for adolescent depression: description of modification and preliminary application. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991, 30:642–651
60. ROTHERAM-BORUS MJ, PIANCENTINI J, MILLER S, GRACE F, CASTRO-BLANCO D. Brief cognitive-behavioral treatment of adolescent suicide attempters and their families. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, 33:508–517
61. BRENT DA, HOLDER D, KOLKO D, BIRMAHER B, BAUGHER M, ROTH C ET AL. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1997, 54:877–885
62. CORCOS M. La thérapie bifocale dans la dépression de l'adolescent: indications et intérêts. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1999, 47:191–199
63. BEARDSLEE WR, SALT P, PORTERFIELD K. Comparison of preventive interventions for families with parental affective disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, 32:254–263
64. CLARKE GN, HAWKINS W, MURPHY M, SHEEBER LB, LEWINSOHN PM, SEELEY JR. Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, 34:312–321
65. BRENT DA, POLING K, MCKAIN B, BAUGHER M. A psychoeducational program for families of affectively ill children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, 32:770–774
66. STORK J. Echelles d'évaluation du risque suicidaire chez l'adolescent. *Psych Enf* 1998, XX:493–520

Corresponding author:

H. Lazaratou, Child and Adolescent Unit, Community Mental Health Center, Department of Psychiatry, University of Athens, 14 Delou street, GR-161 21 Kessariani, Athens, Greece