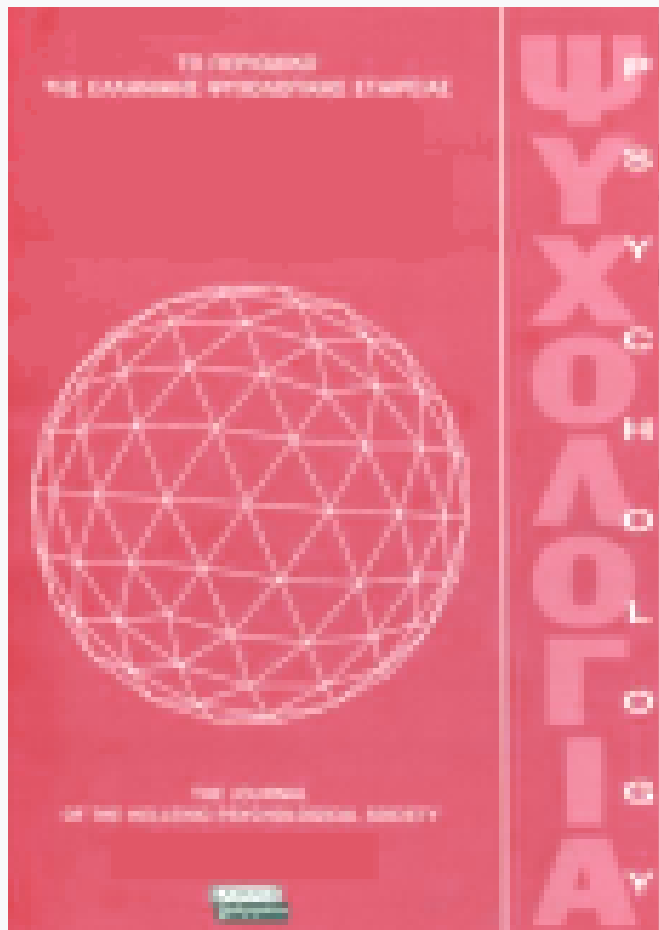


Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 7, No 1 (2000)



Cognitive specificity of depression and anxiety: Methodological issues and research findings

Γιώργος Κλεφτάρας

doi: [10.12681/psy_hps.24253](https://doi.org/10.12681/psy_hps.24253)

Copyright © 2020, Γιώργος Κλεφτάρας



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

To cite this article:

Κλεφτάρας Γ. (2020). Cognitive specificity of depression and anxiety: Methodological issues and research findings. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 7(1), 46–62. https://doi.org/10.12681/psy_hps.24253

Γνωστική ιδιαιτερότητα κατάθλιψης και άγχους: Μεθοδολογικά θέματα και ερευνητικά δεδομένα

ΓΙΩΡΓΟΣ ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ
Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ένας αυξανόμενος αριθμός ερευνών θέτει σε αμφισβήτηση τη διαφορετικότητα της κατάθλιψης και του άγχους και δείχνει από τη μια ότι οι δύο αυτές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις αποτελούν διαταραχές με υψηλή μεταξύ τους συνάφεια και από την άλλη ότι πολλοί από τους γνωστικούς μηχανισμούς που τις χαρακτηρίζουν είναι έντονα όμοιοι. Έτσι, παρά το γεγονός ότι οι έρευνες που αφορούν το άγχος και την κατάθλιψη ξεχωριστά είναι πολυάριθμες, υπάρχει εντούτοις μια γενικότερη σύγχυση σχετικά με τις γνωστικές μεταβλητές που διαφοροποιούν την καθεμιά απ' αυτές. Γίνεται, λοιπόν, όλο και πιο ξεκάθαρο ότι η μελέτη της γνωστικής ιδιαιτερότητας αυτών των ψυχοπαθολογικών καταστάσεων απαιτεί μια συγκριτική μεθοδολογική προσέγγιση όπου και οι δύο αυτές διαταραχές θα διαχωρίζονται μέσα στην ίδια έρευνα. Στα πλαίσια αυτού του άρθρου παρουσιάζονται τα συμπεράσματα των περιορισμένων σχετικά ερευνών που ακολουθούν μια τέτοια προσέγγιση στη διερεύνηση των γνωστικών ιδιαιτεροτήτων του άγχους και της κατάθλιψης. Αναλυτικότερα, οι έρευνες αυτές επικεντρώνονται κυρίως στο "γνωστικό περιεχόμενο", στο "κέντρο ελέγχου", στην "απόδοση αιτιών" και στην "πρόσληψη-επεξεργασία πληροφοριών". Στη συνέχεια συζητιούνται μερικές βασικές επιπτώσεις αυτών των ερευνητικών δεδομένων καθώς και μεθοδολογικές ιδιαιτερότητες και αδυναμίες σε αυτό το χώρο έρευνας και προτείνονται τρόποι αντιμετώπισής τους. Συγκεκριμένα, η συζήτηση εντοπίζεται κυρίως στο γενικό παράγοντα δυσφορίας (ψυχοπαθολογίας), στις μεθόδους αξιολόγησης, στη χρονobiολογία της κατάθλιψης και του άγχους, στις ομάδες ελέγχου και, τέλος, στις συγκρίσεις πολλών ομάδων και συνδυασμού τους.

Λέξεις κλειδιά: Άγχος, Γνωστική ιδιαιτερότητα, Κατάθλιψη.

Εισαγωγή

Συνομορφότητα κατάθλιψης και άγχους

Παρά το γεγονός ότι το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν πολύ συχνές ψυχικές καταστάσεις, που χωρίς αμφιβολία κάθε άνθρωπος έχει βιώσει κάποια στιγμή της ζωής του, εντούτοις ο ορισμός τους δεν είναι εύκολος και δεν υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των ειδικών σχετικά με τη φύση τους. Ένας από τους κυριότερους λόγους

αυτής της δυσκολίας βρίσκεται στο γεγονός ότι και οι δύο αυτές έννοιες χρησιμοποιούνται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων, που μπορεί να είναι είτε φυσιολογικές είτε παθολογικές. Σε γενικές γραμμές, πάντως, η κατάθλιψη θα μπορούσε να οριστεί ως μια κατάσταση παθολογικής θλίψης, που χαρακτηρίζεται από μια "άτονη" και "χωρίς χρώμα" διάθεση και η οποία συνοδεύεται από απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης, σημαντική μείωση του αισθηματός προσωπικής αξίας, και από την επώδυνη

Σημείωση: Το άρθρο αυτό αποτελεί μέρος της εισήγησης που παρουσιάστηκε στο Επιστημονικό Συμπόσιο:

"Μεθοδολογικά Θέματα Έρευνας στη Σύγχρονη Ψυχολογία", Ρέθυμνο, 11-13 Οκτωβρίου 1996.

Διεύθυνση: Γιώργος Κλεφτάρας, Γεωργίου Σεφέρη 10, Άλιμος, 174 56 Αθήνα. Τηλ.: 01-9882075 και 01-9885026

συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών (Gotlib & Hammen, 1992. Williams, 1997. Για περισσότερα στοιχεία σχετικά με την κατάθλιψη βλ. Κλεφτάρας, 1998).

Το άγχος, από την άλλη μεριά, θα μπορούσε να οριστεί ως η δυσάρεστη εκείνη ψυχολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από υπερβολική ανησυχία, ένταση, φόβο ή και τρόμο, και που συνοδεύεται από διέγερση του συμπαθητικού συστήματος λόγω της αίσθησης του επερχόμενου κινδύνου που διακατέχει το άτομο και του οποίου η πηγή είναι κατά κύριο λόγο άγνωστη ή αντικειμενικά παρουσιάζει ελάχιστο ή και κανένα κίνδυνο (Fontana, 1993. Μάνος, 1997). Λόγω της δυσκολίας που παρουσιάζει ο ορισμός τους, τόσο η κατάθλιψη όσο και το άγχος ορίζονται, κατά κύριο λόγο, μέσα από τις ψυχολογικές, συμπεριφορικές, γνωστικές και βιολογικές εκδηλώσεις τους. Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας και οι δύο αυτές διαταραχές γίνονται αντιληπτές όπως ορίζονται, περιγράφονται και ταξινομούνται από το "Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών" της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994) στο οποίο και παραπέμπουμε τον αναγνώστη για περισσότερες πληροφορίες.

Η μελέτη των διαταραχών του άγχους και της κατάθλιψης καταλαμβάνει έναν κεντρικό ρόλο στην κλινική ψυχολογία. Ένα συχνό και δυσεπίλυτο πρόβλημα που χαρακτηρίζει τις δύο αυτές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις είναι το φαινόμενο της συννοσηρότητάς τους ή με άλλα λόγια της συχνής συνύπαρξής τους (Alloy, Kelly, Mineka, & Clements, 1990. Ραμπαβίλας, 1996). Οι συμπτωματολογίες τόσο του άγχους όσο και της κατάθλιψης παρουσιάζουν σημαντική αλληλοεπικάλυψη, και άτομα που έχουν τη μία από τις δύο διαγνώσεις συχνά ικανοποιούν και τα διαγνωστικά κριτήρια της άλλης είτε ταυτόχρονα είτε σε διαφορετικές περιόδους της ζωής τους. Ενδεικτικά, εάν συγκρίνουμε τα διαγνωστικά κριτήρια του Μείζονος Καταθλιπτικού Επει-

σοδίου και της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής, σύμφωνα με το DSM-IV, θα δούμε ότι από τα έντεκα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν την κατάθλιψη μόνο τα έξι (καταθλιπτική διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης, διαταραχή όρεξης/βάρους, ψυχοκινητική επιβράδυνση, αισθήματα αναξιοτήτας/ενοχής, και σκέψεις θανάτου) είναι ιδιαίτερα αυτής της διαταραχής. Τα υπόλοιπα πέντε συμπτώματα (ευερέθιστη διάθεση, διαταραχή του ύπνου, ψυχοκινητική διέγερση, κόπωση/απώλεια ενέργειας, και ελαττωμένη ικανότητα συγκέντρωσης) αποτελούν διαγνωστικά κριτήρια και για τη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή. Επιπλέον η μειωμένη όρεξη που συνήθως χαρακτηρίζει την κατάθλιψη φαίνεται να συνδυάζεται με τα προβλήματα στο στομάχι ("ανακάτεμα") που συχνά χαρακτηρίζουν το άγχος.

Σε γνωστικό επίπεδο, τέλος, τόσο το άγχος όσο και η κατάθλιψη χαρακτηρίζονται από δυσλειτουργικές γνωστικές διαδικασίες (Clark, 1997. Clark & Beck, 1989. Gotlib & Hammen, 1992. Mathews, 1997. Wells & Butler, 1997. Williams, 1997). Έτσι και οι δύο αυτές διαταραχές περιλαμβάνουν αρνητικές αυτόματες σκέψεις, δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και πιστεύω, υψηλή εσωτερική επικέντρωση προσοχής και μια αρνητική άποψη εαυτού. Επίσης τα άτομα που υποφέρουν από άγχος και κατάθλιψη τείνουν να έχουν άκαμπτα και συγκεκριμένα γνωστικά σχήματα, να παρερμηνεύουν γεγονότα στο περιβάλλον τους και να παρουσιάζουν μια προκατειλημμένη και αρνητική πρόσληψη/επεξεργασία πληροφοριών τόσο στην κωδικοποίηση του εισερχόμενου υλικού όσο και στην ανάκληση της αποθηκευμένης πληροφορίας.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι μιά σειρά ερευνών έχει επανειλημμένα δείξει ότι το άγχος και η κατάθλιψη συνδέονται στενά (π.χ., Gurley, Cohen, Pine, & Brook, 1996. McGrath & Ratliff, 1993). Τόσο οι έρευνες που βασίζονται σε κλίμακες αυτοεκτίμησης όσο και αυτές που χρησιμοποιούν κλίμακες κλινικής εκτίμησης του άγχους και της κατάθλιψης καταλήγουν σε δείκτες συνάφειας που σε γενικές

γραμμές κυμαίνονται μεταξύ .50 και .89 και αυτό σε διαφορετικούς πληθυσμούς όσον αφορά το φύλο, την ηλικία, το πλαίσιο και τη σοβαρότητα της κατάστασης (π.χ., Blumberg & Izard, 1986. Deluty, Deluty, & Carver, 1986. Endler & Parker, 1990. Endicott, Cohen, Nee, Fleiss, & Sarantakos, 1981. Rawson, 1992. Tanaka-Matsumi & Kameoka, 1986. Zurawski & Smith, 1987). Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι τα άτομα που ανήκουν στις δύο αυτές διαγνωστικές ομάδες τείνουν να αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, παρουσιάζουν παρόμοιες ενδοκρινείς ενδείξεις και έχουν οικογενειακά ιστορικά τόσο καταθλιπτικής όσο και αγχώδους διαταραχής (Fyer, Liebowitz, & Klein, 1990. Heninger, 1990. Merikangas, 1990. Ραμπάβιλας, 1996. Weissman, 1990).

Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες (Barlow, 1988. Brawman-Mintzer, Lydiard, Emanuel, Payeur, Johnson, Roberts, Jarrell, & Ballenger, 1993. Clark, Beck, & Beck, 1994. Gotlib & Cane, 1989. Grunhaus, Pande, Brown, & Greden, 1994) η μείζων κατάθλιψη φαίνεται να έχει υψηλή συννοσηρότητα με την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και τη διαταραχή πανικού. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τον Barlow (1988) το 35% των ατόμων με διαταραχή πανικού, το 39% των ατόμων με αγοραφοβία και το 17% αυτών που υποφέρουν από γενικευμένη αγχώδη διαταραχή έχουν παράλληλα μείζονα κατάθλιψη ή δυσθυμία.

Μονομερείς μελέτες κατάθλιψης ή άγχους

Παρά το γεγονός της συχνής συνύπαρξης των δύο αυτών διαταραχών σε σχετικά υψηλά ποσοστά, η συντριπτική πλειοψηφία των κλινικών ερευνών εξετάζουν ξεχωριστά είτε την κατάθλιψη είτε το άγχος χωρίς να αναφέρονται επαρκώς στις υπάρχουσες ενδεχόμενα σχέσεις μεταξύ των δύο αυτών διαταραχών. Όπως είδαμε όμως και προηγουμένως, ένας αυξανόμενος αριθμός ερευνών (π.χ., Clark, Beck, & Stewart,

1990. Gotlib & Hammen, 1992. McGrath & Ratliff, 1993) θέτει σε αμφισβήτηση την πλήρη ανεξαρτησία των δύο αυτών ψυχοπαθολογικών καταστάσεων και δείχνει από τη μια ότι η κατάθλιψη και το άγχος έχουν μια σχετικά υψηλή μεταξύ τους συνάφεια και από την άλλη ότι πολλοί από τους γνωστικούς μηχανισμούς που παρατηρούνται στα πλαίσια της καθεμιάς απ' αυτές τις διαταραχές είναι εκπληκτικά όμοιοι.

Αν και ο αριθμός των ερευνών σε γνωστικό-συμπεριφορικό επίπεδο σχετικά με τις διαταραχές της κατάθλιψης και του άγχους είναι μεγάλος, εντούτοις υπάρχει σύγχυση όσον αφορά τη γνωστική ιδιαιτερότητα της καθεμιάς απ' αυτές. Ενώ, λοιπόν, διάφορα θεωρητικά μοντέλα υποστηρίζουν ότι συγκεκριμένες διαδικασίες χαρακτηρίζουν μια διαταραχή, σπάνια αναφέρουν ότι αυτές οι διαδικασίες δεν χαρακτηρίζουν άλλες διαταραχές. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τους Pysczynski και Greenberg (1987) η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι το άτομο επικεντρώνει την προσοχή του κατά κύριο λόγο εσωτερικά, στον εαυτό του και όχι εξωτερικά στο περιβάλλον του. Κατά τον ίδιο τρόπο όμως αρκετά μοντέλα για το άγχος, αν και συχνά χρησιμοποιούν διαφορετική ορολογία, τονίζουν επίσης τη σημαντικότητα αυτής της εσωτερικής επικέντρωσης των ατόμων που υποφέρουν από άγχος (Sarason, 1986. Wine, 1982).

Τα πράγματα βέβαια γίνονται ακόμα πιο πολύπλοκα αν λάβουμε υπόψη ότι υπάρχουν ενδείξεις ότι αυτός ο ίδιος μηχανισμός χαρακτηρίζει όχι μόνο την κατάθλιψη και το άγχος, αλλά επίσης και άλλες διαταραχές. Προς την ίδια κατεύθυνση η έρευνα των Clark, Beck, και Stewart (1990) που έγινε σε 700 περίπου άτομα κατέληξε σε ένα μοναδικό κύριο παράγοντα τόσο στις αναλύσεις που βασίστηκαν σε κλίμακες αυτοεκτίμησης όσο και σε αυτές στις οποίες έγινε κλινική εκτίμηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και του άγχους. Η ύπαρξη ενός μοναδικού γενικού παράγοντα συμφωνεί και με τα δεδομένα άλλων ερευνών που επίσης καταλήγουν σε ένα γενικό παράγοντα Ψυχοπαθολογίας, που μερικοί ονομάζουν "Αρνητική Συναισθηματικότητα

τα" και που φαίνεται να συσχετίζεται τόσο με συμπτώματα άγχους όσο και με συμπτώματα κατάθλιψης (π.χ., Jolly, Dyck, Kramer, & Wherry, 1994. Tarlow & Haaga, 1996). Η ύπαρξη του γενικού αυτού παράγοντα μπορεί να οφείλεται ενδεχομένως στο γεγονός ότι τα δείγματα των καταθλιπτικών που επιλέγησαν ίσως να χαρακτηρίζονταν επίσης και από συμπτώματα άγχους ή από ένα αδιαφοροποίητο υπόστρωμα ψυχοπαθολογίας.

Ένα τριμερές μοντέλο κατάθλιψης και άγχους

Με βάση αυτό το σκεπτικό και δεδομένης της συχνής συννοσηρότητας του άγχους και της κατάθλιψης, αλλά και της σημαντικής αλληλοεπικάλυψης των συμπτωμάτων τους οι Clark και Watson (1991) πρότειναν ένα τριμερές μοντέλο κατάθλιψης και άγχους. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο τα συμπτώματα χωρίζονται σε τρεις ομάδες: α) συμπτώματα γενικής δυσφορίας και ψυχοπαθολογίας, που είναι στο μεγάλο μέρος τους αδιαφοροποίητα, β) εκδηλώσεις ανηδονίας και χαμηλού θετικού συναισθήματος, που είναι ειδικά της κατάθλιψης και γ) συμπτώματα σωματικής διέγερσης, που είναι κατά κύριο λόγο ιδιαίτερα του άγχους.

Οι παραγοντικές αναλύσεις ενισχύουν αυτό το μοντέλο και καταλήγουν σε παράγοντες που αντιστοιχούν σε γενικές γραμμές στις τρεις ομάδες των συμπτωμάτων που περιγράφηκαν παραπάνω (Clark & Watson, 1991. Steer, Clark, Beck, & Ranieri, 1995). Επιπλέον και άλλες έρευνες στο χώρο αυτό φαίνεται να επιβεβαιώνουν τη χρησιμότητα αυτού του μοντέλου και δείχνουν ότι οι μεικτές ομάδες ατόμων που παρουσιάζουν ταυτόχρονα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους είναι οι πιο δυσλειτουργικές σε γνωστικό επίπεδο και αυτές που εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο ψυχικής διαταραχής (Bruch, Mattia, Heimberg, & Holt, 1993. Clark et al., 1990).

Μεθοδολογικές δυσκολίες στη γνωστική διαφοροποίηση κατάθλιψης και άγχους

Όπως θα δούμε και στη συνέχεια, οι έρευνες συνεχίζονται για την ανεύρεση των γνωστικών διαφορών μεταξύ άγχους και κατάθλιψης έστω και αν αυτό δεν είναι και τόσο απλό. Ο καθορισμός των γνωστικών αυτών διαφορών τόσο σε θεωρητικό όσο και σε εμπειρικό επίπεδο δεν αποτελεί απλά αντικείμενο επιστημονικής περιέργειας. Αυτές οι διαφορές έχουν σημαντικές και άμεσες θεωρητικές, μεθοδολογικές, εμπειρικές, αξιολογικές και θεραπευτικές επιπτώσεις. Μεθοδολογικά όμως υπάρχουν δυσκολίες στον καθορισμό των μεταβλητών που χαρακτηρίζουν και διαφοροποιούν την κατάθλιψη από το άγχος. Παρά το γεγονός ότι είναι πολλές οι έρευνες που μελετούν τις γνωστικές διαδικασίες σε καθεμιά από αυτές τις διαταραχές, στην πλειοψηφία τους δε λαμβάνουν υπόψη τη συνάφεια μεταξύ κατάθλιψης και άγχους. Επιπλέον οι ερευνητές βρίσκουν αρκετά δύσκολη τη δημιουργία "καθαρών" ομάδων καταθλιπτικών ατόμων που δεν παρουσιάζουν ταυτόχρονα και άγχος και αντίθετα (π.χ., Ingram, Kendall, Smith, Donnell, & Ronan, 1987). Συνεπώς με μερικές μόνο εξαιρέσεις οι έρευνες που υποτίθεται ότι μελετούν την κατάθλιψη ή το άγχος είναι περισσότερο μελέτες κατάθλιψης και άγχους μαζί (Kendall & Ingram, 1989).

Είναι, λοιπόν, φανερό ότι η κατάθλιψη και το άγχος βρίσκονται σε συνάφεια. Βέβαια το γεγονός ότι η συνάφεια αυτή απέχει από την απόλυτη τιμή 1 δείχνει ότι υπάρχουν χαρακτηριστικά μοναδικά για την κάθε μία από τις δύο αυτές διαταραχές. Μεθοδολογικά είναι σημαντικό να διαχωρίσουμε την κατάθλιψη από το άγχος έτσι ώστε οι υπάρχουσες γνωστικές διαφορές και ομοιότητες να μπορέσουν να μελετηθούν αποτελεσματικά. Στα πλαίσια αυτού του άρθρου θα συζητηθούν σημαντικά μεθοδολογικά προβλήματα έρευνας στη μελέτη των γνωστικών ιδιαιτεροτήτων της καθεμιάς από τις δύο αυτές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Τέλος θα αναφερθούν συντόμως οι γνωστικές μεταβλητές της κα-

τάθλιψης και του άγχους καθώς και οι έρευνες που φαίνεται να διαφοροποιούν τις καταθλιπτικές και τις αγχώδεις διαταραχές.

Μεθοδολογικά ζητήματα που τίθενται στην έρευνα της γνωστικής ιδιαιτερότητας της κατάθλιψης και του άγχους

Όπως θα δούμε και στην επόμενη ενότητα, τα μέχρι τώρα ευρήματα όσον αφορά τη γνωστική ιδιαιτερότητα του άγχους και της κατάθλιψης είναι σημαντικά και θα έχουν σίγουρα αντίκτυπο στις μελλοντικές έρευνες. Στη συνέχεια αυτού του άρθρου, και λαμβάνοντας υπόψη ερευνητικά αποτελέσματα και συγγραφείς με σημαντική συμβολή στο χώρο αυτό (Clark, Steer, Beck, & Snow, 1996. Clark, Beck, & Brown, 1989. Erkins, 1996. Gotlib & Cane, 1989. Ingram et al., 1987. Kendall & Ingram, 1989. Jolly et al., 1994. Steer et al., 1995) θα συζητηθούν μερικές βασικές επιπτώσεις αυτών των δεδομένων καθώς και συγκεκριμένα μεθοδολογικά σημεία και προτάσεις που θα ήταν καλό να ληφθούν υπόψη σε επόμενες έρευνες.

Συγκριτική μεθοδολογία - Γενικός παράγοντας ψυχοπαθολογίας

Λόγω της στατιστικά σημαντικής και σχετικά ισχυρής συνάφειας μεταξύ άγχους και κατάθλιψης, γίνεται όλο και πιο έντονη η ανάγκη υιοθέτησης μιας συγκριτικής μεθοδολογικής προσέγγισης που ξεχωρίζει και τις δύο αυτές καταστάσεις στα πλαίσια της ίδιας έρευνας (Kendall & Ingram, 1989). Χωρίς την ταυτόχρονη εκτίμηση της κατάθλιψης και του άγχους είναι ουσιαστικά αδύνατο να ερμηνευτεί το οποιοδήποτε σημαντικό αποτέλεσμα μιας έρευνας ως ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της μιας από τις δύο αυτές διαταραχές. Ας πάρουμε για παράδειγμα την περίπτωση των γνωστικών λαθών ή αυτόματων σκέψεων που αναφέρονται στο συστηματικό αρνητικό τρόπο με τον οποίο ένα άτομο ερμηνεύει τις κα-

ταστάσεις ακόμη και αν πιο πιθανές και εύλογες ερμηνείες είναι επίσης διαθέσιμες. Στην προκειμένη περίπτωση, θα ήταν άστοχο να συμπεράνουμε ότι τα γνωστικά λάθη ή οι αρνητικές αυτόματες σκέψεις σχετίζονται ειδικά με την κατάθλιψη επειδή βρέθηκε ότι κάποια κλίμακα μέτρησης των γνωστικών λαθών ή των αυτόματων σκέψεων είναι σε στατιστικά σημαντική συνάφεια με μια κλίμακα αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης. Λόγω των σχετικά υψηλών συναφειών που έχουν παρατηρηθεί μεταξύ κλιμάκων κατάθλιψης και άγχους (π.χ., Deluty et al., 1986. Endler & Parker, 1990. Rawson, 1992) είναι πολύ πιθανό ότι μια παρόμοια συνάφεια θα βρισκόταν και μεταξύ άγχους και γνωστικών λαθών ή αρνητικών αυτόματων σκέψεων.

Τα πράγματα όμως γίνονται ακόμα πιο πολύπλοκα αν λάβουμε υπόψη το γενικό παράγοντα δυσφορίας ή ψυχοπαθολογίας, που χαρακτηρίζει όλες τις ψυχοπαθολογικές καταστάσεις και ο οποίος βρίσκεται αδιαφοροποίητα σε συνάφεια με πολλές κλίμακες αξιολόγησης γνωστικών μεταβλητών (π.χ., Clark et al., 1990. Zurawski & Smith, 1987). Συνεπώς το καλύτερο θα ήταν παράλληλα με τη μελέτη του άγχους και της κατάθλιψης να εκτιμάται και ο γενικός παράγοντας ψυχοπαθολογίας ή κάποιοι δείκτες του (π.χ., εχθρότητα, θυμός, μοναξιά, έλλειψη διεκδικητικής συμπεριφοράς, ψυχοσωματικά παράπονα). Εάν σε αυτή τη περίπτωση οι διάφοροι δείκτες ψυχοπαθολογίας, η κατάθλιψη, και το άγχος έχουν ανάλογες συνάφειες με τις γνωστικές μεταβλητές που μελετάμε τότε το αποτέλεσμα αυτό οφείλεται στο γενικό παράγοντα ψυχοπαθολογίας. Εάν πάλι μόνο η κατάθλιψη έχει, για παράδειγμα, σημαντική συνάφεια με τη συγκεκριμένη γνωστική μεταβλητή, τότε μιλάμε για γνωστική ιδιαιτερότητα της κατάθλιψης.

Ένας καλός τρόπος για να μελετήσουμε θέματα ιδιαιτερότητας είναι να εκτιμήσουμε τα επίπεδα πολλών ψυχοπαθολογικών προβλημάτων και στη συνέχεια να ελέγξουμε στατιστικά για αυτά που δε μας ενδιαφέρουν. Στην περίπτωση του άγχους και της κατάθλιψης, αφού πρώτα εκτιμηθούν τα επίπεδά τους, μέθοδοι όπως η

"ανάλυση συνδιακείμενων" και η "πολλαπλή παλινδρόμηση" επιτρέπουν τη διερεύνηση των ιδιαίτερων επιπτώσεων της κατάθλιψης, για παράδειγμα, χωρίς την επίδραση του άγχους και αντίθετως. Βέβαια και πάλι θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι λόγω της συχνής συνύπαρξης άγχους και κατάθλιψης τα περισσότερα από τα υποκείμενα της έρευνας θα έχουν συμπτώματα και από τις δύο διαταραχές και συνεπώς δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι τα αποτελέσματα θα ισχύουν για τα άτομα εκείνα που παρουσιάζουν "καθαρή" κατάθλιψη ή "καθαρό" άγχος.

Μέθοδος εκτίμησης - Πολλαπλή αξιολόγηση

Συχνά, μαζί με τα "καθαρά" συμπτώματα του άγχους ή της κατάθλιψης οι χρησιμοποιούμενες μέθοδοι αξιολόγησης εκτιμούν και άλλα που αφορούν άλλες διαταραχές. Πρόκειται δηλαδή για μεθόδους αξιολόγησης με χαμηλή διακριτική εγκυρότητα. Το ιδανικό θα ήταν να χρησιμοποιούνται μέθοδοι μέτρησης (κλίμακες αυτοεκτίμησης ή μέθοδοι κλινικής αξιολόγησης) με αποδεκτή συγκλίνουσα και διακριτική εγκυρότητα. Ίσως στην προκειμένη περίπτωση θα ήταν σκόπιμο να χρησιμοποιηθεί ένας πειραματικός σχεδιασμός όπου το άγχος και η κατάθλιψη, αλλά και άλλες επίσης έννοιες, θα εκτιμούνται με ποικίλους τρόπους, όπως, για παράδειγμα, μέσω κλιμάκων αυτοεκτίμησης, μεθόδων κλινικής αξιολόγησης, εκτιμήσεων γονέων και δασκάλων, συμπτωμάτων κ.λπ.

Με τη χρησιμοποίηση της πολλαπλής αξιολόγησης μειώνεται και η πιθανότητα της ταξινόμησης κάποιων υποκειμένων σε μια συγκεκριμένη κατηγορία επειδή ακριβώς η μέθοδος εκτίμησης δεν ήταν αρκετά ευαίσθητη ή αντίθετα ήταν υπερευαίσθητη. Με τον τρόπο αυτό αυξάνεται η αξιοπιστία και η εγκυρότητα ταξινόμησης δεδομένου ότι δύο τουλάχιστον μέθοδοι αξιολόγησης κατέταξαν το συγκεκριμένο άτομο στην ίδια κατηγορία. Επίσης θα πρέπει να σημειωθεί ότι με τη μέθοδο των πολλαπλών αξιολογήσεων εξασφαλίζεται και η εκτίμηση της σταθερότητας

της συναισθηματικής κατάστασης των υποκειμένων, εφόσον βέβαια αυτά αξιολογήθηκαν παρόμοια σε δύο τουλάχιστον διαφορετικές χρονικές στιγμές.

Χρονοβιολογία κατάθλιψης και άγχους- Διάστημα μεταξύ αξιολόγησης και έρευνας

Ένα άλλο πολύ σημαντικό στοιχείο που θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη είναι το γεγονός ότι τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης μεταβάλλονται σε σχέση με έναν αριθμό παραγόντων. Τόσο η διάρκεια και η εξέλιξη τους όσο και η εποχή του έτους (χειμώνας, άνοιξη, καλοκαίρι, φθινόπωρο), αλλά και η ώρα της ημέρας (πρωί, απόγευμα, βράδυ) φαίνεται να παίζουν κάποιο ρόλο στην εμφάνιση των δύο αυτών ψυχοπαθολογικών καταστάσεων και κυρίως της κατάθλιψης (Blehar & Rosenthal, 1989. Sack, Lewy, White, Singer, Fireman, & Vandiver, 1990).

Κάποιοι τύποι κατάθλιψης, όπως για παράδειγμα η Εποχιακή Συναισθηματική Διαταραχή (ή Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα με Εποχιακό Σχήμα), ποικίλλουν σε συχνότητα κατά τη διάρκεια του έτους με αύξηση συνήθως την περίοδο των χειμερινών μηνών. Επίσης και η ένταση της κατάθλιψης φαίνεται να μεταβάλλεται στα πλαίσια της ίδιας ημέρας, όπως, για παράδειγμα, στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή με Μελαγχολικά Χαρακτηριστικά (ή Μελαγχολία), όπου τα συμπτώματα είναι πιο έντονα το πρωί και παρατηρείται σταδιακή βελτίωσή τους με την πάροδο της ημέρας. Όσον αφορά το άγχος δε φαίνεται, στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, να συμβαίνει κάτι ανάλογο ή τουλάχιστον όχι με την ίδια σταθερότητα.

Η διάρκεια της διαταραχής είναι ένας άλλος πάλι παράγοντας που δεν πρέπει να παραβλεφθεί. Η απλή παρουσία και μόνο της καταθλιπτικής διάθεσης, για παράδειγμα, δεν αποτελεί επαρκή ένδειξη διαφοροποίησης είναι η επίμονη χρονικά παρουσία της που διαφοροποιεί τους καταθλιπτικούς από τους αγχώδεις. Συνεπώς οι έρευνες στο χώρο αυτό δε θα πρέπει

απλά να μετρούν το επίπεδο του άγχους και της κατάθλιψης μια μόνο φορά, αλλά θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την πορεία και τη διάρκεια τους. Αυτό είναι σημαντικό γιατί πολύ συχνά αυτό που συμβαίνει είναι ότι παρεμβάλλεται κάποιο μεγάλο σχετικά χρονικό διάστημα μεταξύ της αρχικής επιλογής των υποκειμένων και της ερευνητικής διαδικασίας. Είναι πιθανό λοιπόν κάποια από τα υποκείμενα να παρουσιάσουν στο μεταξύ σημαντικές μεταβολές στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να επαναξιολογούνται και αν σε αυτή τη δεύτερη αξιολόγηση δεν ικανοποιούν πια τα κριτήρια επιλογής, δε θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στην έρευνα. Βέβαια αυτό δεν ισχύει στην περίπτωση όπου η έρευνα ακολουθεί αμέσως μετά την επιλογή υποκειμένων.

Ομάδα ελέγχου

Η επιλογή της ομάδας ελέγχου αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παράγοντα σε κάθε έρευνα. Ειδικά στα πλαίσια της έρευνας στην ψυχοπαθολογία συνήθως χρησιμοποιούνται δύο είδη ομάδων ελέγχου (Ο.Ε.): α) ομάδες ελέγχου φυσιολογικών ατόμων και β) ομάδες ελέγχου ατόμων με ψυχοπαθολογικά προβλήματα. Το κάθε είδος Ο.Ε. έχει τα δικά του χαρακτηριστικά, χρησιμότητα και αδύνατα σημεία που πρέπει να προσεχθούν.

Ομάδες ελέγχου φυσιολογικών ατόμων. Η σύγκριση μεταξύ της πειραματικής ομάδας (Π.Ο.) και της Ο.Ε. συνήθως βασίζεται στις μετρήσεις της μελετούμενης μεταβλητής στις δύο αυτές ομάδες. Αυτό που γίνεται συχνά στην έρευνα στην ψυχοπαθολογία, και που αποτελεί μεθοδολογικό πρόβλημα, είναι ότι τα άτομα της Ο.Ε. επιλέγονται έτσι ώστε να έχουν πολύ χαμηλά επίπεδα στην προς έρευνα μεταβλητή. Αυτή όμως η μέθοδος επιλογής Ο.Ε. ενέχει το σοβαρό κίνδυνο να επιλέγουμε υποκείμενα με υψηλά επίπεδα άλλων ψυχοπαθολογικών προβλημάτων.

Αν υποθέσουμε ότι ένα άτομο επιλέγεται

στην Ο.Ε. επειδή έχει μηδενική τιμή στην κλίμακα κατάθλιψης και όχι μια μέση, ή τέλος πάντων μια συνηθισμένη, τιμή είναι πιθανό ότι μπορεί ακριβώς γι' αυτό το λόγο να έχει υψηλά επίπεδα άλλων ψυχοπαθολογικών καταστάσεων, όπως για παράδειγμα επιθετικότητα, αντικοινωνικότητα, υπομανία. Συνεπώς Ο.Ε. που αποτελούνται από άτομα που έχουν τη μέση τιμή της κλίμακας με την οποία αξιολογήθηκαν είναι μια καλή αντιμετώπιση αυτού του μεθοδολογικού προβλήματος. Ακόμα καλύτερα βέβαια είναι η χρησιμοποίηση τριών ομάδων: μιας με χαμηλή, μιας με μέση και μιας με υψηλή τιμή στη χρησιμοποιούμενη κλίμακα.

Ομάδες ελέγχου ατόμων με ψυχοπαθολογικά προβλήματα. Συχνά στην έρευνα στα πλαίσια της κλινικής ψυχολογίας χρησιμοποιούμε ομάδες ελέγχου που αποτελούνται από άτομα με ποικίλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Η χρησιμοποίηση αυτών των ομάδων επιτρέπει τη διερεύνηση μεταβλητών που είναι κοινές σε πολλές διαταραχές, αλλά δεν ευνοεί τη μελέτη των ιδιαίτερων παραγόντων που είναι μοναδικοί και διαφοροποιούν μια συγκεκριμένη ψυχοπαθολογική κατάσταση. Στην περίπτωση που καταλήγουμε σε σημαντικές διαφορές μεταξύ της ομάδας που μας ενδιαφέρει και της Ο.Ε. σε μια συγκεκριμένη γνωστική μεταβλητή δεν μπορούμε να πούμε ότι πρόκειται για γνωστική ιδιαιτερότητα της ομάδας που μας ενδιαφέρει. Αυτό που μπορούμε απλά να συμπεράνουμε είναι ότι η συγκεκριμένη μεταβλητή δεν αποτελεί γενικό χαρακτηριστικό ψυχοπαθολογίας.

Οι ψυχοπαθολογικές ομάδες ελέγχου, λοιπόν, επειδή ακριβώς αποτελούνται από άτομα με διαφορετικές διαταραχές μπορεί κατά κάποιο τρόπο να αποτελέσουν εμπόδιο στη διερεύνηση της ιδιαιτερότητας κάποιων παραγόντων και να οδηγήσουν σε λάθος συμπεράσματα. Ας υποθέσουμε, για παράδειγμα, ότι σε μια έρευνα για το άγχος η γνωστική μεταβλητή που μελετάμε (γνωστικά λάθη) χαρακτηρίζει τόσο το άγχος όσο και την κατάθλιψη και ότι στην ομάδα ελέγχου 30 ατόμων με διάφορα ψυχοπαθολογικά προβλήματα έχουμε τρεις μόνο καταθλιπτι-

κούς. Στην περίπτωση αυτή είναι πολύ πιθανό ότι λανθασμένα η μεταβλητή αυτή (τα γνωστικά λάθη) θα φανεί ως ιδιαίτερη του άγχους.

Συγκρίσεις πολλών ομάδων και συνδυασμών τους

Τέλος, όπως προτείνουν και οι Kendall και Ingram (1989), ένα μοντέλο 2Χ2 με ανεξάρτητες μεταβλητές την κατάθλιψη (με δύο επίπεδα: φυσιολογικό/μέτριο και υψηλό) και το άγχος (με δύο επίπεδα: φυσιολογικό/μέτριο και υψηλό) φαίνεται να είναι το καταλληλότερο για τη μελέτη τόσο των ιδιαιτεροτήτων όσο και των γενικότερων παραγόντων που χαρακτηρίζουν το άγχος και την κατάθλιψη. Σε ένα τέτοιο μοντέλο αυτό που ακριβώς αποτελεί και τη δυσκολία του είναι ότι θα πρέπει να δημιουργηθούν τέσσερις ομάδες υποκειμένων, μια για κάθε φαντίο που σχηματίζεται: α) μια ομάδα αποτελούμενη από καταθλιπτικά μόνο άτομα, β) μια ομάδα ατόμων που υποφέρουν μόνο από άγχος, γ) μια ομάδα από άτομα που παρουσιάζουν και άγχος και κατάθλιψη ταυτόχρονα και δ) μια ομάδα ατόμων με μέτρια/φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους (ομάδα ελέγχου).

Θα πρέπει όμως να ληφθεί υπόψη στην περίπτωση αυτή ότι από τα τέσσερα αυτά φαντία αυτό που δείχνει την πραγματική αλληλεπίδραση μεταξύ άγχους και κατάθλιψης είναι μόνο αυτό που αποτελείται από άτομα με κατάθλιψη και άγχος ταυτόχρονα. Σε αυτό το σημείο χρειάζεται προσοχή γιατί η "ανάλυση διακύμανσης" που ενδεχομένως θα χρησιμοποιηθεί για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μπορεί να οδηγήσει σε συμπεράσματα που αποπροσανατολίζουν, δεδομένου ότι σε αυτή την περίπτωση η εκτίμηση της αλληλεπίδρασης εξαρτάται και από τα τέσσερα φαντία. Για να αποφευχθεί αυτό το πρόβλημα ίσως θα ήταν τελικά καλύτερο να χρησιμοποιηθεί ο "σχεδιασμός ενός παράγοντα" όπου η ομάδα ελέγχου χρησιμοποιείται ως η φυσιολογική βασική γραμμή με την οποία στη συνέχεια κάνουμε συγκρίσεις μέσων όρων.

Έρευνες σχετικές με τη γνωστική ιδιαιτερότητα του άγχους και της κατάθλιψης

Γνωστικές μεταβλητές - Ανάγκη συγκριτικής μεθοδολογίας

Ενώ οι έρευνες που αφορούν το άγχος και την κατάθλιψη ξεχωριστά είναι πολλές, εντούτοις, όπως είδαμε, υπάρχει μία γενικότερη σύγχυση όσον αφορά τις γνωστικές μεταβλητές που χαρακτηρίζουν την καθεμιά απ' αυτές τις διαταραχές. Η μελέτη της γνωστικής ιδιαιτερότητας της κατάθλιψης και του άγχους απαιτεί, όπως προαναφέρθηκε, μια συγκριτική μεθοδολογική προσέγγιση, όπου τόσο η κατάθλιψη όσο και το άγχος να ξεχωρίζονται στην ίδια έρευνα (Kendall & Ingram, 1989). Λίγες είναι σχετικά οι έρευνες που ακολουθούν μια τέτοιου είδους μεθοδολογική προσέγγιση στον εντοπισμό των γνωστικών ιδιαιτεροτήτων του άγχους και της κατάθλιψης και επικεντρώνονται κατά κύριο λόγο στο περιεχόμενο των σκέψεων, στο κέντρο ελέγχου, στην απόδοση αιτιών και στην πρόσληψη και επεξεργασία πληροφοριών.

Περιεχόμενο σκέψεων. Όσον αφορά το περιεχόμενο σκέψεων οι έρευνες που μελετούν ταυτόχρονα και τις δύο αυτές διαταραχές εστιάζονται κυρίως στη γνωστική τριάδα: αρνητική θεώρηση του εαυτού, του κόσμου και του μέλλοντος (Alford, Lester, Patel, Buchanan, & Giunta, 1995. Erkins, 1996). τις δυσλειτουργικές και αρνητικές ιδέες/σκέψεις και πεποιθήσεις (Bruch et al., 1993. Clark et al., 1989. Clark et al., 1996. McDermut & Haaga, 1994. Persons, Burns, Perloff, & Miranda, 1993. Sanz & Avia, 1994. Westra & Kuiper, 1996) και τις αυτόματες σκέψεις ή αλλιώς γνωστικές παραποιήσεις ή λάθη λογικής (Beck, Brown, Steer, Eidelson, & Riskind, 1987. Clark, 1986. Ingram et al., 1987), που αναφέρονται στα λάθη πρόσληψης/επεξεργασίας πληροφοριών και αφορούν τα στιγμιαία σχόλια που αυθόρμητα κάνουμε για τις καταστάσεις. Πρόκειται για ακούσιες και συνειδητές σκέψεις, που χαρακτηρίζονται από την ταχύτητά τους και από το γεγονός ότι το άτομο δεν μπορεί

να τις αποφύγει και του φαίνονται λογικές και πιθανές.

Οι παραπάνω έρευνες έχουν γίνει σε διαφορετικούς πληθυσμούς, όπως φοιτητές, ψυχιατρικούς ασθενείς, αλλά και άτομα που ζουν στην κοινότητα. Τα κριτήρια επιλογής των υποκειμένων ποικίλλουν και κατά περίπτωση χρησιμοποιούνται κλίμακες αυτοεκτίμησης, κλινικές εκτιμήσεις/διαγνώσεις ή και τα δύο. Μεταξύ αυτών των ερευνών τέσσερις (Alford et al., 1995. Clark et al., 1989. McDermut & Haaga, 1994. Persons et al., 1993) δε χρησιμοποιούν τη μεθοδολογία που προαναφέραμε, παρά το γεγονός ότι μελετούν και το άγχος και την κατάθλιψη στα πλαίσια της ίδιας έρευνας. Άλλες υιοθετούν μια συγκριτική μεθοδολογική προσέγγιση και έχουν κατά περίπτωση ομάδες "καθαρά" καταθλιπτικών ατόμων, ομάδες από "καθαρά" αγχώδη άτομα, ομάδες δυσφορικών κυρίως ατόμων, μεικτές ομάδες ατόμων που παρουσιάζουν τόσο άγχος όσο και κατάθλιψη ή δυσφορία, ομάδες ατόμων με χρόνια οργανικά προβλήματα και, τέλος, ομάδες ελέγχου.

Σε γενικές γραμμές τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών φαίνεται να σκιαγραφούν μια σχετικά ξεκάθαρη εικόνα όσον αφορά τις ιδιαιτερότητες της κατάθλιψης και του άγχους στις παραπάνω μεταβλητές. Έτσι, το άγχος φαίνεται να χαρακτηρίζεται από ιδέες/σκέψεις που είναι προσανατολισμένες στο μέλλον και αναφέρονται σε επικείμενη βλάβη ή κακό, κίνδυνο, αβεβαιότητα και αρνητική κριτική από τρίτους. Η κατάθλιψη αντίθετα συνδέεται περισσότερο με ιδέες/σκέψεις προσανατολισμένες στο παρελθόν, σχετικές με απώλεια, αποτυχία, θλίψη, ξεπεσμό και απελπισία και οι οποίες χαρακτηρίζονται ως απόλυτες, οριστικές και αυτοαναφερόμενες (αναγόμενες στο ίδιο το άτομο). Οι καταθλιπτικοί τείνουν να βλέπουν το μέλλον απαισιόδοξα σαν μια αναπόφευκτη και χωρίς ελπίδα παράταση του παρελθόντος.

Μια άλλη διαφορά είναι αυτή της εικόνας εαυτού και της αυτοεκτίμησης (Tarlou & Haaga, 1996). Τόσο οι καταθλιπτικοί όσο και οι αγχώδεις χαρακτηρίζονται από μια αρνητική εικόνα

εαυτού, αλλά αυτός ο αρνητικός τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους φαίνεται να είναι εντονότερος και κεντρικότερης σημασίας στους καταθλιπτικούς. Περισσότερο από τα άτομα που παρουσιάζουν άγχος οι καταθλιπτικοί αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως ευτελή, χωρίς αξία, απωθητικό και απορριπτό από τους άλλους. Επιπλέον έχουν μια εντονότερη αίσθηση αποτυχίας και ανικανότητας, λιγότερες προσδοκίες επιτυχίας και βλέπουν χαρακτηριστικά τον εαυτό τους ως ανίκανο να έχει τις απαραίτητες εκείνες συμπεριφορές που οδηγούν στην επιτυχία και στην επιβράβευση. Με άλλα λόγια, η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται γενικότερα από χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, μεγαλύτερη αίσθηση έλλειψης προσωπικής αξίας και αποτελεσματικότητας.

Αξιζει πάντως να σημειωθεί ότι πέρα από τα παραπάνω αποτελέσματα, έρχονται στην επιφάνεια και κάποια άλλα συμπεράσματα, δευτερεύουσας ίσως σημασίας. Πρώτα από όλα στις περιπτώσεις εκείνες όπου στα υποκείμενα της έρευνας συμπεριλαμβάνονταν και άτομα που παρουσίαζαν ταυτόχρονα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης ο αριθμός των αρνητικών ιδεών/σκέψεων ήταν στατιστικά υψηλότερος από ό,τι στις ομάδες των ατόμων που ήταν είτε καθαρά καταθλιπτικά είτε καθαρά αγχώδη. Αυτό συνέβαινε παρά το γεγονός ότι τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης στη μεικτή ομάδα δεν ήταν υψηλότερα από αυτά στις "καθαρές" ομάδες.

Είναι πιθανό ότι ο τύπος του άγχους που βιώνει το άτομο, δηλαδή αν αυτό είναι περισσότερο γενικευμένο ή αντίθετα συνδεδεμένο με συγκεκριμένη κατάσταση, έχει να κάνει ενδεχομένως με διαφορετικά χαρακτηριστικά όσον αφορά το περιεχόμενο των σκέψεων. Είναι απαραίτητο λοιπόν στις ανάλογες έρευνες να γίνεται ξεκάθαρη αναφορά στον τύπο του άγχους που μελετάται έτσι ώστε να διερευνηθούν οι γνωστικές διαφορές μεταξύ των διάφορων τύπων άγχους.

· **Απόδοση αιτιών και κέντρο ελέγχου.** Σχετικά με τις συναφείς έννοιες της "απόδοσης αι-

τιών" και του "κέντρου ελέγχου" ο αριθμός των ερευνών που χρησιμοποιούν μια συγκριτική μεθοδολογική προσέγγιση είναι επίσης περιορισμένοι. Η έννοια της "απόδοσης αιτιών" εστιάζεται στο πώς ένα άτομο δικαιολογεί ή εξηγεί τη συμπεριφορά του ή αλλιώς σε τι θα αποδώσει μια συγκεκριμένη κατάσταση και κυρίως τα μη ελεγχόμενα αρνητικά γεγονότα της ζωής του (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978). Σύμφωνα με τον Seligman και τους συνεργάτες του, τρεις είναι οι διαστάσεις στις οποίες εστιάζονται οι αποδόσεις αιτιών: α) τα αίτια μιας κατάστασης μπορεί να πιστεύεται ότι είναι εσωτερικά (προσωπικά) ή εξωτερικά (περιβαλλοντικής αιτιολογίας), β) τα αίτια μπορεί να αποδίδονται είτε σε σταθερούς είτε σε ασταθείς παράγοντες και γ) τα αίτια μπορεί να πιστεύεται ότι είναι σφαιρικά και γενικά ή ειδικά και συγκεκριμένα.

Στο σύνολό τους τα αποτελέσματα των σχετικών ερευνών δε δίνουν μια σαφή εικόνα όσον αφορά τις διαφορές του άγχους από την κατάθλιψη. Φαίνεται να δείχνουν πάντως ότι υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος τύπος απόδοσης αιτιών όσον αφορά την κατάθλιψη, αλλά όχι όσον αφορά το άγχος ή τουλάχιστον αυτό που συνδέεται με συγκεκριμένη κατάσταση. Έτσι οι καταθλιπτικοί και οι δυσθυμικοί τείνουν να αποδίδουν τα αρνητικά γεγονότα σε εσωτερικά, σταθερά, και σφαιρικά αίτια, ενώ αντίθετα τα θετικά γεγονότα σε εξωτερικά, ασταθή, και ειδικά αίτια. Από τις αγχώδεις διαταραχές φαίνεται ότι μόνο τα άτομα που πάσχουν από αγοραφοβία και από κοινωνική φοβία παρουσιάζουν αποδόσεις αιτιών ανάλογες με αυτές των καταθλιπτικών (Anderson & Arnoult, 1985. Heimberg, Vermilyea, Dodge, Becker, & Barlow, 1987. Ingram et al., 1987. Ostrander, Nay, Anderson, & Jensen, 1995).

Όσον αφορά την έννοια του "κέντρου ελέγχου" ή, αλλιώς του εσωτερικού-εξωτερικού ελέγχου των ενισχύσεων, αυτή αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο ένα άτομο πιστεύει ότι οι ενισχύσεις που δέχεται εξαρτώνται από τη δική του συμπεριφορά (Rotter, 1966. Rotter, Chance, & Phares, 1972). Ο "εξωτερικός έλεγχος" περιγράφει τα άτομα που πιστεύουν ότι οι ενισχύσεις

δεν έχουν σχέση με τους ίδιους, αλλά μάλλον με την τύχη και το πεπρωμένο ή με τον έλεγχο ο οποίος ασκείται από άτομα που κατέχουν εξουσία (έχουν δύναμη). Αντίθετα, ο "εσωτερικός έλεγχος" αναφέρεται στα άτομα που πιστεύουν ότι οι ενισχύσεις εξαρτώνται από τις προσωπικές τους ικανότητες, δεξιότητες και συμπεριφορές. Με άλλα λόγια, μιλάμε για εσωτερικό έλεγχο όταν ένα άτομο αντιλαμβάνεται μια αιτιολογική σχέση μεταξύ των δικών του πράξεων και των αποτελεσμάτων που προέρχονται από αυτές και για εξωτερικό έλεγχο όταν το άτομο δεν αντιλαμβάνεται μια τέτοια σχέση και αποδίδει τις ενισχύσεις στην επένεργεια της τύχης, του πεπρωμένου, ή μιας εξωτερικής δύναμης.

Οι έρευνες συνολικά δε φαίνεται να καταλήγουν σε σημαντικές διαφορές μεταξύ άγχους και κατάθλιψης όσον αφορά το κέντρο ελέγχου. Τόσο τα άτομα που υποφέρουν από κατάθλιψη όσο και αυτά που υποφέρουν από άγχος παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα εξωτερικού ελέγχου και χαμηλά επίπεδα εσωτερικού ελέγχου (π.χ., Hoffart & Martinsen, 1990. Molinari & Niederehe, 1984-85. Rawson, 1992). Φαίνεται λοιπόν ότι ο εξωτερικός έλεγχος των ενισχύσεων αποτελεί στοιχείο γενικότερης ψυχοπαθολογίας και δεν αποτελεί ιδιαίτερο χαρακτηριστικό ούτε του άγχους ούτε της κατάθλιψης.

Πρόσληψη-επεξεργασία πληροφοριών. Οι έρευνες που αφορούν τη γνωστική μεταβλητή της πρόσληψης-επεξεργασίας πληροφοριών φαίνεται να καταλήγουν σε σχετικά ξεκάθαρα αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, οι έρευνες σε αυτόν τον τομέα χωρίζονται: α) σε αυτές που μελετούν τη μνήμη και την ανάκληση πληροφοριών με συγκεκριμένο θετικό ή αρνητικό και καταθλιπτικό ή αγχογόνο περιεχόμενο και β) σε αυτές που εξετάζουν την ικανότητα του ατόμου να κατευθύνει την προσοχή του και πώς η κατεύθυνση αυτή επηρεάζεται από ορισμένα ερεθίσματα.

Σχετικά με την κατεύθυνση της προσοχής φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ της κατάθλιψης και του άγχους (π.χ., Gotlib & Hammen, 1992. MacLeod & Mathews, 1991. Mathews, 1997). Για παράδειγμα, σύμφωνα με

την έρευνα των MacLeod, Mathews, και Tata (1986) και των Mogg, Bradley, Williams, και Mathews (1993) η πρόσληψη-επεξεργασία απειλητικών ερεθισμάτων ή αρνητικών λέξεων αντίστοιχα φαίνεται να έχει αντίκτυπο στην κατεύθυνση της προσοχής του ατόμου μόνο στην περίπτωση του άγχους και όχι της κατάθλιψης.

Από την άλλη μεριά, πάλι, σύμφωνα με τις έρευνες που αναφέρονται στην ανάκληση πληροφοριών, φαίνεται ότι τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη και άγχος διαθέτουν διαφορετικές σχηματικές δομές έτσι ώστε να προσλαμβάνουν-επεξεργάζονται τις πληροφορίες με τρόπο συνεπή προς την αντίστοιχη διαταραχή τους. Στην κατάθλιψη διευκολύνεται η πρόσληψη-επεξεργασία συγκεκριμένου καταθλιπτικού τύπου πληροφορίας, ενώ στο άγχος ευνοείται η αγχωτικού τύπου πληροφορία (Beck et al., 1987. Ingram et al., 1987. Ingram, Lumry, Cruet, & Sieber, 1987). Συγκρινόμενα, λοιπόν, με τους καταθλιπτικούς, τα άτομα που παρουσιάζουν άγχος είναι υψηλότερα σε υπερεργήγορη για ενδείξεις επερχόμενης απειλής και κακού στο περιβάλλον και υπερεκτιμούν χαρακτηριστικά την πιθανότητα κινδύνου. Επίσης ανακαλούν διαφορετικά και με τρόπο που ευνοεί τα ερεθίσματα τα σχετικά με άγχος και απειλή. Αντίθετα, οι καταθλιπτικοί προσλαμβάνουν και ανακαλούν πληροφορίες που έχουν σχέση με απώλεια και αποτυχία. Τείνουν επίσης να μη λαμβάνουν υπόψη τις θετικές πληροφορίες που αναφέρονται σε αυτούς τους ίδιους.

Βέβαια, παρά το γεγονός της στατιστικά σημαντικής και σχετικά υψηλής συνάφειας που, όπως είδαμε, υπάρχει μεταξύ τους και των κοινών συμπτωμάτων και γνωστικών χαρακτηριστικών τους, το άγχος και η κατάθλιψη δεν αποτελούν ούτε ταυτόσημες ούτε εναλλακτικές έννοιες αλλά εκτός από τα κοινά παρουσιάζουν και ιδιαίτερα η καθεμιά χαρακτηριστικά στα οποία αναφερθήκαμε διεξοδικά στις αμέσως προηγούμενες παραγράφους. Συνεπώς, μπορούμε να πούμε ότι η κατάθλιψη και το άγχος αποτελούν ξεχωριστές ψυχοπαθολογικές οντότητες των οποίων όμως οι διαφορές αποδίδονται καλύτερα

ως "σχετικές" παρά ως "απόλυτες". Με άλλα λόγια, πολλά από τα συμπτώματα και τα χαρακτηριστικά τους σε γνωστικό επίπεδο είναι κοινά και ανευρίσκονται και στις δύο διαταραχές, αλλά στην ουσία χαρακτηρίζουν περισσότερο τη μία από τις δύο.

Μελλοντικές έρευνες και προσανατολισμοί

Χωρίς αμφιβολία τα όσα είδαμε μέχρι τώρα κάνουν αισθητή την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα στο χώρο της γνωστικής ιδιαιτερότητας του άγχους και της κατάθλιψης. Είναι σχετικά πρόσφατα που συνειδητοποιήθηκε η στενή σχέση που υπάρχει μεταξύ των δύο αυτών διαταραχών και η συχνή συννοσηρότητά τους, γεγονός που δείχνει ότι οι έρευνες στο άμεσο μέλλον θα πρέπει να επικεντρωθούν στη διαφορική διάγνωση μεταξύ άγχους και κατάθλιψης, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στα ιδιαίτερα κυρίως και όχι στα κοινά τους χαρακτηριστικά. Επιπλέον θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη ότι μια μεγάλη ομάδα ατόμων, μεγαλύτερη από ό,τι ίσως είχαμε αρχικά φανταστεί, παρουσιάζει ταυτόχρονα τόσο συμπτώματα άγχους όσο και κατάθλιψης, πράγμα που έχει συνέπειες και στο επίπεδο της ταξινόμησης των διαταραχών αυτών. Ίσως θα πρέπει να αντιμετωπιστεί το ενδεχόμενο της δημιουργίας μιας μεικτής κατηγορίας άγχους και κατάθλιψης και στο DSM, όπως άλλωστε αυτό έχει ήδη γίνει στο ICD-10 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (The Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death) (World Health Organization, 1993) με το όνομα "Μεικτή αγχώδης και καταθλιπτική διαταραχή".

Ένα άλλο σημείο, στο οποίο θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή, έχει να κάνει με τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης. Ένα σοβαρό πρόβλημα είναι ότι συνήθως οι κλίμακες που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση αυτών των διαταραχών βασίζονται μεταξύ άλλων και στα κοινά τους συμπτώματα και γνωστι-

κά χαρακτηριστικά με αποτέλεσμα να μην παρουσιάζουν τελικά καλή διακριτική εγκυρότητα. Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι οι περισσότερες από αυτές τις κλίμακες κατασκευάστηκαν πριν συνειδητοποιηθεί και γίνει ευρύτερα γνωστό το πρόβλημα της συννοσηρότητας μεταξύ κατάθλιψης και άγχους, οπότε και η διακριτική εγκυρότητα δεν απασχολούσε ουσιαστικά τους ερευνητές και τους ειδικούς στο χώρο αυτό.

Θα πρέπει, επίσης, να επισημάνουμε ότι η συννοσηρότητα της κατάθλιψης και του άγχους εξηγείται μερικώς και από το γεγονός ότι και οι δύο αυτές διαταραχές αποτελούν αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις που εμπεριέχουν, όπως είδαμε, σημαντικά επίπεδα υποκειμενικής δυσφορίας και χαρακτηρίζονται από ένα γενικό παράγοντα ψυχοπαθολογίας. Ο παράγοντας αυτός αντανakλάται στο περιεχόμενο των διάφορων μεθόδων αξιολόγησης που αναφέρονται στο άγχος και την κατάθλιψη. Ένας τρόπος για τη βελτίωση της διακριτικής εγκυρότητας των υπάρχουσών κλιμάκων είναι η διατήρηση εκείνων μόνο των προτάσεων τους που αναφέρονται σε συμπτώματα που είναι ξεκάθαρα ιδιαίτερα της προς αξιολόγηση διαταραχής και απομάκρυνση των προτάσεων που αφορούν κοινά χαρακτηριστικά των δύο διαταραχών. Βέβαια θα ήταν μη ρεαλιστικό να πιστέψουμε ότι η πλήρης διαφοροποίηση είναι δυνατή, δεδομένου ότι από τη φύση τους το άγχος και η κατάθλιψη έχουν πολλά κοινά συμπτώματα και χαρακτηριστικά. Χωρίς αμφιβολία η καλύτερη διακριτική εγκυρότητα είναι οπωσδήποτε επιθυμητή, αλλά αυτό θα πρέπει να γίνει στα πλαίσια κάποιων ορίων, γιατί περαιτέρω αύξησή της θα γίνει σε βάρος της συγκλίνουσας εγκυρότητας. Αν, για παράδειγμα, στα πλαίσια μιας τέτοιας προσπάθειας απομακρύνονταν όλες οι προτάσεις που αναφέρονται στην υποκειμενική δυσφορία, θα μπορούσαμε να αναρωτηθούμε τι είδους κατάθλιψη ή άγχος είναι αυτό που μετράμε όταν αυτός ο τόσο σημαντικός παράγοντας δε λαμβάνεται υπόψη.

Επιπλέον, στα πλαίσια της προσπάθειας ανεύρεσης των κοινών, αλλά και των ιδιαίτερων

χαρακτηριστικών μεταξύ του άγχους και της κατάθλιψης, θα ήταν σκόπιμο να επισημανθεί ότι αναφερόμαστε σε δύο πολύ μεγάλες ψυχοπαθολογικές κατηγορίες που περιλαμβάνουν πολλές διαταραχές, που αν και βρίσκονται μέσα στην ίδια κατηγορία διαφοροποιούνται μεταξύ τους. Θα ήταν ενδιαφέρον να μελετηθούν ξεχωριστά τα κοινά σημεία και οι ιδιαιτερότητες της καθεμιάς από τις καταθλιπτικές διαταραχές (Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Δυσθυμική Διαταραχή και Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς) σε σχέση με μια συγκεκριμένη κάθε φορά αγχώδη διαταραχή όπως: Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή, Διαταραχή Πανικού Με ή Χωρίς Αγοραφοβία, Φοβίες (Αγοραφοβία, Ειδική Φοβία, Κοινωνική Φοβία), Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, Διαταραχή Από Οξύ Στρες ή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες και Αγχώδης Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Τέλος, θα πρέπει να επαναλάβουμε, ότι λόγω της σχετικά υψηλής συνάφειας μεταξύ του άγχους και της κατάθλιψης, οι δύο αυτές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις δεν μπορούν ουσιαστικά να μελετηθούν μεμονωμένα. Το γεγονός αυτό αποτρέπει από την υιοθέτηση ενός απλοϊκού μοντέλου, όπου η κατάθλιψη και το άγχος θα αντιμετωπίζονται γνωστικά ως μονολιθικές οντότητες και δείχνει ότι, όπου αυτό είναι δυνατό, θα πρέπει να εξετάζονται μαζί. Συγκεκριμένα, οι έρευνες στο μέλλον θα πρέπει να λάβουν υπόψη τα παρακάτω μεθοδολογικά σημεία: α) Πολλαπλές εκτιμήσεις του επιπέδου κατάθλιψης και άγχους χρησιμοποιώντας παράλληλα κλίμακες αυτοεκτίμησης και μεθόδους κλινικής αξιολόγησης. β) Χρονοβιολογία κατάθλιψης και άγχους όπως διάρκεια, ώρα της ημέρας και εποχή του έτους. γ) Μικρό σχετικά διάστημα μεταξύ της αρχικής αξιολόγησης για την επιλογή υποκειμένων και της πειραματικής διαδικασίας. δ) Ομάδες ελέγχου ατόμων με φυσιολογική/μέση τιμή στην κλίμακα του άγχους ή της κατάθλιψης με την οποία αξιολογήθηκαν και όχι πολύ χαμηλή, γιατί σε αυτή την περίπτωση υπάρχει ο κίνδυνος άλλων ψυχοπαθολογικών καταστάσεων,

και ε) ο αποτελεσματικότερος σχεδιασμός για τη μελέτη των ιδιομορφιών, αλλά και των κοινών χαρακτηριστικών του άγχους και της κατάθλιψης, φαίνεται να είναι αυτός που περιλαμβάνει συγκρίσεις μεταξύ τεσσάρων ομάδων υποκειμένων: ομάδα "καθαρά" καταθλιπτικών ατόμων, ομάδα ατόμων με "καθαρό" άγχος, ομάδα ατόμων που παρουσιάζουν ταυτόχρονα και άγχος και κατάθλιψη και, τέλος, ομάδα ατόμων με μέτρια/φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους.

Βιβλιογραφία

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74.
- Alford, B. A., Lester, J. M., Patel, R. J., Buchanan, J. P., & Giunta, L. C. (1995). Hopelessness predicts future depressive symptoms: A prospective analysis of cognitive vulnerability and cognitive content specificity. *Journal of Clinical Psychology, 51*, 331-319.
- Alloy, L. B., Kelly, K. A., Mineka, S., & Clements, C. M. (1990). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A helplessness-hopelessness perspective. In J. B. Maser & R. C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 499-543). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4 ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, C. A., & Arnoult, L. H. (1985). Attributional style in every day problems in living: Depression, loneliness, and shyness. *Social Cognition, 3*, 16-35.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 179-183.
- Blehar, M. C., & Rosenthal, N. E. (1989). Seasonal affective disorders and phototherapy. Report of a National Institute of Mental Health-sponsored workshop. *Archives of General Psychiatry, 46*, 469-474.
- Blumberg, S. H., & Izard, C. E. (1986). Discriminating patterns of emotions in 10- and 11-year-old children's anxiety and depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 852-857.
- Brawman-Mintzer, O., Lydiard, R. B., Emanuel, N., Payeur, R., Johnson, M., Roberts, J., Jarrell, M., & Ballenger, J. C. (1993). Psychiatric comorbidity in patients with generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry, 150*, 1216-1218.
- Bruch, M. A., Mattia, J. I., Heimberg, R. G., & Holt, C. S. (1993). Cognitive specificity in social anxiety and depression: Supporting evidence and qualifications due to affective confounding. *Cognitive Therapy and Research, 17*, 1-25.
- Clark, D. A. (1986). Cognitive-affective interaction: A test of the "specificity" and "generality" hypotheses. *Cognitive Therapy and Research, 10*, 607-624.
- Clark, D. M. (1997). Panic disorder and social phobia. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 121-153). Oxford: Oxford University Press.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (1989). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. In P. C. Kendall & D. Watson (Eds.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (pp. 379-411). New York: Academic Press.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Beck, J. S. (1994). Symptom differences in major depression, dysthymia, panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of*

- Psychiatry*, 151, 205-209.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Brown, G. (1989). Cognitive mediation in general psychiatric outpatients: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 958-964.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Stewart, B. L. (1990). Cognitive specificity and positive-negative affectivity: Complementary, or contradictory, views on anxiety and depression? *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 148-155.
- Clark, D. A., Steer, R. A., Beck, A. T., & Snow, D. (1996). Is the relationship between anxious and depressive cognitions and symptoms linear or curvilinear? *Cognitive Therapy and Research*, 20, 135-154.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Deluty, B. M., Deluty, R. H., & Carver, C. S. (1986). Concordance between clinician's and patients' ratings of anxiety and depression as mediated by private self-consciousness. *Journal of Personality Assessment*, 50, 93-106.
- Endicott, J., Cohen, J., Nee, J., Fleiss, J. L., & Sarantakos, S. (1981). Hamilton Depression Rating Scale: Extracted from regular and change versions of the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 38, 98-103.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). State and trait anxiety, depression and coping styles. *Australian Journal of Psychology*, 42, 207-220.
- Epkins, C. C. (1996). Cognitive specificity and affective confounding in social anxiety and dysphoria in children. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 18, 83-101.
- Fontana, D. (1993). Άγχος... και η αντιμετώπισή του (N. E. Δέγλερης, Επιμ. Μετάφ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Fyer, A. J., Liebowitz, M. R., & Klein, D. F. (1990). Treatment trials, comorbidity, and syndromal complexity. In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gotlib, I. H., & Cane, D. B. (1989). Self-report assessment of depression and anxiety. In P. C. Kendall & D. Watson (Eds.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (pp. 131-169). Orlando, FL: Academic Press.
- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (1992). *Psychological aspects of depression. Toward a cognitive-interpersonal integration*. New York: Wiley.
- Grunhaus, L., Pande, A. C., Brown, M. B., & Greden, J. F. (1994). Clinical characteristics of patients with concurrent major depressive disorder and panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 541-546.
- Gurley, D., Cohen, P., Pine, D. S., & Brook, J. (1996). Discriminating depression and anxiety in youth: A role for diagnostic criteria. *Journal of Affective Disorders*, 39, 191-200.
- Heimberg, R. G., Vermilyea, J. A., Dodge, C. S., Becker, R. E., & Barlow, D. H. (1987). Attributional style, depression, and anxiety: An evaluation of the specificity of depressive attributions. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 537-550.
- Heninger, G. R. (1990). A biologic perspective on comorbidity of major depressive disorder and panic disorder. In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hoffart, A., & Martinsen, E. W. (1990). Agoraphobia, depression, mental health, locus of control, and attributional styles. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 343-351.
- Ingram, R. E., Kendall, P. C., Smith, T. W., Donnell, C., & Ronan, K. (1987). Cognitive specificity in emotional distress. *Journal of*

- Personality and Social Psychology*, 53, 734-742.
- Ingram, R. E., Lumry, A., Cruet, D., & Sieber, W. (1987). Attentional processes in depressive disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 351-360.
- Jolly, J. B., Dyck, M. J., Kramer, T. A., & Wherry, J. N. (1994). Integration of positive and negative affectivity and cognitive content-specificity: Improved discrimination of anxious and depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 544-552.
- Kendall, P. C., & Ingram, R. E. (1989). Cognitive-behavioral perspectives: Theory and research on depression and anxiety. In P. C. Kendall & D. Watson (Eds.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (pp. 27-53). New York: Academic Press.
- Κλεφτάρας, Γ. (1998). *Η Κατάθλιψη σήμερα: Περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- MacLeod, C., & Mathews, A. M. (1991). Cognitive-experimental approaches to the emotional disorders. In R. Martin (Ed.), *Handbook of behavior therapy and psychological science* (pp. 116-150). New York: Pergamon.
- MacLeod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 15-20.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Mathews, A. (1997). Information-processing biases in emotional disorders. In D. M. Clark & G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 47-66). Oxford: Oxford University Press.
- McDermut, W., & Haaga, D. A. F. (1994). Cognitive balance and specificity in anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 333-352.
- McGrath, R. E., & Ratliff, K. G. (1993). Using self-report measures to corroborate theories of depression: The specificity problem. *Journal of Personality Assessment*, 61, 156-168.
- Merikangus, K. R. (1990). Comorbidity for anxiety and depression: Review of family and genetic studies. In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Mogg, K., Bradley, B., Willims, R., & Mathews, A. (1993). Subliminal processing of emotional information in anxiety and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 304-311.
- Molinari, V., & Niederehe, G. (1984-85). Locus of control, depression, and anxiety in young and old adults: A comparison study. *International Journal of Aging and Human Development*, 20, 41-52.
- Ostrander, R., Nay, W. R., Anderson, D., & Jensen, J. (1995). Developmental and symptom specificity of hopelessness, cognitive errors, and attributional bias among clinic-referred youth. *Child Psychiatry & Human Development*, 26, 97-112.
- Persons, J. B., Burns, D. D., Perloff, J. M., & Miranda, J. (1993). Relationship between symptoms of depression and anxiety and dysfunctional beliefs about achievement and attachment. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 518-524.
- Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (1987). Self-regulatory perseverance and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of reaction depression. *Psychological Bulletin*, 102, 122-138.
- Ραμπαβίλας, Α. Δ. (1996). Συνοσηρότητα της κατάθλιψης με τις αγχώδεις διαταραχές. Στο Ιατρική Εταιρεία Αθηνών (Επιμ. Έκδ.), *Πρακτικά 22ου Ετήσιου Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Rawson, H. E. (1992). The interrelationship of measures of manifest anxiety, self-esteem, locus of control, and depression in children with behavior problems. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 10, 319-329.

- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(Whole No 609).
- Rotter, J. B., Chance, J., & Phares, E. J. (1972). *Applications of a social theory of personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Sack, R. L., Lewy, A. J., White, D. M., Singer, C. M., Fireman, M. J., & Vandiver, R. (1990). Morning vs. evening light treatment for winter depression: Evidence that the therapeutic effects of light are mediated by circadian phase shift. *Archives of General Psychiatry*, 47, 343-351.
- Sanz, J., & Avia, M. D. (1994). Cognitive specificity in social anxiety and depression: Self-statements, self-focused attention, and dysfunctional attitudes. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 105-137.
- Sarason, I. G. (1986). Test anxiety, worry, and cognitive interference. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-related cognitions in anxiety and motivation* (pp. 19-33). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Steer, R. A., Clark, D. A., Beck, A. T., & Ranieri, W. F. (1995). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: A replication. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 542-545.
- Tanaka-Matsumi, J., & Kameoka, V. A. (1986). Reliabilities and concurrent validities of popular self-report measures of depression, anxiety, and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 328-333.
- Tarlow, E. M., & Haaga, D. A. F. (1996). Negative self-concept: Specificity to depressive symptoms and relation to positive and negative affectivity. *Journal of Research in Personality*, 30, 120-127.
- Weissman, M. M. (1990). Evidence for comorbidity of anxiety and depression: Family and genetic studies of children. In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 349-365). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Wells, A., & Butler, G. (1997). Generalized anxiety disorder. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 155-178). Oxford: Oxford University Press.
- Westra, H. A., & Kuiper, N. A. (1996). Community and specificity of dysfunctional cognitions, and the prediction of four different forms of psychological maladjustment. *Personality and Individual Differences*, 20, 575-588.
- Williams, J. M. G. (1997). Depression. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 259-283). Oxford: Oxford University Press.
- Wine, J. D. (1982). Evaluation anxiety. A cognitive-attentional construct. In H. W. Krohne & L. Laux (Eds.), *Achievement, stress, and anxiety* (pp. 207-219). Washington, DC: Hemisphere.
- World Health Organization (1993). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death* (10th revised ed.). Geneva: Author.
- Zurawski, R. M., & Smith, T. W. (1987). Assessing irrational beliefs and emotional distress: Evidence and implications of limited discriminant validity. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 224-227.

Cognitive specificity of depression and anxiety: Methodological issues and research findings

GEORGE KLEFTARAS
University of Crete, Greece

ABSTRACT

An increasing number of studies questions the distinctiveness of depression and anxiety and shows, firstly, that depression and anxiety are highly correlated and, secondly, that many of the cognitive mechanisms that characterize them are very similar. Thus, although there are numerous studies concerning depression and anxiety separately, there is relative confusion regarding the cognitive variables which differentiate each of them. It is becoming increasingly clear that the study of cognitive specificity of depression and anxiety requires a comparative methodological approach that differentiates these states in the same study. In this paper the conclusions of a relatively limited number of studies adopting such an approach are presented. These studies generally focus on "thought content", "locus of control", "causal attributions" and "information processing". Then, some significant implications of these research findings as well as certain methodological issues and weak points are discussed and, finally, ways are proposed in order to deal with them. More specifically, the discussion focuses mostly on the general distress (psychopathology) factor, the methods of assessment, the chronobiology of depression and anxiety, the control groups and the comparisons of multiple groups and their combinations.

Key words: Anxiety, Cognitive specificity, Depression.

Address: George Kleftaras, 10 George Seferis str., 174 56 Alimos, Athens, Greece. Tel.: *30-1-9882075, and *30-1-9885026