

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**



**ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΑΥΤΟ-ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ
ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΕ
ΜΑΘΗΤΕΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΗΣ
ΚΥΡΙΚΛΑΚΗ ΑΝΔΡΙΑΝΗΣ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: 1667**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΣΙΜΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

**ΡΕΘΥΜΝΟ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2006-2007**

Σχέση μεταξύ αυτο-αναφερόμενου Άγχους και Καταθλιπτικών Συμπτωμάτων σε Μαθητές του Δημοτικού Σχολείου

Περίληψη

Η Κατάθλιψη αποτελεί μια διαταραχή που κατά καιρούς έχει απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό την ερευνητική βιβλιογραφία. Σε αντιδιαστολή με το παρελθόν, το ενδιαφέρον σήμερα έχει επικεντρωθεί στην εκδήλωση της Κατάθλιψης στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό, καθώς και στη σχέση της εν λόγω διαταραχής με τις Αγχώδεις Διαταραχές. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη της παραγοντικής δομής της κλίμακας αυτο-αναφερόμενων σημείων κατάθλιψης (*Children's Depression Inventory* – CDI· Kovacs, 1985, 1992) και η σχέση μεταξύ αυτο-αναφερόμενου άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε μαθητές του Δημοτικού Σχολείου. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 491 μαθητές της Δ', Ε' και ΣΤ' Τάξης από δεκαέξι (16) Δημοτικά Σχολεία δύο διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών της Ελλάδας (Κρήτη και Αττική) στους οποίους χορηγήθηκαν οι κλίμακες CDI (αυτο-αναφοράς εκδηλώσεων κατάθλιψης) και RCMAS (*Revised Children's Manifest Anxiety Scale*· Reynolds & Richmond, 1985) (αυτο-αναφοράς εκδηλώσεων άγχους). Η παραγοντική ανάλυση με τη μέθοδο της ορθογωνοποίησης (*varimax*) κατέδειξε την ύπαρξη πέντε (5) παραγόντων όσον αφορά την κλίμακα CDI (Διάθεση-Συγκέντρωση, Κοινωνικές Σχέσεις, Αυτοκριτική, Αυτοεκτίμηση, Σωματικά Ενοχλήματα). Επιπλέον, τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι οι συμμετέχοντες με υψηλή συχνότητα συμπτωμάτων άγχους παρουσίασαν και μεγαλύτερη τάση αναφοράς συμπτωμάτων κατάθλιψης σε σχέση με αυτούς που σημείωσαν υψηλή συχνότητα συμπτωμάτων άγχους, επιβεβαιώνοντας την αρχική μας υπόθεση.

Λέξεις-κλειδιά: Κατάθλιψη, διαστάσεις Κατάθλιψης, Αγχώδεις Διαταραχές, κλίμακα αυτο-αναφοράς CDI, κλίμακα αυτο-αναφοράς RCMAS, παραγοντική δομή CDI.

Εισαγωγή

Λόγω της μεγάλης συχνότητας και της χρόνιας φύσης της, η κατάθλιψη έχει εκτιμηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως μια από τις πιο επιβαρυντικές ασθένειες (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). Στο παρελθόν, η ερευνητική βιβλιογραφία αντιμετώπιζε τα παιδιά και τους ενήλικες ως μία ομογενή ομάδα, όσον αφορά την εκδήλωση της κατάθλιψης. Εντούτοις, η έρευνα στο πλαίσιο της γνωστικής, συναισθηματικής και φυσιολογικής ανάπτυξης υπέδειξε ότι τόσο η φύση της διαταραχής αυτής (Weiss & Weisz, 1988), όσο και η απόκριση των ατόμων στη φαρμακοθεραπεία (Bylund & Reed, 2007) διαφέρουν ανάμεσα στις δύο ηλικιακές ομάδες. Μάλιστα, ευρεία αποδοχή γνώρισε στο παρελθόν η άποψη ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται στα παιδιά με έμμεσο και συγκαλυμμένο τρόπο, υποστηρίζοντας ότι τα παιδιά δεν εκδηλώνουν αρνητικό συναίσθημα ή τα γνωστικά και σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης, αλλά “καταθλιπτικά ισοδύναμα” που μπορούν να πάρουν τη μορφή υπερκινητικότητας, μαθησιακών δυσκολιών, επιθετικής συμπεριφοράς και νυχτερινής ενούρησης (Cytryn & McKnew, 1974, στους Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005). Υπολογίζεται ότι ένα ποσοστό έως και 20% των παιδιών και των εφήβων στο γενικό πληθυσμό εμφανίζουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο σε κάποια φάση της ζωής τους, πριν από την ενηλικίωση (Karlsson et al., 2006).

Οι σύγχρονες ερευνητικές τάσεις υποδεικνύουν ότι η κατάθλιψη απλώς είναι πιθανό να μην είναι εύκολα αναγνωρίσιμη στα παιδιά, καθότι μπορεί να συνυπάρχει με άλλα, περισσότερο εμφανή προβλήματα, όπως τη διαταραχή της διαγωγής (Carlson & Cantwell, 1980), την επιθετικότητα, τη υπερκινητικότητα, τις μαθησιακές δυσκολίες, τη σχολική φοβία (Smucker et al., 1986) αλλά και με διαταραχές της προσωπικότητας (Bylund & Reed, 2007).

Σύμφωνα με την τρίτη αναθεωρημένη έκδοση του *Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV-Primary Care*· American Psychiatric Association, 1995), οι διαταραχές της διάθεσης (*mood disorders*) ταξινομούνται σε δύο βασικές κατηγορίες: Τις Καταθλιπτικές και τις Διπολικές Διαταραχές¹. Οι πρώτες αποτελούνται από:

¹ Οι Διπολικές Διαταραχές αποτελούνται από: α) Τη Διπολική Διαταραχή, στο πλαίσιο της οποίας σημειώνονται ένα ή περισσότερα μανιακά επεισόδια (συνοδευόμενα από ένα ή περισσότερα επεισόδια Μείζονος Κατάθλιψης) και β)

α) Τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια και συνοδά συμπτώματα. Ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο χαρακτηρίζεται από την παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης, ή έντονης μείωσης του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε ποικίλες δραστηριότητες, κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, κατά τη διάρκεια τουλάχιστον δύο εβδομάδων. Όσον αφορά τα παιδιά και τους εφήβους, η διάθεση μπορεί να είναι ευερέθιστη αντί καταθλιπτική, ενώ πιθανή είναι και η εκδήλωση συμπτωμάτων όπως: αϋπνία, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, αύξηση ή μείωση του βάρους, αισθήματα ενοχής και σκέψεις που σχετίζονται με το θάνατο.

β) Τη Δυσθυμική Διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση και συνοδά συμπτώματα κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας για τουλάχιστον ένα χρόνο στα παιδιά και δύο χρόνια στους ενήλικες.

Η Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή φαίνεται να εμφανίζεται σε ποσοστό λιγότερο του 1% στα παιδιά προσχολικής ηλικίας (Kashani & Carlson, 1987), ενώ τα παιδιά 7 έως 11 ετών διαγιγνώσκονται λιγότερο με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (σε ποσοστό 2% έως 3%), σε σχέση με τους εφήβους, το 6% έως 8% των οποίων φέρει τη συγκεκριμένη διάγνωση (Cohen et al., 1993)

Ο όρος “κατάθλιψη” απαντάται στη βιβλιογραφία με τρεις κυρίως τρόπους. Ο πρώτος αναφέρεται στην κατάθλιψη ως *σύμπτωμα* που μπορεί να εμφανιστεί ως αντίδραση σε οδυνηρές καταστάσεις σε όλους τους ανθρώπους, ο δεύτερος αναφέρεται στην κατάθλιψη ως *σύνδρομο* συμπτωμάτων και ο τρίτος υποδεικνύει την κατάθλιψη ως μια συγκεκριμένη *διαταραχή* με χαρακτηριστική κλινική εικόνα (Worchel et al., 1990· Lester-Παπαματθαϊάκη, 2001). Με αυτήν την έννοια, η κατάθλιψη εμφανίζεται σε ποσοστό μικρότερο του 1% σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, 2% έως 4% σε παιδιά σχολικής ηλικίας, ενώ στους εφήβους κυμαίνεται από 3% έως 8% (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Επίσης, στο πλαίσιο της θεωρίας του δεσμού, η εν λόγω διαταραχή τείνει να εκδηλώνεται συχνά σε παιδιά, οι γονείς των οποίων δε φαίνεται να δείχνουν ενδιαφέρον στις ανάγκες και τις επιθυμίες τους κατά την ανατροφή τους (Runkewitz, Kirchmann & Strauss, 2006· Hildyard & Wolfe, 2007) και αναπτύσσουν μαζί τους δεσμούς ανασφαλούς τύπου (Muris et al., 2001a). Πράγματι, πρόσφατη μετα-ανάλυση 45 ερευνών (McLeod, Weisz &

την Κυκλοθυμική Διαταραχή, στην οποία υπάρχουν πολυάριθμα υπομανιακά επεισόδια και περίοδοι με καταθλιπτικά συμπτώματα (DSM-III-R· American Psychiatric Association, 1987).

Wood, *In Press*) έδειξε ότι η γονεϊκή απόρριψη σχετίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό με την παιδική κατάθλιψη, σε σύγκριση με τον γονεϊκό έλεγχο.

Γενικότερα, παράγοντες οι οποίοι είναι δυνατόν να συμβάλλουν στην εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι οι εξής: το φύλο, η κληρονομικότητα, η προσωπικότητα, η κατάθλιψη και το άγχος των γονέων, νευροβιολογικές δυσλειτουργίες, αρνητικά γνωστικά σχήματα, προβλήματα αυτο-ρύθμισης, στρεσογόνα γεγονότα, διαπροσωπικές δυσκολίες (Garber, 2006). Το 95% των επεισοδίων μείζονος κατάθλιψης εμφανίζονται σε παιδιά και νέους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν χρόνιες ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, όπως ενδο-οικογενειακές κρίσεις και βία, διαζύγια, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, θυματοποίηση στο πλαίσιο του σχολείου, σχολική αποτυχία, κοινωνική απομόνωση. Ένα μικρότερο ποσοστό καταθλιπτικών επεισοδίων φαίνεται να σημειώνεται εξ' αιτίας κάποιου έντονου, αιφνίδιου, αρνητικού γεγονότος, όπως -επί παραδείγματι- μια σοβαρή, προσωπική επίθεση (Rueter et al., 1999· Goodyer et al., 2000). Επιπλέον, η κατάθλιψη και οι διαταραχές της διάθεσης γενικότερα φαίνεται να συσχετίζονται σημαντικά με τις διαταραχές λήψης τροφής (όπως νευρογενής ανορεξία και βουλιμία) και με την αρνητική εικόνα του σώματος (Ivarsson et al., 2006).

Σύμφωνα με έρευνα των Colman και συνεργατών (*In Press*) τα νεογνά που γεννήθηκαν με μειωμένο βάρος παρουσίασαν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης, ενώ το ίδιο φαίνεται να ισχύει και για τα παιδιά, τα οποία καθυστέρησαν να περπατήσουν κατά την ανάπτυξη.

Ενώ μέχρι την εφηβεία δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, από την ηλικία των 12 ετών παρατηρείται σημαντική αύξηση όσον αφορά τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της διαταραχής στα κορίτσια, σε σύγκριση με τα αγόρια (Compas et al., 1997· van Lang, Ferdinand & Verhulst, 2007· Baker, 2006).

Μια μετα-ανάλυση (Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002) που βασίστηκε σε δείγμα 61.424 παιδιών που συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς καταθλιπτικών συμπτωμάτων (CDI) έδειξε -μεταξύ άλλων- το εξής: Οι βαθμολογίες των κοριτσιών ήταν ελαφρώς χαμηλότερες κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας σε σύγκριση με αυτές των αγοριών, εντούτοις τα κορίτσια παρουσίασαν υψηλότερες βαθμολογίες από τα αγόρια στην ηλικία των 13 ετών. Επίσης, σχετική έρευνα (Block & Gjerde, 1990 στους Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005) έδειξε ότι στα κορίτσια οι πρώιμες ενδείξεις της κατάθλιψης αναφέρονταν σε εσωτερικευμένα συμπτώματα (όπως άγχος, τρωτότητα, ανησυχία), ενώ τα αντίστοιχα στοιχεία των αγοριών ήταν εξωτερικευμένα, όπως η

επιθετικότητα, η αντιδραστικότητα και ο ανταγωνισμός. Σε γενικές γραμμές, οι τάσεις αυτοτραυματισμού, η έλλειψη ενδιαφέροντος όσον αφορά την εξωτερική εμφάνιση, η αιφνίδια και ανεξήγητη ευερεθιστότητα, η επιθετικότητα και η πτώση της σχολικής επίδοσης χωρίς προφανή λόγο μπορεί να αποτελούν χαρακτηριστικά τα οποία να σηματοδοτούν την πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικού επεισοδίου (The British Psychological Society, 2005). Τα παιδιά και οι έφηβοι που έχουν βιώσει καταθλιπτικά επεισόδια φαίνεται να έχουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης τέτοιων επεισοδίων και μελλοντικά, ως ενήλικες (Cardemil et al., 2007).

Ένα κοινό εύρημα της ερευνητικής βιβλιογραφίας της κατάθλιψης είναι το γεγονός ότι η καταθλιπτική συμπεριφορά αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο (Charman & Perovna, 2001) και φαίνεται να διακρίνεται στις ακόλουθες επιμέρους διαστάσεις.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τη *συναισθηματική* διάσταση, τα βασικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης αποτελούν η παρατεταμένη μελαγχολική διάθεση, η θλίψη και η απώλεια του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης σχεδόν για όλες τις δραστηριότητες που μέχρι πρότινος προσέφεραν ευχαρίστηση στο άτομο (ανηδονία). Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι, όταν οι Lewinsohn και συνεργάτες (2003) εξέτασαν τη σταθερότητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης σε ένα δείγμα μαθητών του Γυμνασίου έως την ηλικία των 24 ετών, συμπέραναν ότι το σταθερότερο χαρακτηριστικό που εκδήλωναν ήταν η ανηδονία. Επίσης, σε ποσοστό 80% των παιδιών και των εφήβων με τη διάγνωση της κατάθλιψης σημειώνεται ως βασικό χαρακτηριστικό η ευερέθιστη διάθεση (Goodyer & Cooper, 1993), ενώ συχνό φαινόμενο είναι και η υπερευαισθησία στην κριτική του κοινωνικού τους περιβάλλοντός (Oster & Montgomery, 1995).

Σε *γνωστικό* επίπεδο, τα παιδιά με καταθλιπτικά συμπτώματα παρουσιάζουν συναισθήματα απελπισίας, αναξιότητας, ενοχής και απόρριψης, καθώς και χαμηλά επίπεδα αυτο-εκτίμησης. Όταν δε τους ζητείται να αναφέρουν τα θετικά τους χαρακτηριστικά έχουν πολύ λίγα πράγματα να πουν (The British Psychological Society, 2005). Επιπλέον, έρευνες υποδεικνύουν ότι η κατάθλιψη συσχετίζεται σημαντικά με την τελειομανία σε κοινωνικό επίπεδο και με την αποσιώπηση των πραγματικών σκέψεων και επιθυμιών του ατόμου (Flett et al., 2007). Ακόμη, σύμφωνα με τις αρχές του Bandura, όταν το άτομο θεωρήσει τον εαυτό του ανεπαρκή, αναποτελεσματικό και ανίκανο να οδηγηθεί σε επιθυμητά και σημαντικά για τον εαυτό του αποτελέσματα, επηρεάζεται η αυτο-ρύθμιση συναισθηματικών καταστάσεων και είναι πιθανό να εκδηλωθούν καταθλιπτικά συμπτώματα (Muris, 2002).

Τα παιδιά με κατάθλιψη αναπτύσσουν αντιλήψεις, σύμφωνα με τις οποίες είναι καταδικασμένα να αποτυγχάνουν σχεδόν σε όλους τους τομείς με τους οποίους ασχολούνται, η στάση τους απέναντι στο σχολείο μπορεί να γίνει ιδιαίτερα αρνητική, τείνουν να ασκούν ιδιαίτερα έντονη αυτοκριτική και να δυσκολεύονται στη λήψη αποφάσεων (Oster & Montgomery, 1995). Ακόμη, φαίνεται ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης (αλλά και άγχους) που παρουσιάζουν τα παιδιά συσχετίζονται θετικά με μελλοντικές εκτιμήσεις / προσδοκίες αρνητικής έκβασης των γεγονότων, μονάχα όμως όταν τα συμβάντα αυτά αναφέρονται στο ίδιο το παιδί (Dineen & Hadwin, 2004· Muris & van der Heiden, 2006).

Επίσης, μεγάλο μέρος της ερευνητικής βιβλιογραφίας τονίζει την ύπαρξη σχέσης μεταξύ της διάθεσης και των διαφόρων γνωστικών λειτουργιών (O’Jile, Schrimsher & O’Bryant, 2005). Πιο συγκεκριμένα, η διάθεση φέρεται να επιδρά σημαντικά σε μετρήσεις και δοκιμασίες που σχετίζονται με τη μνημονική ικανότητα (Kizilbash, Vanderploeg & Curtiss, 2002). Αυτή η επιβλαβής επίδραση της κατάθλιψης φαίνεται να ισχύει τόσο για τη μακροπρόθεσμη, όσο και για τη βραχυπρόθεσμη μνήμη, ευρήματα τα οποία επιβεβαιώνονται περαιτέρω και από μελέτες μετα-ανάλυσης (π.χ. Kindermann & Brown, 1997, στους O’Jile, Schrimsher & O’Bryant, 2005). Επιπλέον, υψηλά επίπεδα αυτοαναφερόμενων καταθλιπτικών σημείων φαίνεται να συσχετίζονται αρνητικά με την επίδοση των παιδιών σε αντιληπτικές-κινητικές δοκιμασίες και δοκιμασίες αναγραμματισμών (Mullins, Siegel & Hodges, 1985, στους Fauber et al., 1987), αλλά και με τις αξιολογήσεις ακαδημαϊκής επίδοσης από τους δασκάλους (Sacco & Graves, 1984, στους Fauber et al., 1987). Τα παιδιά αυτά συχνά εκφράζουν παράπονα για φτώχη συγκέντρωσης, μειωμένα επίπεδα προσοχής και ικανότητα λήψης αποφάσεων. Ιδιαίτερα σπάνια αναφέρεται η παρουσία παραληρηματικών ιδεών και ψευδαισθήσεων (The British Psychological Society, 2005), ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις που εκδηλώνεται αυτοκτονικός ιδεασμός. Οι παράγοντες που πυροδοτούν συχνότερα τις απόπειρες αυτοκτονίας των καταθλιπτικών ατόμων είναι οι προσωπικές απώλειες, οι διαπροσωπικές συγκρούσεις, τα οικονομικά και επαγγελματικά προβλήματα (Sher, Oquendo & Mann, 2001).

Σε επίπεδο συμπεριφοράς, είναι πιθανό να εκδηλώσουν αυξημένη κινητική δραστηριότητα ή υποτονική διάθεση και υπερβολικό κλάμα. Οι κοινωνικές επαφές φαίνεται να μειώνονται σημαντικά, έκδηλη είναι η απομόνωση και η επιθετική συμπεριφορά σε λεκτικό επίπεδο, ενώ πιθανή είναι και η κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών (Oster & Montgomery, 1995). Μετα-ανάλυση ερευνών (Hawker & Boulton, 2000, στους Storch et al., 2007) που εκτείνονταν

σε φάσμα δύο δεκαετιών έδειξε ότι τα αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης φαίνεται να συσχετίζονται -μεταξύ άλλων- με την παιδική θυματοποίηση στο σχολείο. Τα συμπτώματα κατάθλιψης παιδιών και εφήβων φαίνεται να συσχετίζονται θετικά με δυσκολίες στην κοινωνική τους λειτουργικότητα (π.χ. συγκρούσεις) (Elgar & Arlett, 2002) και στην επίτευξη φιλικών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων με συνομηλίκους (Rockhill et al., 2007· Hecht, Inderbitzen & Bukowski, 1998). Πράγματι, όπως αναφέρουν οι Fauber και συνεργάτες (1987) σχετικές έρευνες υποδεικνύουν ότι παιδιά με υψηλά επίπεδα αυτοαναφερόμενων καταθλιπτικών σημείων περιγράφουν τους εαυτούς τους ως λιγότερο κοινωνικά προσαρμοσμένα σε σχέση με παιδιά που σημείωσαν χαμηλότερα αντίστοιχα επίπεδα. Τα ίδια παιδιά τείνουν να σημειώνουν υψηλά επίπεδα άρνησης και αποφυγής του σχολείου (Honjo et al., 2003) και χαμηλά επίπεδα ακαδημαϊκής και κοινωνικής επάρκειας (Cole et al., 1996).

Στο πλαίσιο αυτής της κοινωνικής δυσλειτουργικότητας, κάποιες έρευνες έχουν επικεντρωθεί στη Θεωρία του Νου (*Theory of Mind*). Η εν λόγω θεωρία αναφέρεται στην ικανότητα ενός ατόμου να αποδίδει πεποιθήσεις, συναισθήματα και προθέσεις στους άλλους, προκειμένου να κατανοήσει και να προβλέψει τη μετέπειτα κοινωνική τους συμπεριφορά και να οδηγηθεί σε αποτελεσματικές αλληλεπιδράσεις. Φαίνεται, συνεπώς, ότι οι σοβαρές μορφές κατάθλιψης συσχετίζονται με σημαντική εξασθένηση της ικανότητας “αποκωδικοποίησης” της ψυχικής κατάστασης των άλλων (Lee et al., 2005).

Αναφορικά με τη *σωματική* διάσταση του ζητήματος, φαίνεται ότι η καταθλιπτική διάθεση στα παιδιά μπορεί να συνοδεύεται από χαμηλά επίπεδα σωματικής ενεργοποίησης και κινητοποίησης, δυσκολία διεκπεραίωσης ποικίλων έργων, διαταραχές ύπνου (όπως αϋπνία ή υπερυπνία) αλλαγές ως προς τη διατροφή (που είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε αύξηση ή μείωση του βάρους), σωματική κόπωση (The British Psychological Society, 2005) και συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, ναυτία και πόνους στο στομάχι (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1997). Ιδιαίτερος λόγος γίνεται για τη σχέση των διαταραχών διάθεσης και της εμφάνισης ημικρανίας, αφού υποστηρίζεται ότι μεταξύ τους υφίστανται κοινί παθογενείς μηχανισμοί, συμπεριλαμβανομένης -μεταξύ άλλων- της μειωμένης συγκέντρωσης σεροτονίνης στα αιμοπετάλια (Beghi et al., 2007).

Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με το *Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV-PC*· American Psychiatric Association, 1995), σε ορισμένα πολιτισμικά πλαίσια, η κατάθλιψη βιώνεται σε μεγαλύτερο βαθμό μέσω σωματικών

συμπτωμάτων, παρά μέσω συναισθηματικών καταστάσεων, όπως θλίψη και ενοχή. Ενδεικτικά, Λατινογενείς και Μεσογειακοί λαοί συχνά εκφράζουν παράπονα για “νεύρα” και πονοκεφάλους, ενώ οι Ασιάτες αναφέρονται σε κούραση και αστάθεια.

Σε γενικές γραμμές, τα σωματικά συμπτώματα τείνουν να είναι περισσότερο έκδηλα σε παιδιά παρά σε εφήβους, οι οποίοι εμφανίζουν περισσότερο συναισθήματα αναξιότητας και αυτοκριτικής (Luby et al., 2003, στο The British Psychological Society, 2005).

Διαχρονική έρευνα (Kovacs, Obrosky & Sherrill, 2003) υποστηρίζει ότι όσο μεγαλώνουν τα παιδιά που πάσχουν από κατάθλιψη, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να αναφέρουν ότι βιώνουν διαταραχές σωματικής φύσης, κοινωνική απομόνωση και απαισιοδοξία. Αντίθετα, σταθερότερα πρότυπα βρέθηκαν ότι ισχύουν σχετικά με τα αισθήματα ενοχής και αναξιότητας.

Το αυξημένο ενδιαφέρον αναφορικά με τις διαταραχές της διάθεσης και τις αγχώδεις διαταραχές στα παιδιά και τους εφήβους έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη νέων και βελτιωμένων εργαλείων εκτίμησης. Έχουν διαμορφωθεί ποικίλες δομημένες συνεντεύξεις που είναι δυνατόν να παρέχουν απαραίτητες πληροφορίες για τη διάγνωση. Ωστόσο, πολύ σημαντική κρίνεται η δημιουργία και η χρήση σταθμισμένων εργαλείων αυτό-αναφοράς που θα μπορούν -μεταξύ άλλων- να ελέγχουν τη σοβαρότητα της εκάστοτε εξεταζόμενης διαταραχής (Craighead et al., 1998). Όπως η ίδια η Kovacs (1980/81) υπογραμμίζει, παρά τα οφέλη που έχουν να προσφέρουν, οι κλίμακες αυτο-αναφοράς θα πρέπει να λειτουργούν ως βοηθητικά στοιχεία και όχι ως διαγνωστικά εργαλεία

Δεδομένης της εσωτερικευμένης και υποκειμενικής φύσης των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχει σημειωθεί μεγάλη αύξηση της χρήσης σύντομων κλιμάκων αυτο-αναφοράς όσον αφορά τη συμπτωματολογία της κατάθλιψης (Comer & Kendall, 2005). Τα ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς (αλλά και όσα συμπληρώνονται από άλλους, όπως οι γονείς και οι δάσκαλοι) φαίνεται ότι χρησιμοποιούνται σχετικά εύκολα προκειμένου να διερευνηθεί η πιθανή ύπαρξη συμπτωμάτων στο γενικό πληθυσμό. Αξίζει να σημειωθεί, βέβαια, ότι 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).

Σχέση Κατάθλιψης και Άγχους

Σύμφωνα με τους Mergl και συνεργάτες (2007), αρκετά ερευνητικά δεδομένα έχουν υποδείξει ότι παρά τη σχετικά υψηλή συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης, δε συνηθίζεται να διαγιγνώσκεται συχνά στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης. Αυτό ενδεχομένως να συμβαίνει λόγω των υψηλών επιπέδων συννοσηρότητας με αγχώδεις διαταραχές (Yang et al., 2006) και / ή σωματικές διαταραχές που μπορεί να αποπροσανατολίζουν από τα καταθλιπτικά συμπτώματα, καθότι τα άτομα με τις παραπάνω διαταραχές τείνουν να αναφέρουν περισσότερο τα σωματικά τους συμπτώματα, και να μην εκφράζουν στον ίδιο βαθμό το βαρύ ψυχολογικό φορτίο. Όπως αναφέρουν οι Merrell, Crowley και Walters (1997), η άποψη σχετικά με τη συννοσηρότητα κατάθλιψης και άγχους και σωματικών προβλημάτων και άγχους φαίνεται να εδραιώνεται όλο και περισσότερο σε ερευνητικό επίπεδο.

Κατά καιρούς, το άγχος και η κατάθλιψη έχουν θεωρηθεί ως α) διαφορετικά σημεία κατά μήκος ενός συνεχούς, β) εναλλακτικές εκδηλώσεις μιας κοινής υποβόσκουσας προδιάθεσης, γ) ετερογενή σύνδρομα που συσχετίζονται λόγω κοινών στοιχείων, δ) ξεχωριστά φαινόμενα, καθένα από τα οποία είναι δυνατό να αναπτυχθεί στο πλαίσιο του άλλου, και ε) θεωρητικά και εμπειρικά εντελώς διακριτά φαινόμενα (Clark & Watson, 1991a).

Το άγχος έχει ευρύτατα θεωρηθεί ως ένα πολύπλοκο σύστημα αντίδρασης, το οποίο περικλείει συμπεριφορικά, σωματικά, αλλά και γνωστικά στοιχεία (Weems et al., 2005) Προκαλούμενο από πραγματικούς ή φανταστικούς φόβους, το άγχος πλήττει και επηρεάζει τη ζωή ατόμων ανεξαρτήτως ηλικίας και κοινωνικού υποβάθρου. Κατά την εκδήλωσή του παρατηρείται αυξημένη δραστηριότητα του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (Feldman, 1993) και συχνά περιγράφεται ως ένα δυσάρεστο συναίσθημα, το οποίο επάγεται από άγνωστες, μη οικείες καταστάσεις στο άτομο και κινδύνους που, στην πραγματικότητα, μπορεί να μην συνοδεύονται από κάποια απειλή (Beard, 2003). Όταν το άγχος σημειώνεται σε καταστάσεις όπου δεν υφίσταται πραγματικός κίνδυνος, είτε εσωτερικά είτε εξωτερικά ή όταν η ένταση της συναισθηματικής απόκρισης είναι δυσανάλογη στον πραγματικό κίνδυνο, τότε θεωρείται ως ένδειξη κλινικού άγχους (Spielberger & Rickman, 1990, στους Lowe & Reynolds, 2000). Ιδιαίτερα σημαντικό, συνεπώς, είναι να εντοπίζονται τα παιδιά με κλινικό άγχος όσο το δυνατόν γρηγορότερα και να τους παρέχεται έγκαιρα η κατάλληλη παρέμβαση (Spence, 1998).

Μέχρι πρόσφατα, οι παιδικές αγχώδεις διαταραχές θεωρούνταν δύσκολο να διαγνωστούν εξ' αιτίας της ιδιαίτερης εσωτερικευμένης και παροδικής φύσης των συμπτωμάτων που τη διακρίνει και της φτωχής ψυχομετρικής επίδοσης των υπαρχουσών κλιμάκων (Langley, Bergman & Piacentini, 2002). Τα παιδιά, λοιπόν, που παρουσιάζουν αυτού του τύπου τις διαταραχές τείνουν να εκδηλώνουν φόβο και απόσυρση στις νέες καταστάσεις και τα πρώτα τους συμπτώματα είναι περισσότερο εμφανή κατά τη διάρκεια της πρώιμης παιδικής ηλικίας (Gleason & Zeanah, 2006). Επιπροσθέτως, διαχρονικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε συμμετέχοντες με αγχώδεις διαταραχές φανερώνουν πως οι περισσότεροι ενήλικες αναφέρουν ότι η έναρξη των εν λόγω διαταραχών τοποθετείται σε μεγάλο βαθμό κατά την παιδική ηλικία (ή το αργότερο κατά την εφηβεία) (Kim-Cohen et al., 2003).

Σύμφωνα με τους Kessler, Avenevoli και Merikangas (2001), τα 3/4 των παιδιών με κατάθλιψη διαθέτουν ιστορικό με τουλάχιστον μία αγχώδη διαταραχή. Η εκδήλωση του άγχους συνήθως σημειώνεται πολύ νωρίτερα κατά την ανάπτυξη από ότι η κατάθλιψη (Sims et al., 2007· Seligman & Ollendick, 1998). Σε αυτό συμφωνούν και άλλοι ερευνητές, οι οποίοι ισχυρίζονται ότι η αναστολή της συμπεριφοράς (*behavioral inhibition*), οδηγεί στην εμφάνιση άγχους (Muris et al., 2001b· Brozina & Abela, 2006), γεγονός που με τη σειρά του συμβάλλει στην εμφάνιση της κατάθλιψης (Muris et al., 2001b). Οι Chavira και συνεργάτες (2004), μετά από έρευνα σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 8 έως 17 ετών διατείνονται ότι η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή προηγείται της κατάθλιψης και συσχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με αυτήν, ενώ πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα των Biederman και των συνεργατών (*In Press*) υποστηρίζουν πως το άγχος αποχωρισμού αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης επεισοδίων Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (αλλά και άλλων διαταραχών, όπως Αγοραφοβία και Διαταραχή Πανικού). Γενικότερα, μπορεί να υποστηριχθεί συχνά ότι οι Αγχώδεις Διαταραχές είναι πιθανό να αποτελούν αιτιολογικούς παράγοντες για την εμφάνιση κατάθλιψης, ωστόσο κρίνεται απαραίτητη περαιτέρω έρευνα προκειμένου να επιβεβαιωθεί σε βάθος η σχέση αυτή (Flannery-Schroeder, 2006).

Μια μετα-ανάλυση των Angold, Costello και Erkanli (1999) υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη σε παιδιά και εφήβους σημειώνει υψηλή και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα, με τη Διαταραχή Διαγωγής και με τις Αγχώδεις Διαταραχές. Οι τελευταίες υπολογίζεται ότι συνυπάρχουν με την κατάθλιψη σε ποσοστό που

κυμαίνεται από 30% έως 75% κατά την προεφηβεία και από 25% μέχρι 50% κατά την εφηβική ηλικία (Garber, 2006).

Γενικότερα, η διάκριση των αγχώδων διαταραχών και των διαταραχών της διάθεσης σε ξεχωριστές διαγνωστικές ομάδες συχνά τίθεται υπό αμφισβήτηση, καθότι φαίνεται πως μπορεί να υπάρχει επικάλυψη μεταξύ τους (Baldwin & Birtwistle, 2002· Gamez, Watson & Doebbeling, 2007). Έχει προταθεί και η άποψη ότι οι αγχώδεις διαταραχές πιθανόν να αποτελούν μια μορφή “συγκαλυμμένης” κατάθλιψης, καθώς το άγχος συχνά προηγείται της κατάθλιψης και παρουσιάζει υψηλά επίπεδα απόκρισης σε αντικαταθλιπτικά φάρμακα (Klein, 2001). Μολονότι μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να υποστηρίξουμε ότι τα πρότυπα συνύπαρξης των διαταραχών αντιπροσωπεύουν κοινούς γενετικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες επικινδυνότητας, είναι πιθανό ένας ή περισσότεροι από τους εν λόγω παράγοντες να συνεισφέρει στα πρότυπα αυτά (Ryan, 2001).

Όπως σημειώνει ο Pollack (2005), προκειμένου να εντοπιστούν άτομα με στοιχεία τόσο άγχους, όσο και κατάθλιψης (τα οποία, δηλαδή, δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για τις διαταραχές αυτές μεμονωμένα), προστέθηκαν στην τέταρτη έκδοση του DSM κριτήρια Μεικτής Αγχώδους-Καταθλιπτικής Διαταραχής (*Mixed Anxiety-Depressive Disorder*).

Στο πλαίσιο αυτό της συνεχούς διερεύνησης της σχέσης κατάθλιψης και άγχους, ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί η πρόταση του Watson (2005) όσον αφορά στην αναθεώρηση της ταξινόμησης των Αγχώδων και των Καταθλιπτικών Διαταραχών στην τέταρτη έκδοση του DSM. Ο εν λόγω ερευνητής υποστηρίζει την ύπαρξη τριών (3) υποκατηγοριών: των Διπολικών Διαταραχών (περιλαμβάνει τη Διπολική Διαταραχή τύπου I, τη Διπολική Διαταραχή τύπου II και την Κυκλοθυμία), των Διαταραχών θλίψης / δυσφορίας (περιλαμβάνει τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, τη Δυσθυμική Διαταραχή, τη Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους, τη Μετατραυματική Αγχώδη Διαταραχή) και των Διαταραχών Φόβου (αποτελείται από τη Διαταραχή Πανικού, την Αγοραφοβία, την Κοινωνική Φοβία και την Ειδική Φοβία).

Δεδομένης της εκτεταμένης βιβλιογραφίας που κατά καιρούς πραγματεύεται τη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και άγχους, και τον έμμεσο και συγκαλυμμένο τρόπο που, όπως συχνά υποστηρίζεται από τα ερευνητικά δεδομένα, η κατάθλιψη εκδηλώνεται στα παιδιά, σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη της παραγοντικής δομής της κλίμακας αυτο-αναφερόμενων σημείων κατάθλιψης (*Children's Depression Inventory – CDI*· Kovacs, 1985, 1992) και η μελέτη

της η σχέση μεταξύ αυτο-αναφερόμενου άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε δείγμα μαθητών του Δημοτικού Σχολείου στον ελληνικό χώρο. Βάσει προϋπάρχουσας βιβλιογραφίας, η υπόθεσή μας υποστηρίζει ότι τα παιδιά που σημείωσαν υψηλά επίπεδα άγχους στις κλίμακες αυτό-αναφοράς που χρησιμοποιήθηκαν ως εργαλεία, εκδήλωσαν και μεγαλύτερη τάση αναφοράς συμπτωμάτων κατάθλιψης σε σύγκριση με τα παιδιά που παρουσίασαν χαμηλό άγχος.

Μεθοδολογία

Συμμετέχοντες

Στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος 491 μαθητές της Δ', Ε' και ΣΤ' τάξης (βλ. Πίνακα 1) από δεκαέξι (16) Δημοτικά Σχολεία δύο (2) διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών της Ελλάδας (Κρήτη και Αττική). Η επιλογή των σχολείων πραγματοποιήθηκε με κριτήρια που αφορούν τόσο την αντιπροσώπευση αστικών, ημιαστικών, και αγροτικών περιοχών, όσο και τη δυνατότητα συλλογής δεδομένων από τις συγκεκριμένες γεωγραφικές περιφέρειες της χώρας μας. Το δείγμα των μαθητών επιλέχθηκε τυχαία, αλλά στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν μόνο μαθητές, οι γονείς των οποίων έδωσαν συγκατάθεση για την αξιολόγησή τους. Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν ως μητρική τους γλώσσα την ελληνική και δεν παρουσίαζαν σοβαρές αναπηρίες ή νοητική στέρηση, οι οποίες παρεμπόδιζαν τη φοίτησή τους στην κανονική τάξη του σχολείου.

Πίνακας 1. Δημογραφική κατανομή του δείγματος

		Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο
Τάξη	Δ'	85	85	170
	Ε'	78	83	161
	ΣΤ'	74	86	160
	Σύνολο	237	254	491

Διαδικασία

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

Εργαλεία

α) Ερωτηματολόγιο **RCMAS** (*Revised Children's Manifest Anxiety Scale*, Reynolds & Richmond, 1985)

Πρόκειται για ένα εργαλείο βασισμένο στην αυτο-αναφορά εκδηλώσεων άγχους μέσω 37 ερωτήσεων. Έχει σχεδιαστεί για να εκτιμήσει το επίπεδο και τη φύση του άγχους σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 6-19 ετών. Αποτελείται από 28 ερωτήσεις που αναφέρονται στην ύπαρξη χρόνιου ή μη άγχους και από 9 ερωτήσεις που σχετίζονται με την κοινωνική διάσταση.

Αποτελεί ένα από τα ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς που χρησιμοποιούνται συχνότερα για την αξιολόγηση του άγχους στα παιδιά (Turgeon & Chartrand, 2003). Όπως αναφέρουν οι Lonigan, Philips και Hooe (2003), προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι το εν λόγω εργαλείο διαθέτει καλή εσωτερική συνέπεια και τρέχουσα εγκυρότητα. Οι Brady και Kendall (1992) διατείνονται ότι η εξήγηση για τα χαμηλά επίπεδα διακριτικής εγκυρότητας που φαίνεται να διαθέτει το συγκεκριμένο εργαλείο είναι ότι αναφέρονται σε αρνητικά συναισθήματα, τα οποία μπορεί να είναι κοινά και σε άλλες -αγχώδεις και μη- διαταραχές.

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
1. Αισθάνομαι πως τα άλλα παιδιά δεν με συμπαθούν	,30
2. Ανησυχώ για το τι πρόκειται να μου συμβεί στο μέλλον	,48
3. Πληγώνομαι	,45
4. Κόβεται η αναπνοή μου (λαχανιάζω-δυσκολεύομαι να αναπνεύσω)	,33
5. Νομίζω ότι τα άλλα παιδιά είναι πιο χαρούμενα από μένα	,45
6. Φοβάμαι ότι κάτι κακό θα μου συμβεί	,54
7. Όταν με μαλώνουν, στεναχωριέμαι	,27
8. Ευπνάω φοβισμένος-η για κάτι	,40
9. Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ στα μαθήματά μου	,44
10. Αισθάνομαι πως τα πράγματα είναι πιο εύκολα για τα άλλα παιδιά παρά για μένα.	,48
11. Νομίζω πως κάποιος θα μου πει ότι δεν είμαι εντάξει	,43
12. Το στομάχι μου ανακατεύεται και με ενοχλεί	,43
13. Φοβάμαι για πολλά πράγματα	,59
14. Έχω την εντύπωση ότι πολλά παιδιά είναι εναντίον μου	,46
15. Ανησυχώ πολύ όταν τα πράγματα δεν πάνε καλά για μένα	,48
16. Αισθάνομαι πολύ κουρασμένος-η	,42
17. Νιώθω σαν να είμαι μόνος-η ακόμη και όταν υπάρχει κόσμος τριγύρω μου	,44
18. Ιδρώνουν οι παλάμες μου (τα χέρια μου)	,30
19. Ανησυχώ για το τι θα πούνε τα άλλα παιδιά για μένα	,49

Ερωτήσεις	Δείκτης Συνάφειας
20. Έχω εφιάλτες στον ύπνο μου	,44
21. Στο σχολείο στριφογυρνώ στην καρέκλα μου και είμαι ανήσυχος-η	,37
22. Ανησυχώ για πολλά πράγματα	,58
23. Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ το βράδυ	,38
24. Έχω άγχος, ανησυχίες	,45
25. Θυμώνω	,36

β) Ερωτηματολόγιο **CDI** (*Children's Depression Inventory*- Kovacs, 1985, 1992)

Αποτελεί προέκταση του *Beck Depression Inventory* (BDI) για ενήλικες και αναπτύχθηκε βάσει τριών (μολονότι αμφισβητούμενων τότε) υποθέσεων, οι οποίες είχαν ως εξής: α) Η παιδική κατάθλιψη είναι υπαρκτό φαινόμενο, β) είναι δυνατόν να παρατηρηθεί και να μετρηθεί και γ) τα χαρακτηριστικά αυτής είναι ισοδύναμα με αυτά της κατάθλιψης των ενηλίκων (Smucker et al., 1986).

Πρόκειται για ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται ευρέως και βασίζεται στην αυτο-αναφορά συναισθημάτων και σκέψεων που συνδέονται με την κατάθλιψη μέσω 27 ερωτήσεων, το οποίο έχει σχεδιαστεί προκειμένου να εκτιμήσει την έκταση και σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε παιδιά ηλικίας 7 έως 17 ετών. Αξίζει να σημειωθεί στο σημείο αυτό, ότι πολύ συχνά κατά τη διεξαγωγή ερευνών (όπως άλλωστε συνέβη και στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης) παραλείπεται μία ερώτηση, η οποία αναφέρεται στον αυτοκτονικό ιδεασμό (Weiss et al., 1991).

Σε κάθε ερώτηση (βλ. Πίνακα 3), ζητείται από τα παιδιά να επιλέξουν μία εκ των τριών απαντήσεων που ταιριάζει στην περίπτωσή τους κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται με 0, 1 ή 2 (ανάλογα με το επίπεδο της σοβαρότητας του εκάστοτε συμπτώματος) και η συνολική βαθμολογία μπορεί να κυμανθεί από

0 έως 52² (Kresanov et al., 1998). Ο μέσος χρόνος που απαιτείται προκειμένου το ερωτηματολόγιο να συμπληρωθεί είναι δέκα (10) λεπτά (Aluja & Blanch, 2002).

Ο μέσος όρος στο γενικό πληθυσμό είναι περίπου 9, η τυπική απόκλιση 7 και η εσωτερική συνέπεια 0,8 (Saylor et al., 1984· Smucker et al., 1986). Όπως σημειώνουν οι Ivarsson, Svalander και Litlere (2006), έρευνες αναφορικά με τις ψυχομετρικές ιδιότητες του CDI σημειώνουν ότι η αξιοπιστία του κυμαίνεται σε σχετικά υψηλές τιμές (δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's $\alpha = ,71 - ,89$). Εντούτοις, η εγκυρότητά του συχνά τίθεται υπό αμφισβήτηση (Wendel et al., 1988). Το συγκεκριμένο εργαλείο διαθέτει καλή αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου (*test-retest reliability*), εσωτερική συνέπεια (*internal consistency*) και εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (*construct validity*), ιδίως όσον αφορά μη κλινικούς πληθυσμούς (Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002). Ωστόσο, πολλές φορές το εργαλείο αυτό έχει δεχτεί κριτική για το γεγονός ότι δεν παρουσιάζει καλή διακριτική εγκυρότητα (*discriminant validity*) (Tannenbaum, Forehand & McCombs Thomas, 1992).

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). Πολλές έρευνες εξέτασαν την ικανότητα του CDI να διακρίνει μεταξύ καταθλιπτικών και μη καταθλιπτικών ομάδων, σε μια προσπάθεια να ελεγχθεί η εγκυρότητα σχετιζόμενη με κριτήριο. Όπως ισχυρίζονται οι Slotkin και συνεργάτες (1988) στις περισσότερες έρευνες (αλλά όχι σε όλες), οι βαθμολογίες του CDI, απέτυχαν να διαφοροποιήσουν τα παιδιά που είχαν διαγνωσθεί ως καταθλιπτικά (βάσει κριτηρίων του DSM-III) από τα παιδιά που είχαν λάβει διαφορετικές διαγνώσεις. Επίσης, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι είναι απαραίτητο να ελέγχεται η αξιοπιστία εργαλείων, όπως το CDI, σε δείγματα μειονοτήτων, εφόσον φαίνεται να ενυπάρχουν διαφορές σε αυτές ως προς τις πεποιθήσεις και τις ηθικές αξίες σε σχέση με άλλες κοινωνικές ομάδες (Politano et al., 1986). Οι Matthey & Petrovski (2002) προτείνουν ότι η κλίμακα θα πρέπει να χρησιμοποιείται περισσότερο

² Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα κορίτσια σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στο CDI σε σύγκριση με τα αγόρια (Carey et al., 1987).

προκειμένου να ελέγχονται μεταβολές στη διάθεση των παιδιών, παρά για να καθορίζονται οι τρόποι και οι στρατηγικές παρέμβασης. Παρόλα αυτά, το CDI παραμένει το εργαλείο που χρησιμοποιείται περισσότερο όταν πρόκειται για αυτό-αναφορά καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Όσον αφορά την παρούσα μελέτη, οι ακόλουθες ερωτήσεις απαλείφθηκαν από την αρχική μορφή του εργαλείου βάσει κριτηρίου 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

Ερωτήσεις	Δείκτης Συνάφειας
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	,30
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 ορθογωνοποίησης (varimax) κατέδειξε την ύπαρξη πέντε (5) παραγόντων που συνολικά ερμηνεύουν το 38% της συνολικής διακύμανσης των ατομικών τιμών στην κλίμακα CDI. Ο Πίνακας 4 περιέχει τις φορτίσεις των επιμέρους ερωτήσεων σε κάθε έναν από τους παράγοντες. Οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας ήταν: ,61 ,47 ,33 ,45 και ,27 για κάθε έναν από τους πέντε παράγοντες.

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

Ερωτήσεις	Παράγοντες				
	I	II	III	IV	V
3. Αισθάνομαι πως θέλω να κλάψω	,70	,01	-,14	,14	,10
9. Όταν πρέπει να πάρω αποφάσεις δυσκολεύομαι	,55	,21	,26	,10	-,29
14. Είμαι λυπημένος/-η	,52	,26	-,03	,34	,23
7. Πιστεύω πως κάτι κακό θα μου συμβεί	,51	,29	,03	,01	,30
13. Για να κάνω τα μαθήματά μου, δυσκολεύομαι	,47	-,01	,30	,01	-,04
16. Με ενοχλούν διάφορα πράγματα	,47	-,04	,38	-,19	,38
1. Δεν έχω καθόλου φίλους	-,17	,69	,19	-,20	-,08
6. Νιώθω μόνος/-η	,26	,64	,03	,15	,10
10. Νιώθω ότι δε με αγαπάει κανένας	,14	,60	-,07	,27	,15

Ερωτήσεις	Παράγοντες				
	I	II	III	IV	V
18. Μισώ τον εαυτό μου	,25	,38	,20	,16	,21
5. Κάνω λάθη	-,06	,06	,70	,11	,13
2. Φταίω	,17	,15	,56	,16	-,12
8. Μαλώνω με τα άλλα παιδιά	,07	-,06	,36	,27	,37
17. Σε σχέση με τους συμμαθητές μου, είμαι άσχημος/-η	,03	,14	,06	,68	,01
12. Είμαι κακός σε ό,τι κάνω	,15	,01	,30	,57	,30
4. Σε σχέση με τους συμμαθητές μου, είμαι κακό παιδί	,14	,06	,34	,46	-,30
15. Έχω πονοκεφάλους	,04	,10	-,12	,19	,62
11. Τα βράδια έχω αϋπνίες	,12	,25	,15	-,23	,52

Στη συνέχεια, διαμορφώθηκαν δύο ομάδες μαθητών με βάση τη συνολική επίδοσή τους στην κλίμακα RCMAS. Μαθητές που ανέφεραν υψηλή συχνότητα συμπτωμάτων άγχους (τυπικό βαθμό $[z] > ,67$, ή 75% εκατοστημόριο) στην κλίμακα RCMAS αποτέλεσαν την *Ομάδα Υψηλού Άγχους* (ή *Ομάδα Άγχους*). Μαθητές με συνολική τυπική βαθμολογία μικρότερη από

,66 (κάτω του 75% εκατοστημορίου) αποτέλεσαν την *Ομάδα Χαμηλού Άγχους*. Τέλος με τη χρήση Αναλύσεων Διακύμανσης δύο παραγόντων εξετάστηκε η επίδραση της μεταβλητής Ομάδα Άγχους και φύλου στη διαμόρφωση των βαθμολογιών σε κάθε έναν από τους παράγοντες του CDI.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA) για κάθε έναν από τους παράγοντες του CDI καθώς και για τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα παρουσιάζονται στον Πίνακα 5. Περιλαμβάνονται επίσης τιμές του δείκτη η^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 CDI. Παρατηρούμε ότι δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο παραγόντων, αλλά σημαντική επίδραση του παράγοντα Ομάδα Άγχους η οποία εξηγεί ποσοστό 6,4%-25% της συνολικής διακύμανσης των βαθμολογιών σε κάθε παράγοντα του CDI. Δείκτες κεντρικής τάσης για τις δύο ομάδες άγχους παρουσιάζονται στον Πίνακα 6, όπου γίνεται φανερό ότι η Ομάδα (Υψηλού) Άγχους παρουσιάζει μεγαλύτερο τυπικό βαθμό, άρα και μεγαλύτερη τάση αναφοράς συμπτωμάτων κατάθλιψης από την Ομάδα Χαμηλού άγχους.

Πίνακας 5. Αποτελέσματα ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA)

	Παράγοντας CDI	Βαθμοί ελευθερίας	F	p	η^2
Ομάδα Άγχους	Διάθεση- Συγκέντρωση	1,488	92,78	,000	,160
	Κοινωνικές σχέσεις	1,488	95,66	,000	,164
	Αυτοκριτική	1,488	58,06	,000	,106
	Αυτοεκτίμηση	1,488	33,38	,000	,064
	Σωματικές Ενοχλήσεις	1,488	39,08	,000	,074
	Συνολική Βαθμολογία	1,488	165,98	,000	,254
Φύλο	Διάθεση- Συγκέντρωση	1,488	13,96	,000	,028
	Κοινωνικές σχέσεις	1,488	,97	,324	,002
	Αυτοκριτική	1,488	2,61	,107	,005
	Αυτοεκτίμηση	1,488	2,81	,095	,006
	Σωματικές Ενοχλήσεις	1,488	,23	,629	,000
	Συνολική Βαθμολογία	1,488	3,20	,074	,007
Ομάδα Άγχους x Φύλο	Διάθεση- Συγκέντρωση	1,488	,15	,700	,000
	Κοινωνικές σχέσεις	1,488	,00	,988	,000
	Αυτοκριτική	1,488	,71	,400	,001
	Αυτοεκτίμηση	1,488	,34	,559	,001
	Σωματικές Ενοχλήσεις	1,488	,08	,775	,000
	Συνολική βαθμολογία	1,488	,45	,505	,001

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

Παράγοντας CDI	Ομάδα άγχους	M. O.	T. A.	N
Διάθεση-Συγκέντρωση	Χαμηλό στο RCMAS	-,23	,91	370
	Υψηλό στο RCMAS	,68	,92	122
Κοινωνικές σχέσεις	Χαμηλό στο RCMAS	-,23	,86	370
	Υψηλό στο RCMAS	,70	1,05	122
Αυτοκριτική	Χαμηλό στο RCMAS	-,19	,93	370
	Υψηλό στο RCMAS	,57	,99	122
Αυτοεκτίμηση	Χαμηλό στο RCMAS	-,15	,96	370
	Υψηλό στο RCMAS	,43	,98	122
Σωματικές Ενοχλήσεις	Χαμηλό στο RCMAS	-,16	,96	370
	Υψηλό στο RCMAS	,47	,98	122
Συνολική βαθμολογία	Χαμηλό στο RCMAS	-,29	,86	370
	Υψηλό στο RCMAS	,87	,88	122

Τέλος, στον Πίνακα 5 διαφαίνεται κύρια επίδραση της μεταβλητής Φύλο στον παράγοντα Διάθεση-Συγκέντρωση του CDI, η οποία εξηγείται από την ύπαρξη υψηλότερης αναφοράς σημείων χαμηλής διάθεσης από τα κορίτσια (βλ. Πίνακα 7).

Πίνακας 7. Αναφορά σημείων διάθεσης στα δύο φύλα

Παράγοντας CDI	Φύλο	M. O.	T. A.	N
Διάθεση-Συγκέντρωση	Αγόρια	-,18	,99	237
	Κορίτσια	,15	,95	253

Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνουν αποτελέσματα σε επίπεδο συσχέτισης, τα οποία υποδεικνύουν υψηλό βαθμό συσχέτισης μεταξύ βαθμολογιών σε επιμέρους παράγοντες της κάθε κλίμακας (βλ. Πίνακα 8).

Πίνακας 8. Συσχετίσεις μεταξύ βαθμολογιών σε επιμέρους παράγοντες της κάθε κλίμακας

	Διάθεση- Συγκέντρωση	Κοινωνικές Σχέσεις	Αυτοκριτικ ή	Αυτοεκτίμη ση	Σωματικά Ενοχλήματα (CDI)	Ανησυχία- Υπερευαι σθησία	Συγκέντρ.- Κοιν.Άγχος
Κοινωνικές Σχέσεις	,44 ,00 496						
Αυτοκριτική	,33 ,00 496	,27 ,00 496					
Αυτοεκτίμηση	,33 ,00 496	,31 ,00 496	,34 ,00 496				
Σωματικά ενοχλήματα	,28 ,00 496	,26 ,00 496	,14 ,00 496	,14 ,00 496			
Ανησυχία- Υπερευαισθησία	,62 ,00 496	,43 ,00 496	,35 ,00 496	,26 ,00 496	,29 ,00 496		
Συγκέντρωση- Κοινων. Άγχος	,49 ,00 496	,53 ,00 496	,30 ,00 496	,39 ,00 496	,23 ,00 496	,55 ,00 496	
Σωματικά ενοχλήματα (RCMAS)	,49 ,00 496	,40 ,00 496	,31 ,00 496	,21 ,00 496	,41 ,00 496	,60 ,00 496	,50 ,00 496

Συζήτηση

Όπως προαναφέρθηκε, στην παρούσα μελέτη το δείγμα που συμμετείχε ήταν αρκετά μεγάλο (491 μαθητές της Δ', Ε' και ΣΤ' τάξης), επιλέχθηκε τυχαία και η επιλογή των σχολείων πραγματοποιήθηκε με κριτήρια που αφορούν την αντιπροσώπευση αστικών, ημιαστικών, και αγροτικών περιοχών.

Η κλίμακα αυτό-αναφοράς που χρησιμοποιήθηκε (CDI) είναι συντομευμένη, αφού παραλήφθηκαν δέκα οκτώ (18) ερωτήσεις βάσει κριτηρίου συνάφειας με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας (item-total correlation $< .3$ στις μικρότερες τάξεις). Η ίδια η Kovacs (1992) σημειώνει ότι πιθανότατα η κλίμακα CDI θα πρέπει να αναθεωρηθεί και ένα σημαντικό βήμα προς αυτήν την κατεύθυνση θα μπορούσε να είναι η προσαρμογή της σε ένα μικρότερης έκτασης ερωτηματολόγιο, γεγονός που ενδεχομένως να οδηγούσε στην αύξηση της εγκυρότητας του CDI.

Στην παρούσα μορφή της η κλίμακα εμφάνισε δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's $\alpha = ,74$. Συνεπώς, μπορούμε να πούμε ότι το εργαλείο παρουσιάζει μέτρια αξιοπιστία. Το εύρημα αυτό συμφωνεί τους ισχυρισμούς των Ivarsson, Svalander και Litlere (2006), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η αξιοπιστία του CDI κυμαίνεται συνήθως σε μέτριες έως πολύ υψηλές τιμές (ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's $\alpha = ,71 - ,89$).

Όσον αφορά την παραγοντική ανάλυση της κλίμακας CDI, στην ερευνητική βιβλιογραφία εκφράζονται διάφορες απόψεις ως προς τον αριθμό και το είδος των παραγόντων που προκύπτουν. Προκειμένου να καταστεί κατανοητή αυτή η ποικιλία απόψεων και η έλλειψη ομοφωνίας, ακολούθως παρατίθενται ορισμένα σχετικά στοιχεία που προκύπτουν από τη μελέτη της ερευνητικής βιβλιογραφίας.

Αρκετοί ερευνητές (όπως οι Elgar & Arlett, 2002· Ivarsson, Svalander & Litlere, 2006) υποδεικνύουν την ύπαρξη πέντε (5) παραγόντων που λειτουργούν ως υποκλίμακες: Αρνητική Διάθεση (*Negative Mood*), Διαπροσωπικές Δυσκολίες (*Interpersonal Problems*), Αναποτελεσματικότητα (*Ineffectiveness*), Ανηδονία (*Ahnedonia*), Μειωμένη Αυτοεκτίμηση (*Negative Self-Esteem*).

Οι Craighead και συνεργάτες (1998) διεξήγαγαν έρευνα με δείγμα 1.777 παιδιών και υποστήριξαν την ύπαρξη των εξής πέντε παραγόντων: Εξωτερίκευση (*Externalizing*), Δυσφορία (*Dysphoria*), Υποβάθμιση του Εαυτού (*Self-Deprecation*), Σχολικά Προβλήματα (*School Problems*) και Κοινωνικά Προβλήματα (*Social Problems*).

Οι Saylor και συνεργάτες (1984) προτείνουν την ύπαρξη οκτώ (8) και επτά (7) παραγόντων, οι οποίοι συνολικά ερμηνεύουν το 5% της συνολικής διακύμανσης σε μη

κλινικό και κλινικό δείγμα, αντίστοιχα. Άλλοι ερευνητές (Weiss et al., 1991) μελέτησαν ένα δείγμα 515 παιδιών και υποστήριξαν την ύπαρξη πέντε (5) παραγόντων που έχουν ως εξής: Αρνητικό Συναίσθημα (λύπη, μοναξιά) με Σωματικά Προβλήματα [*Negative Affect (sad, lonely) with Somatic Concerns*], Προβλήματα Εξωτερίκευσης και Αρνητική Αυτο-εικόνα (*Externalizing Problems and Negative Self-Image*), Σχολικά Προβλήματα (*School Problems*), Αίσθηση ότι δεν τα αγαπάει κανείς (*Unloved*) και Αρνητικό Συναίσθημα-Ανησυχία (*Negative Affect-Upset*).

Οι Helsel και Matson (1984) αναγνώρισαν τέσσερις (4) παράγοντες που συνολικά ερμηνεύουν μεγάλο μέρος της συνολικής διακύμανσης, με τον πρωτογενή παράγοντα να σχετίζεται με αρνητικά συναισθήματα και τους υπόλοιπους να αναφέρονται στην αυτο-εικόνα, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την ενοχή / ευερεθιστότητα.

Στην παρούσα μελέτη, η παραγοντική ανάλυση με τη μέθοδο της ορθογωνοποίησης (*varimax*) κατέδειξε την ύπαρξη των εξής πέντε (5) παραγόντων που συνολικά ερμηνεύουν το 38% της συνολικής διακύμανσης των ατομικών τιμών στην κλίμακα CDI (βλ. Πίνακα 4): Παράγοντας I: *Διάθεση-Συγκέντρωση*: Περιλαμβάνει ερωτήσεις που αναφέρονται σε συναισθήματα λύπης, σε δυσκολία λήψης αποφάσεων και συγκέντρωσης στα μαθήματα του σχολείου.

Παράγοντας II: *Κοινωνικές Σχέσεις*: Αναφέρεται σε συναισθήματα και καταστάσεις μοναξιάς και έλλειψης φιλικών προσώπων, κ.λπ.

Παράγοντας III: *Αυτοκριτική*: Σχετίζεται με πεποιθήσεις αναφορικά με τα λάθη που το παιδί “καταλογίζει” στον εαυτό του.

Παράγοντας IV: *Αυτοεκτίμηση*: Περιλαμβάνει ερωτήσεις που αναφέρονται σε συναισθήματα και κρίσεις του παιδιού σχετικά με τους συνομηλίκους (ως προς την εμφάνιση και τις σχολικές επιδόσεις) και τις ικανότητές του.

Παράγοντας V: *Σωματικά Ενοχλήματα*: Αναφέρεται σε συμπτώματα που είναι πιθανό να εκδηλώνουν τα παιδιά όπως πονοκεφάλους και αϋπνίες.

Οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας για κάθε έναν από τους προαναφερθέντες παράγοντες βρέθηκαν σχετικά μικροί (αφού για τον Παράγοντα I ήταν ,61, για τον Παράγοντα II ήταν ,47, για τον Παράγοντα III βρέθηκε ,33, για τον Παράγοντα IV ,45, και για τον Παράγοντα V ήταν ,27), γεγονός το οποίο πιθανόν να οφείλεται στο μικρό αριθμό ερωτήσεων, από τον οποίο αποτελούνται κάποιοι από τους ανωτέρω παράγοντες.

Επίσης, στην παρούσα μελέτη εξετάστηκε η επίδραση της μεταβλητής Ομάδα Άγχους και φύλου στη διαμόρφωση των βαθμολογιών σε κάθε έναν από τους πέντε παράγοντες του CDI με τη χρήση Αναλύσεων Διακύμανσης δύο παραγόντων. Παρατηρήθηκε ότι, σε γενικές

γραμμές, δε σημειώθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο παραγόντων, αλλά βρέθηκε σημαντική επίδραση του παράγοντα Ομάδα Άγχους η οποία εξηγεί ποσοστό 6,4%-25% της συνολικής διακύμανσης των βαθμολογιών σε κάθε παράγοντα του CDI. Επίσης, οι Δείκτες κεντρικής τάσης για τις δύο ομάδες άγχους (οι οποίοι παρουσιάζονται στον Πίνακα 6) καθιστούν σαφές ότι η Ομάδα Υψηλού Άγχους παρουσιάζει μεγαλύτερο τυπικό βαθμό, άρα και μεγαλύτερη τάση αναφοράς συμπτωμάτων κατάθλιψης από την Ομάδα Χαμηλού Άγχους, όπως αρχικά υποθέσαμε. Παρομοίως, οι Cole και συνεργάτες (1998) σε έρευνά τους, βρήκαν ότι τα παιδιά με υψηλές βαθμολογίες στην κλίμακα RCMAS, ανέφεραν και υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών σημείων στην κλίμακα CDI. Αλλά και οι Saylor και συνεργάτες (1984) σημειώνουν ότι τα παιδιά με υψηλά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην κλίμακα CDI παρουσίασαν μεγαλύτερη τάση αναφοράς συμπτωμάτων άγχους στην κλίμακα Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS· Castaneda, McCandless & Palermo, 1956, όπως αναφέρεται στους Saylor et al., 1984).

Σύμφωνα με τους Seligman και Ollendick (1998) και τους van Lang και συνεργάτες (2006) εκτεταμένη βιβλιογραφία τεκμηριώνει την υψηλή συχνότητα συννοσηρότητας άγχους και κατάθλιψης στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό. Οι Saylor και συνεργάτες (1984) ισχυρίζονται ότι η κλίμακα CDI εκτιμά μια πολυδιάστατη εννοιολογική κατασκευή, η οποία επικαλύπτει και άλλες διαταραχές, όπως τις αγχώδεις.

Όπως προαναφέρθηκε (βλ. αποτελέσματα), στη μελέτη μας διαφάνηκε κύρια επίδραση της μεταβλητής Φύλο στον παράγοντα Διάθεση / Συγκέντρωση του CDI, η οποία εξηγείται από την ύπαρξη υψηλότερης αναφοράς σημείων χαμηλής διάθεσης από τα κορίτσια. Παρατηρείται, λοιπόν, το ενδιαφέρον εύρημα ότι τα αγόρια εμφανίζουν λιγότερα προβλήματα ως προς τη διάθεση και τη συγκέντρωσή τους, σε σύγκριση με τα κορίτσια.

Επίσης, τα δεδομένα που προκύπτουν επιβεβαιώνουν αποτελέσματα σε επίπεδο συσχέτισης τα οποία υποδεικνύουν σχετικά υψηλό βαθμό συσχέτισης μεταξύ βαθμολογιών (βλ. Πίνακα 8) σε επιμέρους παράγοντες της κάθε κλίμακας [όπως $r=,62$ μεταξύ Ανησυχίας - Υπερευαισθησίας (RCMAS) και Διάθεσης - Συγκέντρωσης (CDI), $r=,53$ μεταξύ Συγκέντρωσης-Κοινωνικού Άγχους (RCMAS) και Κοινωνικών Σχέσεων (CDI), και $r=,41$ μεταξύ Σωματικών Ενοχλημάτων (RCMAS) και Σωματικών Ενοχλημάτων (CDI)]. Σε έρευνα που πραγματοποίησε ο Hodges (1990) (στην οποία, πρέπει να σημειωθεί ότι, συμμετείχαν 70 παιδιά που ήταν εσωτερικοί ψυχιατρικοί ασθενείς) βρέθηκε ότι υπήρξε υψηλή συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων αυτο-αναφοράς RCMAS και CDI ($r = ,70$). Σύμφωνα με τους Clark και Watson (1991b) (στους Ruggiero et al., 1999), οι βαθμολογίες αυτο-αναφοράς του άγχους και της κατάθλιψης συσχετίζονται σε υψηλό επίπεδο μεταξύ

τους με συντελεστές που κυμαίνονται από ,45 έως ,75. Οι Seligman και Ollendick (1998), σημειώνουν ότι οι κλίμακες RCMAS και CDI διαθέτουν έξι (6) παρεμφερείς ερωτήσεις.

Δεδομένων των παραπάνω και του επαρκούς επιπέδου εσωτερικής αξιοπιστίας των δύο - συντομευμένων- κλιμάκων (για την CDI: Cronbach's $\alpha = ,74$ και για την RCMAS: Cronbach's $\alpha = ,87$), θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι πιθανόν να παρουσιάζουν σχετικά υψηλή συγκλίνουσα εγκυρότητα (*convergent validity*).

Οι Ollendick και συνεργάτες (2003) χορήγησαν τις κλίμακες CDI και RCMAS σε ένα δείγμα 510 παιδιών και εφήβων και παρατήρησαν ότι, παρόλο που αυτά τα εργαλεία φαίνεται να είναι χρήσιμα για την εκτίμηση των διαστάσεων του άγχους και της κατάθλιψης, οι μετρήσεις αλληλεπικαλύπτονται όσον αφορά συγκεκριμένες ερωτήσεις, με αποτέλεσμα να μην αποτελούν “αμιγείς” εκτιμήσεις των εννοιολογικών κατασκευών. Αυτή η δυσκολία διαφοροποίησης που γενικότερα παρατηρείται πιθανόν σχετίζεται με το γεγονός ότι τα παραδοσιακά εργαλεία που αξιοποιούνται για την αναγνώριση παιδιών και εφήβων με άγχος και κατάθλιψη στερούνται διακριτικής εγκυρότητας (Eason et al., 1985· Stark, Kaslow & Laurent, 1993). Επομένως, καθίσταται σαφές ότι το ζήτημα της φτωχής διακριτικής εγκυρότητας εδράζεται στις υψηλές συσχετίσεις βαθμολογιών (,50 έως ,70) ανάμεσα σε μετρήσεις κατάθλιψης και άγχους (Stark & Laurent, 2001).

Συχνά αναφέρεται ότι τα παιδιά που παρουσιάζουν ταυτόχρονα συμπτώματα Μείζονος Κατάθλιψης, αλλά και Αγχωδών Διαταραχών φαίνεται να εκδηλώνουν σοβαρότερα συμπτώματα (όπως υπερυπνία, ανησυχία, αυτοκτονικές τάσεις), σε σύγκριση με τα άτομα που παρουσιάζουν μόνο κατάθλιψη ή μονό Αγχώδεις Διαταραχές (Lydiard, 1991· Brady & Kendall, 1992· Seligman & Ollendick, 1998· Mergl et al., 2007). Βέβαια, η άποψη ότι δεν είναι δυνατό να ξεχωρίσουμε το άγχος από την κατάθλιψη συχνά βασίζεται σε ευρήματα ερευνών στις οποίες συμμετείχαν περισσότερο δείγματα φοιτητών ή διάφορων ψυχιατρικών ασθενών, παρά ομογενείς κλινικοί πληθυσμοί (Cox et al., 1993).

Μετά από μελέτη πάνω σε κλινικά και μη κλινικά δείγματα η Feldman (1993) διατείνεται ότι υπάρχουν ενδείξεις πως οι κλίμακες αυτο-αναφοράς κατάθλιψης και άγχους δεν εκτιμούν ξεχωριστές εννοιολογικές κατασκευές (δηλαδή κατάθλιψη και άγχος) και, συνεπώς, θα πρέπει να θεωρούνται ότι εκτιμούν την αρνητική διάθεση γενικότερα.

Αλλά και η έρευνα των van Lang και συνεργατών (2006) σε 2.230 παιδιά ηλικίας 10 έως 12 ετών που έλαβε χώρα στην Ολλανδία, έδειξε ότι δεν υφίστανται διακριτές ομάδες στο γενικό πληθυσμό που να παρουσιάζουν μόνο Αγχώδεις Διαταραχές ή μόνο κατάθλιψη.

Στο πλαίσιο του παραπάνω προβληματισμού που αναφέρεται στην υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ μετρήσεων κατάθλιψης και άγχους, αξίζει να αναφερθούμε στο Μοντέλο

των Τριών Παραγόντων (*Three-Factor / Tripartite Model*). Θα πρέπει στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι περίπου τα τελευταία δέκα χρόνια έχει σημειωθεί αυξημένο ενδιαφέρον της έρευνας που ασχολείται με το μοντέλο αυτό εστιάζοντας περισσότερο στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό (Turner & Barrett, 2003) και φαίνεται ότι αρκετές έρευνες έχουν αρχίσει να υποστηρίζουν εμπειρικά το εν λόγω μοντέλο όσον αφορά τα παιδιά και τους εφήβους (Cannon & Weems, 2006).

Θεμελιωτές αυτού υπήρξαν οι Clark & Watson (1991a, 1991b). Οι συγκεκριμένοι ερευνητές πρότειναν ότι οι υψηλές συσχετίσεις υφίστανται λόγω της ύπαρξης ενός κοινού, γενικού παράγοντα δυσφορίας, ονόματι Αρνητικό Συναίσθημα (*Negative Affectivity - NA*), ο οποίος χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη θλίψης, ανησυχίας, άγχους, αυτοκριτικής και αρνητικής αυτο-εικόνας. Το ίδιο μοντέλο υπαγορεύει την ύπαρξη άλλης μιας διάστασης, του ονομαζόμενου Θετικού Συναίσθηματος (*Positive Affectivity - PA*) που αντικατοπτρίζει το επίπεδο ευχάριστης εμπλοκής, εγρήγορσης και αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον, περικλείοντας στοιχεία όπως ευεξία, ενέργεια και κοινωνική επικράτηση (Clark, Steer & Beck, 1994). Ο τρίτος παράγοντας που προτείνεται είναι η Φυσιολογική Υπερδιέγερση (*Physiological Hyperarousal - PH*) και αναφέρεται σε συμπτώματα, όπως τη σωματική ένταση, τον πανικό, τη νευρικότητα, τον τρόμο, τη δυσκολία στην αναπνοή, την κεφαλαλγία και την ξηροστομία (Turner & Barret, 2003).

Σύμφωνα με πρόσφατη ανασκόπηση ερευνών των Anderson και Hope (*In Press*), οι Clark και Watson υποστηρίζουν ότι τα άτομα με συμπτώματα ή διάγνωση Καταθλιπτικής Διαταραχής τείνουν να εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα Φυσιολογικής Υπερδιέγερσης και Θετικού Συναίσθηματος (δηλαδή ανηδονία, κόπωση, νωθρότητα) και υψηλά επίπεδα Αρνητικού Συναίσθηματος. Αντίθετα, άτομα με Αγχώδεις Διαταραχές τείνουν να εκδηλώνουν υψηλά επίπεδα Φυσιολογικής Υπερδιέγερσης και υψηλό Αρνητικό Συναίσθημα (Lonigan, Phillips & Hooe, 2003· Kring, Persons & Thomas, 2007).

Από τα παραπάνω ερευνητικά στοιχεία προκύπτει ότι το άγχος και η κατάθλιψη ενδεχομένως θα μπορούσαν να διαφοροποιηθούν αποτελεσματικότερα με τη χρήση εργαλείων, τα οποία θα ελαχιστοποιήσουν τα συμπτώματα γενικής δυσφορίας (δηλαδή το Αρνητικό Συναίσθημα) και θα επικεντρωθούν αυστηρότερα στα συγκεκριμένα συμπτώματα της υπερδιέγερσης (Φυσιολογική Υπερδιέγερση) και της ανηδονίας (χαμηλού Θετικού Συναίσθηματος).

Τέλος, το σημείο στο οποίο οι απόψεις των ερευνητών φαίνεται να συγκλίνουν είναι ότι τόσο η κατάθλιψη, όσο και το άγχος θεωρούνται σοβαρότατα προβλήματα ψυχικής υγείας και πλέον υποστηρίζεται ευρέως από την επιστημονική κοινότητα ότι τα παιδιά που

αντιμετωπίζουν τέτοιες διαταραχές χρειάζονται ακριβή αξιολόγηση, θεραπεία και πρόληψη. (Crowley & Merrell, 2000).

Περιορισμοί

Τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν αποτελούν συντομευμένες εκδόσεις τόσο όσον αφορά την κλίμακα CDI, όσο και την κλίμακα RCMAS, αφού και στα δύο εργαλεία έχουν παραλειφθεί ερωτήσεις. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι η παρούσα μελέτη βασίζεται στην αυτο-αναφορά των παιδιών και δεν υπήρξαν άλλα, ανεξάρτητα δεδομένα προκειμένου να ελεγχθεί η διακριτική εγκυρότητα των πληροφοριών. Επίσης, η κλίμακα CDI δεν διαθέτει καθόλου ερωτήσεις ψεύδους, οι οποίες θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στο να εκτιμηθεί ο βαθμός στον οποίο τα ερωτώμενα παιδιά ήταν ειλικρινείς στις απαντήσεις τους.

Επιπλέον, πρέπει να σημειώσουμε ότι το δείγμα μας περιορίστηκε σε τρεις από τις έξι τάξεις του Δημοτικού Σχολείου. Ακόμη, σύμφωνα με τους Cole & Martin (2005), όταν τα μικρά παιδιά ερωτώνται για το πώς αισθάνονται κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες (όπως συμβαίνει με τις κλίμακες αυτο-αναφοράς CDI και RCMAS), αυτά τείνουν να παρέχουν πληροφορίες που αντανakλούν σε μεγαλύτερο βαθμό τα άμεσα βιώματά τους (τη στιγμή δηλαδή που ερωτώνται), και δε φαίνεται να είναι σε θέση να πραγματοποιούν περισσότερο πολύπλοκες και γενικευμένες δηλώσεις για τον εαυτό τους (όπως, για παράδειγμα, φαίνεται να ισχύει για τους εφήβους). Για την εδραίωση μιας πιο αξιόπιστης μέτρησης και την εξαγωγή ασφαλέστερων και σαφέστερων αποτελεσμάτων, ενδεχομένως να βοηθούσε ιδιαίτερα η αξιοποίηση μιας δομημένης (ή ημι-δομημένης) συνέντευξης.

Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Θεωρούμε ότι ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η μελέτη των αναπτυξιακών διαφορών σχετικά με τη φύση της κατάθλιψης και του άγχους υπό το πρίσμα διαχρονικής μορφής μελετών, γεγονός που θα συνέβαλλε στην πληρέστερη κατανόηση της χρονικής πορείας και εξέλιξης των διαταραχών αυτών, τους παράγοντες κινδύνου, αλλά και των θεραπευτικών παρεμβάσεων που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν στο πλαίσιό τους. Επιπρόσθετα, η μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να επικεντρωθεί στην αυτό-αναφορά άλλων μορφών αρνητικής διάθεσης (επί παραδείγματι στο θυμό) ή στην αυτοεκτίμηση και στη σχέση αυτών με την κατάθλιψη και το άγχος. Επίσης, ενδιαφέρουσα θα ήταν η μελέτη της επίδρασης της γονεϊκής στάσης και ψυχοπαθολογίας στην εμφάνιση Κατάθλιψης και Αγχωδών Διαταραχών σε παιδιά και σε εφήβους.

Τέλος, θεωρούμε πως είναι επιτακτική η ανάγκη το ενδιαφέρον της έρευνας να μετακινηθεί από την απλή περιγραφή της σχέσης που φαίνεται να υπάρχει μεταξύ κατάθλιψης και άγχους και να επικεντρωθεί σε μεγαλύτερο βαθμό στην επεξήγηση αυτής.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή, κύριο Παναγιώτη Σίμο, χωρίς την σπουδαία καθοδήγηση και υποστήριξη του οποίου η διεκπεραίωση της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας δεν θα ήταν εφικτή, τη Μαγδαληνή Φλουρή για τη σημαντικότερη συμβολή της, τόσο σε πρακτικό, όσο και σε ηθικό επίπεδο και, τέλος, όλα τα παιδιά που συμμετέχοντας στην ερευνητική διαδικασία συνέβαλλαν στην πραγματοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- 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.
- Aluja, A. & Blanch, A. (2002). The Children Depression Inventory as Predictor of social and scholastic Competence. *European Journal of Psychological Assessment*, 18, 259–274.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev.). Washington. DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., Primary Care Version). Washington. DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, E. R. & Hope, D. A. (*In Press*). A Review of the Tripartite Model for understanding the Link between Anxiety and Depression in Youth. *Clinical Psychology Review*, xx, xxx–xxx.
- Angold, A., Costello, E. J. & Erkanli, A. (1999) Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57– 87.
- Baker, K. (2006). Treatment and Management of Depression in Children. *Current Paediatrics*, 16, 478–483.
- Baldwin, D. S. & Birtwistle, J. (2002). *An Atlas of Depression*. New York: The Parthenon Publishing Group.

- Beard, K. (2003). Anxiety and Anxiety Disorders. In E. Thackery & M. Harris (Eds.), *The Gale Encyclopedia of Mental Disorders* (vol. 1) (pp.71-72). New York: Gale.
- Beghi, E., Allais, G., Cortelli, P., D'Amico, D., De Simone, R., d'Onofrio, F., Genco, S., Manzoni, G. C., Moschiano, F., Tonini, M. C., Torelli, P., Quartaroli, M., Roncolato, M., Salvi, S. & Bussone, G. (2007). Headache and Anxiety-Depressive Disorder Comorbidity: The HADAS Study. *Neurological Sciences*, 28, S217–S219.
- Biederman, J., Petty, C. R., Hirshfeld-Becker, D. R., Henin, A, Faraone, S. V., Fraire, M., Henry, B., McQuade, J. & Rosenbaum, J. F. (*In Press*). Developmental Trajectories of Anxiety Disorders in Offspring at high Risk for Panic Disorder and Major Depression. *Psychiatry Research*, xx, xxx–xxx.
- Block, J. & Gjerde, P. F. (1990). Depressive Symptoms in late Adolescence: A longitudinal Perspective on Personality Antecedents. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (pp. 334-360). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Brady, E. U. & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of Anxiety and Depression in Children and Adolescents. *Psychological Bulletin*, 111, 244-255.
- Brozina, K. & Abela, J. R. Z. (2006). Behavioural Inhibition, anxious Symptoms, and depressive Symptoms: A short-term prospective Examination of a Diathesis-Stress Model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1337–1346.
- Bylund, D. B. & Reed, A. L. (2007). Childhood and Adolescent Depression: Why do Children and Adults respond differently to Antidepressant Drugs? *Neurochemistry International*, 51, 246–253.
- Cannon, M. F. C. & 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.
- Cardemil, E. V., Reivich, K. J., Beevers, C. G., Seligman, M. E. P. & James, J. (2007). The Prevention of Depressive Symptoms in Low-Income, Minority Children: Two-year Follow-Up. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 313–327.
- 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 non-referred (control) Populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 755-761.

- Carlson, G. A. & Cantwell, D. P. (1980). Unmasking masked Depression in Children and Adolescents. *American Journal of Psychiatry*, *137*, 445-449.
- Castaneda, A., McCandless, B. R. & Palermo, D. S. (1956). The Children's Form of the Manifest Anxiety Scale. *Child Development*, *27*, 317-326.
- Charman, T. & Pervova, I. (2001). The Internal Structure of the Child Depression Inventory in Russian and UK Schoolchildren. *Journal of Youth and Adolescence*, *30*, 41-51.
- 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.
- Clark, D. A., Steer, R. A. & Beck, A. T. (1994). Common and specific Dimensions of Self-Reported Anxiety and Depression: Implication for the Cognitive and Tripartite Models. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 645-654.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1991a). Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 316-336.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1991b). Theoretical and empirical Issues in differentiating Depression from Anxiety. In J. Becker & A. Kleinman (Eds.), *Psychosocial Aspects of Depression* (pp, 39-65). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J. & Streuning, E. L. (1993). An epidemiological Study of Disorders in late Adolescence: I. Age and Gender-specific Prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *34*, 851-867.
- Cole, D. A., Martin, J. M., Powers, B. & Truglio, R. (1996). Modeling causal Relations between academic and social Competence and Depression: A multitrait-multimethod longitudinal Assessment of Children. *Journal of Abnormal Psychology*, *105*, 258-270.
- Cole, D. A., Peeke, L. G., Martin, G. M., Truglio, R. & Seroczynski, A. D. (1998). A longitudinal Look at the Relation between Depression and Anxiety in Children and Adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 451-460.
- 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.

- Colman, I., Ploubidis, G. B., Wadsworth, M. E. G., Jones, P. B. & Croudace, T. J. A. (*In Press*). Longitudinal Typology of Symptoms of Depression and Anxiety over the Life Course. *Biological Psychiatry*, *xx*, xxx-xxx.
- Comer, J. S. & Kendall, P. C. (2005). High-End Specificity of the Children's Depression Inventory in a Sample of Anxiety-Disordered Youth. *Depression and Anxiety*, *22*, 11-19.
- Compas, B. E., Oppedisano, G., Connor, J. K., Gerhardt, C. A., Hinden, B. R., Achenbach, T. M. & Hammen, C. (1997). Gender Differences in depressive Symptoms in Adolescence. Comparison of National Samples of clinically referred and nonreferred Youths. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 617-626.
- Cox, B. J., Swinson, R. P., Kuch, K. & Reichman, J. T. (1993). Self-Report Differentiation of Anxiety and Depression in an Anxiety Disorder Sample. *Psychological Assessment*, *5*, 484-486.
- Craighead, W. E., Craighead, L. W., Smucker, M. R. & Ilardi, S. S. (1998). Factor Analysis on the Children's Depression Inventory in a Community Sample. *Psychological Assessment*, *10*, 156-165.
- 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.
- Cytryn, L. & McKnew, D. H. (1974). Factors influencing the changing clinical Expression of the Depressive Process in Children. *American Journal of Psychiatry*, *131*, 879-881.
- Dineen, K. A. & Hadwin, J. A. (2004). Anxious and depressive Symptoms and Children's Judgements of their own and others' Interpretation of ambiguous social Scenarios. *Anxiety Disorders*, *18*, 499-513.
- Eason, L. J., Finch, A. J., Brasted, W., Saylor, C. F. (1985). The Assessment of Depression and Anxiety in hospitalised paediatric Patients. *Child Psychiatry and Human Development*, *16*, 57-64.
- Elgar, F. J. & Arlett, C. (2002). Perceived social Inadequacy and depressed Mood in Adolescence. *Journal of Adolescence*, *25*, 301-305.
- Fauber, R., Forehand, R., Long, N, Burke, M. & Faust, J. (1987). The Relationship in young Adolescent Children's Depression Inventory (CDI) Scores to their social and cognitive Functioning. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *9*, 161-172.

- 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.
- Flannery-Schroeder, E. C. (2006). Reducing Anxiety to prevent Depression. *American Journal of Preventive Medicine, 31*, S136-S142.
- Flett, G. L., Besser, A., Hewitt, P. L. & Davis, R. A. (2007). Perfectionism, Silencing the Self and Depression. *Personality and Individual Differences, 43*, 1211-1222.
- 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.
- Gamez, W., Watson, D. & Doebbeling, B. N. (2007). Abnormal Personality and the Mood and Anxiety Disorders: Implications for structural Models of Anxiety and Depression. *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 526-539.
- Garber, J. (2006). Depression in Children and Adolescents: Linking Risk Research and Prevention. *American Journal of Preventive Medicine, 31*, S104-S125.
- Gleason, M. M. & Zeanah, C. H. (2006). Psychopathology in Early Childhood. In R. T. Ammerman. *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology: Child Psychopathology* (vol. 3) (pp. 85-99). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Goodyer, I. M. & Cooper, P. (1993). A Community Study of Depression in Adolescent Girls: The clinical Features of identified Disorders. *British Journal of Psychiatry, 163*, 374-380.
- Goodyer, I. M., Herbert, J., Tamplin, A. & Altham, P. M. E (2000). Recent Life Events, Cortisol, Dehydroepiandrosterone and the Onset of Major Depression in High-Risk Adolescents. *British Journal of Psychiatry, 177*, 499-504.
- Hawker, D. S. & Boulton, M. J. (2000). Twenty Years' Research on Peer Victimization and psychosocial Adjustment: A meta-analytic Review of cross-sectional Studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied Disciplines, 41*, 441-455.
- Hecht, D. B., Inderbitzen, H. M. & Bukowski, A. L. (1998). The Relationship between Peer Status and Depressive Symptoms in Children and Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 26*, 153-160.
- Helsel, W. J. & Matson, J. L. (1984). The Assessment of Depression in Children: The Internal Structure of the Child Depression Inventory (CDI). *Behaviour Research and Therapy, 22*, 289-298.
- Hildyard, K. & Wolfe, D. (2007). Cognitive Processes associated with Child Neglect. *Child Abuse & Neglect, 31*, 895-907.

- Hodges, K. (1990). Depression and Anxiety in Children: A Comparison of Self-Report Questionnaires to Clinical Interview. *Psychological Assessment, 2*, 376-381.
- Honjo, S., Sasaki, Y., Kaneko, H., Tachibana, K., Murase, S., Ishii, T., Nishide, Y. & Nishide, T. (2003). Study on Feelings of School Avoidance, Depression, and Character Tendencies among General Junior High and High School Students. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 57*, 464-471.
- Ivarsson, T., Svalander, P., Litlere, O. (2006). The Children's Depression Inventory (CDI) as a measure of Depression in Swedish Adolescents. A normative Study. *Nordic Journal of Psychiatry, 60*, 220-226.
- Ivarsson, T., Svalander, P., Litlere, O. & Nevenon, L. (2006). Weight Concerns, Body Image, Depression and Anxiety in Swedish Adolescents. *Eating Behaviors, 7*, 161-175.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2005). *Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων: Αναπτυξιακή Προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός.
- Karlsson, L., Pelkonen, M., Ruutu, T., Kiviruusu, O., Heilä, H. Holli, M., Kettunen, K., Tuisku, V., Tuulio-Henriksson, A., Törrönen, M. & Marttunen, J. (2006). Current Comorbidity among consecutive Adolescent psychiatric Outpatients with DSM-IV Mood Disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry, 15*, 220–231.
- Kashani, J. H. & Carlson, G. A. (1987). Seriously depressed Preschoolers. *American Journal of Psychiatry, 144*, 348-350.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S. & Merikangas, K. R. (2001). Mood Disorders in Children and Adolescents: An Epidemiologic Perspective. *Society of Biological Psychiatry, 49*, 1002–1014.
- Keenan-Miller, D., Hammen, C. L. & Brennan, P. A. (2007). Health Outcomes Related to Early Adolescent Depression. *Journal of Adolescent Health, 41*, 256–262.
- 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.
- Kindermann, S. S. & Brown, G. G. (1997). Depression and Memory in the Elderly: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 19*, 625-624.
- Kizilbash, A. H., Vanderploeg, R. D. & Curtiss, G. (2002). The Effects of Depression and Anxiety on Memory Performance. *Archives of Clinical Neuropsychology, 19*, 57-67.

- Klein, D. F. (2001). Introduction. In E. J. L. Griez, C. Faravelli, D. Nutt, J. Zohar (Eds.), *Anxiety Disorders: An Introduction to Clinical Management and Research* (pp.15-22). Chichester: John Wiley & Sons, LTD.
- 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 (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-998.
- Kovacs, M. (1992). *The Children's Depression Inventory, CDI, Manual*. Ontario: Multi-Health Systems Inc.
- Kovacs, M., Obrosky, D. S., & Sherrill, J. (2003). Developmental Changes in the Phenomenology of Depression in Girls compared to Boys from Childhood onward. *Journal of Affective Disorders*, 74, 33-48.
- Kresanov, K., Tuominen, J., Piha, J. & Almqvist, F. (1998). Validity of Child psychiatric clinic Methods. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 85-95.
- 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.
- Langley, A. K., Bergman, R. L. & Piacentini, J. C. (2002). Assessment of Childhood Anxiety. *International Review of Psychiatry*, 14, 102-113.
- Lee, L., Harkness, K. L., Sabbagh, M. A. & Jacobson, J. A (2005). Mental State Decoding Abilities in Clinical Depression. *Journal of Affective Disorders*, 86, 247-258.
- Lester-Παπαματθαϊάκη, Ε. (2001). Η Κατάθλιψη Παιδιών και Εφήβων-Αυτοκτονία. Στους Γ. Τσιάντη & Σ. Μανωλόπουλο (Επιμ.), *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής* (σελ. 235-249). Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Lewinsohn, P. M., Pettit, J. W., Joiner, T. E., & Seeley, J. R. (2003). The symptomatic Expression of Major depressive Disorder in Adolescents and young Adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 244-252.
- Lonigan, C. J., Philips, 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
- Luby, J. L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Brown, K. M., Hessler, M. J. Wallis, J. M & Spitznagel, E. L. (2003). The Clinical Picture of Depression in Preschool Children.

- Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 340–348.
- Lydiard, R. B. (1991). Coexisting Depression and Anxiety, special diagnostic and Treatment Issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 48–54.
- Matthey, S. & Petrovski, P. (2002). The Children's Depression Inventory: Error in Cutoff Scores for Screening Purposes. *Psychological Assessment*, 14, 146-149.
- McLeod, B. D., Weisz, J. R. & Wood, J. J. (*In Press*). Examining the Association between Parenting and Childhood Depression: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, xx, xxx–xxx.
- Merrell, K. W., Crowley, S. L. & Walters, A. S. (1997). Development and Factor Structure of a Self-Report Measure for assessing internalizing Symptoms of Elementary-Age Children. *Psychology in the Schools*, 34, 197-210.
- Mergl, R. M., Seidscheck, I., Allgaier, A.-K., Möller, H.-J., Hegerl, U. & Henkel, V. (2007). Depressive, Anxiety and Somatoform Disorders in Primary Care: Prevalence and Recognition. *Depression and Anxiety*, 24, 185–195.
- Mullins, L. L., Siegel, L. J. & Hodges, K. (1985). Cognitive Problem-Solving and Life Event Correlates of depressive Symptoms in Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 305-314.
- Muris, P., Meesters, C. van Melick, M. & Zwambag, L. (2001a). Self-reported Attachment Style, Attachment Quality, and Symptoms of Anxiety and Depression in young Adolescents. *Personality and Individual Differences*, 30, 809-818.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., Gadet, B. & Bogie, N. (2001b). Anxiety and Depression as Correlates of self-reported behavioural Inhibition in normal Adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1051–1061.
- Muris, P. (2002). Relationships between Self-Efficacy and Symptoms of Anxiety Disorders and Depression in a normal Adolescent Sample. *Personality and Individual Differences*, 32, 337–348.
- Muris, P. & van der Heiden, S. (2006). Anxiety, Depression, and Judgments about the Probability of future negative and positive Events in Children. *Anxiety Disorders*, 20, 252-261.
- O'Jile, J. R., Schrimsher, G. W. & O'Bryant, S. E. (2005). The Relation of Self-Report of Mood and Anxiety to CVLT-C, CVLT and CVLT-2 in a Psychiatric Sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 547-553.

- Ollendick, T. H., Seligman, L. D., Goza, A. B., Byrd, D. A. & Singh, K. (2003). Anxiety and Depression in Children and Adolescents: Factor-Analytic Examination of the Tripartite Model. *Journal of Child and Family Studies*, 12, 157-170.
- Oster, G. D. & Montgomery, S. S. (1995). *Helping our Depressed Teenager: A Guide for Parents and Caregivers*. New York: Wiley.
- 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.
- Politano, P. M., Nelson, W. M., Evans, H. E., Sorenson, S. B. & Zeman, D. J. (1986). Factor Analytic Evaluation of Differences between Black and Caucasian emotionally disturbed children on the Children's Depression Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 8, 1-7.
- Pollack, M. H. (2005). Comorbid Anxiety and Depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 22-29.
- 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.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1985). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Rockhill, C. M., Fan, M.-Y., Katon, W. J., McCauley, E., Crick, N. R. & Pleck, J. H. (2007). Friendship Interactions in Children with and without Depressive Symptoms: Observation of Emotion during Game-Playing Interactions and Post-Game Evaluations. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 429-441.
- Rueter, M. A., Scaramella, L., Wallace, L. E. & Conger, R. D. (1999). First Onset of Depressive or Anxiety Disorders predicted by the Longitudinal Course of Internalizing Symptoms and Parent-Adolescent Disagreements. *Archives of General Psychiatry*, 56, 726-732.
- Ruggiero, K. J., Beidel, D. C., Scotti, J. R. & McLeer, S. V. (1999). Discriminant Validity of Self-Reported Anxiety and Depression in Children: Generalizability to Clinic-Referred and ethnically diverse populations. *Assessment*, 3, 259-267.
- Runkewitz, K., Kirchmann, H. & Strauss, B. (2006). Anxiety and Depression in Primary Care Patients: Predictors of Symptom Severity and developmental Correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 445-453.

- Ryan, N. D. (2001). Diagnosing Pediatric Depression. *Society of Biological Psychiatry*, 49, 1050–1054.
- Sacco, W. P. & Graves, D. J. (1984). Childhood Depression, Interpersonal Problem-Solving and Self-Ratings of Performance. *Journal of Clinical Child psychology*, 13, 10-15.
- Saylor, C. F., Finch, A. J., Spirito, A. & Bennet, 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.
- Sher, L., Oquendo, M. A. & Mann, J. J. (2001). Risk of Suicide in Mood Disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 1, 337–344.
- Sims, B. E., Nottelmann, E., Koretz, D. & Pearson, J. (2007). Prevention of Depression in Children and Adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 32, 451-455.
- 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.
- Smucker, M. R., Craighead, W. E., Craighead, L. W. & Green, B. J. (1986). Normative and Reliability Data for the Children's Depression Inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 25-39.
- Spence, S. H. (1998). A Measure of Anxiety Symptoms among Children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.
- 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. Racangi (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. (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.
- Storch, E. A., Milsom, V. A., DeBraganza, N., Lewin, A. B., Geffken, G. R. & Silverstein, J. H. (2007). Peer Victimization, Psychosocial Adjustment and Physical Activity in

- Overweight and At-Risk-For-Overweight Youth. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 80-89.
- 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.
- The British Psychological Society (2005). *Depression in Children and Young People: Identification and Management in Primary, Community and Secondary Care*. Northamptonshire: Stanley L. Hunt Printers Ltd.
- Turgeon, L. & Chartrand, E. (2003). Reliability and Validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in a French Canadian sample. *Psychological Assessment*, 15, 378- 383.
- Turner, C. & Barret, 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 Lang, 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.
- van Lang, N. D. J., Ferdinand, R. F. & Verhulst, F. C. (2007). Predictors of Future Depression in early and late Adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 97, 137–144.
- 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., 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.
- Weiss, B. & Weisz, J. R. (1988). Factor Structure of Self-Reported Depression: Clinic-Referred Children versus Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 492-495.

- 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: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 38-45.
- Wendel, N. H., Nelson, W. M., Politano, P. M., Mayhall, C. A. & Finch, Jr., A. J. (1988). Differentiating Inpatient clinically-diagnosed and normal Children using the Children's Depression Inventory. *Child Psychiatry and Human Development*, 19, 98-108.
- Worchel, F.F., Hughes, J. N., Hall, B. M., Standon, S. B., Standon, H. & Little, V. Z. (1990). Evaluation of Subclinical Depression in Children using Self-, Peer-, and Teacher-Report Measures. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 271-282.
- 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.