

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**



**ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΑΥΤΟ-ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ**  
**ΣΗΜΕΙΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ**  
**ΣΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**ΤΗΣ**  
**ΦΛΟΥΡΗΣ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗΣ**  
**ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: 1717**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΣΙΜΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ**

**ΡΕΘΥΜΝΟ**  
**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2006-2007**

## ***Επίδραση Συχνότητας Αυτό- αναφερόμενων Σημείων Κατάθλιψης στα Επίπεδα Άγχους στους Μαθητές Δημοτικού***

---

### **Περίληψη**

Το άγχος αποτελεί την πιο συχνά εμφανιζόμενη διαταραχή στα παιδιά σήμερα. Διεθνώς παρατηρείται αυξημένο ερευνητικό ενδιαφέρον για το άγχος στα παιδιά και τους εφήβους, για τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγησή του, καθώς επίσης και για την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του παιδικού άγχους και κατάθλιψης αφού τα δύο αυτά σύνδρομα εμφανίζονται συχνά μαζί. Σκοπός αυτής της έρευνας είναι η διερεύνηση της παραγοντικής δομής της κλίμακας: *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS) και η μελέτη της συχνότητας αυτό- αναφερόμενων σημείων κατάθλιψης στα επίπεδα άγχους σε μαθητές δημοτικού. Συμμετείχαν 491 μαθητές της Δ', Ε' και ΣΤ' δημοτικού από 16 δημοτικά σχολεία σε δύο διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές της χώρας, στους οποίους χορηγήθηκαν ατομικά το RCMAS και το CDI (Children's Depression Inventory). Η παραγοντική ανάλυση κατέδειξε την ύπαρξη 3 παραγόντων στο RCMAS. Επιπλέον προέκυψε ότι τα παιδιά με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης εμφανίζουν και υψηλά επίπεδα άγχους ανεξαρτήτως του φύλου.

Λέξεις κλειδιά: Άγχος, Κατάθλιψη, CDI, RCMAS, παραγοντική δομή RCMAS

---

## Εισαγωγή

Διεθνώς υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον για την έρευνα στο άγχος (Spence, 1997). Αυτό μπορεί να αποδοθεί στο υψηλό ποσοστό των αγχωδών διαταραχών και των σχετιζόμενων με το άγχος προβλημάτων στην παιδική ηλικία (Essau et al, 2000)

Στην Ελλάδα οι έρευνες της συσχέτισης και των καθοριστικών παραγόντων των αγχωδών διαταραχών είναι περιορισμένη εξ' αιτίας της έλλειψης αξιόπιστων και έγκυρων μετρήσεων των συμπεριφορών που τις αποτελούν (Mellon & Moutavelis, 2007)

Το άγχος είναι ένα διαβρωτικό συναίσθημα που εμφανίζεται ανεξαρτήτως του πολιτισμού, του φύλου και της ηλικίας (Topolski et al, 1999). Εντούτοις ο βαθμός στον οποίο βιώνεται ποικίλει σημαντικά από άτομο σε άτομο. Η ένταση των συμπτωμάτων μπορεί να ποικίλει από ήπια γνωστικά ή σωματικά συμπτώματα σε πολύ έντονα τα οποία μπορεί να εμποδίζουν την φυσιολογική λειτουργικότητα. (Topolski et al, 1999).

Θεωρείται ως μια προσαρμοστική αντίδραση που περιλαμβάνει συναισθηματικούς, ψυχολογικούς και γνωστικούς παράγοντες και εκδηλώνεται όταν ένα άτομο βρίσκεται σε ετοιμότητα για να αντιμετωπίσει ένα επικείμενο κίνδυνο ή απειλή, κινητοποιείται να λάβει δράση ή να λειτουργήσει στα βέλτιστα επίπεδά του (Lowe & Reynolds, 2000).

Παρομοίως το αυξημένο άγχος θεωρείται ως μία θετική κατάσταση όταν λειτουργεί ως φυσιολογικός δείκτης, που κάνει αντιληπτό ότι η ανάπτυξη προχωρά με τον αναμενόμενο ρυθμό στα παιδιά και τους εφήβους (Huberty, 1997 στο Lowe & Reynolds, 2000).

Οι αγχώδεις διαταραχές πιστεύεται ότι προκύπτουν από ποιοτικές και ποσοτικές αποκλίσεις από τους φυσιολογικούς μηχανισμούς του απαντητικού συστήματος του άγχους (Barlow, 2002 στο Weems, Zakem, Costa, Cannon, & Watts, 2005). Όπως για παράδειγμα όταν το άγχος συμβαίνει σε περιστάσεις που δεν υπάρχει πραγματικός κίνδυνος, είτε εσωτερικά ή εξωτερικά ή όταν η ένταση της συναισθηματικής αντίδρασης είναι δυσανάλογη με τον πραγματικό κίνδυνο, τότε θεωρείται ως ένδειξη κλινικού άγχους (Spielberger & Rickman, 1990, p. 69 στο Lowe & Reynolds, 2000).

Είναι μία “δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση ή αντίδραση η οποία διακρίνεται από άλλες καταστάσεις από τον μοναδικό συνδυασμό της με βιωματικές ιδιότητες και τις σωματικές-φυσιολογικές αλλαγές” (Spielberger & Rickman, 1990, p. 69 in Lowe & Reynolds, 2000).

Το άγχος αποτελείται από συναισθήματα στεναχώριας, έντασης και φόβου (Spielberger & Rickman, 1990, p. 69 στο Lowe & Reynolds, 2000).

Έχει θεωρηθεί ως ένα πολύπλοκο σύστημα αντίδρασης που εκδηλώνεται μέσα από τρεις διαφορετικές εκφάνσεις. (Lang, 1968 στους Muris, Mayer, Vermeulen, & Hiemstra, 2007,

Barlow, 2002 στο Weems et al., 2005 · Lang, 1977 στο Weems, Costa, Watts, Taylor, & Cannon, 2007)

1. Το γνωστικό, το οποίο χαρακτηρίζεται από υποκειμενικά αισθήματα άγχους και σκέψεις για το απειλητικό ερέθισμα ή κατάσταση.
2. Το συμπεριφορικό το οποίο έχει να κάνει με τις παρατηρήσιμες αντιδράσεις του αγχωμένου ατόμου στη αντιμετώπιση της απειλής (αντίδραση “μάχης ή φυγής” *fight or flight*) και
3. Το σωματικό σύστημα που σχετίζεται με τα σωματικά συμπτώματα όπως η ταχυκαρδία, η εφίδρωση, το ρίγος, τα οποία εξυπηρετούν στην αύξηση της προσοχής και στη προετοιμασία του σώματος για άμεση δράση (Muris, et al., 2007).

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι αρκετά συχνές στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Μερικά ακόμα από τα σωματικά συμπτώματα αφορούν το αυτόνομο νευρικό σύστημα, το κυκλοφορικό, το γαστρεντερικό, το μυοσκελετικό, το αναπνευστικό, καθώς επίσης και το νευρικό σύστημα. (Fong & Garralda, 2005). Γι' αυτό το λόγο πολλοί άνθρωποι αρχικά πιστεύουν ότι τα συμπτώματά τους οφείλονται σε μία υποβόσκουσα γενική ιατρική κατάσταση. (DSM- Primary care version, 1995)

Οι διαταραχές του άγχους στα παιδιά σύμφωνα με το Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM- IV- TR, American Psychiatric Association, 2000) είναι οι ίδιες που περιγράφονται για τους ενήλικες, καθώς επίσης μία ακόμη που εντάσσεται στην κατηγορία: διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά στη βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία και συγκεκριμένα είναι η *Διαταραχή άγχους αποχωρισμού*. Αυτή χαρακτηρίζεται από υπερβολικό άγχος σχετιζόμενο με τον αποχωρισμό από το σπίτι ή από σημαντικές φιγούρες δεσμού, σε σημείο που υπερβαίνει το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Η ηλικία έναρξης μπορεί να τοποθετείται ακόμα και πριν την προσχολική ηλικία και σε οποιαδήποτε στιγμή πριν τα 18 χρόνια, αλλά η έναρξη τόσο καθυστερημένα όσο στην εφηβεία είναι σπάνια. Οι λοιπές Αγχώδεις διαταραχές είναι: *γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, κοινωνική φοβία, διαταραχή πανικού, ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, μετατραυματική διαταραχή και οξεία αγχώδη διαταραχή μετά από τραυματικό σοκ (acute stress disorder)*. Οι πιο συχνά εμφανιζόμενες αγχώδεις διαταραχές στα παιδιά είναι η ειδική φοβία, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, το κοινωνικό άγχος και το άγχος αποχωρισμού (Ginsburg, & Kingery, 2007) Ενώ οι φόβοι, οι ανησυχίες και οι εφιάλτες είναι ξεχωριστά φαινόμενα από το άγχος (Muris, Merckelbach, Gadet, & Moularet, 2000)

Πολλοί από τους ανθρώπους με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή αναφέρουν ότι νιώθουν αγχωμένοι και νευρικοί σε όλη τους τη ζωή. Περισσότεροι από τους μισούς από τους ασθενείς που αναζητούν θεραπεία αναφέρουν ότι η έναρξη του προβλήματος εντοπίζεται στη παιδική ή εφηβική ηλικία. Εντούτοις, δεν είναι σπάνιο η έναρξη να εντοπίζεται και μετά τα 20. Η κατάσταση αυτή είναι χρόνια και τυπικά έχει διακυμάνσεις ενώ συνήθως χειροτερεύει σε περιόδους έντονου στρες.

Στα παιδιά με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή το άγχος και η ανησυχίες συχνά αφορούν την ποιότητα της απόδοσης και την ανταγωνιστικότητα στο σχολείο και στα αθλητικά γεγονότα ακόμα και όταν η επίδοσή τους δεν αξιολογείται από άλλους. Μπορεί να υπάρχουν υπερβολικές ανησυχίες για την τυπικότητα. Ενδέχεται επίσης να ανησυχούν για καταστροφικά γεγονότα όπως σεισμούς και πυρηνικούς πολέμους. Τα παιδιά με αυτή τη διαταραχή σε γενικές γραμμές μπορεί να είναι υπάκουα, τελειομανείς, αβέβαια για τον εαυτό τους, και να τείνουν να ξανακάνουν τις διάφορες εργασίες τους εξ' αιτίας της υπερβολικής δυσαρέσκειας με οποιαδήποτε επίδοσή τους είναι λιγότερη από τέλεια. Συνήθως δείχνουν υπερβολικό ζήλο στο να αποζητούν την αποδοχή και ζητούν αυξημένη επιβεβαίωση για την επίδοσή τους και τις άλλες ανησυχίες τους (DSM- Primary care version, 1995).

Παλιότερα η ενασχόληση και η έρευνα αναφορικά με το άγχος στα παιδιά είχε παραγκωνιστεί. Αυτό ενδέχεται να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες: Η εσωτερικευμένη και παροδική φύση των συμπτωμάτων (Langley et al., 2002) καθώς επίσης και το γεγονός ότι οι αγχώδεις διαταραχές φαίνεται ότι είναι “κρυμμένες”. “Δυστυχώς τα συμπτώματα αυτών των διαταραχών δεν γίνονται εύκολα αντιληπτά συνήθως καθώς δεν προκαλούν ενόχληση στο περιβάλλον, ούτε φαίνεται να έχουν επιβλαβείς συνέπειες για τους άλλους.” (Κακουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ. 166).

Επιπλέον υπήρξαν εποχές που το παιδικό άγχος θεωρείτο από τον κόσμο, το ιατρικό προσωπικό και μερικούς από τους ειδικούς της ψυχικής υγείας σαν ήπιες παρεκκλίσεις από τα φυσιολογικά “στάδια ή φάσες” στην ανάπτυξη του παιδιού. Ένα μόνιμο χαρακτηριστικό της ιδιοσυγκρασίας και της προσωπικότητας το οποίο, το παιδί και οι οικογένειες πρέπει να μάθουν να το αντιμετωπίζουν. Ή ακόμη χειρότερα, σαν κάτι ασήμαντο επειδή συνήθως δεν σχετίζεται με διασπαστική συμπεριφορά (Walkup & Ginsburg, 2002).

Οι Walkup & Ginsburg (2002), αναφέρουν ότι όταν μιλά κάποιος στους γονείς και τους δασκάλους στις σχολικές συναντήσεις είναι ξεκάθαρο ότι τα παιδιά με αγχώδεις διαταραχές είναι σχετικά εύκολο να εντοπιστούν, αλλά συχνά θεωρείται ότι δεν έχουν πραγματικά προβλήματα. Απλά ρωτώντας τους δασκάλους και τους γονείς αν γνωρίζουν παιδιά που έχουν άγχος, οι απαντήσεις είναι περιορισμένες. Αλλά όταν προσδιοριστεί τι κάνουν τα αγχωμένα παιδιά, το επίπεδο της αναγνώρισης αμέσως αλλάζει.

Τα παιδιά αυτά, δυσκολεύονται να κατέβουν από το αυτοκίνητο και να μπουν στο σχολείο το πρωί, έχουν αυξημένες σχολικές απουσίες, επισκέπτονται συχνά τη σχολική νοσοκόμα με σωματικά ενοχλήματα, δυσκολεύονται στην μάθηση, στη συμμετοχή στην ομάδα και τις κοινωνικές δραστηριότητες, δυσκολεύονται να δείξουν τις γνώσεις τους στα τεστ ή στην συμμετοχή στην τάξη και θεωρούνται μη αποδίδοντες μαθητές (Walkup & Ginsburg, 2002).

Τα αιτιολογικά μοντέλα για το άγχος στα παιδιά έχουν προτείνει ότι υπάρχουν διάφοροι

αλληλεπιδρώντες παράγοντες στους οποίους οφείλεται η έναρξη και η διατήρηση του άγχους (Landon, Ehrenreich, & Pincus, 2007). Ως τέτοιοι θα μπορούσαν να θεωρηθούν οι εξής: 1. Ιδιοσυγκρασία: οφείλεται δηλαδή σε κάποια προϋπάρχοντα ιδιοσυγκρασικά χαρακτηριστικά ή τάσεις. 2. Σε γενετικούς/ κληρονομικούς παράγοντες, 3. Στις αλληλεπιδράσεις γονέα- παιδιού που διαμορφώνονται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μην ευνοείται η ανεξαρτησία του παιδιού αλλά να δημιουργείται ανασφάλεια και άγχος. 4. συμπεριφορικά: συντελεστικά και αντιδραστικά μοντέλα μάθησης (*operant and respondent*), 5. γνωστικά: ο τρόπος που επεξεργάζονται οι πληροφορίες, η ερμηνεία των ερεθισμάτων και των γεγονότων), 6. Σε καταστροφικά γεγονότα της ζωής και 7. στις κοινωνικές αντιξοότητες. (Fong & Garralda, 2005· Weems, 2005).

Σύμφωνα με το DSM υπάρχουν αρκετές διαφορετικές κατηγορίες άγχους που ποικίλουν από τις απλές φοβίες ως την διαταραχή πανικού. Πέραν όμως της κατηγοριοποίησης που απορρέει από το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο υπάρχει και αυτή που διαχωρίζει το άγχος σε **περιστασιακό** (*state*) και **χαρακτηριστικό** (*trait*) άγχος. (Topolski et al, 1999).

Το **περιστασιακό** άγχος ορίζεται ως μία παροδική δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από υποκειμενικά αισθήματα έντασης, φόβου και ανησυχίας και σχετίζεται με μία συγκεκριμένη κατάσταση που γίνεται αντιληπτή ως απειλητική, ενώ το **χαρακτηριστικό** άγχος ως μία σχετικά σταθερή ατομική διαφορά στην κλίση για άγχος ή ως λειτουργία της προσωπικότητας κάποιου που περιγράφει την τάση του ατόμου να αντιλαμβάνεται ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων ως απειλητικές (Spielberger, 1972 στο Finch, Kendall & Montgomery, 1974 · Logan & Loo, 1979).

Το άγχος θεωρείται ότι αποτελεί ένα μεταβατικό συναίσθημα το οποίο αποτελεί φυσιολογική πτυχή της ανάπτυξης των παιδιών και δεν σηματοδοτεί απαραίτητα ένα αποκλίνον φαινόμενο (Weems & Costa, 2005 · Mertin, Dibnah, Crosbie & Bulkeley, 2001). Το γεγονός όμως ότι τα συμπτώματα άγχους στα παιδιά είναι συχνά, και λαμβάνοντας κάποιος υπόψιν του ότι αυτό που σε μία ηλικία θεωρείται φυσιολογικό, αργότερα μπορεί να είναι παθολογικό (Fong & Garralda, 2005) μπορεί να δημιουργήσει δυσκολίες στην διάκριση και διάγνωση του αναμενόμενου για την ηλικία άγχους, από την παθολογική έκφρασή του. (Mertin et al., 2001 · Harvard Mental Health Letter, 2004).

Επιπροσθέτως τα συμπτώματα του άγχους που εκδηλώνονται στο φάσμα διάφορων ηλικιών δεν παραμένει σταθερό. Είναι μάλλον απίθανο να υπάρχει συνέχεια σε κάθε σύμπτωμα άγχους από την παιδική ως την ενήλικη ζωή (Lowe & Reynolds, 2004) άρα τα συμπτώματα διαφέρουν από τη μία ηλικία στην άλλη (Lowe & Reynolds, 2000). Γι' αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό οι ειδικοί να γνωρίζουν τι είναι αναπτυξιακά φυσιολογικό όταν αξιολογούν το άγχος στα παιδιά (Langley, Bergman & Piacentini, 2002). Ο Klein (1994), υποστηρίζει ότι ένας ακόμα χρήσιμος δείκτης της

παθολογίας είναι ο βαθμός στον οποίο το άγχος παρεμβαίνει στην ικανότητα του παιδιού να συμμετέχει σε κατάλληλες για την ηλικία κοινωνικές και σχολικές δραστηριότητες.

Πάντως αυτό που δείχνουν οι περισσότερες έρευνες είναι ότι η έναρξη των αγχωδών διαταραχών μπορεί να τοποθετηθεί στην παιδική ή εφηβική ηλικία (Essau et al. · 2000, Kim-Cohen et al., 2003).

Τα συμπτώματα άγχους και οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν από τα πιο συχνά εμφανιζόμενα συναισθηματικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά (Spence, 1998 · Berstein & Borchardt, 1991 · Cartwright-Hatton, McNicol & Doubleday, 2006 · Murriss, Merckelbach, Ollendick, King & Bogie, 2002) και μπορούν να έχουν δυσάρεστες επιπτώσεις στην προσωπική προσαρμογή, στην κοινωνική, στη σχολική τους ζωή (Straus, Frame & Forehand, 1987 · Messer & Beidel, 1994 · Berstein & Borchardt, 1991 · Pine, 1997) και στην λειτουργικότητά τους γενικότερα (Last, Hanson & Franco, 1997). Επιπλέον υπάρχουν ενδείξεις ότι για πολλά παιδιά τα συμπτώματα του άγχους δεν είναι παροδικά φαινόμενα και αν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα μπορεί να επιμείνουν ως την εφηβεία ή και την ενήλικη ζωή και να έχουν εξουθενωτική δράση (Cartwright-Hatton, 2006 · Pfeffer, Lipkins, Plutchik & Mizruchi, 1988 · Keller et al, 1992 · Varela, Sanchez- Sosa, Biggs & Luis, 2007) ή ακόμα και να πάρουν την μορφή της αγχώδους διαταραχής (Muris, 2006).

Έτσι γίνεται εμφανές ότι το άγχος μπορεί να έχει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην ενήλικη λειτουργικότητά τους (Essau, Conradt & Petermann, 2000). Τα συμπτώματα άγχους κατά την παιδική ηλικία αποτελούν προβλεπτικούς δείκτες για την ψυχοπαθολογία και τις ψυχολογικές διαταραχές αργότερα στην ζωή (March & Albano, 1996) και ενδέχεται να λειτουργούν και ως παράγοντες επικινδυνότητας για την ανάπτυξη διάφορων τύπων ψυχιατρικών διαταραχών κατά την ενήλικη ζωή (Wittchen & Essau, 1994 στους Essau, Sakano, Ishikawa, & Sasagawa, 2004).

Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό πόσο επιτακτική είναι η ανάγκη τα παιδιά με άγχος να εντοπίζονται όσο το δυνατόν γρηγορότερα και να τους παρέχεται η κατάλληλη παρέμβαση (Fong & Garralda, 2005 · Spence, 1998).

Οι κλινικοί ψυχολόγοι και οι ερευνητές που ενδιαφέρονται για τις διαταραχές αναφορικά με το παιδικό άγχος έχουν να αντιμετωπίσουν το αποκαρδιωτικό έργο, της διαφοροδιάγνωσης του παθολογικού άγχους από τους απλούς φόβους που προκύπτουν ως φυσιολογικό μέρος της ομαλής αναπτυξιακής πορείας (March, Sullivan, & Parker, 1999). Εξάλλου από τα παραπάνω προκύπτει πόσο σημαντική είναι η κατάλληλη αξιολόγηση του άγχους για την ψυχολογική εξέλιξη του παιδιού (Ryngala, Shields, & Caruso, 2005).

Τόσο στην κλινική εφαρμογή όσο και στην έρευνα, τα ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς για την αξιολόγηση του παιδικού άγχους και κατάθλιψης είναι αυτά που χρησιμοποιούνται συχνότερα (March & Albano, 1996). Αυτά είναι εύκολα στην χορήγηση, είναι σύντομα και παρέχουν

πληροφορίες για τα συμπτώματα του άγχους όπως τα αντιλαμβάνεται το ίδιο το παιδί – περιγράφουν δηλαδή την υποκειμενική εμπειρία των παιδιών που ενδέχεται να μην μπορούν να αποκτηθούν με διαφορετικό τρόπο (Murriss et al., 2002 · Murriss et al., 1998 · James, Reynolds, & Dunbar 1994 στους Lowe & Reynolds, 2000 · Strauss, 1990 στους Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto, & Francis, 2000 · Perrin & Last, 1992).

Τα ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς συνήθως παρέχουν διαστατική αξιολόγηση της έντασης των συμπτωμάτων και της δυσφορίας (Langley et al., 2002). Τέτοια είναι και η χρήση του RCMAS που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα και θεωρείται ότι αξιολογεί το χαρακτηριστικό άγχος (Reynolds, 1985 στο Lowe, Peyton & Reynolds, 2007).

Το άγχος αν και εξίσου συχνό με την κατάθλιψη, συχνά δεν διαγιγνώσκεται και δεν θεραπεύεται επαρκώς (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, & Lowe, 2007)

Οι ψυχολόγοι περιγράφουν την κατάθλιψη ως την εμπειρία κατά την οποία κάποιος βιώνει θλίψη, μελαγχολία και είναι άκεφος. Η κατάθλιψη συνήθως σχετίζεται με την αντίληψη της απώλειας, με γεγονότα που συνέβησαν στο παρελθόν και με μειωμένη αυτονομική δραστηριότητα (Feldman, 1993).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει εκτιμήσει την κατάθλιψη ως μία από τις πιο επιβαρυντικές ασθένειες εξ' αιτίας της χρόνιας φύσης της και της μεγάλης συχνότητάς της (Keenan-Miller, Hammen & Brennan, 2007). Από τη δεκαετία του 1960, το ενδιαφέρον της έρευνας αναφορικά με τη συγκεκριμένη διαταραχή έχει αυξηθεί σημαντικά (Al-Bahlan, 2006). Κάποτε η κατάθλιψη θεωρείτο σπάνια ή ουσιαστικά ανύπαρκτη (Curry, 2001)

Ο όρος κατάθλιψη στα παιδιά και τους εφήβους μπορεί να αναφέρεται σε 3 διαφορετικούς, όλο και πιο περιοριστικούς ορισμούς. Στον λιγότερο περιοριστικό ορισμό η κατάθλιψη αναφέρεται σε μία αρνητική ή χαμηλή διάθεση όπως η θλίψη. Αν αυτή η χαμηλή διάθεση επιμένει για περισσότερο από ένα αποδεκτό διάστημα, αυτό είναι από μόνο του ένα *σύμπτωμα*. Μπορεί να εμφανιστεί είτε μόνο του είτε σε συνδυασμό με άλλα συμπτώματα. Σε ένα πιο περιοριστικό επίπεδο η κατάθλιψη αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο σύνολο συμπτωμάτων που συχνά συμβαίνουν μαζί. Τέτοια σύνολα συμπτωμάτων ορίζονται ως *σύνδρομο*. Για παράδειγμα παιδιά με χαμηλή διάθεση συχνά ταυτόχρονα βιώνουν ανία, χαμηλή ενέργεια και κοινωνική απόσυρση ανάμεσα σε άλλα συμπτώματα. Τέτοια σύνδρομα μπορούν να διαγνωστούν σε κάποιο σημείο εγκαίρως με τη χρήση λιστών ανασκόπησης συμπτωμάτων (symptom review checklists). Στον πιο περιοριστικό επίπεδο η κατάθλιψη αναφέρεται σε μία *ψυχιατρική διαταραχή* που χαρακτηρίζεται από επίμονες αλλαγές στην λειτουργικότητα του παιδιού (Curry, 2001)

Οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν επιπλέον έναν αριθμό προσδιοριστικών συμπτωμάτων, μια συγκεκριμένη διάρκεια και πορεία, ένα επίπεδο οξύτητας που προκαλεί αξιοσημείωτη καταπόνηση



και μία επίδραση στην καθημερινή λειτουργικότητα του νεαρού ατόμου (Cury, 2001).

Το κύριο προσδιοριστικό χαρακτηριστικό της κατάθλιψης είναι η διαταραγμένη διάθεση. Στην κατάθλιψη τα παιδιά μπορεί να αναφέρουν ότι αισθάνονται λυπημένα, δυστυχισμένα, ότι βαριούνται ή δεν ενδιαφέρονται για τις συνηθισμένες δραστηριότητες τους, θυμωμένα, ευερέθιστα ή μπορεί να εμφανίζονται λυπημένα ή δακρυσιμένα (Cury, 2001).

Ο τρόπος που γίνεται αντιληπτό το άγχος και η κατάθλιψη στα παιδιά έχει αλλάξει δραματικά τα τελευταία χρόνια (Stark & Laurent, 2001). Δεν έχει περάσει λίγος καιρός από τότε που πίστευαν ότι στα παιδιά δεν μπορεί να διαγνωστεί η κατάθλιψη επειδή δεν θεωρείτο ως μία αξιόπιστη, σταθερή διαταραχή στα παιδιά. Τώρα όμως το άγχος και η κατάθλιψη θεωρούνται ως σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας και τα παιδιά με τέτοια προβλήματα θεωρείται ότι χρειάζονται ακριβή αξιολόγηση, θεραπεία και πρόληψη (Crowley & Merrell, 2000).

Παρόλα αυτά οι ειδικοί στο πεδίο των παιδικών εσωτερικευμένων διαταραχών αναγνωρίζουν ότι είναι δύσκολο για τους επαγγελματίες να εντοπίσουν και να αξιολογήσουν την σοβαρότητα των συμπτωμάτων που σχετίζονται με το άγχος και την κατάθλιψη (Reynolds, 1990).

Η ικανότητα να μπορεί κάποιος να διακρίνει μεταξύ άγχους και κατάθλιψης είναι εξαιρετικά σημαντική γιατί οι διαταραχές μπορεί να διαφέρουν σε θέματα πορείας, πρόγνωσης και επιλογής θεραπείας (Allen, Leonard & Swedo, 1995 · Stark, Laurent, Livingston, Boswell & Swearer, 1999).

Όλο και πιο συχνά προκύπτει από τις έρευνες ότι υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ των μετρήσεων του άγχους και της κατάθλιψης (Cole, Truglio, Peeke, 1997) καθώς και ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά συννοσηρότητας (Stark & Laurent, 2001 · Seligman & Ollendick, 1998 · Chavira, Stein, Bailey, & Stein, 2004 · Flannery-Schroeder, 2006 · Yang, Hong, Joung & Kim, 2006 · Van Langa, Ferdinand, Ormel, & Verhulst, 2006 · Kring, Persons, & Thomas, 2007)

Παρόλο που η καταθλιπτική και η αγχώδης διαταραχή έχουν μοναδικά συμπτώματα, πολλά συμπτώματα είναι κοινά και στις δύο (DSM IV- TR, 2000). Υπάρχει δηλαδή μεγάλη αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των συμπτωμάτων των δύο διαταραχών (Brady & Kendall, 1992). Επιπλέον, πολλοί ασθενείς που δεν απαντούν στα διαγνωστικά κριτήρια ούτε για καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή έχουν επικάλυψη ενός υποσυνδρόμου που αποτελείται από συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. (Pollack, 2005). Γι' αυτό το λόγο στο ICD-10 προτείνει την ύπαρξη μια κατηγορίας με το όνομα *μεικτή αγχώδης καταθλιπτική διαταραχή* που θα πρέπει να χρησιμοποιείται όταν συνυπάρχουν τόσο συμπτώματα άγχους όσο και κατάθλιψης αλλά ούτε τα μεν ούτε τα δε, θεωρούμενα χωριστά είναι ικανής βαρύτητας για να δικαιολογήσουν τη διάγνωση (ICD-10, 1997).

Η αποτελεσματική διαφοροποίηση μεταξύ άγχους και κατάθλιψης στους πληθυσμούς των

παιδιών είναι ένα μεγάλο και δύσκολο θέμα που οδηγεί στο ερώτημα αν υπάρχει μια έγκυρη και χρήσιμη διάκριση μεταξύ αυτών των κατασκευών (Turner & Barrett, 2003).

Με την αύξηση της κλινικής και ερευνητικής εστίασης στο παιδικό άγχος και κατάθλιψη μία πρόκληση δημιουργήθηκε για τους ερευνητές και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.- Ποια είναι η σχέση μεταξύ αυτών των συνδρόμων; Πως μοιάζουν τα συμπτώματα; Μπορούν να διαχωριστούν;

Η σχέση λοιπόν μεταξύ άγχους και κατάθλιψης βρίσκεται στο επίκεντρο της προσοχής για πολλούς ειδικούς ψυχικής υγείας και ερευνητές (Crowley & Merrell, 2000, Yang et al., 2006) και έχει ιδωθεί με πολλούς διαφορετικούς τρόπους και κυρίως με τους παρακάτω:

1. Τα σύνδρομα αυτά ουσιαστικά είναι μία ενιαία διαταραχή επειδή είναι τόσο στενά αλληλοσυσχετιζόμενα, ούτως ώστε να αντιπροσωπεύουν μία μόνο υποβόσκουσα διάσταση
2. Είναι σύνδρομα που αλληλοεπικαλύπτονται αλλά έχουν μοναδικά συστατικά το κάθε ένα και
3. Ότι είναι εντελώς διαφορετικά φαινόμενα

(Murphy, Marelich & Hoffman, 2000 · Ollendick et al., 2003 · Yang et al., 2006).

Βάσει των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από την διεθνή βιβλιογραφία για την σχέση του άγχους και της κατάθλιψης καθώς επίσης και του τρόπου με τον οποίο εμφανίζεται στα παιδιά, σκοπός της παρούσας έρευνας είναι αφενός μεν η μελέτη της συχνότητας των αυτό- αναφερόμενων σημείων κατάθλιψης στα επίπεδα άγχους στους Έλληνες μαθητές δημοτικού και αφετέρου η διερεύνηση της παραγοντικής δομής της κλίμακας Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS). Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς RCMAS για την μέτρηση του άγχους και του CDI για την μέτρηση της κατάθλιψης. Λαμβάνοντας υπ' όψιν μας την υπάρχουσα βιβλιογραφία, υποθέτουμε ότι τα παιδιά με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης θα εμφανίσουν και αυξημένα επίπεδα άγχους.

## **Μέθοδος**

### **Συμμετέχοντες**

Στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος 491 μαθητές της Δ, Ε, και ΣΤ τάξης (βλ. Πίνακα 1), από 16 Δημοτικά Σχολεία 2 διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών της Ελλάδος (Κρήτη και Αττική). Η επιλογή των σχολείων έγινε με κριτήρια που αφορούν την αντιπροσώπευση αστικών, ημιαστικών, και αγροτικών περιοχών της χώρας μας και τη δυνατότητα συλλογής δεδομένων από τις συγκεκριμένες γεωγραφικές περιφέρειες της χώρας μας. Το δείγμα των μαθητών επιλέχθηκε τυχαία, αλλά μόνο μαθητές που οι γονείς τους έδωσαν συγκατάθεση για την αξιολόγησή τους

συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Οι συμμετέχοντες είχαν όλοι μητρική γλώσσα την ελληνική και δεν είχαν σοβαρές αναπηρίες ή νοητική στέρηση, οι οποίες παρεμπόδιζαν τη φοίτησή τους στην κανονική τάξη του σχολείου τους.

Πίνακας 1. Δημογραφική κατανομή του δείγματος

		αγόρια	κορίτσια	Σύνολο
Τάξη	Δ	85	85	170
	E	78	83	161
	ΣΤ	74	86	160
Total		237	254	491

### **Διαδικασία**

Τα παιδιά αξιολογήθηκαν σε 2 ατομικές συνεδρίες διάρκειας 30-40 λεπτών σε ήσυχο χώρο του σχολείου τους. Οι δοκιμασίες χορηγήθηκαν από ειδικά εκπαιδευμένο άτομο. Οι αποκρίσεις των μαθητών καταγράφηκαν σε ατομικά φυλλάδια. Η αξιολόγηση επαναλήφθηκε από τον ίδιο εξεταστή σε τυχαία επιλεγμένους μαθητές, οι οποίοι αποτελούν το 10% του συνολικού δείγματος, ώστε να ελεγχθεί η αξιοπιστία της χορήγησης.

### **α) Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978).**

Είναι ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς για την αξιολόγηση του άγχους στα παιδιά (Turgeon & Chartrand, 2003 · Dadds, Perrin & Yule, 1998). Προέκυψε από την αναθεώρηση του Children's Manifest Anxiety Scale, (CMAS, Castaneda, McCandless & Palermo, 1956). Από την αναθεώρηση αυτή θεωρείται ότι ξεπεράστηκαν κάποιες από τις ψυχομετρικές αδυναμίες της αρχικής κλίμακας καθώς επίσης και αρκετά μειονεκτήματα που θεωρείτο ότι έχει όπως πχ. Το δύσκολο λεξιλόγιο (Reynolds & Richmond, 1978 · Turgeon & Chartrand, 2003). Στην αναθεωρημένη μορφή χρησιμοποιήθηκαν μόνο οι ερωτήσεις με εγκυρότητα μεγαλύτερη από ,40 , το μέγεθος ουσιαστικά μειώθηκε, το ηλικιακό εύρος επεκτάθηκε σε παιδιά και εφήβους από 6- 19 χρονών και οι ψυχογλωσσολογικές δυσκολίες εξαλείφθηκαν (Reynolds & Richmond, 1978 · Turgeon & Chartrand, 2003). Είναι ένα εργαλείο βασισμένο στην αυτό-αναφορά εκδηλώσεων άγχους μέσω 37 ερωτήσεων. 28 από αυτές μετρούν την άγχος και παράγουν ένα συνολικό σκορ άγχους και τα υπόλοιπα 7 την κοινωνική αποδοχή και αποτελούν την κλίμακα ψεύδους.

Σύμφωνα με τις έρευνες που ακολούθησαν φαίνεται ότι η κλίμακα έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. Ο Reynolds (1980) εξέτασε την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής του RCMAS συγκρίνοντας τα σκορ της κλίμακας αυτής με αυτά που προέκυψαν από το State- Trait Anxiety Inventory for children (STAIC, Spielberger, 1973), μίας άλλης πολύ γνωστής κλίμακας για την μέτρηση του άγχους στα παιδιά. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ αυτών των δύο ( $r = .85$ ).

Επίσης όπως αναφέρουν οι Turgeon & Chartrand (2003), το 1981 ο Reynolds εξέτασε την αξιοπιστία ελέγχου- επανελέγχου (*test- retest*) του RCMAS και βρήκε ότι το σκορ του συνολικού άγχους στις 2 μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν σε διάστημα 9 μηνών σε παιδιά των τάξεων 4-6 σχετιζόταν με  $r = .68$  δείχνοντας λογικές αποδείξεις για την χρονική σταθερότητα του σκορ.

Η αξιοπιστία, η εγκυρότητα και η παραγοντική δομή του RCMAS έχουν επαναληφθεί και επαληθευτεί σε αρκετές χώρες όπως στην Γερμανία (Boehnke, Silbereisen, Reynolds & Richmond, 1986), στην Ισπανία (Ferrando, 1994), στην Ουρουγουάη (Richmond, Rodrigo & de Rodrigo, 1988), στη Μεγάλη Βρετανία/ Ηνωμένο Βασίλειο (Mertin et al., 2001), 1986 σε δείγμα γαλλόφωνων παιδιών του Καναδά (Turgeon & Chartrand, 2003) καθώς επίσης και στην Ζιμπάμπουε όπου τα αποτελέσματα των υπολοίπων χωρών δεν επιβεβαιώθηκαν γεγονός που ενδέχεται να οφείλεται σε πολλούς διαφορετικούς παράγοντες μεταξύ αυτών και πολιτισμικούς (Wilson, Chibaiwa, Majoni, Masukume, Nkoma, 1990)

Επιπλέον σε αρκετές έρευνες έχει εξεταστεί και η συγκλίνουσα και αποκλίνουσα εγκυρότητα. Συγκεκριμένα έχει βρεθεί ότι το RCMAS έχει καλή εσωτερική εγκυρότητα με το STAIC ( $r = .88$  Murriss et al., 2002) αλλά φτωχή αποκλίνουσα εγκυρότητα όπως αυτή μετρήθηκε από το CDI ( $r = .74$  Murriss et al., 2002 · Stark & Laurent, 2001). Φαίνεται λοιπόν ότι η κλίμακα αυτή είναι ανεπαρκής στο να διακρίνει μεταξύ παιδιών με αγχώδης διαταραχές και τις συναισθηματικές διαταραχές (Seligman, Ollendick, Langley, & Baldacci, 2004).

Επιπλέον φαίνεται πως η κλίμακα αυτή δεν είναι επαρκής στο να διακρίνει παιδιά με αγχώδης διαταραχές από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές ( πχ. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα Perrin & Last, 1992). Επιπροσθέτως αποτυγχάνει να μετρήσει τα συμπτώματα άγχους που σχετίζονται με συγκεκριμένες αγχώδεις διαταραχές, όπως κοινωνική φοβία ή άγχος αποχωρισμού αλλά περιλαμβάνει ερωτήσεις που σχετίζονται με το άγχος γενικότερα. (Spence, 1998).

Αυτό μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες. Κατ' αρχήν παρόλο που αυτό το ερωτηματολόγιο είναι εστιασμένο στο άγχος στην ουσία μετρά τη γενική αναστάτωση (Murriss et al., 1998). Ακόμα το RCMAS αναπτύχθηκε πριν από την καθιέρωση των τωρινών διαγνωστικών κριτηρίων (DSM- IV, 1994) και έτσι δεν σχεδιάστηκε ούτως ώστε να παρέχει πληροφορίες για τα

συμπτώματα που είναι συγκεκριμένα στα κλινικά σύνδρομα. Οι μετρήσεις αυτές ορισμένες φορές είναι πολύ λιγότερο υποσχόμενες σε σχέση με την κλινική χρησιμότητά τους

Ένας ακόμα λόγος για τον οποίο μπορεί να ασκηθεί κριτική σε αυτή την κλίμακα είναι ότι αποτελεί μια προέκταση των ενήλικων μετρήσεων του άγχους και βασίζονται στην υπόθεση ότι το άγχος στα παιδιά μοιάζει πολύ στενά με το άγχος στους ενήλικες.

Η ιστορική εξέλιξη του RCMAS έχει ως εξής: Αρχικά υπήρχε το MAS (MAS, Taylor, 1951) ένα εργαλείο για να μετράει τις εκδηλώσεις άγχους στους ενήλικους. Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιούσε ερωτήσεις που είχε ανασύρει από το MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Hathaway & McKinley) και θεωρείτο ότι ήταν χρήσιμο στο να αναγνωρίζει ενήλικους με χρόνιες αντιδράσεις άγχους. Έπειτα η κλίμακα αυτή τροποποιήθηκε και δημιουργήθηκε το Children's Manifest Anxiety Scale, (CMAS, Castaneda et al., 1956) το οποίο αναθεωρήθηκε αργότερα από τους Reynolds & Richmond (1978) για να φτιάξουν το RCMAS που του έδωσαν τον τίτλο "What I think and feel". Το MAS δημιουργήθηκε από το MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, 1967) για να αξιολογήσει το χαρακτηριστικό άγχος και οι Reynolds & Richmond έφεραν αυτήν την ιδέα του χαρακτηριστικού άγχους στο RCMAS (Topolski et al, 1999). ( Το CMAS θεωρείται ότι μετράει το χαρακτηριστικό άγχος επίσης (Finch et al., 1974).

Είναι ένα σχετικά σύντομο εργαλείο κατάλληλο για ατομική ή ομαδική χορήγηση τόσο στο σχολικό όσο και στο κλινικό πλαίσιο. Οι εργασίες που οδήγησαν στην ανάπτυξη αυτού του εργαλείου καθώς επίσης και έρευνες που ακολούθησαν έχουν δείξει ότι είναι ένα έγκυρο, χρήσιμο εργαλείο για την αξιολόγηση του άγχους. Το εργαλείο αυτό αξιολογεί τις 2 πρωταρχικές- πρωτεύουσες εκφάνσεις- καταστάσεις του άγχους. Τη γνωστική και τη σωματική (Gerard & Reynolds, 2004).

Η παραγοντική δομή έχει εξεταστεί από διάφορες έρευνες που καταλήγουν σε όμοια αποτελέσματα (Turgeon & Chartrand, 2003). Μεταξύ διαφορετικών δειγμάτων ο Reynolds και οι συνεργάτες του (Reynolds & Richmond, 1979; Reynolds & Paget, 1981) βρήκαν ότι η δομή του RCMAS αποτελείται από 5 παράγοντες. Οι 3 παράγοντες άγχους ονομάστηκαν: Ανησυχία/ Υπερευαισθησία (Worry/ Oversensitivity), Συγκέντρωση (Concentration), και Σωματικά ενοχλήματα (Physiological) ενώ υπήρχαν και 2 κλίμακες ψεύδους που ονομάστηκαν: Αποδοχή και επιθυμητές συμπεριφορές (Approval and Desirable Behaviors) και άρνηση των μη αποδεκτών συμπεριφορών (Denial of Undesirable Behaviors). Η κλίμακα ψεύδους αντανακλά μία τάση του παιδιού να παρουσιάσει τον εαυτό του με ένα ευνοϊκό τρόπο ή να αρνηθεί ελαττώματα και αδυναμίες που συνήθως οι άλλοι είναι πρόθυμοι να παραδεχτούν (Pina, Silverman, Saavedra & Weems, 2001)

Ο όρος εκδηλώσεις άγχους όπως αξιολογείται από το RCMAS, περιγράφει τη γενική φύση και το εύρος του άγχους που ένα παιδί βιώνει (Topolski et al, 1999).

Τα παιδιά καλούνται να απαντήσουν σε αυτό το τεστ απαντώντας είτε *Ναι* ή *Όχι*. Εντούτοις εδώ, λαμβάνοντας υπ' όψιν μας ότι σε κλίμακες που περιλαμβάνουν μόνο δύο απαντήσεις μπορούν μεν να γίνουν οι συνηθισμένες τεχνικές παραγοντικής ανάλυσης, τα αποτελέσματα όμως που προκύπτουν ενδέχεται να είναι αλλοιωμένα (Floyd & Widaman, 1995) γι' αυτό το λόγο χρησιμοποιήθηκε μία κλίμακα 3 εναλλακτικών απαντήσεων *Πολλές φορές, Μερικές φορές, Ποτέ*. Η χρήση τριτοβάθμιας κλίμακας έχει αναφερθεί και άλλη φορά στην βιβλιογραφία (Cole et al., 1997).

Με βάση τα δεδομένα προηγούμενης μελέτης στον ελληνικό πληθυσμό (N=587) η αρχική κλίμακα προσαρμόστηκε με την απαλοιφή τριών ερωτήσεων (Δυσκολεύομαι να αποφασίσω, Ανησυχώ τι θα πούνε οι γονείς μου για μένα, και Φοβάμαι όταν πηγαίνω το βράδυ για ύπνο) οι οποίες παρουσίασαν χαμηλή συνάφεια με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας (item-total correlation < .3 στις μικρότερες τάξεις. Στην παρούσα μορφή της η κλίμακα εμφάνισε δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's  $\alpha = ,87$ . Οι δείκτες συνάφειας με τη συνολική βαθμολογία παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

**Πίνακας 2** Δείκτες συνάφειας των ερωτήσεων του RCMAS με τη συνολική βαθμολογία.

Ερωτήσεις	Δείκτης Συνάφειας
rcmas1: Αισθάνομαι πως τα άλλα παιδιά δεν με συμπαθούν	,30
rcmas2: Ανησυχώ για το τι πρόκειται να μου συμβεί στο μέλλον	,48
rcmas3: Πληγώνομαι	,45
rcmas4: Κόβεται η αναπνοή μου (λαχανιάζω - δυσκολεύομαι να αναπνεύσω)	,33
rcmas5: Νομίζω ότι τα άλλα παιδιά είναι πιο χαρούμενα από μένα	,45
rcmas6: Φοβάμαι ότι κάτι κακό θα μου συμβεί	,54
rcmas7: Όταν με μαλώνουν, στεναχωριέμαι	,27
rcmas8: Ξυπνάω φοβισμένος-η για κάτι	,40

rcmas9: Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ στα μαθήματά μου	,44
rcmas10: Αισθάνομαι πως τα πράγματα είναι πιο εύκολα για τα άλλα παιδιά παρά για μένα.	,48
rcmas11: Νομίζω πως κάποιος θα μου πει ότι δεν είμαι εντάξει	,43
rcmas12: Το στομάχι μου ανακατεύεται και με ενοχλεί	,43
rcmas13: Φοβάμαι για πολλά πράγματα	,57
rcmas14: Έχω την εντύπωση ότι πολλά παιδιά είναι εναντίον μου	,46
rcmas15: Ανησυχώ πολύ όταν τα πράγματα δεν πάνε καλά για μένα	,48
rcmas16: Αισθάνομαι πολύ κουρασμένος-η	,42
rcmas17: Νιώθω σαν να είμαι μόνος-η ακόμη και όταν υπάρχει κόσμος τριγύρω μου	,44
rcmas18: Ιδρώνουν οι παλάμες μου (τα χέρια μου)	,30
rcmas19: Ανησυχώ για το τι θα πούνε τα άλλα παιδιά για μένα	,49
rcmas20: Έχω εφιάλτες στον ύπνο μου	,44
rcmas21: Στο σχολείο στριφογυρνώ στην καρέκλα μου και είμαι ανήσυχος-η	,37
rcmas22: Ανησυχώ για πολλά πράγματα	,58
rcmas23: Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ το βράδυ	,38
rcmas24: Έχω άγχος, ανησυχίες	,45
rcmas25: Θυμώνω	,36

---

### **β) Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1981)**

Είναι ένα εργαλείο βασισμένο στην αυτό-αναφορά συναισθημάτων και σκέψεων που συνδέονται με την κατάθλιψη μέσω 26 ερωτήσεων, το οποίο έχει σχεδιαστεί για να εκτιμήσει την έκταση και σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε παιδιά ηλικίας 7-17 ετών.

Είναι μία προέκταση του Beck Depression Inventory (BDI) για τους ενήλικες. Η κλίμακα αποτελείται από 27 ερωτήσεις που αξιολογούν μία ευρεία κλίμακα καταθλιπτικών συμπτωμάτων, περιλαμβάνοντας καταθλιπτική διάθεση, ύπνο, διαταραχές της όρεξης, αισθήματα ενοχής, αυτό-ενοχή και απαξία, συναισθήματα μοναξιάς και αυτοκτονικό ιδεασμό. Για κάθε ερώτηση τα παιδιά ηλικίας 7- 17 χρονών καλούνται να επιλέξουν μία από τις 3 εναλλακτικές απαντήσεις που τους περιγράφει καλύτερα για το διάστημα των προηγούμενων 3 εβδομάδων (Turner, 2002). Οι απαντήσεις καλύπτουν αυξανόμενα επίπεδα οξύτητας των συμπτωμάτων, με υψηλότερα σκορ να αντανakλούν μεγαλύτερη οξύτητα.

Συχνά στην κλίμακα αυτή απαλείφεται η ερώτηση για τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Shochet et al., 2001). Παρόλο που οι έρευνες έχουν στηρίξει την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της κλίμακας (Kovacs, 1985 όπως αναφέρει η Turner, 2002) οι μετρήσεις αρκετές φορές το έχουν κατηγορήσει για έλλειψη αποκλίνουσας εγκυρότητας. (Stark & Laurent, 2001 · Wolfe et al., 1987 · Tannenbaum, Forehand & McCombs Thomas, 1992)

Το συγκεκριμένο εργαλείο διαθέτει καλή αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου (*test-retest*), εσωτερική συνέπεια και εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, ιδίως όσον αφορά μη κλινικούς πληθυσμούς (Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002).

Κάθε ερώτηση έχει σχεδιαστεί για να αξιολογήσει ένα συγκεκριμένο σύμπτωμα της κατάθλιψης ή τις σχετικές συνέπειές του στο σχολείο (Stark & Laurent, 2001).

Σημαντικό θέμα στην έρευνα γι' αυτήν την κλίμακα είναι ο αριθμός των παραγόντων της. Παρόλο που η Kovacs, 1992 (όπως αναφέρεται από τους Stark & Laurent, 2001) πρότεινε ότι είναι 5 άλλοι έχουν βρει από 2 (Carey, Faulstich, Gresham, Ruggiero & Enyart, 1987) έως και 8 (Saylor, Finch, Spirito, Bennett, 1984). Άλλοι πάλι που έχουν βρει 5 δεν είναι ίδιοι με αυτούς που αρχικά προτάθηκαν και ισχυρίζονται ότι ποικίλουν ως αποτέλεσμα των διαφορών ηλικίας (Weiss et al., 1991).

Η χρήση της κλίμακας ως διαγνωστικό εργαλείο (Fristad, Emery, & Beck, 1997), αλλά και η δυνατότητά της να διακρίνει μεταξύ ψυχιατρικών ασθενών με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή και ψυχιατρικών ασθενών χωρίς Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή έχουν κατά καιρούς αμφισβητηθεί (Saylor et al., 1984· Carey et al., 1987). Έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι το CDI δε φαίνεται να διακρίνει αποτελεσματικά μεταξύ συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους και συχνά θεωρείται πως εκτιμά τη θλίψη γενικότερα και όχι τα συγκεκριμένα



καταθλιπτικά συμπτώματα (Saylor et al., 1984).

Οι ακόλουθες ερωτήσεις απαλείφθηκαν από την αρχική μορφή του εργαλείου με βάση κριτήριου συνάφειας με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας (item-total correlation < .3 στις μικρότερες τάξεις): Διασκεδάζω, Διασκεδάζω στο σχολείο, Σε μερικά μαθήματα που ήμουν καλός-ή τώρα τα πάω, Θέλω να είμαι με άλλα παιδιά, Κάνω αυτά που μου λένε, Τα πράγματα πάνε καλά για μένα, Είμαι κουρασμένος-η, και Δεν έχω όρεξη για φαγητό. Στην παρούσα μορφή της η κλίμακα εμφάνισε δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's  $\alpha = ,74$ . Οι δείκτες συνάφειας με τη συνολική βαθμολογία παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

**Πίνακας 3.** Δείκτες συνάφειας των ερωτήσεων του CDI με τη συνολική βαθμολογία

Ερωτήσεις	Δείκτης Συνάφειας
1. Δεν έχω καθόλου φίλους	,04
2. Φταίω	,29
3. Αισθάνομαι πως θέλω να κλάψω	,33
4. Σε σχέση με τους συμμαθητές/-τριες μου, είμαι κακό παιδί	,25
5. Κάνω λάθη	,24
6. Νιώθω μόνος/-η	,42
7. Πιστεύω πως κάτι κακό θα μου συμβεί	,42
8. Μαλώνω με τα άλλα παιδιά	,29
9. Όταν πρέπει να πάρω αποφάσεις συχνά δυσκολεύομαι	,34
10. Νιώθω ότι δε με αγαπάει κανένας	,34
11. Τα βράδια έχω αϋπνίες (δε μπορώ να κοιμηθώ)	,23
12. Είμαι κακός σε ό,τι κάνω	,40
13. Για να κάνω τα μαθήματά μου πολλές φορές δυσκολεύομαι	,300
14. Είμαι λυπημένος/-η	,49
15. Έχω πονοκεφάλους	,22
16. Με ενοχλούν διάφορα πράγματα	,35

17. Σε σχέση με τους συμμαθητές μου, είμαι άσχημος/-η	,27
18. Μισώ τον εαυτό μου	,40

### Αποτελέσματα

Αρχικά εξετάστηκε η παραγοντική σύνθεση των δύο κλιμάκων εσωτερικευμένων συναισθημάτων. Η παραγοντική ανάλυση με τη μέθοδο της ορθογγοποίησης (Varimax) κατέδειξε την ύπαρξη 3 παραγόντων που συνολικά ερμηνεύουν το 37% της συνολικής διακύμανσης των ατομικών τιμών στην κλίμακα RCMAS. Ο πίνακας 4 περιέχει τις φορτίσεις των επιμέρους ερωτήσεων σε κάθε έναν από τους παράγοντες. Οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας ήταν, ,76 , 74 και ,71 για κάθε έναν από τους τρεις παράγοντες.

**Πίνακας 4.** Φορτίσεις επιμέρους ερωτήσεων σε κάθε έναν από τους 5 παράγοντες του RCMAS

	Παράγοντες		
	1	2	3
<b>rcmas22</b>	,65	,28	,20
<b>rcmas7</b>	,63	-,03	-,07
<b>rcmas15</b>	,59	,21	,14
<b>rcmas13</b>	,56	,21	,37
<b>rcmas24</b>	,55	,12	,21
<b>rcmas2</b>	,55	,24	,17
<b>rcmas16</b>	,45	,06	,31
<b>rcmas3</b>	,44	,27	,20

---

Επίπεδα κατάθλιψης στα αυτό- αναφερόμενα επίπεδα άγχους 19

rcmas14	,18	,65	,10
rcmas11	,19	,64	,06
rcmas1	-,04	,61	,08
rcmas5	,18	,58	,15
rcmas19	,41	,54	,02
rcmas10	,20	,50	,24
<b>rcmas6</b>	,40	,44	,23
rcmas23	,11	,07	,60
rcmas20	,28	-,01	,59
rcmas12	,28	,01	,55
rcmas21	-,10	,35	,54
rcmas8	,25	,08	,52
rcmas18	,02	,10	,49
rcmas4	,11	,17	,40
rcmas9	,13	,35	,40
rcmas17	,12	,38	,39
rcmas25	,22	,18	,31

---

Στη συνέχεια διαμορφώθηκαν δύο ομάδες μαθητών με βάση τη συνολική επίδοσή τους στην κλίμακα CDI. Μαθητές που ανέφεραν υψηλή συχνότητα συμπτωμάτων κατάθλιψης (τυπικό βαθμό  $[z] > ,59$ , ή 75% εκατοστημόριο) στην κλίμακα CDI αποτέλεσαν την ομάδα Μαθητών με υψηλή κατάθλιψη. Μαθητές με συνολική τυπική βαθμολογία μικρότερη από ,58 (κάτω του 75%

εκατοστημορίου) αποτέλεσαν την ομάδα Χαμηλής Κατάθλιψης. Τέλος με τη χρήση Αναλύσεων διακύμανσης δύο παραγόντων εξετάστηκε η επίδραση της μεταβλητής Ομάδα Κατάθλιψης και φύλου στη διαμόρφωση των βαθμολογιών σε κάθε έναν από τους παράγοντες του RCMAS.

Τα αποτελέσματα του ANOVA για κάθε έναν από τους παράγοντες του RCMAS καθώς και για τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα παρουσιάζονται στον Πίνακα 5. Περιλαμβάνονται επίσης τιμές του δείκτη  $\eta^2$  ο οποίος υποδεικνύει το μέγεθος της επίδρασης της κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής καθώς και το μέγεθος της αλληλεπίδρασης των δύο παραγόντων στη διαμόρφωση των τιμών σε κάθε έναν από τους παράγοντες του RCMAS. Παρατηρούμε ότι δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο παραγόντων, αλλά σημαντική επίδραση του παράγοντα Ομάδα Κατάθλιψης η οποία εξηγεί ποσοστό 15,6-27,3% της συνολικής διακύμανσης των βαθμολογιών σε κάθε παράγοντα του RCMAS. Δείκτες κεντρικής τάσης για τις δύο ομάδες άγχους παρουσιάζονται στον Πίνακα 6 όπου γίνεται φανερό ότι η ομάδα Υψηλής Κατάθλιψης παρουσιάζει μεγαλύτερο τυπικό βαθμό, άρα και μεγαλύτερη τάση αναφοράς συμπτωμάτων άγχους από την ομάδα Χαμηλής Κατάθλιψης.

**Πίνακας 5.** Αποτελέσματα ANOVA.

	Παράγοντας RCMAS	Βαθμοί ελευθερί ας	F	p	$\eta^2$
Ομάδα κατάθλιψης	Zscore: Γενικευμένο άγχος	1, 479	99,08	,000	,171
	Zscore: Κοινωνικό άγχος	1,479	156,60	,000	,246
	Zscore: Σωματικά ενοχλήματα	1,479	88,45	,000	,156
	Zscore (RCMAS 3Παράγοντες Σύνολο)	1,479	179,88	,000	,273
φύλο	Zscore: Γενικευμένο άγχος	1,479	2,05	,153	,004

Επίπεδα κατάθλιψης στα αυτό- αναφερόμενα επίπεδα άγχους 21

	Zscore: Κοινωνικό άγχος	1,479	,05	,831	,000
	Zscore: Σωματικά ενοχλήματα	1,479	,54	,463	,001
	Zscore(RCMAS 3Παράγοντες Σύνολο)	1,479	,06	,803	,000
Ομάδα Κατάθλιψης x Φύλο	Zscore: Γενικευμένο άγχος	1,479	,30	,583	,001
	Zscore: Κοινωνικό άγχος	1,479	,58	,447	,001
	Zscore: Σωματικά ενοχλήματα	1,479	,06	,805	,000
	Zscore(RCMAS 3 Παράγοντες Σύνολο)	1,479	,19	,665	,000

**Πίνακας 6.** Μέσος όρος και τυπική απόκλιση κατά ομάδα άγχους για κάθε παράγοντα του RCMAS και του CDI

Παράγοντας RCMAS	Ομάδα Κατάθλιψης	ΜΟ	ΤΑ	N
Zscore: Γενικευμένο άγχος:	Χαμηλό στο CDI	-,2438070	,92530079	363
	Υψηλό στο CDI	,7175411	,86038237	120
Zscore: Κοινωνικό άγχος:	Χαμηλό στο CDI	-,2925339	,86693939	363
	Υψηλό CDI	,8593998	,88858766	120
Zscore: Σωματικά ενοχλήματα:	Χαμηλό στο CDI	-,2295701	,91813832	363
	Υψηλό στο CDI	,6850728	,92911218	120
Zscore(RCMAS 3 Παράγοντες Σύνολο):	Χαμηλό στο CDI	-,3072885	,87103849	363
	Υψηλό στο CDI	,9075819	,80450300	120

Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώνουν αποτελέσματα σε επίπεδο συσχέτισης τα οποία υποδεικνύουν υψηλό βαθμό συσχέτισης μεταξύ βαθμολογιών σε επιμέρους παράγοντες της κάθε κλίμακας.

Πίνακας 7. Συσχετίσεις μεταξύ βαθμολογιών σε επιμέρους παράγοντες της κάθε κλίμακας

	Διάθεση- Συγκέντρωση	Κοιν. Σχέσεις	Αυτοκριτική	Αυτοεκτίμησ η	Σωμ. Ενοχλ. (CDI)	Γενικευμ. Άγχος	Κοινων. Άγχος
<b>Κοινωνικές Σχέσεις</b>	,440 ,000 496						
<b>Αυτοκριτική</b>	,325 ,000 496	,274 ,000 496					
<b>Αυτοεκτίμηση</b>	,332 ,000 496	,305 ,000 496	,344 ,000 496				
<b>Σωματικά ενοχλήματα</b>	,281 ,000 496	,255 ,000 496	,139 ,002 496	,138 ,002 496			
<b>Γενικευμένο Άγχος (RCMAS)</b>	<b>,621</b> ,000 496	,429 ,000 496	,354 ,000 496	,262 ,000 496	,292 ,000 496		
<b>Κοινωνικό Άγχος (RCMAS)</b>	,488 ,000 496	<b>,527</b> ,000 496	,304 ,000 496	,386 ,000 496	,234 ,000 496	,550 ,000 496	
<b>Σωματικά ενοχλήματα (RCMAS)</b>	,486 ,000 496	,390 ,000 496	,314 ,000 496	,208 ,000 496	<b>,406</b> ,000 496	,601 ,000 496	,497 ,000 496

## Συζήτηση

Όπως έχει ήδη αναφερθεί σε προηγούμενη ενότητα ο σκοπός αυτής της έρευνας ήταν διπλός. Αφενός μεν επιδιώκαμε να διερευνήσουμε την παραγοντική δομή του RCMAS στον ελληνικό πληθυσμό και αφετέρου να μελετήσουμε την επίδραση συχνότητας των αυτό-αναφερόμενων σημείων κατάθλιψης στα επίπεδα άγχους στους μαθητές δημοτικού.

Η εσωτερική συνέπεια της κλίμακας ήταν υψηλή  $\alpha = ,87$  δηλαδή ακόμα υψηλότερη από το αμερικανικό δείγμα στάθμισης που ήταν  $\alpha = 82$  (Reynolds & Bradley, 1980) και στα ίδια επίπεδα με πολλές άλλες έρευνες (Mertin et al., 2001 · Boehnke et al., 1986 · Turgeon & Chartrand, 2003) γεγονός που εν μέρει οφείλεται και στην απαλοιφή των 3 ερωτήσεων που παρουσίασαν χαμηλή συνάφεια με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας.

Από την παραγοντική ανάλυση προέκυψαν 3 παράγοντες: **ανησυχία/ υπερευαισθησία** ο παράγοντας αυτός περιλαμβάνει ερωτήσεις που αποσκοπούν στο να μετρήσουν τις γενικές ανησυχίες και φόβους των παιδιών και περιλαμβάνει ερωτήσεις όπως: *Ανησυχώ για το τι πρόκειται να μου συμβεί στο μέλλον, Ανησυχώ για το τι θα πουν τα άλλα παιδιά για μένα* και *Φοβάμαι ότι κάτι κακό θα μου συμβεί*, **σωματικά συμπτώματα**, που περιγράφουν τις βιολογικές/ σωματικές επιπτώσεις του άγχους στο παιδί και περιλαμβάνουν ερωτήσεις όπως: *το στομάχι μου ανακατεύεται και με ενοχλεί, έχω εφιάλτες στον ύπνο μου και στο σχολείο στριφογυρνώ στην καρέκλα και είμαι ανήσυχος -η και συγκέντρωση- κοινωνικό άγχος*, που αξιολογεί ερωτήσεις που σχετίζονται με προβλήματα συγκέντρωσης και φόβους για κοινωνική απομόνωση και περιλαμβάνει ερωτήσεις όπως: *Αισθάνομαι πως τα άλλα παιδιά δεν με συμπαθούν και Έχω την εντύπωση ότι πολλά παιδιά είναι εναντίον μου*. Οι 3 παράγοντες που προέκυψαν έρχονται σε συμφωνία με πλήθος άλλων ερευνών ( Reynolds & Richmond, 1979 · Reynolds & Paget, 1981 · Boehnke et al., 1986 · Mertin et al., 2001 · Turgeon & Chartrand, 2003). Τέσσερις (4) μόνο από τις ερωτήσεις δεν κατατάχθηκαν στους ίδιους παράγοντες με το αρχική έκδοση των Reynolds & Paget, (1981). Οι ερωτήσεις 9 και 17 φόρτιζαν από τον παράγοντα συγκέντρωση, στον παράγοντα σωματικά ενοχλήματα, η ερώτηση 16 από τον παράγοντα σωματικά ενοχλήματα, στον παράγοντα ανησυχία/ υπερευαισθησία και τέλος η ερώτηση 19 από τον παράγοντα ανησυχίες/ υπερευαισθησία στον παράγοντα συγκέντρωση. Τέλος η ερώτηση 6 φόρτιζε υψηλότερα στον παράγοντα συγκέντρωση αλλά επειδή η φόρτιση του ήταν αρκετά υψηλή και στον παράγοντα ανησυχίες/ υπερευαισθησία με τον οποίο ήταν εννοιολογικά εγγύτερα τοποθετήθηκε σε αυτόν.

Ακολούθως διαμορφώθηκαν δύο ομάδες μαθητών με βάση την επίδοσή τους στην κλίμακα CDI. Η ομάδα Υψηλής Κατάθλιψης και η ομάδα Χαμηλής Κατάθλιψης και με τη χρήση Αναλύσεων διακύμανσης δύο παραγόντων εξετάστηκε η επίδραση της μεταβλητής Ομάδα Κατάθλιψης και



φύλου στη διαμόρφωση των βαθμολογιών σε κάθε έναν από τους παράγοντες του RCMAS.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο παραγόντων, αλλά σημαντική επίδραση του παράγοντα Ομάδα Κατάθλιψης η οποία εξηγεί ποσοστό 15,6-27,3% της συνολικής διακύμανσης των βαθμολογιών σε κάθε παράγοντα του RCMAS.

Επιπλέον από τους δείκτες κεντρικής τάσης για τις δύο ομάδες άγχους γίνεται φανερό ότι η ομάδα Υψηλής Κατάθλιψης παρουσιάζει μεγαλύτερο τυπικό βαθμό, άρα και μεγαλύτερη τάση αναφοράς συμπτωμάτων άγχους από την ομάδα Χαμηλής Κατάθλιψης. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία και με άλλα παρόμοια ευρήματα άλλων ερευνών (πχ. Saylor et al., 1984) καθώς επίσης και με την έρευνα των Cole, Peeke, Martin, Truglio & Seroczynski (1998), κατά την οποία βρέθηκε ότι η υψηλή αυτό-αναφορά συμπτωμάτων άγχους προέβλεπε αυξήσεις στην αυτό-αναφορά συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Επιπλέον παρατηρούμε ότι υπάρχουν υψηλές συσχετίσεις μεταξύ των διαφόρων παραγόντων του RCMAS και του CDI και συγκεκριμένα,  $r = ,621$  μεταξύ ανησυχίας/ υπερευαισθησίας (RCMAS) και της διάθεσης/ συγκέντρωσης(CDI)  $r = ,527$  της συγκέντρωσης (RCMAS) και τις κοινωνικές σχέσεις (CDI) και  $r = ,406$  των σωματικών ενοχλημάτων και των δύο κλιμάκων. Οι υψηλές συσχετίσεις που βρέθηκαν έρχονται σε συμφωνία με ευρήματα άλλων ερευνών που δείχνουν ότι οι δύο κλίμακες συσχετίζονται στο σύνολό τους υψηλά (Stark & Laurent, 2001 · Ollendick et al., 2003).

Ουσιαστικά λοιπόν αυτό που προκύπτει είναι ότι σε ένα αρκετά υψηλό βαθμό η κατάθλιψη συμβαδίζει με το άγχος στα παιδιά δημοτικού, ανεξάρτητα από το φύλλο. Παρόμοια ευρήματα έχουν αναφερθεί και σε άλλες έρευνες γεγονός που δημιουργεί ένα προβληματισμό. Για ποιο λόγο εμφανίζεται τόσο συχνά και σταθερά η κατάθλιψη και το άγχος μαζί; Διάφορες απαντήσεις μπορούν να δοθούν σε αυτό το ερώτημα.

Ένας από τους λόγους μπορεί να είναι ότι τα παραδοσιακά ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς για την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης στα παιδιά όπως το RCMAS και το CDI που χρησιμοποιήθηκαν και στην παρούσα έρευνα έχουν πολύ φτωχή αποκλίνουσα εγκυρότητα (Stark & Laurent, 2001). Παρόλο που το κάθε ένα χωριστά είναι επαρκές στο να εντοπίζει τους αγχώδεις από τους μη αγχώδεις και τους καταθλιπτικούς από τους μη καταθλιπτικούς νέους, αντίστοιχα δεν είναι πολύ ευαίσθητα στο να διακρίνουν μεταξύ των διαφόρων τύπων των εσωτερικευμένων διαταραχών. Αυτό δεν είναι τυχαίο αν αναλογιστούμε ότι το CDI περιέχει 6 ερωτήσεις που έχουν άμεσες αναλογίες με το RCMAS ή ακόμα και με το STAIC (Stark & Laurent, 2001). Παρατηρείται δηλαδή μία αλληλοεπικάλυψη στις ερωτήσεις αυτών των εργαλείων (Ollendick et al., 2003 · Stark & Laurent, 2001). Είναι λοιπόν φυσικό ότι προκύπτουν κάποιες δυσκολίες με τα εργαλεία

αυτό-αναφοράς που δηλώνουν ότι μετρούν διαφορετικά πράγματα ενώ μοιράζονται παρόμοιες ερωτήσεις. (Stark & Laurent, 2001 · Crowley & Merrell, 2000).

Κατά τους Seligman & Ollendick, (1998), ένας ακόμη λόγος για τον οποίο συναντάμε αυτές τις δύο καταστάσεις τόσο συχνά μαζί μπορεί να οφείλεται στον τρόπο με τον οποίο αυτές οι δύο κατασκευές όχι μόνο εντοπίζονται αλλά και ορίζονται, προτείνοντας ότι η συννοσηρότητα, ενδέχεται να είναι ένα “τεχνούργημα”.

Πολλές έρευνες έχουν επιχειρήσει να εξηγήσουν την θεμελιώδη- υποβόσκουσα δομή των διαταραχών διάθεσης και των αγχώδων διαταραχών. Αυτό γιατί τα τόσο υψηλά επίπεδα συννοσηρότητας δείχνουν ότι υπάρχει αλληλοεπικάλυψη όχι μόνο σε επίπεδο εργαλείων μέτρησης και αξιολόγησης αυτών των συνδρόμων αλλά μεταξύ κατασκευών (άγχος- κατάθλιψη) που θεωρούνται χωριστές. Έτσι όταν η συννοσηρότητα εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στον πληθυσμό, όπως αυτά που παρατηρούνται σε επιτυχείς εκδόσεις του DSM (DSM- IV, APA, 1994) δημιουργείται ένα πιο γενικό θέμα από αυτό της αποκλίνουσας εγκυρότητας.(Watson, 2005). Σύμφωνα με τον παραπάνω συγγραφέα, το DSM κατηγοριοποιεί τις διαταραχές σε διαγνωστικές τάξεις με βάση το υποκειμενικό κριτήριο των “κοινών φαινομενολογικών χαρακτηριστικών”.(Watson, 2005 · Weems & Stickle, 2005) Υπάρχουν όμως τώρα πια αρκετά στοιχεία ώστε να εξαλειφθεί αυτό το ορθολογιστικό σύστημα και να αντικατασταθεί με ένα εμπειρικά βασισμένο σύστημα που αντικατοπτρίζει τις πραγματικές ομοιότητες μεταξύ των διαταραχών.(Weems & Stickle, 2005). Σε αυτό το σύστημα οι αγχώδεις διαταραχές και οι διαταραχές διάθεσης θα έπρεπε να συμπίπτουν σε μία κυριαρχούσα ομάδα συναισθηματικών διαταραχών (Watson, 2005).

Συγκεκριμένα, οι ασυνέπεια στην σταθερότητα των εκτιμήσεων- αξιολογήσεων των παιδικών αγχώδων διαταραχών και τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας καθώς επίσης το γεγονός ότι οι διαγνώσεις του DSM- IV για τις παιδικές διαταραχές είναι κυρίως περιγραφικές και δίνουν έμφαση στα παρατηρούμενα ή αναφερόμενα συμπτώματα παρά στους αιτιολογικούς μηχανισμούς θέτουν υπό αμφισβήτηση την χρησιμότητα των ισχυόντων DSM κριτηρίων (Weems & Stickle, 2005).

Μερικοί ερευνητές έχουν προτείνει ότι το άγχος και η κατάθλιψη γίνονται καλύτερα αντιληπτά ως δύο όψεις ενός μόνο συνδρόμου στα παιδιά, επειδή η συνύπαρξη του άγχους και των καταθλιπτικών συναισθημάτων και συμπτωμάτων είναι τόσο συχνή (Wadsworth, Hudziak, Heath, & Achenbach, 2001). Σύμφωνα με αυτήν την άποψη, τα διαγνωστικά ευρήματα που δείχνουν ότι τα παιδιά έχουν κάποια αγχώδη διαταραχή αλλά όχι κατάθλιψη ή έχουν κατάθλιψη αλλά όχι κάποια αγχώδη διαταραχή ( Costello, Egger & Angold, 2004 στους Cannon, & Weems, 2006) ( πχ μπορεί να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για μία αγχώδη διαταραχή και να έχουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης αλλά να μην πληρούν όλα τα διαγνωστικά κριτήρια για μείζονα κατάθλιψη)

μπορούν να ιδωθούν ως ένα μεθοδολογικό κατασκευάσμα εξ' αιτίας της χρήσης ενός κατηγορικού συστήματος όπως το DSM IV (Cannon, & Weems, 2006).

Μία άλλη πιθανή εξήγηση είναι ότι αυτά τα δύο εργαλεία στην ουσία αξιολογούν μία ενιαία κατασκευή που ονομάζεται “αρνητικό συναίσθημα” (*Negative affect*) (Watson & Clark, 1984, Tannebaum & Forehand, 1992, Anderson & Hope, 2007)) και ότι οι αγχώδεις και οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι δύο διαφορετικές εκδηλώσεις της ίδιας υποβόσκουσας προδιάθεσης (Clark & Watson, 1991).

Οι Clark & Watson (1991), πρότειναν το μοντέλο των τριών παραγόντων (*Tripartite model/ Three Factor model*, Clark & Watson, 1991) προκειμένου να εξηγήσουν με τον καλύτερο τρόπο τα υπάρχοντα δεδομένα για την αλληλοεπικάλυψη του άγχους και της κατάθλιψης αλλά και της συννοσηρότητας. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο το άγχος και η κατάθλιψη μοιράζονται μία θεμελιώδη ομοιότητα αλλά επίσης αποτελούνται από μοναδικά χαρακτηριστικά.(Anderson & Hope, 2007). Αρχικά αυτό το μοντέλο προτάθηκε για να εξηγήσει τα παραπάνω στους ενήλικους αλλά έχει επίσης εφαρμοστεί και στα παιδιά και τους εφήβους. (Anderson & Hope, 2007). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, το άγχος και η κατάθλιψη μοιράζονται ένα κοινό παράγοντα: το “Αρνητικό συναίσθημα” (*negative affect*), το οποίο ευθύνεται για την αλληλοεπικάλυψη και την συννοσηρότητα. Το αρνητικό συναίσθημα (ΑΣ) αντιπροσωπεύει το βαθμό στον οποίο ένα άτομο αισθάνεται αναστατωμένο ή δυσάρεστα παρά ειρηνικά. Το ΑΣ επίσης δείχνει μία αίσθηση υψηλής υποκειμενικής δυσφορίας και περιλαμβάνει μία ποικιλία συναισθηματικών καταστάσεων συμπεριλαμβανομένων της αναστάτωσης, θυμού, ενοχής, φόβου, θλίψης, απέχθειας, αηδίας και ανησυχίας. Οι Clark & Watson, (1991) πρότειναν ότι οι καταστάσεις της ηρεμίας και της χαλάρωσης αντιπροσωπεύουν την έλλειψη του ΑΣ και ότι οι συχνά χρησιμοποιούμενες μετρήσεις αυτό- αναφοράς του άγχους και της κατάθλιψης μετρούν αυτό το κοινό χαρακτηριστικό του ΑΣ.

Οι Clark & Watson, (1991) υπέθεσαν ότι παρόλο που το άγχος και η κατάθλιψη έχουν ένα κοινό παράγοντα το ΑΣ, μπορούν να διαφοροποιηθούν από δύο κατασκευές. Το θετικό συναίσθημα (ΘΣ, *positive affect*) και την σωματική υπερδιέγερση (ΣΥ *psysiological hyperarousal*). Οι έρευνές τους έχουν βρει ότι εκείνα τα άτομα με συμπτώματα ή διάγνωση κατάθλιψης τείνουν να έχουν χαμηλά επίπεδα θετικού συναισθήματος και υψηλά επίπεδα αρνητικού συναισθήματος. Ενώ τα άτομα εκείνα με αγχώδεις διαταραχές τείνουν να έχουν υψηλά επίπεδα σωματικής υπερδιέγερσης καθώς επίσης και υψηλά επίπεδα αρνητικού συναισθήματος.

Το θετικό συναίσθημα αντιπροσωπεύει μια ευχάριστη ενασχόληση με το περιβάλλον, το βαθμό εκείνο στον οποίο το άτομο αισθάνεται κέφι για τη ζωή, είναι ενθουσιώδης, σε ετοιμότητα και δραστήριος. Το ΘΣ συμπεριλαμβάνει συναισθηματικές διαθέσεις όπως ενεργητικότητα, ευχάριστη ενασχόληση, δραστηριότητα, ευχαρίστηση, ενδιαφέρον, ενθουσιασμό και περηφάνια. Επιπλέον

πρότειναν (Clark & Watson, 1991) ότι η απουσία θετικού συναισθήματος αντανακλάται από όρους όπως κούραση, κόπωση και νωθρότητα. Η σωματική υπερδιέγερση περιλαμβάνει σωματική ένταση, μικρές αναπνοές, ζαλάδες, πονοκεφάλους και ξηροστομία.

Η χρησιμότητα του μοντέλου αυτού στην ερμηνεία της αλληλοεπικάλυψης και της συννοσηρότητας μεταξύ άγχους και κατάθλιψης έχει αξιολογηθεί και υποστηριχθεί τόσο στους ενήλικους όσο και στα παιδιά σε κλινικούς και μη, πληθυσμούς (Tannebaum & Forehand, 1992 · Yang et al., 2006 · Joiner, Catanzaro & Laurent, 1996 · Lonigan, Phillips, & Hooe, 2003 · Cannon, & Weems, 2006). Εντούτοις αρκετή έρευνα έχει αμφισβητήσει την χρησιμότητα του μοντέλου των τριών παραγόντων αναφορικά με το εύρος των κατηγοριών των αγχωδών διαταραχών (Anderson & Hope, 2007)

Φυσικά η έρευνα αυτή έχει και ορισμένους περιορισμούς.

Κατ' αρχήν αν και το δείγμα μας ήταν αρκετό και αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού, περιοριζόταν όμως μόνο σε 3 από τις 6 τάξεις του δημοτικού. Τα παιδιά ήταν ηλικίας 9- 11 και αυτό δημιουργεί σοβαρούς προβληματισμούς για το αν πράγματι είχαν την ικανότητα να περιγράψουν με αξιόπιστα και έγκυρα την συναισθηματική τους κατάσταση (van Langa et al., 2006). Τα παιδιά όταν τους ζητείται να απαντήσουν για το πως ένιωθαν τις δύο τελευταίες εβδομάδες (όπως στο RCMAS και το CDI), απαντούν μάλλον για τα άμεσα βιώματα τους- για το πως νιώθουν εκείνη τη στιγμή ενώ φαίνεται ότι δυσκολεύονται να κάνουν πιο γενικευμένες και πολύπλοκες δηλώσεις για τον εαυτό τους (Cole & Martin, 2005),

Επιπλέον οι πηγές μας για το άγχος και την κατάθλιψη των παιδιών περιορίστηκαν μόνο στα παιδιά και δεν συλλέχθηκαν πληροφορίες και από διαφορετικές πηγές όπως οι γονείς και οι δάσκαλοι. Η αξιοπιστία των πληροφοριών που παρέχεται από τα μικρά παιδιά (π.χ. στην ηλικία των επτά ετών) αποτελεί ένα ζήτημα διαμάχης ανάμεσα στους ερευνητές (Slotkin et al., 1988· Poli et al., 2003). Εντούτοις, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι τα παιδιά από οκτώ ετών και άνω είναι ικανά να εκτιμήσουν επαρκώς και να αναφέρουν τα συναισθήματα που βιώνουν, καθώς επίσης και να παρέχουν αξιόπιστες και έγκυρες πληροφορίες αναφορικά με αυτά (Kovacs, 1992, στους Poli et al., 2003). Επιπλέον σε άλλες έρευνες έχει βρεθεί μεγάλη ανομοιογένεια στις απαντήσεις μεταξύ παιδιών και γονέων τόσο στο CDI όσο και στο RCMAS (Cole, Hoffman, Tram, & Maxwell, 2000) καθώς επίσης και μεταξύ δασκάλων και παιδιών στο RCMAS (Dadds, Spence, Holland, Barrett & Laurens, 1997). Εντούτοις θα ήταν χρήσιμο οι πηγές μας να προέρχονται από διαφορετικά άτομα.

Βλέπουμε λοιπόν, ότι η αποκλειστική χρήση εργαλείων αυτό- αναφοράς μπορεί να είναι προβληματική ιδιαίτερα αν συνυπολογίσουμε την κριτική που έχει ασκηθεί σε αυτά αναφορικά με την φτωχή αποκλίνουσα εγκυρότητα τους (Perrin & Last, 1992, Stark, Kaslow & Laurent,

1993).

Τέλος, από το ερωτηματολόγιο αυτό- αναφοράς για το άγχος (RCMAS) δεν χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα ψεύδους που θα μπορούσε να μας παράσχει χρήσιμες πληροφορίες για τις απαντήσεις των παιδιών και σε ποιο σημείο οι απαντήσεις τους ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα ή αποτελούν προσπάθεια να παρουσιάσουν πιο ευνοϊκά τον εαυτό του (Pina et al., 2001) .

Ιδιαίτερου ενδιαφέροντος θα ήταν να πραγματοποιηθούν διαχρονικές έρευνες, αναφορικά με την συνύπαρξη συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης ούτως ώστε η εικόνα που θα προκύψει να περιλαμβάνει τις ιδιαιτερότητες κάθε αναπτυξιακού φάσματος. Επιπλέον θα μπορούσε σε μία μελλοντική έρευνα να χορηγηθούν ερωτηματολόγια τόσο στους γονείς και τους δασκάλους αλλά και να συμπεριληφθούν και άλλες μέθοδοι ανίχνευσης του άγχους και της κατάθλιψης όπως οι συνεντεύξεις.

Επιπλέον είναι σημαντικό οι ερευνητές να ασχοληθούν με την διερεύνηση της φύσης του άγχους και της κατάθλιψης για να περιγραφούν πληρέστερα τα δύο αυτά σύνδρομα. Έτσι θα καταστεί δυνατό τα φώτα της έρευνας να πέσουν στην διερεύνηση της πραγματικής σχέσης που διέπει το άγχος και την κατάθλιψη και όχι απλά να αρκούμαστε στην περιγραφή της.

### **Ευχαριστίες**

Ευχαριστώ θερμά τον αναπληρωτή καθηγητή εξελικτικής νευροψυχολογίας, επόπτη της συγκεκριμένης πτυχιακής και δάσκαλό μου κύριο Σίμο Παναγιώτη για την βοήθεια, υπομονή, συνεργασία και συμπαράστασή του, την συνεργάτιδά μου Κυρικλάκη Ανδριαννή για την πολύτιμη βοήθειά της, τον αδελφό μου Φλουρή Βασίλη για την συμβολή του στα τεχνικά ζητήματα και την απεριόριστη στήριξή του και τέλος τους μαθητές που πρόθυμα συμμετείχαν, χωρίς τους οποίους δεν θα ήταν δυνατή η επιτυχής ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

### Βιβλιογραφία

- Al-Bahlan, E. M. (2006). The Children's Depression Inventory as a reliable Measure for Post-Iraqi Invasion Kuwaiti Youth. *Social Behavior and Personality*, 34, 351-366.
- Allen, A. J., Leonard, H., & Swedo, S. E. (1995). Current knowledge of medications for treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 976- 986.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -Primary care version*. (4<sup>th</sup> ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Text Revision* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, E. R., & Hope, D. (In Press). A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth. *Clinical Psychology Review*, x, xxx- xxx.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Berstein, G. A. & Borchardt, C. M. (1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 519-532.
- Boehnke, K., Silbereisen, R. K., Reynolds, C. R. & Richmond, B. O. (1986). What I think and feel- German experience with the revised form of the children's manifest anxiety scale. *Personality and Individual Differences*, 7, 553-560.
- Brady, E. U., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111, 244- 255.
- Cannon, M. F. & Weems, C. F. (2006). Do anxiety and depression cluster into distinct groups? : A test of tripartite model predictions in a community sample of youth. *Depression and Anxiety*, 23, 453-460.
- Carey, M. P., Faulstich, M. E., Gresham, F. M., Ruggiero, L., & Enyart, P. (1987). Children's depression inventory: construct and discriminant validity across clinical and nonreferred (control) populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 755-761.

- Cartwright-Hatton, S. (2006). Anxiety of childhood and adolescence: Challenges and opportunities. *Clinical Psychology Review*, 26, 813–816.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26, 817–833..
- Castaneda, A., McCandless, B. R., & Palermo, D. S. (1956). The children's form of the manifest anxiety scale. *Child development*, 27, 317-326.
- Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K. & Stein, M. T. (2004). Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 163- 171.
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., & Umemoto, L. A., Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 835- 855.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Cole, D. A, Truglio, R., & Peeke, L. (1997). Relation between symptoms of anxiety and depression in children: A multitrait- multimethod- multigroup assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 110-119.
- Cole, D. A., Peeke, L. G., Martin, J. M., Truglio, R. & Seroczynski, A. D. (1998). A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 451-460.
- Cole, D. A., Hoffman, K., Tram, J. M., & Maxwell, S. E. (2000). Structural differences in parent and child reports of children's symptoms of depression and anxiety. *Psychological Assessment*, 12, 174-185.
- Cole, D. A. & Martin, N. C. (2005). The longitudinal Structure of the Children's Depression Inventory: Testing a latent Trait-State Model. *Psychological Assessment*, 17, 144-155.
- Costello, E. J., Egger, H. L., Angold, A. (2004). Developmental epidemiology of anxiety disorders. In: T. H., Ollendick, & J. S. March (eds.). *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pp 61–91). New York: Oxford University Press.
- Crowley, S. L., & Merrell, K. W. (2000). Convergent and discriminant validity of the internalizing symptoms scale for children. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 18, 4-16.
- Curry, J. F. (2001). Childhood depression. In N. J., Smelser & P. B., Baltes. (Eds.),

*International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences.* (pp 1705- 1709).

Science direct: Elsevier Science Ltd.

- Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barrett, P. M., & Laurens, K. R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 627-635.
- Dadds, M. R., Perrin, S., & Yule, W. (1998). Social desirability and self-reported anxiety in children: An analysis of the RCMAS lie scale. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*, 311- 317.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 263-279.
- Essau, C. A., Sakano, Y., Ishikawa, S., & Sasagawa, S. (2004). Anxiety symptoms in Japanese and in German children. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 601-612.
- Feldman, L. A. (1993). Distinguishing depression and anxiety in self report: evidence from confirmatory factor analysis on nonclinical and clinical samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 631-638.
- Ferrando, P. J. (1994). Factorial structure of the revised children manifest anxiety scale in a spanish sample: Relations with Eysenck personality dimensions. *Personality and Individual Differences, 16*, 693- 699.
- Finch, A. J., Kendall, P. C. & Montgomery, L. E. (1974). Multidimensionality of anxiety in children. Factor structure of the children's manifest anxiety scale. *Journal of Abnormal Child Psychology, 2*, 331- 336.
- Flannery- Schroeder, E. C. (2006). Reducing anxiety to prevent depression. *American Journal of Preventive Medicine, 31*, 136-142.
- Floyd, F. J. & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment, 7*, 286- 299.
- Fong, G. & Garralda, E. (2005). Anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatry, 4*, 77-81.
- Fristad, M. A., Emery, B. L. & Beck, S. J. (1997). Use and Abuse of the Children's Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 699-702.
- Gerard, A. B. & Reynolds, C. R. (2004) Characteristics and applications of the revised children's manifest anxiety scale (RCMAS) In M. E. Maruish. (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (2<sup>nd</sup> ed.) (vol 2) (pp



- 323-340). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ginsburg, G. S., & Kingery, J. N. (2007). Evidence-based Practice for Childhood Anxiety Disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 123-132.
- Harvard Mental Health Letter (2004). In, M. C. Miller. (Ed.), *Children's fears and anxieties* (vol. 4), Boston: Harvard Medical School.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1967). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Manual for administration and scoring*. New York: Psychological Corporation.
- Huberty, T. J. (1997). Anxiety. In G. Bear, K. Minke, & A. Thomas (Eds.), *Children's needs II: Development, problems and alternatives* (pp. 305-314). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- James, E. M., Reynolds, C. R., & Dunbar, J. (1994). Self-report instruments. In T. H. Ollendick, N. J. King, & W. Yule (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 317-329). New York: Plenum.
- Joiner, T. E., Catanzaro, S. J. & Laurent, J. (1996). Tripartite structure of positive and negative affect, depression and anxiety in child and adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 401-409.
- Κακουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2005). *Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων. Αναπτυξιακή Προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Keenan-Miller, D., Hammen, C. L. & Brennan, P. A. (2007). Health Outcomes Related to Early Adolescent Depression. *Journal of Adolescent Health*, 41, 256-262.
- Keller, M., Lavori, P. W., Wunder, B. A., Beardslee, W. R., Schwartz, C. E. & Roth, J. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 595-599.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60, 709-717.
- Klein, R. (1994). Anxiety disorders. In M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescents psychiatry: Modern approaches* (pp. 351-374). Oxford: Blackwell Science
- Kovacs, M. (1980/81). Rating scales to assess depression in school- aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46, 305-315.
- Kovacs, M. (1985). The children's depression inventory. *Psychopharmacological Bulletin*, 21, 995-998.

- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI) manual*. NorthTonawanda, NY: Multi Health Systems.
- Kring, A. M., Persons, J. B., & Thomas, C. (2007). Changes in affect during treatment for depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1753- 1764.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O & Lowe, B., (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146, 317-325.
- Landon, T. M., Ehrenreich, J. T., & Pincus, D. B. (2007). Self-efficacy: A comparison between clinically anxious and non-referred youth. *Child Psychiatry and Human Development*, 38, 31-45.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behaviour: Problems in treating a construct. In J. M. Schlien (Ed.), *Research in psychotherapy*, (Vol. 3). Washington: American Psychiatric Association.
- Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8, 862-886.
- Langley, A. K., Bergman, R. L. & Piacentini, J. C. (2002). Assessment of childhood anxiety. *International Review of Psychiatry*, 14, 102-113.
- Last, Hanson & Franco, 1997 Anxious children in adulthood: A prospective study of adjustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 645-652.
- Logan, P. & Loo, R. (1979). Source of covariation between the state and trait scales of the state- trait anxiety inventory. *The Journal of Psychology*, 103, 3-5.
- Lonigan, C. J., Phillips, B. M. & Hooe, E. S., (2003). Relations of positive and negative affectivity to anxiety and depression in children: Evidence from a latent variable longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 465- 481.
- Lowe P. A. & Reynolds, C. R. (2000). Exploratory analyses of the latent structure of anxiety among older adults. *Educational and Psychological Measurement*, 60, 100-116.
- Lowe P. A. & Reynolds, C. R. (2004). Psychometric analyses of the adult manifest anxiety scale- adult version among young and middle- aged adults. *Educational and Psychological Measurement*, 64, 661- 681.
- Lowe, P. A., Peyton, V. & Reynolds, C. R. (2007). Test score stability and the relationship of adult manifest anxiety scale- college version scores to external variables among graduate students. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 25, 69-81.
- March, J. S. & Albano, A. M. (1996). Assessment of anxiety in children and adolescents.

*American Psychiatric Press Review*, 15, 405-427.

- March J. S., Sullivan, K., & Parker, J. (1999). Test- retest reliability of the multidimensional anxiety scale for children. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 349-358.
- Mellon, R. C. & Moutavelis, A. G. (2007). Structure, developmental course and correlates of children's anxiety disorder- related behavior in a Hellenic community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 1-21.
- Mertin, P., Dibnah, C., Crosbie, V., & Bulkeley, R. (2001). Using north American instruments with British samples: Norms for the revised children's manifest anxiety scale in the UK. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 6, 121- 126.
- Messer S. C. & Beidel, D. C. (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 975- 983.
- Murphy, D. A., Marelich, W. D., & Hoffman, D. (2000). Assessment of anxiety and depression in young children: support for two separate constructs. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 383- 391.
- Murris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., Van Brakel, A., Thissen, S., Moulart, V. & Gadet, B. (1998). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED) and traditional childhood anxiety measures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29, 327-339.
- Murris, P., Merckelbach, H., Gadet, B. & Moulart, V. (2000). Fears, worries, and scary dreams in 4-12 - year old children: their content, developmental pattern and origins. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 43-52.
- Murris, P., Merckelbach, H., Ollendick, T., King, N., & Bogie, N. (2002). Three traditional and three new childhood anxiety questionnaires: their reliability and validity in a normal adolescent sample. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 753-772.
- Muris, P. (2006). The pathogenesis of childhood anxiety disorders: Consideration from a developmental psychopathology perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 30, 5-11.
- Muris, P., Mayer, B., Vermeulen, L. & Hiemstra, H. (2007). Theory-of-mind, cognitive development, and children's interpretation of anxiety-related physical symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2121-2132.
- Ollendick, T. H., Seligman, L. D., Goza, A. B., Byrd, D. A. & Singh, K. (2003). Anxiety and depression in children and adolescents: a factor- analytic examination of the tripartite model. *Journal of Child and Family Studies*, 12, 157-170.

- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1997). *Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς: Κλινικές Περιγραφές και Οδηγίες για τη Διάγνωση* (απόδοση στα Ελληνικά και επιμέλεια: Κ. Στεφανής, Κ. Σολδάτος & Β. Μαυρέας). Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Perrin, S. & Last, C. G. (1992). Do childhood anxiety measures measure anxiety? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 567- 578.
- Pfeffer, C. R., Lipkins, R., Plutchik, R. & Mizruchi, M. (1988). Normal children at risk for suicidal behavior: a two year follow up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 34-41.
- Pina, A. A., Silverman, W. K., Saavedra, L. M., & Weems, C. F. (2001). An analysis of the RCMAS lie scale in a clinic sample of anxious children. *Anxiety Disorders*, 15, 443- 457.
- Pine, D. S. (1997). Childhood anxiety disorders. *Current Opinion in Pediatrics*, 9, 329- 339.
- Pollack, M. H. (2005). Comorbid anxiety and depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 22-29.
- Poli, P., Sbrana, B., Marcheschi, M. & Masi, G. (2003). Self-Reported Depressive Symptoms in a School Sample of Italian Children and Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 33, 209-226.
- Reynolds, C. R. & Richmond, B. O. (1978). What I think and Feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271- 280.
- Reynolds, C. R. & Richmond, B. O. (1979). Factor structure and construct validity of "What I think and Feel". The revised children's manifest anxiety scale. *Journal of Personality Assessment*, 43, 281-283.
- Reynolds, C. R. (1980). Concurrent validity of what I think and Feel: The revised children's manifest anxiety scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 774- 775.
- Reynolds, C. R. & Bradley, M. (1980). Preliminary norms and technical data for use of the revised- children's manifest anxiety scale with kindergarten children. *Psychology in Schools*, 17, 163- 167.
- Reynolds, C. R. (1981). Long term stability of scores on the Revised children's manifest anxiety scale. *Perceptual and Motor Skills*, 53, 702.

- Reynolds, C. R. & Paget, K. D. (1981). Factor analysis of the revised children's manifest anxiety scale for blacks, whites, males and females with a national normative sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 352-359.
- Reynolds, C. R. (1985). Multitrait validation of the revised children's manifest anxiety scale for children of high intelligence. *Psychological Reports, 56*, 402.
- Reynolds, W. M. (1990). Introduction to the nature and study of internalizing disorders in children and adolescents. *School Psychology Review, 19*, 137-141.
- Richmond, B. O., Rodrigo, G. & de Rodrigo, M. (1988). Factor structure of a Spanish version of the revised children's manifest anxiety scale in Uruguay. *Journal of Personality Assessment, 52*, 165-170.
- Ryngala, D. J., Shields, A. L., & Caruso, J. C. (2005). Reliability generalization of the revised children's manifest anxiety scale. *Educational and Psychological Measurement, 65*, 259-271.
- Saylor, C. F., Finch, A. J., Spirito, A. & Bennett, B. (1984). The children's depression inventory: A systematic evaluation of psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 955-967.
- Seligman, L. D. & Ollendick, T. H. (1998). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: An integrative review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 1*, 125-144.
- Seligman, L. D., Ollendick, T. H., Langley, A. K. & Baldacci, H. B. (2004). The utility of measures of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review of the revised children's manifest anxiety scale, the state-trait anxiety inventory for children, and the child behavior checklist. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 557-565.
- Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H., & Osgarby, S. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 303-315.
- Slotkin, J., Forehand, R., Fauber, R., McCombs, A. & Long, N. (1988). Parent-Completed CDIs: Relationship to Adolescent Social and Cognitive Functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*, 207-217.
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 280-297.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour*

*Research and Therapy*, 36, 545-566.

- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current Trends in Theory and Research* (p. 30). New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA : Consulting psychologists press.
- Spielberger, C. D., & Rickman, R. L. (1990). Assessment of state and trait anxiety. In N. Sartorius, V. Andreoli, G. Cassano, L. Eisenberg, P. Kielholz, P. Pancheri, & G. Racagni (Eds.), *Anxiety: Psychobiological and clinical perspectives*. (pp. 69-83). New York: Hemisphere.
- Stark, K. D., Kaslow, N. J., & Laurent, J. (1993). The assessment of depression in children: Are we assessing depression or the broad- band construct of negative affectivity? *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 1, 149-154.
- Stark, K. D., Laurent, J., Livingston, R., Boswell, J. & Swearer, S. (1999). Implications of research for the treatment of depressive disorders during childhood. *Applied and Preventive Psychology*, 8, 79-102.
- Stark, K. D. & Laurent, J. (2001). Joint factor analysis of the children's depression inventory and the revised children's manifest anxiety scale. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 552- 567.
- Straus, C. C., Frame, C. L. & Forehand, R. L. (1987). Psychological impairment associated with anxiety in children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 235-239.
- Strauss, C. C. (1990). Anxiety disorders of childhood and adolescence. *School Psychology Review*, 19, 142- 157.
- Tannenbaum, L. E., Forehand, R. & McCombs Thomas, A. (1992). Adolescent Self-Reported Anxiety and Depression: Separate Constructs or a single Entity. *Child Study Journal*, 22, 61-72
- Taylor, J. A. (1953). A personality scale for manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 285- 290.
- Topolski, T. D., Hewitt, J. K., Eaves, L., Meyer, J. M., Silberg, J. L., Simonoff, E., & Rutter, M. (1999). Genetic and enviromental influences on ratings of manifest anxiety by parents and children. *Journal of Anxiety disorders*, 13, 371- 397.
- Turgeon, L. & Chartrand, E. (2003). Reliability and validiy of the revised children's manifest anxiety scale in a French Canadian sample. *Psychological Assessment*, 15, 378-383.

- Turner, C. M. (2002). An investigation of the tripartite model in three age cohorts of children and youth. *DISSERTATION* Griffith University School of Applied Psychology, Mt Gravatt Campus.
- Turner, C. M., & Barrett, P. M. (2003). Does age play a role in the structure of anxiety and depression in children and youths? An investigation of the tripartite model in three age cohorts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 826- 833.
- Twenge, J. M. & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, Gender, Race, Socioeconomic Status and Birth Cohort Differences on the Children's Depression Inventory: A Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 111*, 578-588.
- Van Langa, N. D. J., Ferdinand, R. F., Ormel, J., Verhulst, F. C., (2006). Latent class analysis of anxiety and depressive symptoms of the Youth Self-Report in a general population sample of young adolescents. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 849-860.
- Varela, R. E., Sanchez-Sosa, J. J., Biggs B. K., & Luis, T. M. (In Press). Anxiety symptoms and fears in hispanic and european american children: Cross- cultural measurement equivalence. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, x*, xxx-xxx
- Wadsworth, M. E., Hudziak, J. J., Heath, A. C., & Achenbach, T. M. (2001). Latent class analysis of Child Behavior Checklist Anxiety/ Depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 106– 114.
- Walkup, J. T. & Ginsburg, G. S. (2002). Anxiety disorders in children and adolescents. *International Review of Psychiatry, 14*, 85-86.
- Watson D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin, 96*, 465- 490.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of abnormal psychology, 114*, 522- 536.
- Weems, C. F. & Costa, N. M. (2005). Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 656-663.
- Weems, C. F. (2005). Childhood anxiety disorders: an overview of recent guides for professionals and parents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*, 772-778.
- Weems, C. F. & Stickle, T. R. (2005). Anxiety Disorders in Childhood: Casting a

Nomological Net. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 107-134.

Weems, C. F., Zakem, A. H., Costa, N. M., Cannon, M. F. & Watts, S. E. (2005).

Physiological response and childhood anxiety: association with symptoms of anxiety disorders and cognitive bias. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 712–723

Weems, C. F., Costa, N. M., Watts, S. E., Taylor, L. K. & Cannon, M. F. (2007).

Cognitive errors, anxiety sensitivity, and anxiety control beliefs their unique and specific associations with childhood anxiety symptoms. *Behavior Modification*, 31, 174-201.

Weiss, B., Weisz, J. R., Politano, M., Carey, M., Nelson, W. M., & Finch, A. J.

(1991). Developmental differences in the factor structure of the children's depression inventory. *Psychological Assessment*, 3, 38-45.

Wilson, D., Chibaiwa, D., Majoni, C., Masukume, C. & Nkoma, E. (1990). Reliability and internal validity of the revised children's manifest anxiety scale in Zimbabwe.

*Personality and Individual Differences*, 11, 365- 369.

Wittchen, H. -U., & Essau, C. A. (1994). Epidemiology of anxiety disorders. In P. J.

Wilner (Ed.), *Psychiatry*. (pp.1 ). Philadelphia: J. B. Lippincott Company.

Wolfe, V. C., Finch, A. J., Saylor, C. F., Blount, R. L., Pallmeyer, T. P., & Carek,

D. J. (1987). Negative affectivity in children: A multitrait- multimethod investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 245- 250.

Yang, J-W., Hong, S., Joung, Y. S., & Kim, J. H. (2006). Validation study of tripartite model of anxiety and depression in children and adolescents: clinical sample in Korea.

*Journal of Korean Medical Sciences*, 21, 1098-1102.