



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



«ΑΓΧΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΚΑΝΕΛΛΑΚΗ ΓΕΩΡΓΙΑ

Επιβλέπων: Κατερίνα Καστανιώτη
Επίκουρη Καθηγήτρια
Καλαμάτα 2010

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία επιχειρεί να εξετάσει και να μελετήσει τους παράγοντες εκείνους που προκαλούν το άγχος στη παιδική ηλικία. Οι αγχώδεις διαταραχές είναι η πιο κοινή μορφή ψυχικών παθήσεων, και προσβάλλουν ένα στα 20 άτομα σε οποιαδήποτε δεδομένη χρονική στιγμή. Η συχνότητα εμφάνισης των διαταραχών άγχους στα παιδιά είναι αρκετά υψηλή και ο αριθμός των συνοδών προβλημάτων μεγάλος. Αυτό που κάνει τις αγχώδεις διαταραχές τόσο «δυσανάγνωστες» είναι ότι συχνά οι γονείς δεν μπορούν να καταλάβουν αν τα παιδιά τους έχουν άγχος με αποτέλεσμα να μη αναγνωρίζονται εύκολα τα συμπτώματα. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή και η παρουσίαση των συμπτωμάτων των διαταραχών άγχους, τις διαστάσεις που παίρνει στην βρεφική και παιδική ηλικία, τις μορφές, τις αιτίες και τους παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξή τους.

Μέθοδος που ακολουθήθηκε είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνών που έγιναν για το άγχος στα παιδιά και προέκυψε ακολουθώντας την μέθοδο της αναζήτησης σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (MEDLINE) μέσω της μηχανής αναζήτησης PubMed, ενώ ως τίτλος αναζήτησης χρησιμοποιήθηκε ο όρος «Stress».

Αποτελέσματα που προέκυψαν από τη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προσδιόρισαν ότι οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν την πιο κοινή μορφή ψυχικών παθήσεων κατά την παιδική ηλικία.

Συμπέρασμα είναι επιτακτική η ανάγκη για ενημέρωση των γονιών έτσι ώστε, να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα των αγχωδών διαταραχών και να μπορέσουν να βοηθήσουν τα παιδιά τους στην αντιμετώπιση αυτών.

SUMMARY

This thesis attempts to examine and study the factors that cause anxiety in childhood. Stress disorders are the most common form of mental illness, and affect one in 20 people at any given time. The incidence of stress disorders in children is quite high and the number of accompanying problems great. What makes stress disorders so insidious is that parents often do not understand if their children are under stress and this leads to non-identifiable symptoms. The purpose of this study is to record and show the signs of anxiety disorders, illustrate the intensity during infancy and childhood, depict the forms, causes and factors contributing to their development.

The methodology followed is a bibliographic review of research conducted on stress in children. Online databases (such as MEDLINE) via the PubMed search engine were utilized and the word "Stress" was used as a key word to conduct the search.

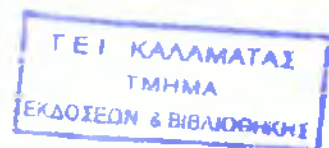
Results obtained from the systematic review of the literature pointed out that stress disorders are the most common form of mental disorders during childhood. The conclusion is that there is an urgent need to increase parent awareness in order for parents to be able to recognize the symptoms of stress disorders so they can help their children to deal with them.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θέλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου για την πολύτιμη βοήθεια με συμβουλές, παραινέσεις και υλικό, ώστε να καταστεί δυνατή η εκπόνηση της εργασίας αυτής

- στην κα Κατερίνα Καστανιώτη, Επίκουρη Καθηγήτρια του Τ.Ε.Ι Καλαμάτας και εισηγητή του θέματος,
- στην οικογένειά μου, σε όσους με αγαπούν και πιστεύουν σε μένα και σε όλους όσους επέδειξαν υπομονή και κατανόηση, κατά την εκπόνηση της εργασίας,
- τέλος, θα ήταν παράλειψη να μην ευχαριστήσω θερμά όλους τους καθηγητές του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, αλλά και τους συμφοιτητές μου για την καλή συνεργασία που είχαμε.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



Σελ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ1: ΓΕΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ.....	12
1.1 Τι είναι το άγχος.....	12
1.2 Αγχώδεις διαταραχές.....	12
1.2.1 Διαταραχή πανικού.....	12
1.2.2 Ειδικές φοβίες.....	13
1.2.3 Κοινωνικές φοβίες.....	14
1.2.4 Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.....	15
1.2.5 Διαταραχή γενικευμένου άγχους.....	16
1.2.6 Διαταραχή στρες μετά ψυχοτραυματισμό και οξεία αντίδραση στο στρες...	17
1.2.7 Αγχώδης διαταραχή που οφείλεται σε σωματική νόσο.....	19
1.2.8 Προκαλούμενη από ουσίες αγχώδη διαταραχή.....	19
1.2.9 Μικτή αγχώδης καταθλιπτική διαταραχή – άλλες αγχώδεις καταστάσεις...	19
1.3 Τι προκαλεί τις αγχώδεις διαταραχές.....	21
1.4 Συμπτώματα άγχους.....	23
1.5 Το κόστος των διαταραχών άγχους.....	25
1.6 Επιδημιολογία των αγχωδών διαταραχών στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας (Παγκόσμια Φροντίδα Υγείας).....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΓΧΟΣ ΣΤΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	28
2.1 Εισαγωγικά.....	28
2.2 Γενικά χαρακτηριστικά των διαταραχών άγχους.....	29

2.3 Τα άγχη και οι φόβοι είναι φυσιολογικά συναισθήματα.....	30
2.4 Επιδημιολογία.....	31
2.5 Η περιγραφή των διαταραχών άγχους.....	31
2.5.1 Διαταραχή άγχους αποχωρισμού.....	31
2.5.2 Σχολικό άγχος.....	35
2.5.2.1 Παιδιά που αρνιούνται να πάνε στο σχολείο	35
2.5.2.2 Αντιδράσεις των σχολειοφοβικών παιδιών	36
2.5.2.3 Η σχολική φοβία.....	37
2.5.2.4 Αιτίες που προκαλούν την σχολική φοβία.....	39
2.5.2.5 Τρόποι αντιμετώπισης του σχολικού άγχους	40
2.5.3 Κοινωνική φοβία.....	41
2.5.4 Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή.....	43
2.5.5 Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή.....	44
2.5.6 Ειδική φοβία (πρώην απλή φοβία)	47
2.5.7 Διαταραχή πανικού.....	49
2.5.8 Διαταραχή μετά από το τραυματικό στρες.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΙΤΙΑ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ Κ' ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΑΓΧΩΔΩΝ	
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	53
3.1 Άγχος στην παιδική ηλικία.....	53
3.2 Κλασσικές θεωρητικές προσεγγίσεις των διαταραχών άγχους.....	54
3.3 Οι σύγχρονες κατευθύνσεις της έρευνας.....	56
3.4 Συννοσηρότητα.....	57
3.5 Η αναπτυξιακή πορεία των παιδιών με διαταραχές άγχους.....	58
3.6 Παιδιά και διαζύγιο.....	60
3.7 Ο ρόλος του σχολείου – οικογένειας και εκπαιδευτικού.....	62
3.7.1 Το σχολείο ως χώρος εφαρμογής των υπηρεσιών ψυχικής	

υγείας.....	62
3.7.2 Αντιμετώπιση του άγχους του παιδιού από τον εκπαιδευτικό.....	62
3.7.3 Σύνδεση σχολείου και οικογένειας.....	64
3.7.4 Συνεργασία εκπαιδευτικών με επαγγελματίες ψυχικής υγείας.....	66
3.7.5 Συμβουλές προς τους γονείς.....	67
3.8 Διάγνωση των διαταραχών άγχους.....	68
3.9 Θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους.....	69
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	72
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	73

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι μια από τις πιο συνηθισμένες ψυχικές διαταραχές της εποχής μας και σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπων στο κόσμο (www.who.org, 25/02/2010). Το άγχος είναι ένας όρος που χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε το φυσιολογικό συναίσθημα που αισθάνεται κανείς όταν αντιμετωπίζει κάποια απειλή, κίνδυνο, ή όταν βρίσκεται υπό ψυχολογική πίεση. Όταν κάποιος έχει άγχος, συνήθως αισθάνεται ταραχή, δυσφορία και ένταση. Τα αισθήματα άγχους μπορεί να προκαλούνται από εμπειρίες της ζωής, όπως η απώλεια της εργασίας, η κατάρρευση μιας σχέσης, κάποια σοβαρή ασθένεια ή ατύχημα, ή ο θάνατος κάποιου κοντινού προσώπου. Είναι λογικό να αισθάνεται κανείς άγχος σε αυτές τις περιπτώσεις και συνήθως τα αισθήματα άγχους διαρκούν μόνο για ένα περιορισμένο χρονικό διάστημα. Λόγω του ότι τα αισθήματα άγχους είναι κάτι το κοινό, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τη διαφορά μεταξύ των αισθημάτων άγχους που είναι φυσιολογικά για μια δεδομένη κατάσταση και των συμπτωμάτων μιας αγχώδους διαταραχής. Οι αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνονται από τις: Ειδικές φοβίες, Κοινωνικές φοβίες, Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή, Διαταραχή γενικευμένου άγχους, Διαταραχή στρες μετά ψυχοτραυματισμό και οξεία αντίδραση στο στρες, Διαταραχή πανικού, Αγχώδης διαταραχή που οφείλεται σε σωματική νόσο, Προκαλούμενη από ουσίες αγχώδη διαταραχή και Μικτή αγχώδης καταθλιπτική διαταραχή – άλλες αγχώδεις καταστάσεις.

Οι αγχώδεις διαταραχές δεν είναι μία μόνο πάθηση, αλλά μία ομάδα παθήσεων οι οποίες χαρακτηρίζονται από επίμονα αισθήματα υψηλού βαθμού άγχους και υπερβολικής δυσφορίας και έντασης. Ένα άτομο μπορεί να διαγνωσθεί ως πάσχον από μία αγχώδη διαταραχή εάν το επίπεδο του άγχους του είναι τόσο υψηλό ώστε να διαταράσσει σημαντικά την καθημερινή του ζωή και να μην του επιτρέπει να κάνει τα πράγματα που θέλει να κάνει. Οι αγχώδεις διαταραχές είναι η πιο κοινή μορφή ψυχικών παθήσεων, και προσβάλλουν ένα στα 20 άτομα σε οποιαδήποτε δεδομένη χρονική στιγμή. Συχνά αρχίζουν στην πρώιμη ενήλικη ζωή, αλλά μπορεί να αρχίσουν και στην παιδική ηλικία. Οι γυναίκες είναι περισσότερο πιθανό να προσβληθούν από τις περισσότερες αγχώδεις διαταραχές απ' ό,τι οι άνδρες. Οι αγχώδεις διαταραχές συχνά αρχίζουν απότομα, χωρίς να υπάρχει κάποιος προφανής λόγος. Γενικά συνοδεύονται από έντονα σωματικά συμπτώματα όπως δύσπνοια και ταχυπαλμία. Άλλα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν ιδρώτα, τρεμούλα, αίσθημα ασφυξίας, ναυτία, στομαχικές ενοχλήσεις, ζαλάδα, μυρμηκιάσεις, αισθήματα απώλειας ελέγχου και/ή αισθήματα επικείμενης

συμφοράς. Οι αγχώδεις διαταραχές επηρεάζουν το πώς ένα άτομο σκέπτεται, αισθάνεται και συμπεριφέρεται, και εάν δεν αντιμετωπισθούν, μπορούν να προκαλέσουν μεγάλη ψυχική ένταση και να διαταράξουν σημαντικά τη ζωή του ατόμου. Για το λόγο αυτό, είναι ιδιαίτερα σημαντική η διάγνωσή τους και η έγκαιρη αντιμετώπιση, για την αποφυγή χρονιότητας, της σημαντικής ανικανότητας και του υψηλού κόστους (προσωπικού και κοινωνικού) που προκαλούν (www.dhi.gov.au, 03/06/2010). Όσον αφορά στο οικονομικό κόστος αυτών των διαταραχών, έχει βρεθεί στη Μ. Βρετανία, ότι το κόστος των αγχωδών διαταραχών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ήταν υψηλότερο από το κόστος της υπέρτασης, ενώ το κόστος των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ήταν διπλάσιο σε ασθενείς με αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς ψυχικές διαταραχές. Λόγω του σωματικού χαρακτήρα πολλών από τα αγχώδη συμπτώματα, ο ασθενής καταφεύγει επανειλημμένα σε διάφορες ιατρικές υπηρεσίες, που υπερφορτώνονται και υποβάλλεται σε πολυάριθμες περιττές εξετάσεις ή ακόμα και επεμβάσεις. Σε όλες σχεδόν τις έρευνες, οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούσαν τη συχνότερη (στην Ελλάδα) ή τη δεύτερη σε συχνότητα (μετά τις καταθλιπτικές διαταραχές) ομάδα ψυχικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό. Επίσης, συχνά έχει διαπιστωθεί συσχέτιση της συχνότητας των αγχωδών διαταραχών με μεταβλητές όπως το εισόδημα (συχνότερες σε άτομα με χαμηλά εισοδήματα), την εκπαίδευση (συχνότερες σε άτομα χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης) και την εργασία (συχνότερες σε άνεργα άτομα) (Benjamin & Virginia Sadock, 2004).

Ένα παιδί που έχει κάποια φοβία αντιμετωπίζει έντονα συμπτώματα άγχους. Το άγχος αυτό πυροδοτείται από συγκεκριμένες καταστάσεις που το φοβίζονται και τις οποίες τείνει να αποφύγει. Έτσι, το άγχος γίνεται ανασταλτικό με αποτέλεσμα το παιδί να προσπαθεί συνεχώς να αποφύγει την κατάσταση που το προκαλεί. Το γεγονός αυτό οδηγεί στην κορύφωση και την γενίκευση του άγχους, ακόμη και όταν η κατάσταση αυτή απουσιάζει (Κακούρης Ε., Μανιαδάκη Κ., 2002).

Η συχνότητα εμφάνισης των διαταραχών άγχους στα παιδιά είναι αρκετά υψηλή και ο αριθμός των συνοδών προβλημάτων μεγάλος (Albano et al., 1996). Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν τις πιο συχνά εμφανιζόμενες διαταραχές κατά την παιδική ηλικία. Συγκεκριμένα, η συχνότητα εμφάνισης στον παιδικό πληθυσμό κυμαίνεται μεταξύ 3-18% (Barlow, 1988). Οι αγχώδεις διαταραχές είναι από τις διαταραχές που παρουσιάζονται με τη μεγαλύτερη συχνότητα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. (Bernstein & Borchardt, 1991). Σε μια μεγάλη επιδημιολογική έρευνα βρέθηκε ότι το 17-21% των παιδιών του δείγματος παρουσίαζε ανησυχητικά συμπτώματα άγχους ενώ τα μισά περίπου από αυτά

μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως «κλινικές περιπτώσεις» (Kashani & Orvaschel, 1990).

Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν οι φόβοι που είχαν μπορεί να χαθούν ή να αντικατασταθούν από καινούργιους. Οι τυπικοί φόβοι της παιδικής ηλικίας αλλάζουν ανάλογα με την ηλικία. Περιλαμβάνουν το φόβο για τους ξένους, για τα ύψη, για το σκοτάδι, για τα ζώα, για το αίμα, για τα έντομα αλλά και για το ενδεχόμενο να μείνουν μόνοι τους σ' ένα χώρο. Τα παιδιά συχνά αποκτούν φόβο για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή μια κατάσταση αφότου βιώσουν μια δυσάρεστη εμπειρία, όπως είναι το δάγκωμα από σκύλο ή ένας τραυματισμός (www.mynewbaby.gr, 25/02/2010).

Μέχρι τώρα δεν έχει δοθεί η ανάλογη βαρύτητα στη διάγνωση και αντιμετώπισή τους. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι τα συμπτώματα αυτών των διαταραχών δεν γίνονται συνήθως εύκολα αντιληπτά, δεδομένου μάλιστα ότι δεν προκαλούν ενόχληση στο περιβάλλον ούτε φαίνεται να έχουν επιβλαβείς συνέπειες για τους άλλους (Albano et al., 1996). Επιπλέον, ακόμα και στην περίπτωση που τα συμπτώματα είναι ορατά, δεν είναι πάντα εύκολο για τους γονείς να διακρίνουν αν πρόκειται για φυσιολογικές ή παθολογικές εκδηλώσεις άγχους και φόβου.

Η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής στην αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους σε παιδιά δεν έχει ακόμη αποδειχθεί επαρκώς, αφού οι σχετικές έρευνες είναι περιορισμένες. Ακόμη και στις περιπτώσεις όπου η φαρμακευτική αγωγή φαίνεται να περιορίζει τα συμπτώματα του άγχους, για να μειωθεί η πιθανότητα επανεμφάνισης των συμπτωμάτων μετά τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, προτείνεται συνδυασμός της με άλλες τεχνικές (Piacentini & Graae, 1997). Οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται στα παιδιά συχνότερα σε περιπτώσεις όπου οι γονείς παρουσιάζουν επίσης τέτοιου είδους διαταραχές καθώς και στις περιπτώσεις όπου οι σχέσεις μεταξύ των γονιών είναι προβληματικές (Bernstein & Borchardt, 1991). Γι' αυτό είναι σημαντικό στη θεραπευτική διαδικασία για την αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών στα παιδιά, να συμμετέχουν και οι γονείς. Έχει διαπιστωθεί, πως στις περιπτώσεις όπου η θεραπευτική διαδικασία δεν επικεντρώνεται μόνο στο παιδί αλλά συμπεριλαμβάνει και το οικογενειακό του περιβάλλον, τότε η θεραπεία έχει γρηγορότερα και πιο μακροχρόνια αποτελέσματα (Silverman & Kurtines, 1996).

Εν' κατακλείδι, η ανάλυση της νόσου επιτυγχάνεται μέσα από τη διερεύνηση των αιτιών, των συμπτωμάτων, των παραγόντων που συμβαίνουν αλλά και εμποδίζουν την εμφάνισή της. Επιπρόσθετα, σημαντικό ρόλο για τη διάγνωση της διαταραχής άγχους έχουν τα αξιόπιστα διαγνωστικά εργαλεία αλλά και η κλινική εμπειρία του γιατρού.

Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή και η παρουσίαση των συμπτωμάτων των διαταραχών άγχους, τις διαστάσεις που παίρνει στην βρεφική και παιδική ηλικία, τις μορφές, τις αιτίες και τους παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξή τους. Κύριος στόχος της μελέτης είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής με γνώμονα το άγχος κυρίως στην παιδική ηλικία, και τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο το άγχος επηρεάζει αρνητικά τη φυσιολογική εξελικτική πορεία του παιδιού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. ΓΕΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΑΓΧΟΥΣ**1.1 Τι είναι το άγχος**

Άγχος είναι η συνήθης φθορά που βιώνει το σώμα μας όταν προσαρμοζόμαστε στο συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Έχει σωματικές και συναισθηματικές συνέπειες πάνω μας και μπορεί να δημιουργήσει θετικά ή αρνητικά συναισθήματα. Ως θετικό, το άγχος μας αναγκάζει να κινητοποιηθούμε σε δράση. Μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα να έχουμε μια νέα συνειδητοποίηση και μια ενδιαφέρουσα, νέα προοπτική. Ως αρνητικό, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα να έχουμε συναισθήματα δυσπιστίας, απόρριψης, θυμού και κατάθλιψης, τα οποία με τη σειρά τους μπορεί να οδηγήσουν σε προβλήματα υγείας όπως, πονοκεφάλους, διαταραχές στο στομάχι, εξανθήματα, αϋπνία, έλκος, αύξηση της πίεσης του αίματος, καρδιακές παθήσεις και εγκεφαλικό. Με το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, τη γέννηση ενός παιδιού, την επαγγελματική προαγωγή, μια καινούργια σχέση, βιώνουμε άγχος ενόσω προσαρμοζόμαστε. Σε μια τέτοια φάση προσαρμογής σε διαφορετικές συνθήκες, το άγχος θα μας βοηθήσει ή θα μας εμποδίσει, ανάλογα με τον τρόπο που θα ανταποκριθούμε (www.teikoz.gr, 16/05/2010).

1.2 Αγχώδεις διαταραχές

Το παθολογικό άγχος μπορεί να πάρει διάφορες μορφές και να συνθέσει μια ποικιλία παθολογικών καταστάσεων, οι οποίες παρουσιάζουν μεταξύ τους αρκετά κοινά σημεία αλλά και σημαντικές διαφορές. Στις αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνονται:

1.2.1 Διαταραχή πανικού (με ή χωρίς αγοραφοβία): Η διαταραχή πανικού χαρακτηρίζεται από αυτόματες κρίσεις πανικού. Μπορεί να συνοδεύεται ή να μη συνοδεύεται από αγοραφοβία (διαταραχή στην οποία το άτομο φοβάται να βρίσκεται σε ανοιχτούς χώρους, μέσα σε πλήθος ή μόνο του έξω από το σπίτι του). Ο πανικός μπορεί να εξελίσσεται σταδιακά: υποκλινικές κρίσεις, σαφείς κρίσεις πανικού, υποχονδριακοί φόβοι, άγχος προσμονής, φοβική αποφυγή συγκεκριμένων καταστάσεων, αγοραφοβία. Η διαταραχή μπορεί να οδηγήσει σε κατάχρηση οινόπνευματος ή άλλων ουσιών, σε κατάθλιψη, και σε περιορισμό της επαγγελματικής και κοινωνικής ζωής. Η αγοραφοβία μπορεί να υφίσταται μόνη της, αν και συνήθως συνυπάρχουν κρίσεις πανικού. Το άγχος προσμονής χαρακτηρίζεται από το φόβο του ατόμου ότι θα προσβληθεί από πανικό και θα βρεθεί αβοήθητο ή θα εξευτελιστεί. Οι αγοραφοβικοί ασθενείς μπορεί να φτάσουν στο

σημείο να περιοριστούν στο σπίτι και να μη βγαίνουν απ' αυτό ποτέ ή μόνον εφόσον συνοδεύονται από κάποιον άλλο. Η διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία, είναι μια διακριτή περίοδος έντονου φόβου ή δυσφορίας, κατά την οποία εμφανίζονται απότομα και κορυφώνονται μέσα σε 10 λεπτά (τέσσερα ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα: αίσθημα παλμών, εφίδρωση, τρόμος, αίσθημα λαχανιάσματος ή ασφυξία, αίσθημα πνιγμονής, θωρακικός πόνος ή δυσφορία, ναυτία ή κοιλιακά ενοχλήματα, αίσθημα ζάλης - αστάθειας ή τάση για λιποθυμία, αποπραγματοποίηση ή αποπροσωποποίηση, φόβος απώλειας του ελέγχου ή τρέλας, φόβος θανάτου, παραισθησίες, φρίκια ή εξάψεις (Benjamin & Virginia Sadock, 2004).

1.2.2 Ειδικές φοβίες: Φοβία είναι ο παράλογος φόβος ενός αντικειμένου ή κατάστασης (π.χ. άλογα, ύψη, βελόνες). Το άτομο βιώνει έντονο άγχος όταν εκτίθεται στο αντικείμενο ή κατάσταση που φοβάται και κάνει οτιδήποτε μπορεί για να το αποφύγει.

1) Η ειδική φοβία είναι ο έντονος και επίμονος φόβος, που είναι υπέρμετρος ή παράλογος και εκλύεται από την παρουσία ή την αναμονή της παρουσίας ενός συγκεκριμένου αντικειμένου ή κατάστασης (π.χ. αεροπορικά ταξίδια, ύψη, ζώα, ενέσεις, θέα αίματος).

2) Η έκθεση στο φοβογόνο ερέθισμα προκαλεί σχεδόν πάντα άμεση αντίδραση άγχους, η οποία μπορεί να πάρει τη μορφή κρίσης πανικού που συνδέεται ή επάγεται από τη συγκεκριμένη περίπτωση. Στα παιδιά, το άγχος μπορεί να εκφράζεται με κλάμα, νευρικό ξέσπασμα, ακινητοποίηση ή προσκόλληση στο γονέα.

3) Το άτομο αναγνωρίζει ότι ο φόβος είναι υπέρμετρος ή παράλογος. Ενώ, στα παιδιά, αυτό το στοιχείο μπορεί να απουσιάζει.

4) Το άτομο αποφεύγει τη φοβική(-ες) κατάσταση(-εις) ή την υπομένει με έντονο άγχος ή δυσφορία.

5) Η αποφυγή, το άγχος προσμονής ή δυσφορίας που συνδέεται με τη φοβική κατάσταση (ή καταστάσεις) παρεμποδίζουν καθημερινά τις συνήθεις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου, την επαγγελματική (ή σχολική) λειτουργικότητά του ή τις κοινωνικές του δραστηριότητες.

6) Σε άτομα νεότερα των 18 ετών, η διαταραχή διαρκεί τουλάχιστον 6 μήνες.

7) Το άγχος, οι κρίσεις πανικού ή η φοβική αποφυγή που συνδέονται με το φοβογόνο αντικείμενο ή τη φοβογόνο κατάσταση δεν εξηγούνται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή, όπως ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (π.χ. φόβος των βρώμικων αντικειμένων σε άτομο με ιδεοληψία σχετικά με τη μόλυνση), διαταραχή στρες μετά ψυχοτραυματισμό (π.χ. αποφυγή ερεθισμάτων που συνδέονται με βαρύ στρεσογόνο παράγοντα), διαταραχή άγχους αποχωρισμού (π.χ. αποφυγή σχολείου), κοινωνική φοβία (π.χ. αποφυγή

κοινωνικών καταστάσεων λόγω του φόβου της αμηχανίας), διαταραχή πανικού με αγοραφοβία, ή αγοραφοβία χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού (Benjamin & Virginia Sadock, 2004).

1.2.3 Κοινωνικές φοβίες: Η κοινωνική φοβία χαρακτηρίζεται από παράλογο φόβο κάποιων κοινωνικών καταστάσεων (π.χ. το άτομο φοβάται να μιλήσει μπροστά σε άλλους, να ουρήσει σε δημόσιο ουρητήριο). Στη γενικευμένη μορφή αυτής της διαταραχής, το άτομο αποφεύγει τις περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις.

Η κοινωνική φοβία είναι: 1) Εκσεσημασμένος και επίμονος φόβος του ατόμου για μια ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις ή καταστάσεις στις οποίες θα πρέπει να ενεργήσει μπροστά σε κοινό, στις οποίες εκτίθεται σε άγνωστα άτομα, ή σε ενδεχόμενη κριτική. Το άτομο φοβάται ότι θα ενεργήσει με κάποιο τρόπο (ή ότι θα εκδηλώσει συμπτώματα άγχους) που θα το ταπεινώσει ή θα το φέρει σε αμηχανία. Στα παιδιά, θα πρέπει να υπάρχουν στοιχεία ότι έχουν τις αρμόζουσες για την ηλικία τους ικανότητες κοινωνικής συναλλαγής με οικεία πρόσωπα, ενώ το άγχος θα πρέπει να εμφανίζεται όταν βρίσκονται ανάμεσα σε συνομηλίκους και όχι μόνο σε συναντήσεις με ενήλικες.

2) Η έκθεση στη φοβική κοινωνική κατάσταση πάντοτε προκαλεί άγχος, το οποίο μπορεί να πάρει τη μορφή κρίσης πανικού που συνδέεται ή επάγεται από τη συγκεκριμένη περίπτωση. Στα παιδιά όμως, το άγχος μπορεί να εκφράζεται με κλάμα, νευρικό ξέσπασμα, ακινητοποίηση ή αποφυγή κοινωνικής συνεύρεσης με αγνώστους.

3) Το άτομο αναγνωρίζει ότι ο φόβος είναι υπέρμετρος ή παράλογος.

4) Το άτομο αποφεύγει τις φοβικές κοινωνικές καταστάσεις ή καταστάσεις στις οποίες θα πρέπει να ενεργήσει μπροστά σε κοινό, ή τις υπομένει με έντονο άγχος ή δυσφορία.

5) Η αποφυγή, η αγχώδης προσαρμογή ή η ενόχληση που συνδέονται με τις φοβικές καταστάσεις παρεμποδίζουν σημαντικά τις συνήθεις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου, την επαγγελματική (ή σχολική) λειτουργικότητά του ή τις κοινωνικές του δραστηριότητες.

6) Σε άτομα νεότερα των 18 ετών, η διαταραχή διαρκεί τουλάχιστον 6 μήνες.

7) Ο φόβος ή αποφυγή δεν οφείλονται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσίας που υπόκεινται σε κατάχρηση, φαρμάκου) ή σε σωματική νόσο και δεν εξηγούνται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, διαταραχή άγχους αποχωρισμού, σωματοδυσμορφική διαταραχή, διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή ή σχιζοειδή διαταραχή της προσωπικότητας).

8) Αν υφίσταται γενική σωματική κατάσταση ή άλλη ψυχική διαταραχή π.χ. ο φόβος δεν αφορά τραυματισμό, τρόπο σε νόσο του Parkinson, ή εκδήλωση ασυνήθιστης διατροφικής

συμπεριφοράς σε ψυχογενή ανορεξία ή ψυχογενή βουλιμία (Benjamin & Virginia Sadock, 2004).

1.2.4 Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή: Επανειλημμένη παρείσφρηση ιδεών, εικόνων, ιδεομηρυκασμού, παρορμήσεων, σκέψεων (ιδεοληψίες) ή/και επαναλαμβανόμενες πράξεις (καταναγκασμοί) και συμπεριφορές.

1)Είτε ιδεοληψίες είτε ψυχαναγκασμοί:

Ιδεοληψίες ορίζονται: α)Επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες οι οποίες βιώνονται κάποιες φορές κατά τη διάρκεια της διαταραχής ως παρείσακτες και ακατάλληλες και προκαλούν έντονο άγχος ή δυσφορία. β)Οι σκέψεις, οι παρορμήσεις ή οι εικόνες δεν αποτελούν απλώς υπερβολικές ανησυχίες για προβλήματα της πραγματικής ζωής. γ)Το άτομο προσπαθεί να αγνοεί ή να καταπιέζει αυτές τις σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες ή να τις εξουδετερώνει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη. δ)Το άτομο αναγνωρίζει ότι οι ιδεοληπτικές σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες είναι προϊόν του δικού του μυαλού (ότι δηλαδή δεν επιβάλλονται από έξω, όπως συμβαίνει στη παρεμβολή σκέψεων).

Ψυχαναγκασμοί ορίζονται: α)Επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (π.χ. το πλύσιμο των χεριών είναι το πιο γνωστό παράδειγμα καταναγκασμού, άλλες συμπεριφορές σχετίζονται με την ασφάλεια, όπως το να ελέγχει κανείς συνεχώς τις πόρτες για να σιγουρευτεί ότι είναι κλειδωμένες, η ενασχόληση με την τάξη, επανειλημμένες μετρήσεις ως έναν συγκεκριμένο αριθμό ή αφή αντικειμένων συγκεκριμένες φορές) ή νοερές πράξεις (π.χ. προσευχές, μετρήσεις, σιωπηρές επαναλήψεις λέξεων), τις οποίες το άτομο αισθάνεται να εξωθείται να εκτελέσει σε αντίδραση προς μια ιδεοληψία σύμφωνα με κανόνες, οι οποίοι πρέπει να εφαρμόζονται αυστηρά. β)Οι συμπεριφορές ή οι νοερές πράξεις αποσκοπούν στην αποτροπή ή τη μείωση της δυσφορίας ή στην αποτροπή κάποιου γεγονότος ή κατάστασης που το άτομο βλέπει με τρόπο. Οι συχνότεροι ψυχαναγκασμοί περιλαμβάνουν το φόβο της μόλυνσης και τη σκέψη ότι κάτι κακό θα συμβεί στον εαυτό του ή σε οικεία πρόσωπα. Εντούτοις, αυτές οι συμπεριφορές ή νοερές πράξεις είτε δε συνδέονται με ρεαλιστικό τρόπο μ' αυτό που έχουν ως σκοπό να εξουδετερώσουν είτε είναι σαφώς υπερβολικές.

2)Κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της πορείας της διαταραχής, το άτομο έχει αναγνωρίσει ότι οι ιδεοληψίες ή οι ψυχαναγκασμοί είναι υπερβολικοί ή παράλογοι.

3)Οι ιδεοληψίες ή οι ψυχαναγκασμοί προκαλούν έντονη δυσφορία, είναι χρονοβόροι (απασχολούν το άτομο για περισσότερο από μια ώρα την ημέρα) ή παρεμποδίζουν

σημαντικά τις συνήθειες καθημερινές δραστηριότητες, την επαγγελματική (ή σχολική) λειτουργικότητα ή τις συνήθειες κοινωνικές δραστηριότητες ή σχέσεις.

4) Αν συνυπάρχει και άλλη διαταραχή, το περιεχόμενο των ιδεοληψιών ή των ψυχαναγκασμών δεν περιορίζονται σ' αυτήν (π.χ. έντονη ενασχόληση με την τροφή όταν υπάρχει διαταραχή της πρόληψης τροφής, τράβηγμα τριχών όταν υπάρχει τριχοτυλλομανία, ανησυχία για τη σωματική εμφάνιση όταν υπάρχει σωματοδυσμορφική διαταραχή, έντονη ενασχόληση με ουσίες όταν υπάρχει διαταραχή χρήσης ουσιών, έντονη ενασχόληση με σεξουαλικές παρορμήσεις ή φαντασιώσεις όταν υπάρχει παραφιλία ή ενοχικός ιδεομηρυकाσμός όταν υπάρχει μείζων καταθλιπτική διαταραχή).

5) Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσίας που υπόκεινται σε κατάχρηση, φαρμάκου) ή σε σωματική νόσο (Benjamin & Virginia Sadock, 2004).

1.2.5 Διαταραχή γενικευμένου άγχους: Χαρακτηρίζεται από υπέρμετρη ανησυχία σχετικά με πραγματικές περιστάσεις, γεγονότα ή συγκρούσεις. Η διαταραχή γενικευμένου άγχους αφορά τουλάχιστον το 5% του γενικού πληθυσμού. Οι γυναίκες έχουν τη διπλάσια πιθανότητα εμφάνισής της σε σχέση με τους άνδρες και εκτιμάται ότι το 61% των ατόμων με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή είναι γυναίκες (www.therapeia.com, 22/5/2010).

Διαταραχή γενικευμένου άγχους είναι:

1) Υπέρμετρο άγχος και ανησυχία που εμφανίζονται τις περισσότερες μέρες μιας περιόδου τουλάχιστον 6 μηνών και σχετίζονται με ορισμένα γεγονότα ή δραστηριότητες (όπως η εργασία ή σχολική επίδοση).

2) Το άτομο αισθάνεται ότι του είναι πολύ δύσκολο να ελέγξει την ανησυχία του.

3) Το άγχος και η ανησυχία συνοδεύονται από τρία (ή περισσότερα) από τα παρακάτω έξι συμπτώματα (με τουλάχιστον κάποια απ' αυτά πρέπει να είναι παρόντα τις περισσότερες μέρες των τελευταίων 6 μηνών). Στα παιδιά όμως, αρκεί μόνον ένα σύμπτωμα όπως:

α) Ανησυχία, τεντωμένα νεύρα ή αίσθημα του ατόμου ότι «κάθεται σε αναμμένα κάρβουνα». β) Εύκολη κόπωση γ) Δυσχέρεια συγκέντρωσης ή αίσθηση ότι το μυαλό αδειάζει δ) Ευερεθιστότητα ε) Μυϊκή τάση στ) Διαταραχή του ύπνου (δυσκολία επέλευσης ή διατήρησης του ύπνου ή ανήσυχος και μη ικανοποιητικός ύπνος).

4) Το άγχος και η ανησυχία του ατόμου δεν εστιάζονται αποκλειστικά σε στοιχεία μιας διαταραχής π.χ. το άτομο δεν νιώθει άγχος και ανησυχία διότι σκέφτεται μήπως πάθει κρίση πανικού (όπως στη διαταραχή πανικού) μήπως νιώθει αμηχανία μπροστά σε κοινό (όπως στην κοινωνική φοβία), μήπως μολυνθεί (όπως στην ιδεοψυχαναγκαστική

διαταραχή), ότι θα απομακρυνθεί από το σπίτι του ή από στενούς του συγγενείς (όπως στη διαταραχή άγχους αποχωρισμού), μήπως πάρει βάρος (όπως στην ψυχογενή ανορεξία), ότι πάσχει από σοβαρή ασθένεια (όπως στην υποχονδρίαση). Επίσης, το άγχος και η ανησυχία δεν εμφανίζονται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια μετατραυματικής διαταραχής στρες.

5) Το άγχος, η ανησυχία ή τα σωματικά συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

6) Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσίας που υπόκεινται σε κατάχρηση, φαρμάκου) ή σε σωματική νόσο (π.χ. υπερθυρεοειδισμό) και δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια διαταραχής της διάθεσης, ψυχωσικής διαταραχής ή διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής (Benjamin & Virginia Sadock, 2004).

1.2.6 Διαταραχή στρες μετά ψυχοτραυματισμό και οξεία αντίδραση στο στρες: Σ' αυτές τις διαταραχές, ένα ιδιαίτερα στρεσογόνο γεγονός προκαλεί άγχος. Το άτομο αναβιώνει αυτό το γεγονός στα όνειρά του και στη σκέψη του κατά τη διάρκεια της εγρήγορσης (flashbacks). Στη διαταραχή στρες μετά ψυχοτραυματισμό, τα συμπτώματα της αναβίωσης του γεγονότος, της αποφευκτικής συμπεριφοράς και της υπερεγρήγορσης διαρκούν περισσότερο από ένα μήνα (Benjamin & Virginia Sadock, 2004), θα πρέπει να τίθεται η διάγνωση της οξείας αντίδρασης στο στρες. Τα στοιχεία αναφορικά με τις διαφορές κατά φύλο είναι αντιφατικά. Αρκετές μελέτες, με μεγάλα δείγματα, έχουν βρει ότι τα κορίτσια παρουσιάζουν, σε σύγκριση με τα αγόρια, συχνότερη συμπτωματολογία, ενώ άλλες μελέτες έχουν βρει το αντίθετο (Pfefferbaum, 1997).

Η διαταραχή στρες μετά ψυχοτραυματισμό είναι:

1) Το άτομο έχει εκτεθεί σ' ένα τραυματικό γεγονός, κατά το οποίο συνέβησαν αμφότερα τα ακόλουθα: α) Το άτομο βίωσε, ήταν μάρτυρας σε ή βρέθηκε αντιμέτωπο με ένα γεγονός (ή γεγονότα) στο οποίο (ή στα οποία) υπήρξε πραγματικός ή επαπειλούμενος θάνατος, βαρύς τραυματισμός, ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του ίδιου ή άλλων. β) Η αντίδραση του ατόμου περιελάμβανε έντονο φόβο, αίσθημα αβοηθησίας ή αίσθημα φρίκης. Στα παιδιά, αυτό μπορεί να εκφράζεται με αποδιοργανωμένη ή διεγερτική συμπεριφορά.

2) Το τραυματικό γεγονός αναβιώνεται επίμονα με έναν (ή περισσότερους) από τους παρακάτω τρόπους: α) Επαναλαμβανόμενες και παρείσακτες οδυνηρές ανακλήσεις του γεγονότος, όπως εικόνες, σκέψεις ή αντιληπτικές εμπειρίες. Στα μικρά παιδιά μπορεί να εκφράζουν θέματα ή πλευρές του τραύματος μέσω επαναλαμβανόμενων παιχνιδιών.

β)Επανελημμένα ενοχλητικά όνειρα του γεγονότος. γ)Το άτομο ενεργεί ή αισθάνεται σαν να ξανασυμβαίνει το τραυματικό γεγονός (με τρόπους όπως: αίσθηση αναβίωσης της εμπειρίας, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και αποσυνδεδετικά επεισόδια αναβίωσης (flashbacks), συμπεριλαμβανομένων και αυτών που εμφανίζονται κατά την αφύπνιση ή σε κατάσταση τοξίκωσης) ενώ στα μικρά παιδιά μπορεί να παρατηρηθεί συμπεριφορά αναπαράστασης του τραύματος. δ)Έντονη ψυχική δυσφορία κατά την έκθεση σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος. ε)Σωματική αντίδραση κατά την έκθεση σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος.

3) Επίμονη αποφυγή ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός και άμβλυνση της γενικής απαντητικότητας (που δεν υπήρχε πριν από το τραυματικό γεγονός), όπως φαίνεται από τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα: α)Το άτομο προσπαθεί να αποφύγει σκέψεις, συναισθήματα ή συζητήσεις που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός. β)Το άτομο προσπαθεί να αποφύγει δραστηριότητες, τόπους ή ανθρώπους που του θυμίζουν το τραυματικό γεγονός. γ)Το άτομο αδυνατεί να ανακαλέσει μια σημαντική πλευρά του τραυματικού γεγονότος. δ)Σαφής μείωση του ενδιαφέροντος ή της συμμετοχής του ατόμου σε σημαντικές δραστηριότητες. ε)Το άτομο αισθάνεται απομάκρυνση ή αποξένωση από τους άλλους. στ)Περιορισμός του εύρους του συναισθήματος (π.χ. αδυναμία βίωσης αισθημάτων αγάπης). ζ)Αίσθημα περιορισμένου μέλλοντος (π.χ. το άτομο δεν προσδοκά ότι θα σταδιοδρομήσει επαγγελματικά, ότι θα παντρευτεί, ότι θα κάνει παιδιά ή ότι θα έχει φυσιολογική διάρκεια ζωής).

4) Επίμονα συμπτώματα υπερεγρήγορης, που δεν υπήρχαν πριν το τραυματικό γεγονός, όπως φαίνεται από δύο (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα: α)Δυσκολία επέλευσης ή διατήρησης του ύπνου β)Ευερεθιστότητα ή εκρήξεις οργής γ)Δυσχέρεια συγκέντρωσης δ)Υπερεπαγρύπνηση ε)Υπέρμετρη αντίδραση στο ξάφνιασμα.

5) Η διάρκεια της διαταραχής είναι μεγαλύτερη από ένα μήνα.

6) Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική δυσφορία ή έκπτωση στον κοινωνικό, τον επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας (Benjamin & Virginia Sadock, 2004).

Φυλετικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: Τα δεδομένα σχετικά με τις διαφορές καταλήγουν σε αντιφατικά συμπεράσματα. Ωστόσο, οι μελέτες πληθυσμών προσφύγων που συχνά υφίστανται τις συνέπειες της πολιτικής βίας, της μετακίνησης και της μετανάστευσης καταδεικνύουν τη σημασία των πολιτισμικών παραγόντων. Οι πρόσφυγες από την

Καμπότζη, για παράδειγμα, ενώ τείνουν να υποφέρουν από διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες και από συννοσηρό άγχος και κατάθλιψη, δεν παρουσιάζουν αύξηση στις διαταραχές της συμπεριφοράς ή την κατάχρηση ουσιών. Διακατέχονται από σεβασμό προς την αυθεντία, έχουν μια θετική άποψη για το σχολείο και χαρακτηρίζονται από υψηλό επίπεδο λειτουργικότητας (Pfefferbaum, 1997).

1.2.7 Αγχώδης διαταραχή που οφείλεται σε σωματική νόσο: Αγχώδη συμπτώματα μπορούν να παράγονται σε πληθώρα σωματικών καταστάσεων. Τέτοιες μπορεί να είναι: Νευρολογικές (π.χ. εγκεφαλικές κακώσεις, ημικρανία, εγκεφαλίτιδα, επιληψία κ.α.), συστηματικές καταστάσεις (π.χ. καρδιακά νοσήματα, αναιμία, αναπνευστική ανεπάρκεια κ.α.), ενδοκρινικές διαταραχές (π.χ. δυσλειτουργία της υπόφυσης, δυσλειτουργία του θυρεοειδούς, δυσλειτουργία των επινεφριδίων κ.α.), φλεγμονώδεις παθήσεις (π.χ. οζώδης πολυαρτηρίτιδα, ρευματοειδής αρθρίτιδα, ερυθθηματώδης λύκος κ.α.) διατροφικές ένδειες (π.χ. ένδεια βιταμίνης B₁₂, πελλάγρα), διάφορες διαταραχές (υπογλυκαιμία, πορφυρία, ουραιμία, λοιμώδης μονοκυρήνωση κ.α.), τοξικές καταστάσεις (πενικιλίνη, αρσενικό, βενζόλιο, φώσφορος κ.α.) (Benjamin & Virginia Sadock, 2004).

1.2.8 Προκαλούμενη από ουσίες αγχώδης διαταραχή: Αγχώδη συμπτώματα μπορούν να παράγονται σε πληθώρα σωματικών καταστάσεων. Ουσίες που μπορεί να προκαλέσουν άγχος είναι η Καφεΐνη, το Οινόπνευμα, η Κάνναβη, η Κοκαΐνη, κ.α.

1.2.9 Μικτή αγχώδης-καταθλιπτική διαταραχή: Οι ασθενείς που πάσχουν απ' αυτή τη διαταραχή έχουν συμπτώματα τόσο άγχους όσο και κατάθλιψης, αλλά δεν πληρούνται κριτήρια διάγνωσης ούτε κάποιας αγχώδους διαταραχής ούτε διαταραχής της διάθεσης. Αυτή η διάγνωση τίθεται κάποιες φορές σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας κυρίως στην ΕΥΡΩΠΗ παρά στις ΗΠΑ. Η διαταραχή κάποιες φορές αναφέρεται και ως *νευρασθένεια*.

Άλλες αγχώδεις καταστάσεις:

1. **Διαταραχή προσαρμογής με άγχος:** Υπέρμετρο άγχος που εμφανίζεται μέσα σε 3 μήνες από την έκθεση σε σαφή στρεσογόνο παράγοντα, και το οποίο δεν αναμένεται να διαρκέσει για περισσότερο από 6 μήνες.
2. **Άγχος απότοκο άλλης ψυχικής διαταραχής:** Το 70% των καταθλιπτικών ασθενών εμφανίζουν άγχος. Οι ασθενείς με ψυχωσικές διαταραχές -σχιζοφρένεια, μανία, βραχεία ψυχωσική διαταραχή -συνήα εμφανίζουν άγχος (ψυχωσικό άγχος). Επίσης το άγχος είναι συχνό στους ασθενείς με ντελίριο ή άνοια.

3. **Περιστασιακό άγχος:** Οι συνέπειες μιας στρεσογόνου καταστάσεως ξεπερνούν προσωρινά την ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέρχεται. Αυτό μπορεί να συμβεί και σε καταστάσεις ήσσονος σημασίας, αν αυτές φέρνουν στο μυαλό του πάσχοντος εξαιρετικά ψυχοπιεστικά γεγονότα του παρελθόντος.
4. **Άγχος θανάτου:** Τυπικά χαρακτηρίζεται από φόβους αβοηθησίας, σωματικών μεταβολών, απώλειας του ελέγχου και απώλειας των άλλων, σε συνδυασμό με αισθήματα ενοχής και ντροπής.
5. **Άγχος αποχωρισμού και άγχος συνάντησης με αγνώστους:** Κάποιοι ενήλικες με ψυχολογική παλινδρόμηση (στους οποίους περιλαμβάνονται και κάποιοι με σωματικά νοσήματα) μπορεί να εμφανίσουν άγχος που συνδέεται μ' αυτά τα φαινόμενα της παιδικής ηλικίας όταν αποχωρίζονται αγαπημένα τους πρόσωπα ή όταν ως νοσηλευόμενοι συναντούν μέλη του προσωπικού της κλινικής (Benjamin & Virginia Sadock, 2004).

Το άγχος αποχωρισμού εμφανίζεται σε 2 έως 3,5% του γενικού πληθυσμού και 10% του κλινικού πληθυσμού. Είναι η πιο συχνή από όλες τις αγχώδεις διαταραχές και τοποθετείται τρίτη μεταξύ των διαταραχών της παιδικής ηλικίας γενικά (Tonge, 1994). Υπάρχει επίσης μια εξελικτική διάσταση, δεδομένου ότι το άγχος αποχωρισμού εμφανίζεται περισσότερο στην προσχολική περίοδο απ' ό τι στην εφηβεία, όπως είναι αναμενόμενο.

Τα ευρήματα είναι συγκρουόμενα όσον αφορά στις διαφορές φύλλου, με μερικές μελέτες να μη βρίσκουν ενδείξεις διαφοροποίησης και άλλες να βρίσκουν ότι τα κορίτσια ξεπερνούν αριθμητικά τα αγόρια (Charles Wenar- Patricia K. Kerig, 2008).
6. **Άγχος που συνδέεται με απώλεια αυτοεκτίμησης:** Αυτό μπορεί να αποτελεί αντίδραση ατόμου σε νόσηση, απόρριψη ή απόλυση από εργασία, ιδίως αν το άτομο βιώνει αυτά τα γεγονότα ως ήττα ή αποτυχία.
7. **Άγχος που συνδέεται με απώλεια αυτοελέγχου:** Ασθενείς που έχουν την ανάγκη να αισθάνονται ότι έχουν οι ίδιοι τον έλεγχο, μπορεί να αισθανθούν έντονη απειλή αν χρειαστεί να αφήσουν τον έλεγχο της κατάστασής τους σε άλλους.
8. **Άγχος που συνδέεται με εξάρτηση ή οικειότητα:** Ασθενείς που οι εξαρτητικές τους ανάγκες κατά το παρελθόν δεν είχαν καλυφθεί ικανοποιητικά, είναι δυνατόν να αντιδρούν σε καταστάσεις που συνεπάγονται κάποιο βαθμό εξάρτησης, όπως η ιατρική φροντίδα ή μια στενή ανθρώπινη σχέση.

9. **Άγχος που συνδέεται με ενοχές και τιμωρία:** Ασθενείς με προσδοκία τιμωρίας για φανταστικές ή πραγματικές αξιόποινες πράξεις, μπορεί να αισθάνονται άγχος, να επιζητούν την τιμωρία ή και να την επιβάλλουν στον εαυτό τους.
10. **Άγχος-σήμα:** Όρος του Sigmund Freud για την περιγραφή του άγχους που δεν βιώνεται συνειδητά αλλά πυροδοτεί μηχανισμούς άμυνας τους οποίους το άτομο χρησιμοποιεί για να ανταπεξέρχεται σε δυνητικά απειλητικές καταστάσεις (Benjamin & Virginia Sadock, 2004).

1.3 Τι προκαλεί τις αγχώδεις διαταραχές

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που σχετίζονται μεταξύ τους όσον αφορά τις αγχώδεις διαταραχές. Τα αίτια μίας συγκεκριμένης διαταραχής διαφέρουν και δεν είναι πάντα εύκολο να διακρίνουμε μία αιτία σε κάθε περίπτωση. Οι κυριότεροι παράγοντες που μπορούν να ενοχοποιηθούν για τη δημιουργία του άγχους είναι:

α. **Η ιδιοσυγκρασία:** Άτομα που έχουν κάποια συγκεκριμένη ιδιοσυγκρασία μπορεί να είναι πιο επιρρεπή στις αγχώδεις διαταραχές. Τα άτομα που εύκολα διεγείρονται και αναστατώνονται και που είναι πολύ ευαίσθητα και ευκολοσυγκίνητα είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν κάποια αγχώδη διαταραχή. Τα άτομα που σαν παιδιά ήταν ντροπαλά και συνεσταλμένα μπορεί να είναι πιο επιρρεπή στο να αναπτύξουν κάποιες αγχώδεις διαταραχές όπως η κοινωνική φοβία.

β. **Η ανατροφή:** Η ανατροφή και οι παιδικές εμπειρίες μας τροφοδοτούν συχνά με άγχος. Αν για παράδειγμα είχαμε γονείς που στην παιδική μας ηλικία απαιτούσαν από μας περισσότερα από ό,τι μπορούσαμε να αποδώσουμε ή αν ζήσαμε δίπλα σε αγχώδη άτομα που μας μετέδιδαν συνέχεια το δικό τους άγχος, είναι φυσικό να έχουμε κι εμείς άγχος.

γ. **Αποτυχίες:** Αν στο παρελθόν είχαμε επανειλημμένες και απροσδόκητες αποτυχίες, αν είχαμε την ατυχία να συναντήσουμε περισσότερες δυσκολίες ή εμπόδια από ό,τι οι άλλοι γύρω μας, τότε μπορεί να έχει αναπτυχθεί μέσα μας άγχος.

δ. **Κίνδυνοι και δυσκολίες:** Στην καθημερινή μας ζωή υπάρχουν πολλοί κίνδυνοι, άλλοτε πραγματικοί και άλλοτε φανταστικοί. Επίσης υπάρχουν πολλές υποχρεώσεις και προβλήματα που μας πιέζουν καθημερινά, απαιτώντας τη λύση τους. Τέτοιες καταστάσεις μπορεί να είναι: Απειλή εναντίον της υγείας μας, της αξίας μας, των υπαρχόντων μας, της επαγγελματικής ή οικογενειακής μας κατάστασης, φόβοι για πιθανές δυσάρεστες εξελίξεις που μπορούν να αναστατώσουν τη ζωή μας ή να μας στερήσουν την παρουσία και την αγάπη κάποιων δικών μας. Κάθε πραγματική ή φανταστική κατάσταση που απειλεί να μας

στερήσει ή να εμποδίσει την ικανοποίηση κάποιας βασικής ανάγκης, μπορεί να μας τροφοδοτήσει με άγχος.

ε. **Αμφιβολία για τις ικανότητές μας:** Άγχος δημιουργείται εύκολα μέσα μας, όταν αμφιβάλλουμε για την αξία ή τις ικανότητές μας. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι ακόμα και φαινομενικά μικρές ή ασήμαντες υποχρεώσεις που αδυνατούμε να τις εκπληρώσουμε, μπορούν να δημιουργήσουν άγχος μέσα μας όταν αυτές απειλούν την αυτοεκτίμησή μας.

στ. **Τα διλήμματα:** Άγχος μπορεί να δημιουργηθεί μέσα μας όταν αντιμετωπίζουμε διλήμματα ή χρειάζεται να πάρουμε κάποια μεγάλη απόφαση. Μπροστά σε τέτοιες καταστάσεις μπορεί να αμφιταλαντευόμαστε ανάμεσα σε δυο τάσεις: να προχωρήσουμε στη λύση ή να την αναβάλλουμε; Να πούμε Ναι ή Όχι; Να τολμήσουμε κάτι ριψοκίνδυνο;

ζ. **Εσωτερικές συγκρούσεις:** Άγχος δημιουργείται συχνά από συγκρούσεις που γίνονται μέσα μας ανάμεσα στις επιθυμίες ή προσδοκίες μας από τη μια πλευρά, και στους περιορισμούς που υπαγορεύει η συνείδηση ή το περιβάλλον από την άλλη.

η. **Ενοχές:** Λάθη, αποτυχίες ή και αμαρτίες του παρελθόντος που δεν φροντίσαμε να απαλλαγούμε από αυτές με εξομολόγηση μπροστά στον Θεό, δημιουργούν μέσα μας αρκετή ανησυχία, άγχος ή φοβία.

θ. **Υπεραπασχόληση:** Τέλος, όσο περισσότερο παίρνουμε στους ώμους μας βάρη και προβλήματα τόσο δικά μας όσο και των δικών μας και αναγκαζόμαστε έτσι να τρέχουμε από το πρωί μέχρι το βράδυ ή να βασανίζουμε συνέχεια το μυαλό μας, τόσο αυξάνει το άγχος μέσα μας (www.neostypos.gr, 22/05/2010).

ι. **Κληρονομικοί παράγοντες:** Είναι αποδεδειγμένο ότι η τάση να αναπτύξει κανείς κάποια αγχώδη διαταραχή υπάρχει σε κάποιες οικογένειες. Αυτό είναι παρόμοιο με την προδιάθεση σε άλλες ασθένειες όπως ο διαβήτης και οι καρδιακές παθήσεις. Τα άτομα μπορούν επίσης να “μάθουν” να ανταποκρίνονται με αγχώδη τρόπο από τους γονείς τους ή άλλα μέλη της οικογένειας. Ορισμένες αγχώδεις διαταραχές μπορεί να σχετίζονται, εν μέρει, με μία χημική ανισορροπία στον εγκέφαλο. Μπορεί να εμπλέκεται ο νευροδιαβιβαστής που ρυθμίζει τα συναισθήματα και τις σωματικές (www.psych.gr, 16/5/2010).

στ. **Βιοχημικοί παράγοντες:** Ορισμένες αγχώδεις διαταραχές μπορεί να σχετίζονται, εν μέρει, με μία χημική ανισορροπία στον εγκέφαλο. Μπορεί να εμπλέκεται ο νευροδιαβιβαστής που ρυθμίζει τα συναισθήματα και τις σωματικές αντιδράσεις (www.psych.gr, 16/05/2010).

1.4 Συμπτώματα άγχους

Η αίσθηση του άγχους βιώνεται αρκετά συχνά και ουσιαστικά από όλους τους ανθρώπους. Χαρακτηρίζεται από μια διάχυτη, δυσάρεστη, ασαφή αίσθηση αμηχανίας και συνοδεύεται από συμπτώματα όπως κεφαλαλγία, εφίδρωση, αίσθημα παλμών, βάρος στο στήθος, αίσθημα δύσπνοιας ή πνιγμονής, στομαχική δυσφορία κ.α. (www.kantartzis-sotirios.gr, 22/05/2010). Τα προβλήματα που σχετίζονται με το άγχος είναι πολύ συχνά. Υπολογίζεται ότι ένα 10% περίπου στο γενικό πληθυσμό συμβουλευεται κάποια στιγμή γιατρό, γιατί αισθάνεται άγχος, ένταση ή ανησυχία. Υπολογίζεται επίσης ότι μεταξύ 2% και 4% του γενικού πληθυσμού κάποια στιγμή της ζωής του παρουσιάζει κάποια αγχώδη διαταραχή. Επομένως οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές δηλαδή που σχετίζονται με το άγχος, θεωρούνται οι πιο συχνά ανευρισκόμενες διαταραχές στο γενικό πληθυσμό (www.iatronet.gr, 22/05/2010). Τα συμπτώματα που εκδηλώνονται στο πλαίσιο των αγχωδών διαταραχών παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλομορφία και διαφέρουν από άτομο σε άτομο.

Επειδή είναι σαφώς προς όφελος του ατόμου να απαντά με άγχος σε κάποιες απειλητικές καταστάσεις, μπορούμε να μιλάμε για φυσιολογικό άγχος σε αντίθεση με το μη φυσιολογικό ή παθολογικό άγχος. Για παράδειγμα, το άγχος είναι φυσιολογικό στο βρέφος που απειλείται με αποχωρισμό απ' τους γονείς του, στο παιδί στην πρώτη ημέρα στο σχολείο, στον έφηβο στο πρώτο του ραντεβού, στον ενήλικο που σκέφτεται τα γηρατειά και τον θάνατο, σε κάθε άνθρωπο που αντιμετωπίζει μια δύσκολη και απειλητική κατάσταση. Το άγχος είναι φυσιολογική συνοδός κατάσταση στην ανάπτυξη, στην αλλαγή, στη βίωση νέων και πρωτόγνωρων εμπειριών, στην αναζήτηση ταυτότητας και νοήματος στη ζωή. Όσα αναφέρθηκαν παραπάνω περιγράφουν το παραγωγικό άγχος (ή φυσιολογικό άγχος) που είναι εφελτήριο και παράγοντας επαγρύπνησης. Το άγχος αυτό όχι μόνο δεν είναι περιττό αλλά είναι και απαραίτητο για να ανταποκριθούμε σε καταστάσεις που απαιτούν το 100% των σωματικών και ψυχικών μας δυνάμεων. Είναι μία υγιής, φυσιολογική αντίδραση που συμβαίνει σε ανησυχητικές καταστάσεις ή σε στιγμές πραγματικού κινδύνου ή απειλής. Αυτό το άγχος είναι κάτι σα "σινιάλο" που προειδοποιεί για έναν επερχόμενο κίνδυνο. Μέτριος βαθμός άγχους στη πραγματικότητα, βελτιώνει την απόδοση του ανθρώπου σε δύσκολες στιγμές και αποτελεί δημιουργικό και κινητοποιητικό παράγοντα για τη ζωή. Το άγχος, όταν βρίσκεται στα φυσιολογικά του όρια, αποτελεί μηχανισμό εγρήγορσης και ετοιμότητας, που δεν αφήνει το άτομο να περιπέσει σε παθητικότητα, αδράνεια και εφησυχασμό. Συντελεί στην οργάνωση και κινητοποίηση των δυνάμεων για το ξεπέρασμα των δυσκολιών. Στην περίπτωση όμως που ξεπερνάει τα

φυσιολογικά του όρια, από μηχανισμός ετοιμότητας και εγρήγορσης μεταβάλλεται σε μηχανισμό αποσύνθεσης των δυνάμεων. Καταντά νόσος ψυχική, που βασανίζει ακατάπαυτα το άτομο και το καθιστά άτολμο και ανίκανο να οργανώσει και να αξιοποιήσει τις ενυπάρχουσες δυνάμεις του. Το άγχος αυτό, συμβαίνει σε στιγμές που δεν υπάρχει πραγματικός κίνδυνος ή συνεχίζεται για πολύ ακόμα μετά την παρέλευση του παράγοντα που το προκαλεί (Benjamin & Virginia Sadock, 2004). Παρόλο που όλοι νιώθουμε ένταση και φόβο μερικές φορές, υπάρχουν στιγμές που οι ανησυχίες μας είναι τόσο βαθιές και επίμονες, που οι συνήθεις τρόποι αντιμετώπισής τους δεν μπορούν να τις κατευνάσουν. Στις περιπτώσεις αυτές θα ήταν χρήσιμο να αναζητήσουμε τη βοήθεια ενός ειδικού. Το άγχος εκείνο που είναι τόσο έντονο ώστε να απαιτείται η βοήθεια από κάποιον ειδικό, συνήθως καλείται παθολογικό ή μη φυσιολογικό και διαφέρει από τον φυσιολογικό φόβο με τέτοια ασυνήθιστη ένταση που του "μπλοκάρει" τις καθημερινές του δραστηριότητες. Το άγχος λοιπόν θεωρείται παθολογικό, εάν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων και στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου (www.psychologia.gr/disorders, 22/05/2010). Αυτό το παθολογικό άγχος εκφράζεται με δύο κατηγορίες συμπτωμάτων: τα συναισθηματικά και τα σωματικά συμπτώματα. Πολλές είναι οι λέξεις που περιγράφουν με λεπτές αποχρώσεις τα συναισθηματικά ή ψυχικά συμπτώματα του άγχους, όπως ανησυχία, εκνευρισμός, δυσφορία, ταραχή, υπερένταση, στενοχώρια, αναστάτωση, αγωνία, έννοια, νευρικότητα ή αίσθημα ότι κάτι κακό θα συμβεί. Πολλά και ποικίλα είναι όμως και τα σωματικά συμπτώματα του παθολογικού άγχους όπως ταχυπαλμίες, τρεμούλα, πονοκέφαλος, πόνος ή πλάκωμα στο στήθος, κόμπος στο λαιμό, δύσπνοια, φούντωμα και εξάψεις ή κρυάδες και ρίγη, κοντανάσεμα, ναυτία και ζαλάδες, τάση για λιποθυμία, μούδιασμα και μυρμηγκιάσματα, ξηροστομία, διάρροια ή συχνουρία. Τα σωματικά συμπτώματα του άγχους είναι αυτά που μας τρομάζουν συνήθως πιο πολύ. Νομίζουμε ότι κινδυνεύει η σωματική μας υγεία και ότι βρισκόμαστε σε κίνδυνο. Αυτή η ανησυχία προκαλεί περισσότερο άγχος και αυτό με τη σειρά του φέρνει περισσότερα σωματικά συμπτώματα. Μπαίνουμε δηλαδή σ' ένα φαύλο κύκλο που χειροτερεύει τελικά το άγχος. Αυτό είναι το παθολογικό άγχος που με το φαύλο κύκλο που δημιουργεί και τις δυσάρεστες συνέπειες του τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική σφαίρα, εμπλέκεται στην καθημερινή μας ζωή και είναι απαραίτητο να μάθουμε να το αντιμετωπίζουμε και να το ελέγχουμε (Benjamin & Virginia Sadock, 2004).

Γίνεται λοιπόν εύκολα κατανοητό ότι ο γιατρός θα πρέπει κατ' αρχάς να διευκρινίσει εάν πρόκειται για φυσιολογική ή παθολογική μορφή άγχους. Σε ένα πρακτικό

επίπεδο, το παθολογικό άγχος διαφοροποιείται από το φυσιολογικό, από τη μαρτυρία του ίδιου του ασθενούς, της οικογενείας και των φίλων του και τέλος, απ' την εκτίμηση του γιατρού ότι το άγχος είναι υπαρκτό. Αυτή η εκτίμηση βασίζεται στις αναφορές του ασθενούς για την εσωτερική του κατάσταση, τη συμπεριφορά και τη λειτουργική του ικανότητα. Ο ασθενής που παρουσιάζει παθολογικό άγχος είναι αναγκαίο να υποβληθεί σε πλήρη φυσική και ψυχιατρική εξέταση και σε ένα εξατομικευμένο θεραπευτικό πλάνο. Ιδιαίτερης σημασίας είναι το γεγονός ότι το άγχος μπορεί να είναι ένα σύμπτωμα πολλών σωματικών παθήσεων, καθώς και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών, ιδιαίτερα της κατάθλιψης (www.kantartzis-sotirios.gr, 22/05/2010).

1.5 Το κόστος των διαταραχών άγχους

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι από τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές (το ήμισυ περίπου της ψυχιατρικής νοσηρότητας), οι οποίες απαντούν στο γενικό πληθυσμό. Είναι ιδιαίτερα σημαντική η διάγνωσή τους και η έγκαιρη αντιμετώπιση, για την αποφυγή χρονιότητας, της σημαντικής ανικανότητας και του υψηλού κόστους (προσωπικού και κοινωνικού) που προκαλούν. Όσον αφορά στο οικονομικό κόστος αυτών των διαταραχών, έχει βρεθεί στη Μ. Βρετανία, ότι το κόστος των αγχωδών διαταραχών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ήταν υψηλότερο από το κόστος της υπέρτασης, ενώ το κόστος υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερική ήταν διπλάσιο σε ασθενείς με αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς ψυχικές διαταραχές. Το 1990, το κόστος που συνδέθηκε με τις διαταραχές άγχους υπολογίστηκε περίπου 46,6 δισεκατομμύρια δολάρια, ποσό που αντιστοιχεί στο 31,5 % του συνολικού προϋπολογισμού για τις ψυχικές νόσους. Περισσότερο από το 75% του κόστους αποδόθηκε στην μειωμένη ή την απώλεια της παραγωγικότητας. Λόγω του σωματικού χαρακτήρα πολλών από τα αγχώδη συμπτώματα, ο ασθενής καταφεύγει επανειλημμένα σε διάφορες ιατρικές υπηρεσίες, που υπερφορτώνονται και υποβάλλεται σε πολυάριθμες περιττές εξετάσεις ή ακόμα και επεμβάσεις. Από μεγάλο αριθμό ερευνών σε δείγματα γενικού πληθυσμού, έχουμε τα ακόλουθα επιδημιολογικά στοιχεία σχετικά με τη συχνότητα των αγχωδών διαταραχών: Για όλες τις αγχώδεις διαταραχές παρατηρείται εύρος επικράτησης ενός μηνός από 2,5% - 8,2%. Επικράτηση έτους αρκετά υψηλή: 17,2% και καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής φθάνει το 24,9%. Σε όλες σχεδόν τις έρευνες, οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούσαν τη συχνότερη (στην Ελλάδα) ή τη δεύτερη σε συχνότητα (μετά τις καταθλιπτικές διαταραχές) ομάδα ψυχικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό. Η συχνότητα των διαταραχών αυτών στο γυναικείο φύλο

είναι σημαντικά υψηλότερη απ' ότι στον ανδρικό πληθυσμό, με μια αναλογία 2/1 έως και 3/1. Επίσης, συχνά έχει διαπιστωθεί συσχέτιση της συχνότητας των αγχώδων διαταραχών με μεταβλητές όπως το εισόδημα (συχνότερες σε άτομα με χαμηλά εισοδήματα), η εκπαίδευση (συχνότερες σε άτομα χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης) και η εργασία (συχνότερες σε άνεργα άτομα). Εντούτοις, είναι εξαιρετικά δύσκολο στις διάφορες έρευνες να πιστοποιηθεί η κατεύθυνση της συσχέτισης αυτής, δηλαδή εάν οι κοινωνικές μεταβλητές προκαλούν τη διαταραχή, ή αν αντίθετα αυτές οφείλονται στα εμπόδια και περιορισμούς που θέτει η ψυχική διαταραχή στα άτομα που πάσχουν από αυτήν. Όσον αφορά την κατανομή τους στις διάφορες ηλικίες, δεν υπάρχουν σαφή δεδομένα. Είναι όμως γνωστό ότι η συχνότητά τους είναι πολύ μικρότερη στις ηλικίες άνω των 65 ετών. Έχει επίσης βρεθεί ότι ορισμένες ομάδες είναι ιδιαίτερα ευπαθείς στην ανάπτυξη τέτοιων διαταραχών, όπως είναι οι ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις και τα άστεγα άτομα που ζουν στο περιθώριο, σε συνθήκες φτώχειας (Benjamin & Virginia Sadock, 2004).

1.6 Επιδημιολογία των αγχώδων διαταραχών στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας (Παγκόσμια Φροντίδα Υγείας)

Η μεγαλύτερη μέχρι σήμερα έρευνα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας πραγματοποιήθηκε υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σε 15 ερευνητικά κέντρα 14 χωρών και σε αυτή πήραν μέρος 26.000 ασθενείς των υπηρεσιών αυτών. Από την Ελλάδα έλαβε μέρος η Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική της Αθήνας. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν ότι το 24% των ασθενών των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, παρουσίαζαν ψυχικές διαταραχές, συνήθως καταθλιπτικές ή αγχώδεις διαταραχές. Επιπλέον, το 9% των ασθενών που επισκέπτονται τις υπηρεσίες αυτές, παρουσίαζαν σημαντική ψυχοπαθολογία αυτού του τύπου, αν και δεν πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών αυτών. Στο γενικό πληθυσμό της Αθήνας οι αγχώδεις διαταραχές υπερτερούν σε συχνότητα της κατάθλιψης. Πιθανολογείται ότι, στον Ελληνικό πολιτισμό τα αγχώδη συμπτώματα αποτελούν ιδιαίτερο τρόπο έκφρασης των ψυχικών διαταραχών, πιθανότατα πολιτισμικά καθοριζόμενο. Παρόμοια υψηλή συχνότητα αγχώδων διαταραχών βρέθηκε στα Λατινοαμερικανικά κέντρα της έρευνας (Σαντιάγκο, Ρίο Ντ' Ιτζανέιρο). Παρά την μεγάλη συχνότητα στο κέντρο της Αθήνας, μόνο το 13,4% των ασθενών με Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή (την πιο συχνή μορφή Αγχώδων Διαταραχών) αναγνωρίστηκε. Το αντίστοιχο

παγκόσμιο ήταν 64,1%. Τα παραπάνω στοιχεία υποδεικνύουν την ανάγκη βελτίωσης της αναγνώρισης και χειρισμού των ψυχιατρικών προβλημάτων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Για το σκοπό αυτό έχουν δημιουργηθεί ειδικά προγράμματα εκπαίδευσης των γιατρών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Benjamin & Virginia Sadock, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2. ΑΓΧΟΣ ΣΤΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

2.1 Εισαγωγικά

Το άγχος αποτελεί ένα γνώριμο και οικείο συναίσθημα για όλους τους ανθρώπους. Τόσο οι ενήλικες όσο και τα παιδιά βιώνουν άγχος, ανησυχία ή φόβο σε ορισμένες καταστάσεις. Το άγχος είναι ένα λειτουργικό συναίσθημα, το οποίο συχνά μας διευκολύνει να αντιμετωπίσουμε τις δύσκολες καταστάσεις που συναντάμε στη ζωή μας θέτοντας τη, σε κατάσταση ετοιμότητας. Υπό αυτήν την έννοια, το άγχος αποτελεί ένα φυσιολογικό στοιχείο της αναπτυξιακής πορείας που οδηγεί από την εξάρτηση στην αυτονομία.

Όταν όμως το βίωμα του άγχους είναι υπερβολικό σε ένταση, δυσανάλογο σε σχέση με το ερέθισμα που το προκαλεί και επίμονο στο χρόνο, τότε ενδέχεται να αποτελεί ένδειξη κάποιας αγχώδους διαταραχής. Στην περίπτωση αυτή το άγχος χάνει τη λειτουργικότητά του και μετατρέπεται σε στοιχείο που παρεμποδίζει την ομαλή προσαρμογή του ατόμου διότι αντί να προετοιμάζει τον οργανισμό για την αντιμετώπιση της δύσκολης κατάστασης, αντίθετα τον προτρέπει στην αποφυγή της. Το αποτέλεσμα της συνεχούς αποφυγής των αγχογόνων καταστάσεων είναι η κορύφωση και η γενίκευση του άγχους ακόμα και όταν απουσιάζουν τα ερεθίσματα που το προκαλούν.

Η συχνότητα εμφάνισης των διαταραχών άγχους στα παιδιά είναι αρκετά υψηλή και ο αριθμός των συνοδών προβλημάτων μεγάλος (Albano et al., 1996). Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν τις πιο συχνά εμφανιζόμενες διαταραχές κατά την παιδική ηλικία. Συγκεκριμένα, η συχνότητα εμφάνισης στον παιδικό πληθυσμό κυμαίνεται μεταξύ 3-18%. Οι διαταραχές άγχους χαρακτηρίζονται από έντονο και χρόνιο άγχος, το οποίο ορίζεται ως ένα πολύπλοκο μοτίβο κινητικών, υποκειμενικών και φυσιολογικών αντιδράσεων απέναντι σε μια αληθινή ή υποτιθέμενη απειλή (Κακούρης Ε., Μανιαδάκη Κ., 2002). Οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται συχνότερα στα κορίτσια. Τα περισσότερα παιδιά βιώνουν το άγχος και φόβους κατά τη διάρκεια της ομαλής ανάπτυξής τους. Συγκεκριμένα, το άγχος αποτελεί ένα φυσιολογικό μοτίβο αντιδράσεων που όλοι οι άνθρωποι εμφανίζουν όταν έρχονται αντιμέτωποι με καταστάσεις που θεωρούν τρομακτικές ή δύσκολες. Επομένως, το άγχος αποτελεί μια λειτουργική αντίδραση, αφού θέτει το άτομο σε κατάσταση ετοιμότητας (Μάνος Ν., 1997). Ένα παιδί που έχει κάποια φοβία αντιμετωπίζει έντονα συμπτώματα άγχους. Το άγχος αυτό πυροδοτείται από συγκεκριμένες καταστάσεις που το φοβίζουν και τις οποίες τείνει να αποφύγει. Το συναίσθημα του άγχους σε αυτήν την

περίπτωση έχει μεγάλη ένταση, η οποία είναι δυσανάλογη σε σχέση με το ερέθισμα που την προκαλεί και επιπλέον έχει διάρκεια στο χρόνο. Έτσι, το άγχος γίνεται ανασταλτικό με αποτέλεσμα το παιδί να προσπαθεί συνεχώς να αποφύγει την κατάσταση που το προκαλεί. Το γεγονός αυτό οδηγεί στην κορύφωση και την γενίκευση του άγχους, ακόμη και όταν η κατάσταση αυτή απουσιάζει (Κακούρης Ε., Μανιαδάκη Κ., 2002). Μέχρι τώρα δεν έχει δοθεί η ανάλογη βαρύτητα στη διάγνωση και αντιμετώπισή τους. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι τα συμπτώματα αυτών των διαταραχών δεν γίνονται συνήθως εύκολα αντιληπτά, δεδομένου μάλιστα ότι δεν προκαλούν ενόχληση στο περιβάλλον ούτε φαίνεται να έχουν επιβλαβείς συνέπειες για τους άλλους, όπως συμβαίνει για παράδειγμα στην περίπτωση της Εναντιωτικής Προληπτικής Διαταραχής (Albano et al., 1996). Επιπλέον, ακόμα και στην περίπτωση που τα συμπτώματα είναι ορατά, δεν είναι πάντα εύκολο για τους γονείς να διακρίνουν αν πρόκειται για φυσιολογικές ή παθολογικές εκδηλώσεις άγχους και φόβου.

Η συστηματική μελέτη των διαταραχών του άγχους στα παιδιά άρχισε να αποτελεί το επίκεντρο του ενδιαφέροντος πολλών ερευνητών σχετικά πρόσφατα. Αυτό οφείλεται στα πορίσματα ερευνών σύμφωνα με τα οποία, σε πολλές περιπτώσεις, τα συμπτώματα των διαταραχών άγχους δεν αποτελούν μεμονωμένες και παροδικές εκδηλώσεις αλλά επιμένουν στο χρόνο και δημιουργούν σοβαρά προβλήματα προσαρμογής στο άτομο τόσο στην εφηβεία όσο και αργότερα κατά την ενηλικίωση (Ollendick & King, 1994). Είναι αξιοσημείωτο ότι από το σύνολο των παιδιών με αγχώδη διαταραχή, στα μισά σχεδόν η διαταραχή επιμένει για οκτώ τουλάχιστον χρόνια (Keller et al., 1992).

2.2 Γενικά χαρακτηριστικά των διαταραχών

Οι διαταραχές άγχους αποτελούν μια ομάδα διαταραχών οι οποίες χαρακτηρίζονται από έντονο και χρόνιο άγχος. Το άγχος προσδιορίζεται ως ένα πολύπλοκο μοτίβο κινητικών, υποκειμενικών και φυσιολογικών αντιδράσεων απέναντι σε μια αληθινή ή υποκειμενική απειλή. Η αποφυγή ορισμένων ερεθισμάτων και καταστάσεων, το κλάμα, η τρεμούλα, η ονυχοφαγία είναι ορισμένες από τις κινητικές αντιδράσεις του άγχους. Συναισθήματα τρόμου και αμηχανίας, ο φόβος του θανάτου, η αγωνία για μια επικείμενη απειλή αναφέροντας ως υποκειμενικές αντιδράσεις άγχους. Η ταχυκαρδία, ο πονοκέφαλος, η τάση για εμετό είναι ορισμένες από τις φυσιολογικές αντιδράσεις του άγχους.

Το άτομο με τη διαταραχή αυτή κατανοεί ότι το άγχος του στερείται αντικειμενικής αιτιολογίας, έχει πλήρη επαφή με την πραγματικότητα και υποφέρει έντονα από τα

συμπτώματά του. Ένα άλλο κοινό χαρακτηριστικό των διαταραχών άγχους είναι ότι τα συμπτώματά τους συνήθως δεν παραβιάζουν τους κοινωνικούς κανόνες.

Εκτός από τις ομοιότητες όμως, οι διαταραχές άγχους παρουσιάζουν αρκετές διαφορές μεταξύ τους. Το ίδιο το άτομο μπορεί να εκδηλώσει πολύ διαφορετικές αντιδράσεις απέναντι σε διαφορετικά ερεθίσματα και διαφορετικά άτομα μπορεί να εκδηλώσουν διαφορετικές αντιδράσεις απέναντι στο ίδιο ερέθισμα (Wenar & Kerig, 2000).

2.3 Τα άγχη και οι φόβοι είναι φυσιολογικά συναισθήματα

Το άγχος ορίζεται ως «ανησυχία, χωρίς να υπάρχει μια εμφανής αιτία». Συνήθως συμβαίνει όταν το άτομο δεν απειλείται άμεσα από κάτι, δεν κινδυνεύει στ' αλήθεια, ούτε βρίσκεται αντιμέτωπο εκείνη τη στιγμή με την πραγματική πηγή αυτού του συναισθήματος. Το άγχος κάνει το άτομο να θέλει να ξεφύγει όσο πιο γρήγορα γίνεται από την κατάσταση που το κάνει να αισθάνεται έτσι. Η καρδιά αρχίζει να χτυπά πιο γρήγορα, στο σώμα ίσως να παρουσιάζεται εφίδρωση και πολύ σύντομα το άτομο αισθάνεται το στομάχι του να δένεται κόμπος. Αυτά είναι μερικά συμπτώματα που συνοδεύουν το άγχος και που είναι ενοχλητικά για εμάς, αλλά στην πραγματικότητα μια μικρή δόση άγχους βοηθά τους ανθρώπους να παραμένουν σε επαγρύπνηση και να είναι συγκεντρωμένοι σε αυτό που κάνουν. Για τα παιδιά, μάλιστα, το να έχουν άγχος ή να φοβούνται ορισμένα πράγματα συμβάλλει στο να συμπεριφέρονται με τρόπους πιο ασφαλείς. Για παράδειγμα, ένα παιδί που φοβάται τη φωτιά, το πιθανότερο είναι να αποφεύγει να παίζει με τα σπίρτα.

Η φύση του άγχους και των φόβων αλλάζει καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν και αναπτύσσονται:

- Τα μωρά βιώνουν το άγχος των ξένων και γαντζώνονται πάνω στους γονείς τους κάθε φορά που έρχονται αντιμέτωποι με πρόσωπα που δε γνωρίζουν.
- Τα νήπια ηλικίας 10 με 18 μηνών βιώνουν το άγχος του αποχωρισμού και περιέχονται σε έντονη συναισθηματική φόρτιση κάθε φορά που ο ένας ή και οι δύο γονείς τους απομακρύνονται από κοντά τους.
- Τα παιδιά ηλικίας 4 με 6 ετών έχουν άγχος για πράγματα που δε βασίζονται στη πραγματικότητα, όπως ο φόβος που νιώθουν για τα φαντάσματα και τα τέρατα.
- Τα παιδιά ηλικίας 7 με 12 ετών συχνά έχουν φόβους που αντικατοπτρίζουν πραγματικές καταστάσεις οι οποίες μπορεί να συμβούν σε αυτά, όπως είναι οι σωματικοί τραυματισμοί ή πιο σπάνια για τις φυσικές καταστροφές.

Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν οι φόβοι που είχαν μπορεί να χαθούν ή να αντικατασταθούν από καινούργιους. Για παράδειγμα, ένα παιδί που στην ηλικία των 5 ετών δε μπορούσε να κοιμηθεί με κλειστό φως, ενδέχεται λίγα χρόνια μετά να ακούει με ευχαρίστηση ιστορίες για φαντάσματα. Με άλλα λόγια, ένα παιδί μπορεί να είναι τόσο ενθουσιασμένο με το λιοντάρι που βλέπει στο ζωολογικό κήπο ώστε να θέλει μέχρι να το χαϊδέψει, τη στιγμή που δε θα τολμούσε ούτε καν να πλησιάσει το σκύλο του γείτονα.

Οι τυπικοί φόβοι της παιδικής ηλικίας αλλάζουν ανάλογα με την ηλικία. Περιλαμβάνουν το φόβο για τους ξένους, για τα ύψη, για το σκοτάδι, για τα ζώα, για το αίμα, για τα έντομα αλλά και για το ενδεχόμενο να μείνουν μόνοι τους σ' ένα χώρο. Τα παιδιά συχνά αποκτούν φόβο για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή μια κατάσταση αφότου βιώσουν μια δυσάρεστη εμπειρία, όπως είναι το δάγκωμα από σκύλο ή ένας τραυματισμός (www.mynewbaby.gr, 25/05/2010).

2.4 Επιδημιολογία

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι από τις διαταραχές που παρουσιάζονται με τη μεγαλύτερη συχνότητα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Ορισμένοι ερευνητές εκτιμούν πως η συχνότητα εμφάνισης των διαταραχών άγχους στο σύνολο του πληθυσμού κυμαίνεται μεταξύ 8-9% (Bernstein & Borchardt, 1991).

Στον παιδικό πληθυσμό η συχνότητα εμφάνισης των διαταραχών άγχους κυμαίνεται μεταξύ 3-18% (Barlow, 1988). Σε μια μεγάλη επιδημιολογική έρευνα βρέθηκε ότι το 17-21% των παιδιών του δείγματος παρουσίαζε ανησυχητικά συμπτώματα άγχους ενώ τα μισά περίπου από αυτά μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως « κλινικές περιπτώσεις» (Kashani & Orvaschel, 1990).

Έχει διαπιστωθεί επίσης ότι σε όλο το φάσμα της παιδικής ηλικίας, τα κορίτσια εμφανίζουν συμπτώματα άγχους με μεγαλύτερη συχνότητα σε σύγκριση με τα αγόρια (Kashani & Orvaschel, 1990).

2.5 Η περιγραφή των διαταραχών άγχους

2.5.1 Διαταραχή άγχους αποχωρισμού

Ο Θανάσης είναι 12 ετών. Ο πατέρας του ταξιδεύει συχνά με το αεροπλάνο για επαγγελματικούς λόγους. Κάθε φορά που ο Θανάσης τον αποχαιρετά, τον κυριαρχεί η

αίσθηση ότι τον αποχαιρετά για πάντα και βιώνει στη συνέχεια μια κατάσταση πένθους. Όταν βγαίνει από το σπίτι με τους γονείς του, ο Θανάσης διακατέχεται από την ανησυχία ότι θα τους χάσει και γαντζώνεται πάνω τους. Το καλοκαίρι μάλιστα δε πήγε διακοπές με τους προσκόπους, όπως συνήθιζε κάθε χρόνο, γιατί τον είχε κυριεύσει η ιδέα πως στην επιστροφή μπορεί να μην έβρισκε τους γονείς του να τον περιμένουν στη στάση του λεωφορείου. Τον τελευταίο καιρό αναστατώνεται συχνά στον ύπνο του από το εξής όνειρο: Βρίσκεται στο σταθμό του τρένου μαζί με τη μητέρα του και τον αδελφό του για να πάνε βόλτα. Όταν έρχεται το τρένο, αυτός μπαίνει μέσα βιαστικός, όμως πίσω του κλείνουν οι πόρτες χωρίς να προλάβουν να επιβιβαστούν η μητέρα και ο αδελφός του.

Η ανάπτυξη του δεσμού της αγάπης με το πρόσωπο φροντίδας και ο φόβος της απώλειας του αγαπημένου προσώπου συνυπάρχουν κατά τη φυσιολογική εξέλιξη του βρέφους. Ενώ διάφοροι παράγοντες είναι υπεύθυνοι για τον έλεγχο αυτού του άγχους αποχωρισμού στην πρώιμη παιδική ηλικία, για άγνωστους λόγους, ο πανικός σχετικά με τον αποχωρισμό μπορεί να επιστρέψει από την προσχολική περίοδο ως την εφηβεία, προκαλώντας δύο είδη διαταραχών: το άγχος αποχωρισμού και την ειδική μορφή σχολικής φοβίας που παρακινείται από το φόβο απομάκρυνσης από το πρόσωπο φροντίδας. Και στις δύο περιπτώσεις οι ψυχοπαθολογίες μπορούν να γίνουν κατανοητές στο πλαίσιο της παλινδρόμησης (Charles Wenar-Patricia K. Kerig, 2008).

Τα νήπια και τα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι φυσιολογικό να παρουσιάζουν κάποιου βαθμού άγχος σε περιπτώσεις απομάκρυνσης από το σπίτι και πραγματικού ή ενδεχόμενου αποχωρισμού από τα άτομα στα οποία είναι προσκολλημένα. Όταν ωστόσο το άγχος αυτό είναι υπερβολικής έντασης και εκδηλώνεται σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας, τότε ενδέχεται να αποτελεί ένδειξη της διαταραχής άγχους του αποχωρισμού.

Η διαταραχή άγχους του αποχωρισμού είναι η μόνη διαταραχή η οποία διαγιγνώσκεται για πρώτη φορά στη παιδική ηλικία. Για τη διάγνωση της διαταραχής θα πρέπει το άγχος να είναι δυσανάλογο της χρονολογικής ηλικίας και του προσδοκώμενου αναπτυξιακού επιπέδου του παιδιού, να εκδηλώνεται με ασυνήθιστη βαρύτητα και να σχετίζεται με προβλήματα κοινωνικής λειτουργικότητας. Όπως γνωρίζουμε από την αναπτυξιακή ψυχολογία, το άγχος του αποχωρισμού θεωρείται ένα φυσιολογικό αναπτυξιακό φαινόμενο για τις ηλικίες των επτά μηνών έως έξι περίπου ετών (Bernstein & Borchardt, 1991).

Πυρήνας των φόβων από τους οποίους διακατέχονται τα παιδιά με τη διαταραχή αυτή, είναι η ανησυχία τους μήπως πάθει κάτι κακό αυτός που τα φροντίζει και έτσι χάσουν το πρόσωπο στο οποίο έχουν προσκολληθεί. Φοβούνται, για παράδειγμα, μήπως οι

γονείς τους πέσουν θύμα ατυχήματος ή μήπως τα ίδια χαθούν κάπου και δεν μπορέσουν μετά να ξαναβρούν τους γονείς τους. Επίσης συχνά έχουν νυχτερινούς εφιάλτες με θέμα τις φοβίες τους (Bell-Dolan & Brazeal, 1993).

Λόγω του άγχους που βιώνουν τα παιδιά με αυτή τη διαταραχή, πολλές φορές επιμένουν να αποφεύγουν ορισμένες καταστάσεις. Συχνά μπορεί να αποφεύγουν να απομακρυνθούν από το σπίτι τους ή ζητούν επίμονα από τους γονείς τους να βρίσκονται κοντά στο τηλέφωνο όταν αυτά πάνε κάπου μόνα τους. Τα μικρότερα παιδιά μπορεί να είναι συνέχεια πίσω από τη μητέρα τους και να την ακολουθούν από δωμάτιο σε δωμάτιο. Τα μεγαλύτερα παιδιά μπορεί να ζητούν οπωσδήποτε την παρέα της μητέρας τους για να πάνε κάπου. Σε σοβαρότερες περιπτώσεις τα παιδιά αυτά μπορεί να αρνούνται να κοιμηθούν στο δωμάτιό τους και να γίνονται η σκιά των γονιών τους. Είναι επίσης πιθανό το πρωί να βρίσκουν διάφορες δικαιολογίες προκειμένου να καθυστερήσουν ή να μην πάνε καθόλου στο σχολείο. Έτσι μπορεί για παράδειγμα, κάθε πρωί να παραπονιούνται για κοιλόπονο ή για κάποια άλλη αδιαθεσία (Livingston et al., 1988).

Η διαταραχή άγχους του αποχωρισμού παρουσιάζεται περίπου με την ίδια συχνότητα και στα δύο φύλλα και η διάγνωσή της γίνεται συνήθως κατά την προεφηβική περίοδο. Συχνά τα παιδιά με τη διαταραχή άγχους παρουσιάζουν και άλλες ειδικές φοβίες, που αφορούν π.χ. το σκοτάδι, το ασανσέρ, κάποια ζώα κ.α.

Τα κριτήρια για τη διάγνωση της διαταραχής του άγχους αποχωρισμού παρουσιάζονται στη συνέχεια:

A. Αναπτυξιακά δυσανάλογο και υπερβολικό άγχος που αφορά τον αποχωρισμό του ατόμου από το σπίτι ή από εκείνους με τους οποίους έχει αναπτύξει συναισθηματικό δεσμό, όπως φαίνεται από τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:

1. Επαναλαμβανόμενη υπερβολική ανησυχία όταν συμβαίνει ή προβλέπεται αποχωρισμός από το σπίτι ή από κύρια πρόσωπα με τα οποία έχει αναπτύξει συναισθηματικό δεσμό.
2. Επίμονη και υπερβολική ανησυχία ότι θα χάσει κύρια πρόσωπα με τα οποία έχει αναπτύξει συναισθηματικό δεσμό ή ότι μπορεί να συμβεί κάτι κακό σ' αυτά τα πρόσωπα.
3. Επίμονη και υπερβολική ανησυχία ότι ένα δυσάρεστο γεγονός θα οδηγήσει σε αποχωρισμό από ένα κύριο πρόσωπο με το οποίο έχει αναπτύξει συναισθηματικό δεσμό (π.χ. θα χαθεί ή θα απαχθεί).

4. Επίμονη απροθυμία ή άρνηση να πάει στο σχολείο ή οπουδήποτε αλλού εξαιτίας του φόβου αποχωρισμού.
5. Επίμονα και υπερβολικά φοβισμένο ή απρόθυμο να μείνει μόνο ή χωρίς κύρια πρόσωπα με τα οποία έχει αναπτύξει συναισθηματικό δεσμό στο σπίτι ή χωρίς σημαντικούς ενήλικες σε άλλα πλαίσια.
6. Επίμονη απροθυμία ή άρνηση να πάει να κοιμηθεί χωρίς να υπάρχει κοντά του ένα κύριο πρόσωπο με το οποίο έχει αναπτύξει συναισθηματικό δεσμό ή να κοιμηθεί μακριά από το σπίτι.
7. Επαναλαμβανόμενοι εφιάλτες που αφορούν το θέμα του αποχωρισμού.
8. Επαναλαμβανόμενες αιτιάσεις σωματικών συμπτωμάτων (όπως κεφαλαλγίες, στομαχικοί πόνοι, ναυτία, ή εμετοί) όταν συμβαίνει ή προβλέπεται αποχωρισμός από κύρια πρόσωπα με τα οποία έχει αναπτύξει συναισθηματικό δεσμό.

Β. Η διαταραχή διαρκεί για τουλάχιστον 4 εβδομάδες.

Γ. Έναρξη τοποθετείται πριν από την ηλικία των 18 ετών.

Δ. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, σχολικής (επαγγελματικής) ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Κοινωνικοοικονομική τάξη και φυλή: Τα παιδιά με διαταραχή άγχους αποχωρισμού τείνουν να προέρχονται από την κατώτερη τάξη και οι γονείς τους έχουν χαμηλότερο του μέσου όρου μορφωτικό επίπεδο. Οι οικογένειες τείνουν να είναι στοργικές και με στενές σχέσεις μεταξύ των μελών τους, και η συχνότητα της διαταραχής άγχους αποχωρισμού φαίνεται να είναι υψηλότερη σε παιδιά, που οι μητέρες των οποίων πάσχουν από διαταραχή πανικού (Crowell & Water, 1990).

Συννοσηρότητα: Το ένα τρίτο των παιδιών με διαταραχή άγχους αποχωρισμού έχει δευτερεύουσα διάγνωση υπεραγχώδους διαταραχής, ενώ ένα άλλο τρίτο θα αναπτύξει στη συνέχεια κατάθλιψη (Charles Wenar – Patricia K. Kerig, 2008).

Εξελικτική πορεία: Υπάρχουν λίγες μελέτες της εξελικτικής πορείας της διαταραχής άγχους αποχωρισμού, αν και δεν λείπουν οι ενδείξεις ότι η πορεία είναι μεταβλητή, με εναλλαγή υφέσεων και υποτροπών είτε ως αντίδραση σε αγχογόνους παράγοντες είτε «στα καλά καθούμενα». Τέλος, υπάρχουν ενδείξεις ότι η παρουσία της διαταραχής άγχους

αποχωρισμού αυξάνει τον κίνδυνο αγχωδών ή καταθλιπτικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή και, για τα κορίτσια, αυξάνει τον κίνδυνο της διαταραχής πανικού ή της αγοραφοβίας στην ενήλικη ζωή (Albano, Chorpita, και Barlow, 1996).

2.5.2 Σχολικό άγχος

2.5.2.1 Παιδιά που αρνούνται να πάνε στο σχολείο

Λίγο μετά την έναρξη της σχολικής χρονιάς, κάθε χρόνο, ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών αρνείται να πάει σχολείο, είτε για πρώτη φορά (νήπια, πρώτη τάξη) είτε για να συνεχίσει στο σχολείο στο οποίο ήδη απ' την περασμένη χρονιά είχε παρακολουθήσει μαθήματα. Διάφοροι πραγματικοί και αποδεκτοί λόγοι υποχρεώνουν αρκετά παιδιά να μην μπορούν να πάνε κανονικά στο σχολείο. Ανάμεσα σε αυτά τα παιδιά υπάρχει κι ένα ποσοστό των οποίων η άρνηση αυτή συνδέεται με ποικίλα ψυχολογικά προβλήματα. Τα παιδιά αυτά δεν μπορούν να προσαρμοστούν στο σχολικό περιβάλλον και αρνούνται επίμονα να πάνε στο σχολείο.

Τέτοιες αρνήσεις δημιουργούν εύλογα προβληματισμό και απορίες τόσο στους εκπαιδευτικούς όσο και στους γονείς που βρίσκονται αντιμέτωποι με την απροσδόκητη αντίδραση των παιδιών αυτών. Όλοι μας θεωρούμε φυσιολογικό και δεδομένο ότι το παιδί το πρωί θα σηκωθεί, θα ετοιμαστεί και θα πάει στο σχολείο. Έτσι, όταν συμβεί, το παιδί να αρνείται να πάει στο σχολείο και μάλιστα να παραμένει κατηγορηματικό και αμετακίνητο στη θέση του αυτή, νιώθουμε αδύναμοι και στεκόμαστε σκεπτικοί μπροστά στο πρόβλημα. Επιπλέον, καθώς διαπιστώνουμε ότι οι οποιεσδήποτε απειλές, παρακλήσεις ή υποσχέσεις αποδεικνύονται μάταιες, ο σκεπτικισμός μετατρέπεται σε αγωνία και πανικό.

Φυσικά είναι πολλές οι περιπτώσεις παιδιών που σε κάποια στιγμή της σχολικής τους ζωής δείχνουν κάποια περιστασιακή απροθυμία να πάνε στο σχολείο, χωρίς όμως τελικά να δημιουργηθεί πρόβλημα. Μέχρι και το 80% των κανονικών παιδιών παρουσιάζουν δυσκολίες στην προσαρμογή τους στο περιβάλλον του σχολείου, μολονότι τα ίδια υποστηρίζουν ότι «τους αρέσει το σχολείο» ή ότι «δεν τα πειράζει που πηγαίνουν στο σχολείο» (Herbert, M., 1997) .

Στις περιπτώσεις αυτές οι γονείς πρέπει να δείξουν κατανόηση και υπομονή. Αν το παιδί τους δηλώνει ότι δεν αισθάνεται καλά, γι' αυτό και δεν θέλει να πάει στο σχολείο, δεν έχουν παρά να ελέγξουν αν λέει την αλήθεια. Αν τους λέει ψέματα, μπορούν μέσα από την συζήτηση και απ' όσα ξέρουν για την προσωπικότητα του παιδιού τους να

διερευνήσουν τους λόγους που κάνουν το παιδί τους να μη θέλει να πάει σχολείο. Μ' αυτό τον τρόπο είναι πιθανόν να ανακαλύψουν κάποιους φόβους του παιδιού ή κάποια υπερευαίσθησία που εύκολα μπορεί να ξεπεραστεί με την ενθάρρυνση του παιδιού από τους ίδιους τους γονείς ή από τον δάσκαλο (www.eduportal.gr, 16/05/2010).

2.5.2.2 Αντιδράσεις των σχολειοφοβικών παιδιών

Πώς όμως μπορούν οι γονείς όταν διαπιστώνουν ότι το παιδί τους έχει πράγματι σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα σχετικά με τη φοίτηση στο σχολείο; Οι γονείς θα πρέπει προηγουμένως να έχουν προσπαθήσει, για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, να πείσουν το παιδί τους να πάει στο σχολείο, χωρίς όμως θετικό αποτέλεσμα. Επιπλέον, το παιδί θα πρέπει να υποφέρει από άγχος σε σχέση με πολλά άλλα ζητήματα. Όπως να νιώθει άγχος για την υγεία της μητέρας του, άγχος για τον «παλικάρά» συμμαθητή που απειλεί να το δείρει, άγχος για το νευρικό δάσκαλο που του φωνάζει συνέχεια ή που πολύ συχνά το ειρωνεύεται, άγχος για την επίδοσή του στα μαθήματα κλπ. Πρέπει να βεβαιωθούμε ότι οι φόβοι αυτοί δεν καταπραΰνονται όσο και αν προσπαθήσουμε. Επίσης, το παιδί πρέπει να παρουσιάζει περιοδικώς επαναλαμβανόμενα οργανικά συμπτώματα, τα οποία εξαφανίζονται συνήθως, όταν το παιδί δεν έχει σχολείο (Σαββατοκύριακα, αργίες, διακοπές) ή αμέσως μόλις οι γονείς συμφωνήσουν, έστω και διστακτικά, να παραμείνει στο σπίτι. Η παραπάνω περιγραφή δίνει την εικόνα ενός σχολειοφοβικού παιδιού. Το παιδί αυτό βιώνει το ψυχικό και σωματικό μαρτύριο μιας αγχώδους κρίσης και το μαρτύριο αυτό είναι πραγματικό, άσχετα αν οι γονείς πιστεύουν ότι οι φόβοι του δεν ευσταθούν. Στην πραγματικότητα το παιδί αυτό δεν μπορεί να πάει σχολείο εξαιτίας ενός υπερβολικά έντονου φόβου που νιώθει για το σχολείο. Η αιτία για το φόβο αυτό δεν είναι τόσο για το μέρος αλλά κάτι πολύ σοβαρότερο και θεμελιακό.

Σήμερα συνειδητοποιούμε ότι η επίμονη άρνηση του παιδιού να πάει στο σχολείο είναι μια πραγματική ψυχολογική διαταραχή και όχι πρόβλημα ηθικής τάξης ή πειθαρχίας εκ μέρους του παιδιού, μια που είναι ολοφάνερο πως προσποιείται ότι είναι άρρωστο. Μερικά παιδιά που αρνούνται να πάνε στο σχολείο μπορεί κατά βάθος να θέλουν πάρα πολύ να πάνε, αλλά απλώς να μην μπορούν να το κάνουν στην πράξη. (www.eduportal.gr, 16/05/2010)

2.5.2.3 Η σχολική φοβία

Ένας νεαρός με σχολική φοβία αποτελεί ένα θλιβερό θέαμα. Το πρωί μιας σχολικής ημέρας, το αγόρι μπορεί να κάθεται το τραπέζι για το πρωινό χλωμό και σιωπηλό, με μάτια δακρυσμένα, ανακατώνοντας αδιάφορα τα δημητριακά του με το κουτάλι. Αν αναγκαστεί να φάει μια κουταλιά και να πιεί μια γουλιά γάλα λόγω της γονεϊκής πίεσης, το κάνει με μεγάλη προσπάθεια. Σε λίγο λέει ότι πρέπει να πάει τη τουαλέτα είτε για να κάνει εμετό είτε για τις φυσιολογικές του ανάγκες, κάτι που ίσως μπορέσει ίσως δε μπορέσει να κάνει. Όσο πλησιάζει η ώρα να πάρει το σχολικό λεωφορείο, ταραάζεται όλο και περισσότερο, παρακαλώντας, κλαίγοντας ή ξεστομίζοντας κατηγορίες κατά της μητέρας του. Σε καμία περίπτωση δε μπορεί μια τέτοια δυσφορία να ερμηνευθεί ως προσποίηση ή ως απόπειρα να τραβήξει την προσοχή. Αντιθέτως, έχει όλα τα συμπεριφορικά και φυσιολογικά χαρακτηριστικά του έντονου φόβου. Ωστόσο, αν επιτραπεί στο παιδί να μείνει στο σπίτι, αισθάνεται ανακούφιση και μπορεί να επιστρέψει στις συνηθισμένες του δραστηριότητες (Charles Wenar – Patricia K. Kerig, 2008).

Έχουμε λοιπόν να κάνουμε με την περίπτωση της **σχολικής φοβίας**. Αυτήν μπορούμε να την ορίσουμε ως ένα έντονο ψυχικό άγχος, που έχει ως σημείο αναφοράς την παραμονή του παιδιού στο σχολικό περιβάλλον (Ι. Παρασκευόπουλος, 1982). Πρόκειται για διαγνωστικό όρο που έχουν επινοήσει οι παιδοψυχίατροι και οι παιδοψυχολόγοι προκειμένου να περιγράψουν τον έντονο και παράλογο φόβο που νιώθουν κάποια παιδιά σχετικά με κάποιες πτυχές της σχολικής τους ζωής.

Οποσδήποτε είναι πολλές οι καταστάσεις της σχολικής ζωής που μπορούν να προκαλέσουν δικαιολογημένο άγχος στα παιδιά. Τέτοιες πηγές άγχους είναι: οι καθημερινές ρουτίνες του σχολείου, το άγχος των εξετάσεων, η αποτυχία στα μαθήματα, οι κακές σχέσεις με τον δάσκαλο και τους συμμαθητές, οι υπερβολικές πιέσεις και προσδοκίες των γονιών, οι μαθησιακές δυσκολίες κ.ά. Σε μια έρευνα που έγινε σε 11χρονους μαθητές στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά έχουν άγχος και ανησυχούν, κατά σειρά συχνότητας, για τα παρακάτω ζητήματα στο σχολείο (M.Herbert,1997):

1. Μήπως αποτύχουν σε κάποιο διαγώνισμα
2. Μήπως δε φτάσουν στο σχολείο εγκαίρως
3. Μήπως κάνουν ορθογραφικά λάθη
4. Μήπως τα καλέσει ο δάσκαλος να απαντήσουν σε ερωτήσεις που δεν γνωρίζουν την απάντηση

5. Μήπως κάνουν λάθη στην ανάγνωση
6. Μήπως πάρουν κακό έλεγχο προόδου
7. Μήπως τα επιπλήξει ο δάσκαλος
8. Μήπως είναι από τους τελευταίους μαθητές στην τάξη
9. Μήπως δεν τα καταφέρουν στα μαθηματικά και την ζωγραφική.

Αυτό όμως που χαρακτηρίζει τις «αντιδράσεις φοβίας» είναι ότι η έντασή τους είναι δυσανάλογα μεγάλη σε σχέση με την πραγματική «αγχογόνο» κατάσταση. Τα περισσότερα παιδιά κατορθώνουν να ξεπεράσουν τις παραπάνω δυσκολίες, χωρίς να φτάσουν να αρνούνται επίμονα να πάνε στο σχολείο. Τα σχολειοφοβικά όμως παιδιά μπορεί στην πραγματικότητα να μη φοβούνται τίποτε από τα παραπάνω. Σε πολλές περιπτώσεις είναι ο φόβος να αποχωριστούν τη μητέρα τους περισσότερο και όχι ότι υπάρχει κάτι στο σχολείο που τα ενοχλεί.

Η μέση ηλικία έναρξης της σχολικής φοβίας στην οποία ο αποχωρισμός είναι το κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα, είναι κάτω από την ηλικία των 10 ετών. Όταν η άρνηση είναι το κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα, η μέση ηλικία είναι άνω των 10 ετών. Τα πιο συνηθισμένα προκλητικά γεγονότα είναι η αλλαγή του σχολείου, η γονεϊκή ασθένεια ή ο θάνατος και η παραμονή στο σπίτι λόγω ασθένειας ή ατυχήματος. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις δεν υπάρχει προφανής λόγος έναρξης. Όσον αφορά στις διαφορές φύλλου, τα αγόρια ξεπερνούν αριθμητικά τα κορίτσια, και τα παιδιά ανήκουν στην υψηλότερη κοινωνικοοικονομική τάξη. Σχετικά με την εξελικτική πορεία η σχολική φοβία στη παιδική ηλικία αυξάνει το κίνδυνο αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή. Παραδείγματος χάριν, περίπου ένα τρίτο αυτών των παιδιών θα χρειαστεί πρόσθετη θεραπεία γι' αυτές τις διαταραχές μετά την ενηλικίωση (Blagg & Yule, 1994).

Πριν εκδηλωθεί η σχολική φοβία, προηγούνται συνήθως κάποια γεγονότα: αλλαγή σχολείου, αρρώστια ή θάνατος του ενός γονέα, οικογενειακά ή συζυγικά προβλήματα, ασθένεια, ατύχημα ή εγχείριση του ίδιου του παιδιού που το αναγκάζει να νοσηλευθεί σε νοσοκομείο ή να μείνει στο σπίτι κλπ.

Στη συνέχεια εκδηλώνεται η σχολική φοβία με τους παρακάτω τρόπους: το παιδί δείχνει απροθυμία ή διστακτικότητα να πάει στο σχολείο· άλλοτε αρνείται να πάει στο σχολείο κατηγορηματικά· άλλοτε παρουσιάζει συμπτώματα αντικοινωνικής συμπεριφοράς, όπως επιθετικότητα, υπερκινητικότητα, ιδιοτροπίες στο φαγητό ή και άρνηση να φάει· άλλοτε παρουσιάζει ψυχοσωματικές διαταραχές, όπως πονόκοιτους, εμετούς, πονοκεφάλους, διάρροια, ενούρηση, εφιάλτες σχετικά με το σχολείο κλπ. Αν

ερωτηθούν τέτοια παιδιά γιατί δεν θέλουν να πάνε στο σχολείο, τότε συνήθως αναφέρουν ότι φοβούνται μήπως πάθει κανένα κακό η μητέρα τους όσο αυτά λείπουν στο σχολείο. Άλλες φορές πάλι μπορεί να προβάλλουν και διάφορες αιτιάσεις κατά του σχολείου. Π.χ. Ο δάσκαλος δεν είναι καλός, είναι αυστηρός ή είναι άδικος, τα μαθήματα είναι βαρετά ή δύσκολα, οι συμμαθητές τα περιφρονούν, τα απειλούν, τα δέρνουν κλπ. Σημαντικός φαίνεται να είναι και ο φόβος της γελοιοποίησης ή της αποτυχίας στα μαθήματα. Τέτοιοι φόβοι μπορεί να είναι αντικειμενικά αβάσιμοι, για το παιδί όμως είναι πέρα για πέρα αληθινοί.

Πάντως δεν πρέπει να συγχέονται αυτά τα άγχη με τις πρώτες αρνητικές αντιδράσεις που εκδηλώνει το παιδί όταν πρωτοπηγαίνει στο σχολείο. Εκεί το παιδί δείχνει έναν ενστικτώδη φόβο μπροστά στο άγνωστο περιβάλλον που καλείται να αντιμετωπίσει. Αυτές οι αντιδράσεις είναι φυσιολογικές και συνήθως υποχωρούν. Επίσης δεν πρέπει να γίνεται σύγχυση με τους πραγματικούς φόβους που εκδηλώνει το παιδί για το σχολείο, όπως π.χ. το φόβο για κάποιο συγκεκριμένο μάθημα ή κάποιον συμμαθητή που απειλεί να τα δείρει κλπ., γιατί η σχολική φοβία είναι ένα είδος ψυχονεύρωσης που χαρακτηρίζεται από έντονο ψυχικό άγχος, το οποίο δεν δικαιολογείται από τα πράγματα. Ούτε έχουν σχέση οι σχολειοφοβικοί μαθητές με τους μαθητές που φεύγουν ενσυνείδητα από το σχολείο για να κάνουν κάτι πιο διασκεδαστικό (σκασιαρχείο). Ανάμεσα στον σκασιάρχη και τον σχολειοφοβικό μαθητή υπάρχουν διαφορές στην προσωπικότητα, στην κοινωνική και οικογενειακή κατάσταση και στην επίδοση στο σχολείο, διαφορές που δικαιολογούν την αντιμετώπιση των δύο αυτών κατηγοριών παιδιών, ως παιδιών με εντελώς διαφορετικά ψυχολογικά προβλήματα. Εξάλλου τα παιδιά με σχολική φοβία μένουν στο σπίτι με την συγκατάθεση των γονιών τους. Η σχολική φοβία είναι μια βαθύτερη ψυχική διαταραχή που στην ηλικία αυτή εκδηλώνεται ως απέχθεια προς το σχολείο. Σ' άλλες ηλικίες αργότερα μπορεί να εκδηλωθεί ως φυγή από τις επαγγελματικές και άλλες υποχρεώσεις και δεσμεύσεις (www.eduportal.gr, 16/05/2010).

2.5.2.4 Αιτίες που προκαλούν την σχολική φοβία

Υπάρχουν πολλές αιτίες που μπορούν να κάνουν ένα παιδί ευάλωτο, που το καθιστούν ανίκανο να αντιμετωπίσει αγχογόνες καταστάσεις. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά που συχνά απουσιάζουν από το σχολείο είναι νευρωτικά, ότι ένα μεγάλο ποσοστό απ' αυτά είναι δειλά, φοβισμένα και συνεσταλμένα έξω από το σπίτι. Η πλειοψηφία των παιδιών αυτών παρουσιάζει εντελώς αντίθετη συμπεριφορά όταν βρίσκονται στο σπίτι με

τους δικούς τους. Τότε εμφανίζονται πεισματάρικα και απαιτητικά και φτάνουν μέχρι το σημείο να καταδυναστεύουν τους γονείς του με την διεκδικητικότητα και την ισχυρογνωμοσύνη τους. Γενικώς τα παιδιά που αρνούνται να πάνε στο σχολείο έχουν έντονο άγχος επειδή πιστεύουν ότι δεν θα μπορέσουν να αντιμετωπίσουν με επιτυχία τις διάφορες καταστάσεις έξω από το σπίτι. Αν πάνε τελικά στο σχολείο, συμπεριφέρονται καλά, συμμορφώνονται και εργάζονται σκληρά (άλλα έχοντας υψηλές επιδόσεις, ενώ άλλα αποτυγχάνουν), όλα όμως παρουσιάζουν κατά κανόνα προβλήματα κοινωνικής δυσπροσαρμογής.

Τέτοιες αγγηγόνες καταστάσεις που προκαλούν εντάσεις παρουσιάζονται συχνά στη σχολική ζωή και είναι ικανές να προκαλέσουν προβλήματα στο παιδί. Ένα φυσικό ελάττωμα (φανταστικό ή πραγματικό) μπορεί να είναι αφάνταστη πηγή άγχους για ένα υπερευαίσθητο παιδί. Το ντροπαλό ή μοναχικό παιδί γίνεται εύκολα θύμα των παλικάρισμών ή της περιφρονητικής απόρριψης των συμμαθητών του. Όλοι οι εκπαιδευτικοί γνωρίζουν μερικές περιπτώσεις παιδιών για τα οποία ακόμη και οι εντελώς ασήμαντες πλευρές της σχολικής ζωής αντιπροσωπεύουν δυσβάστακτο φορτίο και αφόρητο άγχος. Σε αρκετές περιπτώσεις τα προβλήματα μπορεί να είναι στο σπίτι (www.eduportal.gr, 16/05/2010).

2.5.2.5 Τρόποι αντιμετώπισης του σχολικού άγχους

Οι περισσότερες περιπτώσεις των παιδιών που αρνούνται να πάνε στο σχολείο είναι επιδεκτικές θεραπευτικής αγωγής. Πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι η βοήθεια του παιδοψυχολόγου ή του παιδοψυχιάτρου είναι απαραίτητη στην αντιμετώπιση του σχολικού άγχους. Άλλοι πάλι υποστηρίζουν ότι μια κατάλληλα επανδρωμένη σχολική ψυχολογική υπηρεσία (Ι.Παρασκευόπουλος, 1982) είναι αυτή που μπορεί να προσφέρει μια πολύπλευρη και συντονισμένη θεραπευτική αγωγή, που να περιλαμβάνει διορθωτική διδασκαλία και την ενδεδειγμένη ψυχοθεραπεία και συμβουλευτική.

Πάντως πρώτα οι γονείς και οι διδάσκοντες θα πρέπει να προσπαθήσουν να εντοπίσουν τα βαθύτερα αίτια που οδηγούν το παιδί στην άρνηση φοίτησης στο σχολείο. Πρέπει να προσεγγίσουν το παιδί προσεκτικά, δείχνοντας κατανόηση και υπομονή. Αν τελικά δεν καταφέρουν να πείσουν το παιδί να πάει στο σχολείο, οι πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν απ' αυτή την πρώτη προσέγγιση μπορούν να αποτελέσουν το απαραίτητο υλικό που θα χρησιμοποιηθεί από τους ειδικούς (παιδοψυχολόγος, παιδοψυχίατρος, κοινωνικός λειτουργός) για τον καθορισμό της θεραπευτικής διαδικασίας που θα πρέπει

να ακολουθηθεί. Μπορεί να παρασχεθεί διορθωτική διδασκαλία, εφόσον κριθεί απαραίτητο. Επίσης, μπορεί να γίνει αλλαγή τάξης ή ακόμη και σχολείου. Επιπλέον, μπορεί να εφαρμοστεί κάποιο είδος ατομικής ψυχοθεραπείας.

Πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα φέρνουν **οι τεχνικές αποευαισθητοποίησης** σε ότι αφορά στην εξισορρόπηση ανάμεσα στα προβλήματα που θα δημιουργούσε από τη μια μεριά, ο εξαναγκασμός μιας άμεσης επανεισόδου του παιδιού στο σχολείο και, από την άλλη, μια παρατεταμένη καθυστέρηση. Οι τεχνικές αυτές (M. Herbert, 1997) βασίζονται στην **σταδιακή προσέγγιση** του σχολείου, με τη βοήθεια των γονέων ή θεραπευτή, αρχίζοντας από καταστάσεις που προκαλούν το λιγότερο άγχος στο παιδί, π.χ. πρώτα παραμονή του παιδιού έξω από το σχολείο, έπειτα μέσα στην αυλή, μετά έξω από την τάξη και τέλος μέσα στην τάξη, αρχικά με την παρουσία του συνοδού. Αυτή η βαθμιαία επαναφορά πρέπει να στηρίζεται στην εμπιστοσύνη του παιδιού ως προς το πρόσωπο του συνοδού, ώστε να εξουδετερώνεται κάθε φόβος που θα μπορούσε να προκληθεί σε κάποιο στάδιο του θεραπευτικού προγράμματος.

Πάντως σε κάθε περίπτωση η συνεργασία σχολείου και οικογένειας κρίνεται απαραίτητη για την επιτυχή επανείσοδο του παιδιού στο σχολείο. Ο έγκαιρος εντοπισμός του προβλήματος βοηθά στον καλύτερο σχεδιασμό της θεραπευτικής αγωγής, ενώ και τα αποτελέσματα έχουν καλύτερες προοπτικές. Γενικά το πρόβλημα της σχολικής φοβίας στα μικρότερα παιδιά έχει μικρότερη διάρκεια. Στα μεγαλύτερα παιδιά το πρόβλημα μπορεί να είναι πιο ανησυχητικό, αν και η πρόγνωση για την μελλοντική εξέλιξη είναι αισιόδοξη. Μόνο σε πολύ λίγες, εξαιρετικά σοβαρές διαταραχές έχει αποδειχθεί ότι, ανεξάρτητα από τις ψυχοθεραπευτικές προσπάθειες που θα καταβληθούν, το πρόβλημα παραμένει άλυτο (www.eduportal.gr, 16/05/2010).

2.5.3 Κοινωνική φοβία

Η διαγνωστική κατηγορία της κοινωνικής φοβίας συμπεριλαμβάνει την αποφευκτική διαταραχή. Βασικό χαρακτηριστικό της κοινωνικής φοβίας είναι ο έντονος και επίμονος φόβος που διακατέχει το άτομο σε μία ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις. Σε τέτοιες περιπτώσεις, το άτομο φοβάται ότι θα περιέλθει σε κατάσταση αμηχανίας και σύγχυσης. Η έκθεσή του, με την παρουσία του, σε μια κοινωνική κατάσταση συχνά του προκαλεί βιώματα έντονου άγχους το οποίο ενδέχεται να οδηγήσει στην εκδήλωση αντίδρασης πανικού. Για το λόγο αυτόν, τα άτομα με κοινωνική φοβία

συχνά αποφεύγουν τέτοιες καταστάσεις ή τις υπομένουν αλλά τις βιώνουν με υπερβολική ένταση.

Προκειμένου να τεθεί η διάγνωση της κοινωνικής φοβίας στους ενήλικες, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η αναγνώριση και παραδοχή εκ μέρους τους ότι ο φόβος και το άγχος που βιώνουν είναι αδικαιολόγητα. Αυτή η προϋπόθεση ωστόσο δεν ισχύει για τη διάγνωση της διαταραχής στα παιδιά και στους εφήβους διότι λόγω γνωστικών – αναπτυξιακών περιορισμών, είναι πιθανό να μην μπορούν να αναγνωρίσουν ότι ο φόβος αυτός είναι αδικαιολόγητος και υπερβολικός.

Τα παιδιά και οι έφηβοι με κοινωνική φοβία έχουν συνήθως πολύ λίγους φίλους, είναι απρόθυμοι να συμμετέχουν σε ομαδικές δραστηριότητες και θεωρούνται ήσυχoi και συνεσταλμένοι τόσο από τους γονείς όσο και από τους συνομηλίκους τους. Στο σχολείο, τα παιδιά με κοινωνική φοβία εμφανίζονται ως ιδιαίτερα φοβισμένα σε ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων, όπως για παράδειγμα όταν χρειάζεται να διαβάσουν φωναχτά, να πάρουν το λόγο στη τάξη, να ζητήσουν βοήθεια από το δάσκαλο κ.λ.π. Επίσης συχνά αποφεύγουν να πηγαίνουν στις σχολικές εκδρομές και χρειάζονται πολλή ενθάρρυνση προκειμένου να συμμετάσχουν σε ομαδικές εκδηλώσεις. Τα παιδιά αυτά συνήθως περιγράφονται από τους δασκάλους τους ως μοναχικά και απομονωμένα από τους υπόλοιπους συμμαθητές τους.

Παρόμοια αποφευκτική συμπεριφορά είναι πιθανό να εκδηλώνεται ακόμη και στο σπίτι. Τα παιδιά με κοινωνική φοβία ενδέχεται να μην απαντούν στο τηλέφωνο και να απομονώνονται όταν έχουν επισκέπτες στο σπίτι. Συνήθως τα παιδιά με κοινωνική φοβία επιχειρούν με τη συμπεριφορά τους να μείνουν απαρατήρητα αλλά μέσα από αυτή τη προσπάθεια τελικά οδηγούνται στο εντελώς αντίθετο αποτέλεσμα, γίνονται δηλαδή το επίκεντρο της προσοχής των άλλων και αυτό επιδεινώνει την κατάστασή τους. Γενικά τα παιδιά αυτά έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους και συχνά βιώνουν το συναίσθημα της απόρριψης (Albano, Dibartolo et al., 1995).

Η κοινωνική φοβία συνήθως εκδηλώνεται στην εφηβεία και σπανιότερα μπορεί να διαγνωσθεί σε παιδιά κάτω των δέκα ετών (Vasey, 1995). Σύμφωνα με τους Strauss και Last (1993), η κοινωνική φοβία εκδηλώνεται με την ίδια περίπου συχνότητα σε αγόρια και κορίτσια. Έχει διαπιστωθεί επίσης πως η κοινωνική φοβία αποτελεί την πιο συνηθισμένη αγχώδη διαταραχή στους ενήλικες (Kessler et al., 1994). Επίσης συχνά συνυπάρχει με τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (Francis et al., 1992).

2.5.4 Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή συμπεριλαμβάνει την υπεραγχώδη διαταραχή. Τα άτομα με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή χαρακτηρίζονται από υπερβολικό και ανεξέλεγκτο άγχος, το οποίο προκαλείται από μια σειρά γεγονότων και δραστηριοτήτων τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας για διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών. Για τη διάγνωση της διαταραχής αυτής στους ενήλικες απαιτείται η παρουσία τριών τουλάχιστον από τα έξι συμπτώματα, ενώ για τα παιδιά είναι αρκετή η παρουσία ενός μόνο συμπτώματος από τα παρακάτω: α)νευρικότητα ή αίσθημα αγωνίας ή τεντωμένα νεύρα, β)εύκολη κόπωση, γ)δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής ή αίσθημα πως το μυαλό είναι άδειο, δ)ευερεθιστότητα, ε)μυϊκή τάση και στ)διαταραχή ύπνου (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Απαραίτητο στοιχείο για τη διάγνωση της διαταραχής αυτής είναι η ύπαρξη έντονης ανησυχίας στο άτομο για μια σειρά γεγονότων της ζωής του τα οποία μπορεί να αφορούν το παρελθόν ή το μέλλον του. Η ανησυχία αυτή μπορεί να αφορά επίσης την ικανότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις ορισμένων καταστάσεων σε σχέση με το σχολείο, τις παρέες κ.α. Ανυπόστατες και υπερβολικές ανησυχίες που έχουν σχέση με γεγονότα που αφορούν το μέλλον έχουν διαπιστωθεί στο 95% των περιπτώσεων σε κλινικό δείγμα παιδιών με υπεραγχώδη διαταραχή (Strauss, Lease et al.,1988). Τέτοιου είδους ανησυχίες είναι για παράδειγμα η έναρξη της φοίτησης του παιδιού στο σχολείο, ο θάνατος ή η ασθένεια κάποιου μέλους της οικογένειας, κάποια κοινωνική δραστηριότητα στην οποία πρόκειται να συμμετέχει η οικογένεια κ.α.

Τα παιδιά με αυτή τη διαταραχή νιώθουν να βρίσκονται σε κατάσταση έντασης και συχνά αδυνατούν να χαλαρώσουν λόγω της πολύ μεγάλης τους ανησυχίας. Συχνά μπορεί να ανησυχούν υπερβολικά για τις επιδόσεις τους στο σχολείο, για τις σχέσεις τους με τα άλλα παιδιά και πολλές φορές δίνουν την εντύπωση του τελειομανή. Σε πολλές περιπτώσεις διακατέχονται από την αγωνία μήπως οι επιδόσεις τους κάποια στιγμή πέσουν κάτω από τα όρια τα οποία αυτά θέτουν για τον εαυτό τους (Strauss,1990). Τα παιδιά με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή συνήθως υπερεκτιμούν το ενδεχόμενο των αρνητικών συνεπειών ορισμένων καταστάσεων σε βαθμό που πολλές φορές βιώνουν συνθήκες επερχόμενης καταστροφής, ενώ ταυτόχρονα νιώθουν αδύναμα και ανήμπορα να αντιμετωπίσουν τις εξελίξεις που προβλέπουν ότι μπορεί να ακολουθήσουν.

Σε αντίθεση με το άγχος του αποχωρισμού και την ειδική φοβία, η ανησυχία σε αυτές τις περιπτώσεις είναι γενικευμένη και δεν περιορίζεται στον αποχωρισμό ή σε ειδικές καταστάσεις και αντικείμενα. Τα περισσότερα απ' αυτά τα παιδιά είναι ιδιαίτερα

δειλά, ντροπαλά, ανεπαρκή σε κοινωνικές δεξιότητες και κοινωνικά απομονωμένα (Strauss, Lease et al., 1988). Για το λόγο αυτό χρειάζονται συνεχώς ενθάρρυνση και επιβεβαίωση από τους γονείς και τους δασκάλους τους. Επίσης συχνά παραπονιούνται για σωματικές ενοχλήσεις, όπως ζαλάδες, στομαχόπονους και ταχυκαρδίες.

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε περίοδο της παιδικής ηλικίας, αλλά σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα πρωτοεμφανίζεται συνήθως στις ηλικίες των 10 και 12 ετών (Last, Strauss et al., 1987) και η συχνότητα εμφάνισής της στον παιδικό πληθυσμό κυμαίνεται γύρω στο 3%, ενώ στον πληθυσμό των εφήβων μπορεί να φτάσει και το 6-7% (Bell-Dolan & Brazeal, 1993). Υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις πως το περιεχόμενο των ανησυχιών διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. Στα μεγαλύτερα παιδιά και στους εφήβους οι ανησυχίες αφορούν περισσότερο καταστάσεις από το παρελθόν (Kashani & Orvaschel, 1990).

2.5.5 Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

Ο Αλέξης είναι 6 ετών και φοιτά στην Α' Δημοτικού. Πρόκειται για ένα πολύ έξυπνο παιδί, οι γονείς του οποίου ανησυχούν για την «παράξενη», όπως τη χαρακτηρίζουν, συμπεριφορά του. Ο Αλέξης ενοχλείται ιδιαίτερα από τις μυρωδιές του περιβάλλοντος, οι οποίες παραπονιέται ότι του φέρνουν εμετό. Πολλές φορές μάλιστα αρνείται να πάει στο σχολείο από φόβο μήπως τον «πιάσει» εμετός. Για να εξουδετερώσει τις μυρωδιές, θέλει να έχει πάντα μαζί του ένα λεμόνι. Μετά από λίγους μήνες, ο Αλέξης αντικαθιστά το λεμόνι με ψωμί και στη συνέχεια με πατατάκια. Σε κάθε έξοδό του από το σπίτι, γεμίζει τις τσέπες και την τσάντα του με μεγάλες ποσότητες ψωμί, το οποίο ισχυρίζεται ότι τον προστατεύει από τον εμετό. Αν η μητέρα του αρνηθεί να του δώσει ψωμί, ο Αλέξης νιώθει εξαιρετικά ανασφαλής, κλαίει σπαρακτικά, χτυπιέται και παρουσιάζει εντελώς αποδιοργανωμένη συμπεριφορά. Παράλληλα, ο Αλέξης θέλει να βρίσκονται όλα σε τάξη. Στρώνει το κρεβάτι του πάρα πολλές φορές κάθε μέρα προκειμένου να μην είναι πουθενά ζαρωμένο και είναι σε θέση να σβήνει ένα γράμμα στο τετράδιό του μέχρι να το σκίσει αν του φαίνεται ότι δεν είναι ίσιο. Σε περιόδους έντασης, ο Αλέξης εμφανίζει τικ στα μάτια και στοιχεία τραυλισμού (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Ο Αλέξης είναι ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα παιδιού με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και επιπροσθέτως στοιχεία άλλων διαταραχών άγχους. Η περίπτωση αυτή καθιστά εμφανές ότι τα όρια μεταξύ αυτών των διαταραχών είναι εξαιρετικά δυσδιάκριτα

και ότι είναι δυνατό συμπτώματα διαφορετικών διαταραχών άγχους να εναλλάσσονται στο ίδιο άτομο (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Τα κριτήρια για τη διάγνωση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής στα παιδιά είναι τα ίδια με αυτά τα οποία έχουν καθοριστεί για τους ενήλικες, με τη μόνη διαφορά ότι για τα παιδιά δεν απαιτείται να μπορούν τα ίδια να αναγνωρίζουν την υπερβολή και το αδικαιολόγητο των συμπτωμάτων τους. Οι γονείς των παιδιών αυτών συνήθως αρχίζουν να ανησυχούν όταν πια τα συμπτώματα της διαταραχής επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του παιδιού ή της οικογένειάς του (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Τα βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής είναι οι επαναλαμβανόμενες ιδεοληψίες και οι ψυχαναγκασμοί με τους οποίους το άτομο ασχολείται τουλάχιστον για μια ώρα την ημέρα και οι οποίοι το καταπονούν και του δημιουργούν προβλήματα στη λειτουργικότητά του. Οι ιδεοληψίες ή εμμονές είναι επαναλαμβανόμενες και αθέλητες σκέψεις, εικόνες, ιδέες ή παρορμήσεις, τις οποίες το άτομο βιώνει ως ιδιαίτερα αγχογόνες. Τα παιδιά αναφέρουν συνήθως ιδεοληψίες οι οποίες έχουν σχέση με φόβους γύρω από διάφορες μολύνσεις ή σχετίζονται με θέματα που αφορούν τη σεξουαλικότητα και τη θρησκεία. Μερικές φορές τα παιδιά αυτά μπορεί να φοβούνται πως θα προσβληθούν από ανίατες ασθένειες, όπως για παράδειγμα τον καρκίνο ή το AIDS (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Η ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά παίρνει τη μορφή επαναλαμβανόμενων πράξεων (οι οποίες μπορεί να είναι και νοητικές), τις οποίες το άτομο αισθάνεται υποχρεωμένο να εκτελέσει. Οι πράξεις αυτές ανταποκρίνονται σε κάποιους κανόνες που έχει κατασκευάσει το ίδιο το άτομο. Δεν πρόκειται δηλαδή για στερεότυπες κινήσεις αλλά εξυπηρετούν κάποιο σκοπό, ο οποίος αφορά συνήθως τη μείωση του άγχους που αισθάνεται το άτομο εξαιτίας κάποιας έμμονης σκέψης. Ωστόσο οι ιδεοψυχαναγκασμοί δεν σχετίζονται με το ερέθισμα που τους προκαλεί με λογικό και ρεαλιστικό τρόπο ή –ακόμα και αν σχετίζονται– εκδηλώνονται σε υπερβολικό βαθμό. Πολλές φορές μάλιστα, η εκτέλεση της ιδεοψυχαναγκαστικής πράξης προκαλεί στο άτομο ακόμα μεγαλύτερο άγχος, ιδιαίτερα αν χρειάζεται να αφιερώσει πολύ χρόνο σε αυτήν. Στα παιδιά, συχνά η εμμονή που οδηγεί στη ψυχαναγκαστική πράξη δεν είναι σαφής. Πολλές φορές δικαιολογούν τις πράξεις τους λέγοντας ότι νιώθουν πως «έτσι πρέπει να γίνει» (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Οι ψυχαναγκασμοί των παιδιών αφορούν κυρίως σε θέματα που σχετίζονται με την καθαριότητα, τον έλεγχο και την τακτοποίηση πραγμάτων (Riddiddle et al., 1990). Οι τελετουργίες οι οποίες έχουν σχέση με την καθαριότητα αποτελούν το πιο σύνθετες

σύμπτωμα σε περισσότερες από το 85% των περιπτώσεων των παιδιών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Swedo et al.,1989). Στο 90% τουλάχιστον των περιπτώσεων, το περιεχόμενο των ιδεοληψιών και των ψυχαναγκασμών αλλάζει με το χρόνο (Swedo et al.,1989). Για παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί αρχικά να εκτελεί τελετουργίες σχετικά με το κλείδωμα τις πόρτας ενώ αργότερα το παιδί μπορεί να εγκαταλείψει αυτή τη «συνήθεια» και να την αντικαταστήσει με τη «συνήθεια» να μετρά δύο φορές τον αριθμό των παραθύρων του σπιτιού κάθε φορά που θα βγει έξω. Επειδή συχνά αυτές οι τελετουργίες γίνονται πολύπλοκες και χρονοβόρες, ταλαιπωρούν και αγχώνουν υπερβολικά το άτομο. Ένας επιπρόσθετος παράγοντας που προκαλεί άγχος είναι η ανησυχία του ατόμου με αυτή τη διαταραχή μήπως αποκαλυφθούν οι συνήθειές του από τους γνωστούς και τους φίλους του και γίνει αντικείμενο κοροϊδίας και πειραγμάτων (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Είναι ωστόσο σημαντικό να γίνεται διάκριση μεταξύ των παθολογικών ψυχαναγκασμών και των τελετουργιών που ασκούν συχνά τα παιδιά στα πλαίσια της φυσιολογικής τους ανάπτυξης. Για παράδειγμα, μπορεί να είναι σύνηθες σε ορισμένα παιδιά να τακτοποιούν τα παιχνίδια τους σε συγκεκριμένες στιγμές και με ορισμένο τρόπο. Όταν όμως η παρεμπόδιση αυτής της τελετουργικής συμπεριφοράς κάνει το παιδί να καταπονείται και να υποφέρει, τότε οι τελετουργίες αυτές ξεφεύγουν από τα όρια της φυσιολογικής συμπεριφοράς και αποτελούν ενδείξεις της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Επιπλέον, η διαφορά των εμμονών από συνήθειες προκαταλήψεις είναι το έντονο άγχος που προκαλούν στο άτομο και ο προσωπικός χαρακτήρας τους (Shafraan, 2001).

Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή εμφανίζεται στο 2% του γενικού πληθυσμού των παιδιών και 3 έως 4% στον κλινικό πληθυσμό των παιδιών (Zohar, 1999) και τα συμπτώματά της εκδηλώνονται συνήθως για πρώτη φορά γύρω στην ηλικία των 10 ετών (Albano et al.,1995). Υπάρχει επίσης διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα στην παιδική ηλικία, με τα αγόρια να αρχίζουν νωρίτερα από τα κορίτσια και να τα ξεπερνούν αριθμητικά. Εντούτοις, από την εφηβεία και μετά αυτή η διαφορά εξαφανίζεται. Επιπλέον το ποσοστό νοσηρότητας της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής είναι υψηλό. Σε κοινοτικά δείγματα περίπου το 84% των παιδιών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή εμφανίζουν συννοσηρές διαταραχές, ενώ στα κλινικά δείγματα το ποσοστό είναι περίπου στο 41%. Κοινές συννοσηρές διαταραχές είναι η κατάθλιψη και άλλες αγχώδεις διαταραχές. Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας μπορεί επίσης να συνεμφανιστεί (Kovacs και Devlin,1998). Η σχετικά

πρώιμη εκδήλωση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής έχει επιβεβαιωθεί και σε αναδρομικές έρευνες με ενήλικες (Lo,1967). Έχει διαπιστωθεί ότι το 30-80% των ενηλίκων με τη διαταραχή αυτή αναφέρουν έναρξη των συμπτωμάτων τους κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία (Pauls et al.,1995). Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία σχετικά με τη χρονιότητα της καταναγκαστικής διαταραχής. Σε επαναληπτική έρευνα βρέθηκε ότι 68% των 25 ασθενών συνέχιζαν να έχουν ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή 2 με 7 χρόνια αργότερα, ενώ 32% είχαν κάποια άλλη συννοσηρή διαταραχή. Μια άλλη επαναληπτική μελέτη θεραπευμένων ατόμων βρήκε ότι 43% είχαν ακόμα ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, ενώ 30% είχαν κάποια άλλη αγχώδη διαταραχή (Kovacs και Devlin,1998).

Για την αιτιολογία της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρίες. Η πιο διαδεδομένη νευροψυχιατρική θεωρία είναι αυτή που υποστηρίζει ότι η διαταραχή αυτή, σε ορισμένες περιπτώσεις, οφείλεται σε μόλυνση από στρεπτόκοκκο (PANDAS Paediatric Auto-Immune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infection, Swedo et al., 1998). Ωστόσο η θεωρία αυτή δεν έχει τεκμηριωθεί επαρκώς ερευνητικά (Kurlan, 1998).

Στα πλαίσια της γνωσιακής-συμπεριφορικής προσέγγισης, η διαταραχή θεωρείται ως αποτέλεσμα της τάσης ορισμένων ανθρώπων να θεωρούν ορισμένες φυσιολογικές σκέψεις που τους περνούν από το μυαλό (και οι οποίες περνούν από το μυαλό των περισσότερων ανθρώπων) ως υπεύθυνες για την πρόκληση κάποιου κακού στους ίδιους ή σε άλλους ανθρώπους. Από τη στιγμή που το άτομο θα διαμορφώσει αυτή την αντίληψη για τις σκέψεις αυτές, τότε οδηγείται στην εκτέλεση ορισμένων πράξεων για την αντιστάθμιση του υποτιθέμενου κακού που μπορεί να προκαλέσουν οι σκέψεις του και για τη μείωση του άγχους που προκαλούν (Salkovskis et al.,1998). Στη βάση δηλαδή της διαταραχής βρίσκονται οι διαταραγμένες και δυσλειτουργικές αντιλήψεις του ατόμου.

Η πρόγνωση για τη διαταραχή αυτή είναι ιδιαίτερα δυσμενής. Υπολογίζεται ότι μόνο το 10-15% των ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ξεπερνούν πλήρως τις δυσκολίες τους ενώ οι παλινδρομήσεις είναι ιδιαίτερα συχνές (Zohar,1999).

2.5.6 Ειδική φοβία (πρώην απλή φοβία)

Η ειδική φοβία (πρώην «απλή φοβία») αναφέρεται σε έκδηλο και επίμονο φόβο, ο οποίος είναι υπερβολικός και παράλογος και εκλύεται από την παρουσία ή την πρόβλεψη της παρουσίας ειδικού αντικειμένου ή ειδικής κατάστασης (π.χ. χρήση ασανσέρ, αεροπορικά ταξίδια, ζώα, ύψη, θέα αίματος). Η έκθεση στο φοβικό ερέθισμα προκαλεί σχεδόν πάντα μια άμεση αντίδραση άγχους η οποία είναι πιθανό να εκδηλωθεί με τη

μορφή μιας καταστασιακά συνδεδεμένης ή ελκυσμένης προσβολής πανικού. Στα παιδιά το άγχος αυτό είναι πιθανό να εκδηλώνεται με κλάμα και νευρικότητα (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Το άτομο με την ειδική φοβία αναγνωρίζει πως ο φόβος του είναι υπερβολικός ή παράλογος αλλά δεν μπορεί να τον ελέγξει και γι' αυτό διακρίνεται από την τάση να αποφεύγει τη φοβική κατάσταση και, όπου δεν υπάρχει αυτή η δυνατότητα, απλά την υπομένει βιώνοντας έντονο άγχος ή δυσφορία. Η αποφυγή, η αγχώδης προσμονή ή η δυσφορία που συνδέονται με τη φοβική κατάσταση παρεμποδίζουν σημαντικά τις συνήθειες καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Τα παιδιά είναι πιθανό να μην αντιλαμβάνονται πάντα πότε οι φόβοι τους είναι υπερβολικοί ή αδικαιολόγητοι. Οι Silverman και Rabian (1993) διακρίνουν τις ειδικές φοβίες από τους αναπτυξιακά φυσιολογικούς φόβους επισημαίνοντας πως οι φοβικές αντιδράσεις είναι υπερβολικές και δυσανάλογες των απαιτήσεων της συγκεκριμένης κατάστασης, εκδηλώνονται παρά τη θέληση του ατόμου, οδηγούν στην αποφυγή του φοβικού ερεθίσματος, επιμένουν στο χρόνο και δεν διευκολύνουν το άτομο στην αποτελεσματική του προσαρμογή. Οι πιο συνηθισμένες φοβίες στα παιδιά αφορούν τα ύψη, το σκοτάδι, τους δυνατούς θορύβους, τους κεραυνούς, τα σκυλιά και άλλα μικρά ζώα (King, 1993).

Τα παιδιά με ειδικές φοβίες συχνά διακατέχονται από το άγχος που τους δημιουργεί η σκέψη για το τι μπορεί να τους συμβεί αν εκτεθούν στο αντικείμενο ή την κατάσταση που τους προκαλεί το φόβο. Για παράδειγμα το παιδί που φοβάται τους κεραυνούς μπορεί να κυριαρχείται από την ανησυχία ως προς το τι θα μπορούσε να του συμβεί αν στο δρόμο για το σχολείο έπεφταν κεραυνοί. Έτσι είναι πιθανό το παιδί αυτό να θέλει να αποφύγει να πάει στο σχολείο ή απλά να κλαίει ή και να κρύβεται στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει το φοβικό ερέθισμα. Τα παιδιά με ειδικές φοβίες είναι πιθανό να βρίσκονται συνεχώς σε ετοιμότητα ώστε να διαπιστώσουν έγκαιρα την εμφάνιση του φοβικού ερεθίσματος. Γι' αυτό, το παιδί το οποίο φοβάται τους κεραυνούς είναι πιθανό να παρακολουθεί συχνά στη τηλεόραση τα δελτία πρόβλεψης των καιρικών συνθηκών ή να κοιτά τον ουρανό προκειμένου να μπορεί να προβλέψει αν υπάρχει το ενδεχόμενο να εκδηλωθούν κεραυνοί (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Οι φοβίες από τα ζώα, το σκοτάδι, τους κεραυνούς κ.λ.π., συνήθως εμφανίζονται πριν από την ηλικία των 7 ετών και στις πιο πολλές περιπτώσεις η πρώτη τους εκδήλωση δεν συνδέεται με κάποια τραυματική εμπειρία (Marks & Gelder, 1996).

2.5.7 Διαταραχή πανικού

Η λέξη πανικός παράγεται από το όνομα του ιδιότυπου θεού του ελληνικού πανθέου Παν, ο οποίος σύμφωνα με τη μυθολογία ήταν προστάτης των ποιμένων και με τις άγριες κραυγές του έσπερνε τον πανικό. Οι Αθηναίοι θεωρούσαν ότι του όφειλαν τη νίκη τους στη Μάχη του Μαραθώνα, διότι με τις κραυγές του έστρεψε τους Πέρσες σε φυγή. Έπλασαν μάλιστα το μύθο πως ο Παν είχε γιό το Κρότο. Αυτό λοιπόν το απροσδόκητο και τρομερό συναίσθημα που έσπερνε ο θεός Παν έμεινε γνωστό ως πανικός (Παν, 1990).

Μέχρι πρόσφατα, οι ειδικοί εκτιμούσαν πως η διαταραχή πανικού εκδηλώνεται μόνο σε ενήλικες και πως πολύ σπάνια μπορεί να παρουσιαστεί σε παιδιά και εφήβους. Αυτή η εντύπωση είχε επικρατήσει για αρκετό καιρό επειδή πίστευαν πως για την εκδήλωση της διαταραχής απαιτούνται ορισμένες γνωστικές διεργασίες οι οποίες είναι αδύνατες για τα παιδιά (Kearney & Silverman, 1992). Πιο συγκεκριμένα, οι ειδικοί εκτιμούσαν πως τα παιδιά δεν μπορούν να οδηγηθούν σε καταστροφικές παρερμηνείες οι οποίες αφορούν σωματικά συμπτώματα (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Η προσβολή πανικού εκδηλώνεται με έντονο φόβο ή δυσφορία, κατά την οποία τέσσερα τουλάχιστον από τα πιο κάτω συμπτώματα εμφανίζονται ξαφνικά και κορυφώνονται μέσα σε διάστημα 10 λεπτών της ώρας και στη συνέχεια σταδιακά, σε 30 περίπου λεπτά ή σε μερικές ώρες μειώνονται.

1. αίσθημα παλμών, καρδιά που «σφυροκοπά» ή επιτάχυνση καρδιακού ρυθμού
2. εφίδρωση
3. τρεμούλα ή έντονος τρόμος
4. αίσθημα λαχανιάσματος ή ασφυξίας
5. αίσθημα πνιγμονής
6. πόνος ή δυσφορία στο θώρακα
7. ναυτία ή κοιλιακή ενόχληση
8. αίσθημα ζάλης, αστάθειας ή τάση για λιποθυμία
9. αποπραγματοποίηση (αισθήματα μη πραγματικού) ή αποπροσωποποίηση (ότι αποσπάται από τον εαυτό)
10. φόβος απώλειας ελέγχου ή ότι θα τρελαθεί
11. φόβος θανάτου
12. παραισθήσεις (μούδιασμα ή μυρμηγκιάσματα)
13. ρίγη ή αίσθημα ζέστης

Η προσβολή πανικού συνοδεύεται από μια ανυπόφορη αίσθηση επικείμενου κινδύνου ή θανάτου και το άτομο διακατέχεται από μια ακατανίκητη τάση να ξεφύγει απ' αυτή την κατάσταση. Παρόλο που οι προσβολές πανικού έχουν συνήθως μικρή χρονική διάρκεια, μπορεί να εμφανιστούν περισσότερες φορές σε διάστημα μιας εβδομάδας ή ενός μηνός και τα συμπτώματα μπορεί να πάρουν αρκετά σοβαρή μορφή. Είναι σημαντικό όμως να σημειωθεί πως παρόλο που τα συμπτώματα αυτά είναι εξαιρετικά δυσάρεστα και ξαφνιάζουν το άτομο, δεν το εκθέτουν σε κίνδυνο να πάθει κάτι, δεν απειλούν δηλαδή τη ζωή του ή τη σωματική του υγεία (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Τα άτομα τα οποία έχουν προσβληθεί αρκετές φορές από πανικό αναπτύσσουν συνήθως σε μεγάλο βαθμό δευτερογενές άγχος το οποίο διατηρείται τις περισσότερες φορές ακόμη και όταν δεν εκδηλώνεται προσβολή πανικού. Τα άτομα αυτά ανησυχούν πάρα πολύ για το πού και πότε θα εκδηλωθεί την επόμενη φορά η προσβολή πανικού και για το αν θα καταφέρουν τότε να επιβιώσουν (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Στην περίπτωση που η διαταραχή πανικού δεν αντιμετωπιστεί, τότε μπορεί να δημιουργήσει στο άτομο πολύ σοβαρά προβλήματα στις κοινωνικές τους σχέσεις και τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Οι έφηβοι με διαταραχή πανικού συχνά αρχίζουν να αποφεύγουν καταστάσεις ή δραστηριότητες στις οποίες έτυχε στο παρελθόν να προσβληθούν από πανικό. Η τάση αποφυγής αυτών των καταστάσεων είναι η πιο έντονη όταν το άτομο εκτιμά πως δεν έχει κοντά του κάποιο οικείο πρόσωπο το οποίο μπορεί να το βοηθήσει αν χρειαστεί. Σε σοβαρότερες περιπτώσεις διαταραχής πανικού το άτομο είναι πιθανό να υποψιάζεται πως οι καταστάσεις στις οποίες μπορεί να προσβληθεί από πανικό είναι τόσες πολλές, που τελικά αυτή του η αντίληψη να το κρατά καθηλωμένο συνέχεια στο σπίτι, κοντά στους δικούς του, έτσι ώστε να υποχρεώνεται να περιορίσει όλες του τις δραστηριότητες. Σε μια τέτοια περίπτωση το άτομο είναι πιθανό να αντιμετωπίζει και αγοραφοβία (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, η διαταραχή πανικού παρουσιάζεται στο 0,6-4,7% του πληθυσμού των παιδιών και των εφήβων, με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στον πληθυσμό των κοριτσιών (Ollendick et al., 1994). Επίσης έχει βρεθεί πως σε αρκετές περιπτώσεις υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ διαταραχών πανικού και γεγονότων τα οποία δημιούργησαν σοβαρές εντάσεις στη ζωή του ατόμου (King et al., 1994).

Παρόλο που στον παιδικό πληθυσμό η διαταραχή πανικού είναι εξαιρετικά σπάνια, αναφέρεται από τους ειδικούς πως η διαταραχή άγχους του αποχωρισμού είναι πιθανό να αποτελεί κατά κάποιο τρόπο μια πρόωπη μορφή προσβολής πανικού, η οποία στην εφηβεία ή και αργότερα εξελίσσεται σε διαταραχή πανικού (Mattis & Ollendick, 1997).

2.5.8 Διαταραχή μετά από το τραυματικό στρες

Το 1976, 26 παιδιά απήχθησαν μέσα από το σχολικό λεωφορείο στη Καλιφόρνια. Τα παιδιά και ο οδηγός τους οδηγήθηκαν αρχικά σε ένα σκοτεινό φορτηγάκι και στη συνέχεια κλείστηκαν σε μια θαμμένη καρότσα τρακτέρ, όπου και παρέμειναν έως ότου μερικά από τα παιδιά κατάφεραν να σκάσουν μια δίοδο προς τα έξω. Η φυλάκιση τους διάρκεσε 27 ώρες. Το 1987 ένας ελεύθερος σκοπευτής πυροβόλησε επανειλημμένα στο προαύλιο ενός σχολείου για αρκετές ώρες, σκοτώνοντας ένα παιδί κι έναν περαστικό και τραυματίζοντας 13 παιδιά. Το 1988 ένας μαθητής γυμνασίου που είχε αποβληθεί λόγω κατοχής πυροβόλου όπλου, επέστρεψε την επόμενη ημέρα και τρέχοντας διαμέσου της καφετέριας πυροβολούσε με το όπλο, σκοτώνοντας δύο μαθητές και τραυματίζοντας αρκετούς άλλους (Charles Wenar- Patricia K. Kerig, 2008).

Το 6 έως 7% του πληθυσμού εκτίθεται ετησίως σε ακραίους στρεσογόνους παράγοντες, που κυμαίνονται από φυσικές καταστροφές και τροχαία δυστυχήματα ως δολοφονίες και εχθροπραξίες μεταξύ συμμοριών. Παραδείγματος χάριν, περί τα 100.000 παιδιά πέφτουν θύματα απαγωγής ετησίως (Fletcher, 1996). Υπολογίζεται ότι 6% των παιδιών θα πληρούν τα κριτήρια της διαταραχής μετά από τραυματικό στρες ως την ηλικία των 18 ετών (Pfefferbaum, 1997).

Η διαταραχή μετά από τραυματικό στρες διαφέρει από τις άλλες αγχώδεις διαταραχές ως προς ένα σημαντικό σημείο –στερείται του στοιχείου του παραλογισμού. Εάν ένα αγόρι φοβάται να ανεβεί στο σχολικό λεωφορείο χωρίς να έχει συμβεί τίποτα πέρα από τα συνηθισμένα, αυτό μας εκπλήσσει. Ωστόσο, εάν ένα αγόρι φοβάται να ανεβεί στο σχολικό λεωφορείο έπειτα από ένα ατύχημα στο οποίο το σχολικό λεωφορείο γλίστρησε, βγήκε από το δρόμο και αναποδογύρισε, μπορεί να το θεωρήσουμε φυσικό (Charles Wenar- Patricia K. Kerig, 2008).

Τα παιδιά με τη διαταραχή αυτή παρουσιάζουν επίμονο άγχος, ως επακόλουθο ενός τραυματικού γεγονότος που βίωσαν και το οποίο είναι ασυνήθιστο στα πλαίσια της ανθρώπινης εμπειρίας. Τέτοιου είδους γεγονότα μπορεί να είναι κάποιες φυσικές καταστροφές όπως, για παράδειγμα, ένας σεισμός ή περιστάσεις κατά τις οποίες το παιδί γίνεται αυτόπτης μάρτυρας κάποιου εγκλήματος, βιασμού, βασανισμού ή άλλης βίαιης ενέργειας (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Οι αντιδράσεις του παιδιού με τη διαταραχή αυτή περιλαμβάνουν έντονους και επίμονους φόβους, αίσθημα αβοήθητου ή τρόμο. Οι αντιδράσεις αυτές στα παιδιά συχνά μπορεί να εκφράζονται με αποδιοργανωμένη ή διεγερτική συμπεριφορά. Το τραυματικό

γεγονός αναβιώνετε από το άτομο με διάφορους τρόπους, όπως: α) επαναλαμβανόμενες και παρείσακτες ενοχλητικές ανακλήσεις γεγονότος, β) επανειλημμένα ενοχλητικά όνειρα τα οποία σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός, γ) συναισθήματα αναβίωσης του γεγονότος και δ) έντονες ενοχλήσεις από νύξεις οι οποίες μπορεί να του θυμίζουν το τραυματικό γεγονός (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Το παιδί με τη διαταραχή αυτή διακρίνεται από την τάση να προσπαθεί επίμονα να αποφύγει σκέψεις, συναισθήματα ή συζητήσεις που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός καθώς και δραστηριότητες, τόπους ή ανθρώπους που προκαλούν ανακλήσεις του τραύματος. Επίσης, μπορεί να μειωθεί το ενδιαφέρον και η συμμετοχή του σε σημαντικές δραστηριότητες και να διακρίνεται από το αίσθημα απομάκρυνσης και αποξένωσής του από τους άλλους. Ακόμη μπορεί να έχει διαταραχές ύπνου, εκρήξεις θυμού, δυσκολίες στη συγκέντρωση της προσοχής και να αντιδρά με υπερβολή στο ξάφνιασμα (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002). Το άγχος του αποχωρισμού μπορεί να επανεμφανιστεί. Τα μικρά παιδιά δραματοποιούν επίσης το τραυματικό γεγονός μέσω του παιχνιδιού, και αυτή η συμπεριφορά εμφανίζεται μόνο στα παιδιά. Το ίδιο το παιχνίδι έχει έναν καταναγκαστικό, επαναλαμβανόμενο χαρακτήρα, και αποτυγχάνει να ανακουφίσει από το άγχος. Για παράδειγμα, ένα 5-χρονο κορίτσι, που της επιτέθηκε και τη δάγκωσε ένας πίθηκος στο ζωολογικό κήπο, επέστρεφε επανειλημμένα σε αυτό το θέμα, παρότι το παιχνίδι δε τη βοηθούσε να ελέγξει τον τρόπο της (Charles Wenar- Patricia K. Kerig, 2008).

Οι προέφηβοι και οι έφηβοι, όπως και τα παιδιά σχολικής ηλικίας, μπορεί να αναπτύξουν διάφορα σωματικά προβλήματα, αποσύρονται, υποφέρουν από απώλεια της όρεξης και του ύπνου, και εμφανίζουν διασπαστική συμπεριφορά ή αποτυγχάνουν στο σχολείο. Σε αντίθεση με τα πιο μικρά παιδιά, δεν δραματοποιούν το τραυματικό γεγονός (Davidson & Baum, 1990).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3. ΤΑ ΠΙΘΑΝΑ ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**3.1 Άγχος στην παιδική ηλικία**

Ως ενήλικες έχουμε την τάση να πιστεύουμε ότι τα παιδιά ζουν σ' ένα κόσμο ανέμελο, απαλλαγμένο από άγχος και στενοχώριες. Στην πραγματικότητα συμβαίνει συχνά το αντίθετο. Ακόμη και τα πολύ μικρά παιδιά αισθάνονται συχνά άγχος και ανησυχούν για πολλούς λόγους, άλλα σε μικρότερο κι άλλα σε μεγαλύτερο βαθμό κι ένταση.

Το στρες είναι το συνδυασμένο αποτέλεσμα των απαιτήσεων που ασκούνται πάνω στο άτομο και τις ικανότητάς του να ανταποκριθεί σε αυτές ικανοποιητικά. Οι παράγοντες που προκαλούν τέτοιες πιέσεις-απαιτήσεις μπορεί να προέρχονται τόσο από το εξωτερικό περιβάλλον (δηλ. την οικογένεια, τους φίλους, το σχολείο), όσο κι από τον ίδιο του τον εαυτό. Μάλιστα, οι πιέσεις που δέχεται το παιδί από τον εαυτό του μπορεί να είναι και οι πιο σημαντικές.

Ενώ εμείς οι ίδιοι θεωρούμε τα στάνταρ και τους κανόνες σύμφωνα με τους οποίους θέλουμε να ζήσουμε, συχνά συμβαίνει εκείνο που νομίζαμε ότι πρέπει να κάνουμε- για να ανταποκριθούμε σ' αυτά τα στάνταρ – να μην συμβαδίζει μ' αυτό που μπορούμε πραγματικά να κάνουμε στην καθημερινή μας ζωή. Έτσι δημιουργείται μέσα μας η εσωτερική σύγκρουση που προκαλεί το στρες.

Το στρες επηρεάζει κάθε άτομο που δεν έχει την αίσθηση ότι το βαραίνουν πολλά πράγματα που δυσκολεύεται να «σηκώσει», ή να αλλάξει. Από αυτό το βίωμα δεν εξαιρούνται τα παιδιά. Για παράδειγμα, ένα δίχρονο παιδί μπορεί να είναι αγχωμένο κι ανήσυχο επειδή ο άνθρωπος που χρειάζεται για να νιώσει ήρεμα και ευχάριστα- η μητέρα ή ο πατέρας του – δεν βρίσκονται, όσο θα ήθελε κοντά του. Σε παιδιά προσχολικής ηλικίας η απομάκρυνση από τους γονείς τους είναι η σημαντικότερη πηγή άγχους και εκνευρισμού. Όσο μικρότερο σε ηλικία είναι το παιδί τόσο ισχυρότερη είναι η επίδραση του αποχωρισμού από τους γονείς του. Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν, οι ακαδημαϊκές απαιτήσεις (από το δημοτικό, γυμνάσιο, λύκειο) και οι κοινωνικές πιέσεις- ιδιαίτερα η ανάγκη του παιδιού να ενσωματωθεί με επιτυχία στην ομάδα των συνομηλίκων του – γίνονται πηγές έντονου άγχους. Επιπλέον, πολύ συχνά, ακόμα και οι πιο καλοπροαίρετοι γονείς συμβαίνει να προκαλούν άγχος στα παιδιά τους χωρίς να το καταλαβαίνουν. Για παράδειγμα, οι γονείς οι οποίοι έχουν πετύχει σε πολλές πλευρές της ζωής τους συχνά έχουν – χωρίς οι ίδιοι να το συνειδητοποιούν – υψηλές προσδοκίες από τα παιδιά τους.

Αυτά όμως τα παιδιά τους, τυχαίνει να μην έχουν ούτε κίνητρα, ούτε τις ικανοποιητικές για υψηλά επιτεύγματα και επιδόσεις που είχαν οι γονείς τους, συχνά καταλήγουν να νιώθουν απογοητευμένα από τον εαυτό τους και τη ζωή τους γενικά. Επιπλέον, οι παγκόσμιες ειδήσεις μπορεί να προκαλέσουν άγχος. Τα παιδιά που βλέπουν ανησυχητικές εικόνες στη τηλεόραση ή ακούνε να μιλάει για φυσικές καταστροφές, πολέμους ή και τρομοκρατία μπορεί να ανησυχούν για τη δική τους ασφάλεια ή και των ανθρώπων που αγαπούν.

Η ένταση και το είδος του στρες που βιώνει το παιδί σας έχει να κάνει και με άλλους παράγοντες. Σκεφτείτε ότι σας ακούει συχνά το παιδί σας να συζητάτε για προβλήματα που σας βασανίζουν στο χώρο της δουλειάς σας, να ανησυχείτε για την αρρώστια κάποιου συγγενή, ή να μαλώνετε με τον/την σύντροφό σας για οικονομικά θέματα.

Οι γονείς πρέπει να είναι προσεκτικοί στο τρόπο με τον οποίο συζητούν τέτοια θέματα όταν τα παιδιά είναι κοντά, γιατί είναι πιθανό τα παιδιά να υιοθετούν και τελικά να –φορτώνονται- τις ανησυχίες των γονιών τους με αποτέλεσμα να αγχώνονται τα ίδια γι’ αυτές. Επίσης, κάποιοι παράγοντες που μπορεί να περιπλέξουν τα πράγματα είναι μια ασθένεια, θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου ή ένα διαζύγιο. Όταν προστίθενται τέτοιου είδους καταστάσεις στις πιέσεις που το παιδί ήδη αντιμετωπίζει καθημερινά, τότε το στρες γίνεται πιο έντονο και επώδυνο. Ακόμη και το ανώδυνο και συναινετικό διαζύγιο είναι μια δύσκολη εμπειρία για τα παιδιά. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος μπορεί τα παιδιά να νιώσουν την ανάγκη να στηρίζονται περισσότερο στον εαυτό τους, αφού το βασικό σύστημα που μέχρι τώρα τους παρείχε ασφάλεια –οι γονείς τους- απειλείται με διάλυση. Οι γονείς που βρίσκονται σε διάσταση, ή έχουν χωρίσει δεν πρέπει ποτέ να ωθούν τα παιδιά τους να διαλέξουν τη μία ή την άλλη πλευρά, ή ακόμη να σχολιάζουν αρνητικά μπροστά στα παιδιά τους τον άλλο γονιό. Αντίθετα, πρέπει πάντα οι ενέργειές τους να έχουν σαν τελικό στόχο αυτό που μακροπρόθεσμα ωφελεί το παιδί τους (www.eurolink.tv, 4/02/2010).

3.2 Κλασσικές θεωρητικές προσεγγίσεις των διαταραχών άγχους

Η μελέτη των συμπτωμάτων άγχους και φόβου στα παιδιά έχει απασχολήσει την επιστήμη της ψυχολογίας εδώ και αρκετές δεκαετίες. Η ψυχαναλυτική θεωρία, η θεωρία της συμπεριφοράς, η θεωρία της κοινωνικής μάθησης και η θεωρία του δεσμού

ερμηνεύουν τη γένεση των διαταραχών άγχους, η καθεμία, στα πλαίσια της δικής της φιλοσοφίας (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Στην ψυχαναλυτική θεωρία γίνεται λόγος για νευρώσεις οι οποίες θεωρούνται ως το αποτέλεσμα των συγκρούσεων που βιώνει το παιδί μεταξύ των δικών του επιθυμιών και των προσδοκιών ή των απαιτήσεων που, κατά την εκτίμησή του, έχει ο κοινωνικός του περίγυρος. Το ειδικό περιεχόμενο της σύγκρουσης καθορίζεται από το στάδιο ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης στο οποίο βρίσκεται το παιδί. Βασικό στοιχείο της νευρώσης είναι το άγχος, το οποίο είναι αποτέλεσμα της απειλής που βιώνει το παιδί ότι θα τιμωρηθεί ή θα χάσει τη γονεϊκή αγάπη. Στις περιπτώσεις όπου το άγχος είναι ιδιαίτερα έντονο, το άτομο καταφεύγει σε κάποιον από τους μηχανισμούς άμυνας του εγώ, ο οποίος το προστατεύει από την ένταση. Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία, τα νευρωσικά συμπτώματα έχουν συμβολική σημασία (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Σύμφωνα με τη θεωρία της συμπεριφοράς, οι αγχώδεις και φοβικές αντιδράσεις μαθαίνονται μέσω της διαδικασίας της κλασικής υποκατάστασης. Μάλιστα όταν αυτού του είδους οι αντιδράσεις παγιωθούν, τότε ενδέχεται να γενικευθούν και σε άλλα ερεθίσματα εκτός του αρχικού. Επίσης σύμφωνα με τη θεωρία της συμπεριφοράς, το άγχος αποτελεί ένα ασυνήθιστο ισχυρό κίνητρο αποφυγής γι' αυτό και κάθε συμπεριφορά η οποία οδηγεί στη μείωση ή εξάλειψη του άγχους αποτελεί ενίσχυση για το άτομο. Επομένως η διατήρηση της φοβικής και αγχώδους συμπεριφοράς πραγματοποιείται μέσω της διαδικασίας της συντελεστικής υποκατάστασης (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης, το παιδί μπορεί να υιοθετήσει αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις μέσα από τη διαδικασία της παρατήρησης της συμπεριφοράς ενός προτύπου. Έτσι για παράδειγμα, αν η μητέρα ενός παιδιού αγχώνεται με τον παραμικρό θόρυβο και φοβάται ότι μπορεί να μπήκαν κλέφτες στο σπίτι, τότε είναι πιθανόν και το παιδί να εκδηλώσει ανάλογες αντιδράσεις σε παρόμοια ερεθίσματα. Η υιοθέτηση μιας φοβικής αντίδρασης μέσω της παρατήρησης προτύπου αποτελεί ισχυρό παράγοντα για την επικράτηση της φοβίας. Επομένως είναι δυνατόν ένα παιδί να μάθει να φοβάται ή να μη φοβάται ανάλογα με τη συμπεριφορά του προτύπου του. Όσο πιο σημαντικό είναι το άτομο που αποτελεί πρότυπο για το παιδί, τόσο πιο σταθερή είναι η συμπεριφορά που υιοθετεί με την παρατήρηση (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Σύμφωνα με τη θεωρία του δεσμού (Bowlby, 1973), οι παιδικοί φόβοι έχουν βιολογική βάση και ερμηνεύονται με βάση την ποιότητα του δεσμού που έχει αναπτύξει το παιδί με το πρόσωπο που το φροντίζει. Το βρέφος, προκειμένου να ικανοποιήσει τις

βιολογικές και συναισθηματικές του ανάγκες, πρέπει να βρίσκεται κοντά στο πρόσωπο που το φροντίζει. Για το λόγο αυτόν, το κλάμα του παιδιού ή ο φόβος που εκδηλώνει προς τα ξένα πρόσωπα αποτελούν προσπάθειες που διευκολύνουν το παιδί να διατηρήσει ή να επανακτήσει την προσοχή του προσώπου που το φροντίζει. Στις περιπτώσεις όμως όπου για κάποιο λόγο η ανάπτυξη αυτού του συναισθηματικού δεσμού δεν γίνει ομαλά, τότε δημιουργείται ένα είδος ανασφαλούς δεσμού, το οποίο εσωτερικεύεται από το παιδί με τη μορφή μοντέλου εργασίας (working model). Αυτό το μοντέλο εργασίας θα αποτελεί στο μέλλον τη βάση για τον προσδιορισμό του τρόπου με τον οποίο το παιδί θα αντιλαμβάνεται και θα ερμηνεύει τον κόσμο γύρω του. Επομένως, τα παιδιά τα οποία καταλήγουν να αντιλαμβάνονται τον κόσμο γύρω τους ως απρόσιτο, εχθρικό και απειλητικό, είναι πιθανόν αργότερα να εκδηλώσουν συμπτώματα άγχους και αποφευκτικής συμπεριφοράς (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Αυτές οι τόσο διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις παραπέμπουν στην πολυπαραγοντική αιτιολογία του άγχους και των φοβιών στα παιδιά. Με μια και μόνο θεωρία φαίνεται να είναι αδύνατη η ερμηνεία όλων των περιπτώσεων διαταραχών άγχους καθώς επίσης και όλου του φάσματος των συμπτωμάτων με τα οποία μπορεί να εκδηλωθούν οι διαταραχές αυτές. Άλλωστε οι μηχανισμοί παθογένεσης ενδέχεται να είναι διαφορετικοί ανάλογα με το είδος της διαταραχής άγχους (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

3.3 Οι σύγχρονες κατευθύνσεις της έρευνας

Τα σύγχρονα μοντέλα περιγραφής των διαταραχών άγχους δίνουν συνήθως ιδιαίτερη έμφαση στην αλληλεπίδραση των βιολογικών, γενετικών και των περιβαλλοντικών παραγόντων (Albano et al., 1996).

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, τα παιδιά των οποίων οι γονείς παρουσιάζουν αγχώδη διαταραχή έχουν επτά φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν την ίδια διαταραχή σε σχέση με άλλα παιδιά (Bernstein & Borchardt, 1991). Έχει επίσης διαπιστωθεί πως ακόμη και οι πρώτου βαθμού συγγενείς παιδιών με αγχώδεις διαταραχές έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάζουν παρόμοια προβλήματα σε σχέση με τους συγγενείς των παιδιών χωρίς αγχώδεις διαταραχές (Last, Hersen et al., 1987).

Ενδείξεις για το ρόλο της κληρονομικότητας στην εμφάνιση των διαταραχών άγχους έχουμε και από έρευνες με διδύμους. Στις περιπτώσεις των μονοζυγωπικών διδύμων οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται σε μεγαλύτερα ποσοστά και δύο αδέρφια σε

σχέση με τους διζυγωτικούς διδύμους (Andrews et al., 1990). Έχει διαπιστωθεί όμως, ότι σε περιπτώσεις διζυγωτικών διδύμων όπου γίνεται διάγνωση αγχώδους διαταραχής, ο τύπος της αγχώδους διαταραχής δεν είναι πάντα ο ίδιος και στα δύο αδέρφια. Η διαπίστωση αυτή ενισχύει την άποψη πως αυτό που κληρονομείται δεν είναι η ίδια η αγχώδης διαταραχή αλλά η προδιάθεση για την εκδήλωση του άγχους σε κάποιο άτομο και πως οι περιβαλλοντικές επιδράσεις είναι αυτές οι οποίες τελικά θα καθορίσουν τη μορφή με την οποία θα εκδηλωθεί η αγχώδης διαταραχή (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Αυτή η προδιάθεση για την εκδήλωση άγχους φαίνεται ότι είναι εμφανής από τη βρεφική ηλικία με τη μορφή ενός ιδιαίτερου στοιχείου της προσωπικότητας που οι ειδικοί ονομάζουν «ανασταλτική συμπεριφορά». Η ανασταλτική συμπεριφορά περιγράφεται ως έμφυτη τάση ορισμένων ανθρώπων να αποφεύγουν να έρθουν αντιμέτωποι με καινούργιες καταστάσεις. Η τάση αυτή είναι εμφανής ήδη από τη βρεφική ηλικία. Σύμφωνα με την έρευνα του Kagan (1997), τα βρέφη τα οποία αντιδρούν με υπερβολική κινητική δραστηριότητα και δείχνουν να ενοχλούνται κατά την παρουσίαση καινούργιων ερεθισμάτων στην ηλικία των τεσσάρων μηνών, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν φοβίες κατά τη νηπιακή ηλικία και αγχώδεις διαταραχές αργότερα. Αυτή η τάση αποφυγής των νέων ερεθισμάτων καθιστά ευάλωτα τα παιδιά αυτά για την ανάπτυξη διαταραχών άγχους (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Η επίδραση της ποιότητας των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των παιδιών και των γονέων τους, φαίνεται να είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την εκδήλωση διαταραχών άγχους. Έχει διαπιστωθεί ότι οι μητέρες των παιδιών αυτών είναι υπερπροστατευτικές, και επιβάλλουν συχνά περιορισμούς στα παιδιά τους (Messer & Beidel, 1994).

3.4 Συννοσηρότητα

Η διερεύνηση της συννοσηρότητας στις αγχώδεις διαταραχές της παιδικής ηλικίας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην κατανόηση άγχους στα παιδιά. Σύμφωνα με την πλειονότητα των ερευνητικών δεδομένων τα ποσοστά συννοσηρότητας των διαταραχών άγχους με άλλες διαταραχές είναι πολύ υψηλά. Επιπλέον η πιθανότητα συνύπαρξης περισσότερων τύπων κατηγοριών άγχους σε ένα παιδί εκτιμάται μεταξύ .41 και .96 για τα παιδιά που έχουν παραπεμφθεί σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και γύρω στο .40 για τα παιδιά που δεν έχουν παραπεμφθεί στους ειδικούς (Last et al., 1992).

Έχει διαπιστωθεί πως υπάρχουν υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας μεταξύ των διαταραχών άγχους και της κατάθλιψης. Οι Strauss, Last και οι συνεργάτες τους (1988) διερεύνησαν την πιθανότητα συνύπαρξης των διαταραχών άγχους και της κατάθλιψης σε 106 εξωτερικούς ασθενείς (παιδιά και εφήβους). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 28% των παιδιών με διάγνωση διαταραχών άγχους παρουσίαζε επίσης και κατάθλιψη. Αυτά τα παιδιά παρουσίαζαν πολύ σοβαρότερα συμπτώματα άγχους σε σχέση με τα παιδιά χωρίς κατάθλιψη (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Σε μια άλλη έρευνα των Strauss, Lease και των συνεργατών τους (1988) εξετάστηκαν 55 παιδιά στα οποία είχε διαγνωστεί υπεραγχώδης διαταραχή. Το ποσοστό των παιδιών στα οποία συνυπήρχε κατάθλιψη ήταν 50% για τα παιδιά της ηλικίας 12-19 ετών και 20% για τα παιδιά ηλικίας 5-11 ετών. Τα στοιχεία αυτά δεν καταδεικνύουν απλά τη συννοσηρότητα των διαταραχών άγχους και της κατάθλιψης αλλά στηρίζουν την άποψη σύμφωνα με την οποία οι αγχώδεις διαταραχές οδηγούν στην κατάθλιψη (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Επιπλέον, σε πολλές περιπτώσεις διαταραχών άγχους έχει διαπιστωθεί η ύπαρξη ενός σημαντικού αριθμού προβλημάτων συμπεριφοράς (Kashani & Orvaschel, 1990).

3.5 Η αναπτυξιακή πορεία των παιδιών με διαταραχές άγχους

Τα ευρήματα παλαιότερων ερευνών για την έκβαση των διαταραχών άγχους της παιδικής ηλικίας κατά την ενηλικίωση υποστήριζαν την άποψη ότι τα συμπτώματα αυτά συνήθως υποχωρούν μόνα τους με το πέρασμα του χρόνου (Slater, 1939). Τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα όμως καταρρίπτουν αυτή την άποψη και καταδεικνύουν ότι οι αντιδράσεις άγχους και φοβίας στα παιδιά είναι εξαιρετικά επίμονες και η ύπαρξή τους αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης ψυχιατρικών προβλημάτων. Σύμφωνα με την έρευνα του Waldron (1976), το 21% των παιδιών με διάγνωση κάποιου τύπου αγχώδους διαταραχής διατηρούσε την ίδια διάγνωση κατά την ενηλικίωση. Μάλιστα το 14% των παιδιών αυτών είχε εμφανίσει επιπλέον διαταραχές προσωπικότητας και το 5% ψυχωτικές διαταραχές. Σε μια άλλη σειρά διαχρονικών ερευνών καταδείχτηκε η ισχυρή σχέση μεταξύ σχολικής φοβίας κατά την παιδική ηλικία και αγοραφοβίας στην ενηλικίωση (Berg, 1976). Επιπλέον, έρευνες σχετικά με την ηλικία πρώτης εμφάνισης των συμπτωμάτων σε ενήλικες με αγχώδεις διαταραχές έδειξαν ότι στις μισές περίπου περιπτώσεις τα

συμπτώματα εμφανίστηκαν για πρώτη φορά πριν από την ηλικία των 15 ετών (Miller et al., 1990).

Φαίνεται ότι η αναπτυξιακή πορεία του παιδιού με αγχώδεις διαταραχές έχει ως αφετηρία την προδιάθεση του για την εκδήλωση άγχους και φοβιών. Αυτή η προδιάθεση επηρεάζει την ανατροφή του παιδιού και είναι πιθανό να έχει ως αποτέλεσμα την ανασφαλή προσκόλληση του στο άτομο που το φροντίζει. Ο υπερβολικός έλεγχος, η υπερπροστατευτική συμπεριφορά και οι ανελαστικές αντιλήψεις των γονέων ενδέχεται να αυξήσουν τις πιθανότητες να εκδηλώσει αργότερα το παιδί κάποια αγχώδη διαταραχή (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Το παιδί με προδιάθεση να εκδηλώσει κάποια αγχώδη διαταραχή είναι πιθανό να νιώθει ανήμπορο να αντιμετωπίσει διάφορα γεγονότα που του προκύπτουν στη ζωή του. Οι αντιλήψεις που έχει ένα τέτοιο παιδί για επικείμενους κινδύνους που το απειλούν, σε συνδυασμό με την έλλειψη εμπιστοσύνης στις ικανότητές του να αντιμετωπίσει αυτούς τους κινδύνους το καθιστούν περισσότερο ευάλωτο σε πιεστικές και αγχογόνες καταστάσεις. Η αίσθηση του παιδιού πως ο κόσμος στον οποίο ζει δεν είναι ασφαλής και ελεγχόμενος και η εκτίμησή του πως δεν μπορεί να χειριστεί αποτελεσματικά τις δυσκολίες που συναντά, το καθιστούν ψυχολογικά ευάλωτο στο άγχος. Έτσι λοιπόν, όταν το παιδί αυτό εκτεθεί σε πιεστικές καταστάσεις, τότε ενεργοποιείται η τάση που το διακρίνει να αποφεύγει τις καταστάσεις αυτές (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Επομένως, όταν το άγχος εκδηλωθεί μια φορά, στη συνέχεια ανατροφοδοτεί από μόνο του την επανεμφάνισή του. Η προσωρινή ανακούφιση που προσφέρει στο παιδί η αποφευκτική συμπεριφορά την οποία ενεργοποιεί το άγχος, οδηγεί στην ανακύκλωση και διαιώνιση αυτής της διαδικασίας. Το άγχος και η τάση αποφυγής των αγχογόνων καταστάσεων ακολουθούν στη συνέχεια το παιδί και ακόμα όταν αντικειμενικά δεν υφίστανται πλέον πιεστικές καταστάσεις (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Παρόλο που οι αγχώδεις διαταραχές είναι ιδιαίτερα ενοχλητικές τόσο για το παιδί όσο και για την οικογένειά του, δεν ζητείται πάντοτε η βοήθεια του ειδικού για την αντιμετώπισή τους. Εφόσον το αντικείμενο ή η κατάσταση που προκαλεί το φόβο ή το άγχος είναι εύκολο να αποφευχθεί, τότε τα παιδιά και οι έφηβοι επιχειρούν απλώς την αποφυγή τους προκειμένου να μειώσουν το άγχος με το οποίο έχουν συνδέσει αυτή την κατάσταση. Συνήθως η θεραπευτική αντιμετώπιση γίνεται επιτακτική όταν η αποφυγή αυτών των καταστάσεων παίρνει τέτοιες διαστάσεις ώστε να παρεμποδίζει τη λειτουργικότητα του παιδιού και να παρακωλύει την ομαλή κοινωνική προσαρμογή του (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

3.6 Παιδιά και διαζύγιο

Το διαζύγιο είναι μια τραυματική εμπειρία για τα παιδιά και μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τον ψυχολογικό τους κόσμο, αφήνοντας αρνητικά κατάλοιπα για όλη τους τη ζωή. Στις ανεπτυγμένες χώρες υπολογίζεται ότι οι μισοί γάμοι καταλήγουν σε διαζύγιο και περίπου 1 εκατομμύριο παιδιά βιώνουν το διαζύγιο μεταξύ των γονέων τους κάθε χρόνο. Αυτά τα υψηλά ποσοστά επιπολασμού υποδεικνύουν ότι το διαζύγιο δεν είναι πλέον ούτε ασυνήθιστο ούτε κοινωνικά στιγματισμένο. Ωστόσο, το γεγονός ότι τα διαζύγια είναι τόσο συχνά δεν σημαίνει ότι οι επιπτώσεις τους δεν είναι δυσμενείς.

Γενικά, ευρήματα από διάφορες έρευνες υποδεικνύουν ότι τα παιδιά διαζευγμένων γονέων εκδηλώνουν συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα σε ποσοστό διπλάσιο σε σύγκριση με παιδιά από οικογένειες που έχουν παραμείνει ακέραιες. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για σχολικά προβλήματα, εγκατάλειψη του σχολείου, αντικοινωνική συμπεριφορά, κατάθλιψη και άγχος.

Οι γονείς πρέπει να είναι ενήμεροι και να λαμβάνουν σοβαρά υπ' όψη τους όλα τα παραπάνω. Τα μεγάλα παιδιά καταλαμβάνονται από αισθήματα μεγάλης λύπης και απώλειας. Η απόδοσή τους στο σχολείο μειώνεται και παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς. Τα μικρότερα παιδιά μπορεί να γίνουν περισσότερο επιθετικά, να μην συνεργάζονται ή ακόμα να δείξουν σημεία οπισθοδρόμησης ή απομόνωσης.

Η μεγαλύτερη ζημιά στην ψυχική υγεία ενός παιδιού, γίνεται στα χρόνια που προηγούνται του χωρισμού των γονιών λόγω διαζυγίου. Το διαζύγιο δεν είναι ένα συγκεκριμένο γεγονός, αλλά η κατάληξη μίας μακροχρόνιας διεργασίας. Τα περισσότερα ζευγάρια αναφέρουν χρόνια συζυγικών συγκρούσεων που οδήγησαν στην απόφαση για το διαζύγιο. Τα παιδιά, επομένως, εκτίθενται σε χρόνιες συγκρούσεις μεταξύ των γονέων, και μερικές φορές ακόμη και σε βία. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα παιδιά επηρεάζονται από τις συγκρούσεις μεταξύ των γονιών τους πολύ πριν λάβει χώρα το διαζύγιο, και ότι δεν είναι το ίδιο το διαζύγιο αλλά οι συγκρούσεις μεταξύ των γονέων που εξηγούν τις αρνητικές επιπτώσεις στα παιδιά.

Είναι σημαντικό να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στο τι συμβαίνει στα παιδιά πριν από το διαζύγιο, δεδομένου ότι στα περισσότερα διαζύγια εμπλέκονται και παιδιά, είναι πολύ σημαντικό να εξετάζονται οι επιπτώσεις του χωρισμού των γονιών πριν, κατά τη διάρκεια και μετά το διαζύγιο.

Επιπλέον, το διαζύγιο δεν εγγυάται την παύση των συγκρούσεων μεταξύ των γονέων. Η ίδια η διαδικασία του διαζυγίου εγείρει διάφορα ζητήματα που προκαλούν πάθη και διχασμούς, πολλά από τα οποία αφορούν άμεσα τα παιδιά (π.χ. κηδεμονία, επισκέψεις

και διατροφή). Επιπλέον, πολλά παιδιά αισθάνονται ότι βρίσκονται στη μέση (Buchanan, Maccoby και Dornbusch, 1991), ειδικά όταν τους ζητείται να πάρουν το μέρος του ενός γονέα ενάντια στον άλλο γονέα, να ενημερώνουν τον ένα γονέα για τις δραστηριότητες του άλλου ή να μεταφέρουν μηνύματα από τον ένα γονέα στον άλλο (Charles Wenar και Patricia K. Kerig, 2008).

Έχει παρατηρηθεί ότι πολύ συχνά, έφηβοι και ενήλικες που έζησαν κατά την παιδική ηλικία τραυματικές εμπειρίες διαζυγίου των γονιών τους, παρουσιάζουν οι ίδιοι προβλήματα στις σχέσεις τους και έχουν μειωμένη αυτοεκτίμηση. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του διαζυγίου οι γονείς έχουν σοβαρά προβλήματα να αντιμετωπίσουν. Τα παιδιά τους όμως δεν παύουν να είναι τα πιο σημαντικά πρόσωπα στη ζωή τους. Τα παιδιά νιώθουν φοβισμένα και είναι συγχυσμένα. Ακόμη τους δημιουργούνται αισθήματα άγχους, ανασφάλειας από την αβεβαιότητα που παρουσιάζουν οι καταστάσεις αυτές. Σε μερικές περιπτώσεις μερικοί γονείς μπορεί να νιώθουν πληγωμένοι και ανήμποροι για ν' αντιμετωπίσουν την κατάσταση που στρέφονται προς τα παιδιά για να βρουν βοήθεια, υποστήριξη και ανακούφιση. Πολύ συχνά τα παιδιά πιστεύουν ότι είναι αυτά που προκάλεσαν τη διαμάχη μεταξύ του πατέρα και της μητέρας τους. Σε αρκετές περιπτώσεις νιώθουν την ανάγκη και αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες για να συνενώσουν ξανά τους γονείς τους.

Έχει παρατηρηθεί ότι η τραυματική εμπειρία, απώλεια ενός από τους γονείς μέσω του διαζυγίου καθιστά τα παιδιά όταν ενηλικιωθούν πιο ευάλωτα σε σωματικές και ψυχικές ασθένειες. Είναι πολύ σημαντικό οι γονείς, μέσα σ' ένα πνεύμα συνεργασίας για το παιδί τους να εξηγήσουν με ήπιο τρόπο, χωρίς αλληλοκατηγορίες τι συμβαίνει, ποιος είναι ο δικός τους ρόλος και τι θα συμβεί γι' αυτά. Οι γονείς νιώθουν έντονες ανησυχίες για το τι πρόκειται να συμβεί στα παιδιά τους και αυτό το σημείο πρέπει να τους οδηγήσει στο να συνεργαστούν για να περάσουν την περίοδο αυτή τα παιδιά όσο το δυνατό με λιγότερο πόνο. Τα παιδιά μπορούν να αναπτύξουν μηχανισμούς κατανόησης και να βοηθήσουν περισσότερο εάν τους εξηγηθεί τι συμβαίνει. Είναι σημαντικό να περάσει το μήνυμα ότι οι γονείς τους παραμένουν γονείς τους έστω και αν ο γάμος τους διαλύεται.

Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν τα παιδιά αντεπεξέρχονται καλύτερα και έχουν λιγότερα προβλήματα μακροχρόνια όταν οι γονείς τους συνεργάζονται για το καλό του παιδιού τους. Οι διαμάχες και οι δικαστικές διαδικασίες για το ποιος θα πάρει το παιδί είναι ιδιαίτερα επιζήμιες για τα παιδιά. Ακόμη χειρότερα προκαλούν οι πίεςεις που εξασκούνται στα παιδιά για να διαλέξουν ένα από τους δύο γονείς.

Κατά τη διάρκεια δύσκολων και οδυνηρών καταστάσεων όπως το διαζύγιο πρέπει και οι δύο γονείς και η υπόλοιπη οικογένεια να έχουν πάντα στο νου τους το καλύτερο δυνατό για τα παιδιά. (www.medlook.net, 4/02/2010)

3.7 Ο ρόλος του σχολείου –οικογένειας και εκπαιδευτικού

3.7.1 Το σχολείο ως χώρος εφαρμογής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Το σχολείο αποτελεί τον ιδανικό χώρο για την εφαρμογή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, το μαθησιακό περιβάλλον παρέχει το κατάλληλο πλαίσιο για πρόληψη και παρέμβαση. Το σχολείο άλλωστε είναι το μέρος, όπου τα παιδιά περνούν ένα μεγάλο μέρος της ημέρας τους. Επιπλέον, οι δάσκαλοι συγκαταλέγονται στα άτομα που επηρεάζουν πάρα πολύ τα παιδιά. Ακόμη, το επίσημο πρόγραμμα του σχολείου προωθεί μια ισορροπία ανάμεσα στην προσωπική, κοινωνική, ακαδημαϊκή και ηθική ανάπτυξη. Για να είναι δυνατό, λοιπόν, να λειτουργήσει το σχολείο ως χώρος προαγωγής της ψυχικής υγείας, είναι απαραίτητο οι εκπαιδευτικοί να καταρτιστούν ανάλογα, καθώς και να υπάρχει συνεχής επικοινωνία και συνεργασία με εξωτερικούς παράγοντες. Κατ' επέκταση, θα είναι δυνατός ο πρώιμος εντοπισμός των παιδιών που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα, καθώς και υποστήριξη των παιδιών που βρίσκονται σε επικινδυνότητα να αναπτύξουν κάποια ψυχική διαταραχή. Τέλος, είναι σημαντικός και ο εντοπισμός των παιδιών που έχουν μαθησιακά προβλήματα, διότι είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν και κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας (www.psy.auth.gr, 16/05/2010).

3.7.2 Αντιμετώπιση του άγχους του παιδιού από τον εκπαιδευτικό

Όσον αφορά την αντιμετώπιση του άγχους μέσα στο σχολικό πλαίσιο οι δάσκαλοι μπορούν να συμβάλλουν με διάφορους τρόπους. Αρχικά, είναι σημαντικό να ενθαρρύνουν τους μαθητές να επιζητήσουν τη στήριξη τους για τις ανησυχίες τους. Οι ανησυχίες αυτές μπορεί για παράδειγμα να σχετίζονται με τις ικανότητες μελέτης του παιδιού και με την αξιολόγησή του. Ακόμη οι εκπαιδευτικοί μπορούν να ωθήσουν το παιδί να χρησιμοποιήσει τακτικές αποβολής άγχους και στρατηγικές ηρεμίας, καθώς τα παραπάνω θα ενισχύσουν την αυτοπεποίθησή του και την ικανότητά του να συνεργάζεται πιο εύκολα. Επιπλέον η δόμηση και τήρηση καθημερινών προγραμμάτων, τα οποία θα πρέπει να τηρούνται όσο το δυνατόν ακριβέστερα και η συζήτηση για ενδεχόμενες αλλαγές τους. Έτσι, θα αυξηθεί η αίσθηση ελέγχου των παιδιών, γεγονός που επίσης θα συμβάλλει στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησής τους. Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό ο δάσκαλος να

χειρίζεται με ευαισθησία τα προσωπικά δεδομένα του παιδιού και να επιδεικνύει διακριτικότητα στην επαφή του με το παιδί, ειδικά όταν είναι και οι συνομήλικοί του παρόντες. Ο δάσκαλος επιπλέον πρέπει να γνωρίζει τα όρια των δυνατοτήτων του όταν αναλαμβάνει το ρόλο άλλων επαγγελματιών. Για παράδειγμα, αν η συζήτηση για προσωπικά θέματα συμβεί μέσα στην τάξη, ο εκπαιδευτικός μπορεί να παίξει ακατάλληλα το ρολό του συμβούλου. Σε περιπτώσεις που υποβάλετε κάποιο τεστ, είναι ακόμη βοηθητικό -όταν είναι απαραίτητο και δυνατό- να προσφέρεται στο παιδί κάποιος εναλλακτικός τρόπος εξέτασης. Επίσης, είναι χρήσιμο να ενθαρρύνει ο εκπαιδευτικός το παιδί να διαπιστώσει πως χειρίζεται διάφορες καταστάσεις και να συζητήσει μαζί του για το τι θεωρεί ιδιαίτερα ανησυχητικό στη συγκεκριμένη περίπτωση. Στην περίπτωση που οι μαθητές αποφεύγουν διάφορες καταστάσεις, λόγω άγχους, η έκθεση τους σε αυτές με τη βοήθεια του δασκάλου πρέπει να συντελείτε με μικρά αλλά ενισχυμένα βήματα. Οι εκπαιδευτικοί πρέπει να ωθήσουν το παιδί να υιοθετήσει συμπεριφορές επίλυσης του προβλήματος, ώστε να απογυμνώσει τα μεγάλα προβλήματα του σε ένα αριθμό μικρότερων και στη συνέχεια να τα λύσουν με μικρά πρακτικά βήματα. Για παράδειγμα, τα μικρά βήματα που μπορεί να ακολουθήσει το παιδί για να αντιμετωπίσει το άγχος του, όταν βρίσκεται στον πίνακα για να λύσει μία άσκηση είναι τα εξής: Η συζήτηση της συγκεκριμένης ανησυχίας με τους συμμαθητές του, παρατήρηση των άλλων μαθητών όταν βρίσκονται στον πίνακα, προετοιμασία με ανάθεση ρόλων σε συνεργασία με ένα οικείο πρόσωπο και προσπάθεια αποβολής του άγχους πριν σηκωθεί στον πίνακα. Ο δάσκαλος είναι απαραίτητο, επιπρόσθετα, να ενθαρρύνει και να μην επιβάλλει ούτε να πείσει το παιδί να συμμετέχει σε ομαδικές εργασίες. Αντίθετα, επιδεικνύοντας ευαισθησία πρέπει να σεβαστεί την επιθυμία του να μην το κάνει. Σε περίπτωση που υπάρξει κάποια αλλαγή στο χώρο όπου στεγάζεται η τάξη ή το σχολείο, ή σε περίπτωση που την τάξη αναλάβει κάποιος άλλος δάσκαλος είναι απαραίτητη η προετοιμασία του παιδιού. Ακόμη, χρειάζεται ο σχεδιασμός ευέλικτων προγραμμάτων μάθησης, τα οποία να ανταποκρίνονται στις ποικίλες μορφές μάθησης και παρακολούθησης των μαθημάτων. Επιπλέον, θα πρέπει να παρέχεται επαρκής χρόνος για επίδειξη του συνολικού εύρους των δυνατοτήτων του παιδιού. Ακόμη, λόγω του άγχους που αντιμετωπίζει το παιδί είναι δυνατόν να δημιουργηθεί κάποιου είδους άβολη κατάσταση στο περιβάλλον μάθησης. Στην περίπτωση αυτή, ο δάσκαλος θα ήταν σωστότερο να επιτρέπει στο παιδί να αποχωρήσει από την αίθουσα, εφόσον το επιθυμεί. Κάτι τέτοιο θα ήταν προτιμότερο από το να αναγκαστεί να παραμείνει και να διαχειριστεί τη συμπεριφορά του, γεγονός που ίσως θα οδηγούσε σε αντιπαράθεση με τους συμμαθητές του. Σε κάθε περίπτωση, το

σημαντικότερο είναι να αναπτυχθεί μια καλή σχέση μεταξύ του δασκάλου και του παιδιού, στο οποίο θα παρέχεται συνεχώς άφθονη ενθάρρυνση. Τέλος, κρίσιμη είναι και η εγκαθίδρυση ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος και δραστηριοτήτων, που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τα παιδιά που αντιμετωπίζουν πρόβλημα στην κοινωνική αλληλεπίδραση (www.psy.auth.gr, 16/05/2010).

3.7.3 Σύνδεση σχολείου και οικογένειας

Το σχολείο και η οικογένεια μοιράζονται το στόχο της προσφοράς βοήθειας στο παιδί στη μαθησιακή διαδικασία. Παράλληλα και οι δύο θεσμοί ενδιαφέρονται για την προώθηση της ψυχικής υγείας του παιδιού. Μάλιστα, έρευνες έχουν αποδείξει ότι όταν οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί συνεργάζονται, όλοι επωφελούνται. Συγκεκριμένα, οι μαθητές τείνουν να έχουν καλύτερη σχολική επίδοση, δηλαδή παίρνουν καλύτερους βαθμούς, κάνουν λιγότερες απουσίες και γενικά έχουν θετικότερη στάση όσον αφορά το σχολείο. Ωστόσο, η συνεργασία μεταξύ των δύο συστημάτων δεν αποτελεί πάντα μια δεδομένη και ομαλή διαδικασία. Για να είναι αποτελεσματική η εμπλοκή του γονέα στην αντιμετώπιση του προβλήματος του παιδιού, πρέπει να συμβαίνει στα πλαίσια της συνεργασίας σχολείου και οικογένειας.

Ως αποτέλεσμα αυτής της συνεργασίας τα παιδιά χρησιμοποιούν το σύνολο των δυνατοτήτων τους και νιώθουν προστατευμένα και ασφαλή. Οι γονείς επίσης, νιώθουν ότι είναι επαρκώς πληροφορημένοι και εμπλέκονται και οι ίδιοι στη λήψη αποφάσεων που αφορούν το παιδί τους και το σχολείο. Η εδραίωση αυτής της συνεργασίας απαιτεί προσπάθεια τόσο από την οικογένεια όσο και από το σχολείο, ώστε να δημιουργηθεί μία εμπιστευτική και ισότιμη σχέση. Σε πολλές περιπτώσεις, είναι σκόπιμο οι γονείς να αντιμετωπίσουν σε συνεργασία με το σχολείο προβλήματα που αφορούν και τους ίδιους, εκτός από το παιδί τους. Για παράδειγμα, η μετανάστευση σε άλλη χώρα είναι ένα θέμα που επηρεάζει τη δυναμική ολόκληρης της οικογένειας και παράλληλα μπορεί να αποτελεί και την αιτία ή την αφορμή της εμφάνισης κάποιας από τις διαταραχές άγχους.

Υπάρχουν κάποια πράγματα που μπορεί να κάνει το σχολείο ώστε να αυξηθεί η συνεργασία με τους γονείς των παιδιών που αντιμετωπίζουν κάποια αγχώδη διαταραχή, όπως επίσης και άλλα προβλήματα ψυχικής φύσης. Αρχικά χρειάζεται να σχεδιάζονται δραστηριότητες στην αρχή της σχολικής χρονιάς, ώστε οι γονείς να γνωρίσουν το προσωπικό του σχολείου. Είναι χρήσιμο, δηλαδή οι γονείς να γνωριστούν με τους δασκάλους πριν το παιδί μεταφέρει τους φόβους του και το άγχος του στο σχολικό

πλαίσιο. Επίσης, εφόσον το άγχος σχετίζεται μόνο με το σχολείο, θα είναι δυνατόν να γίνει αυτή η γνωριμία πριν την εμφάνιση ή την επιδείνωση τούτη. Στη συνέχεια οι δάσκαλοι μπορούν σε τακτά χρονικά διαστήματα να ενημερώνουν τους γονείς για τις δραστηριότητες της τάξης, για τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες τους σχετικά με το παιδί. Ακόμη, το σχολείο μπορεί να διοργανώσει σεμινάρια σχετικά με τις αγχώδεις διαταραχές, καθώς όπως προαναφέρθηκε είναι πολλά τα παιδιά που αντιμετωπίζουν άγχος. Επίσης, το προσωπικό του σχολείου, εφόσον καταρτιστεί κατάλληλα, μπορεί να παρέχει οδηγίες στους γονείς σχετικά με την αντιμετώπιση του άγχους έξω από το σχολικό πλαίσιο καθώς επίσης και να τους προτείνει βιβλία που θα τους βοηθήσουν προς την ίδια κατεύθυνση. Επιπλέον οι εκπαιδευτικοί μπορούν να αντιμετωπίσουν το άγχος στη περίπτωση που υπάρχει σε κάποιους μαθητές μέσω: της ενθάρρυνσης ώστε να συζητούν τη στήριξή του σχετικά με τις ανησυχίες τους, ώθηση των παιδιών ώστε να χρησιμοποιούν τεχνικές αποβολής του άγχους και στρατηγικών ηρεμίας, συζήτηση με τα παιδιά για τυχόν αλλαγές που προκύπτουν στη καθημερινότητά τους, δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος, διαχείριση προσωπικών δεδομένων του παιδιού με διακριτικότητα και ευαισθησία, γνώση των προσωπικών και επαγγελματικών του ορίων σχετικά με την αντιμετώπιση του άγχους, δυνατότητα εναλλακτικών τρόπων εξέτασης, σταδιακή έκθεση των παιδιών σε καταστάσεις που πυροδοτούν το άγχος στο σχολικό πλαίσιο, ώθηση του παιδιού ώστε να υιοθετήσει στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, ενθάρρυνση παιδιού (και όχι επιβολή) να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες, σχεδιασμός ευέλικτων προγραμμάτων μάθησης, παροχή δυνατότητας αποχώρησης από τη τάξη όταν νιώσει την ανάγκη να το κάνει και εγκαθίδρυση ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος και ανάπτυξη μια βοηθητικής σχέσης.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν πράγματα που μπορούν να κάνουν οι γονείς των παιδιών που αντιμετωπίζουν άγχος, ώστε να αυξήσουν τη συνεργασία τους με το σχολείο. Αρχικά, οι γονείς μπορούν να προσκαλέσουν το δάσκαλο σε μία ιδιωτική συνάντηση όπου θα γνωριστούν καλύτερα και θα τον ενημερώσουν για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει το παιδί, ώστε και ο εκπαιδευτικός να είναι προετοιμασμένος προκειμένου να βοηθήσει το παιδί. Ακόμη και στην περίπτωση που το παιδί δεν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα, είναι χρήσιμο να γίνει μια τέτοια συνάντηση, ώστε από κοινού τα δύο συστήματα να συνεργαστούν υπέρ της διατήρησης της ψυχικής υγείας του παιδιού. Επιπλέον, οι γονείς μπορούν να ζητήσουν και μία συνάντηση στο σχολείο για να γνωριστούν με το προσωπικό, αντί να περιμένουν να προσκαλεστούν σε μία τέτοια συνάντηση. Επίσης, οι γονείς μπορούν να αναζητήσουν τρόπους για να εφαρμόσουν στο σπίτι τους πρακτικές,

που ενδεχομένως εφαρμόζονται από τον εκπαιδευτικό προκειμένου να αντιμετωπιστεί το άγχος του παιδιού. Ακόμη, οι γονείς είναι χρήσιμο να ενημερώνονται τακτικά για το αν η συμπεριφορά του παιδιού τους συμβαδίζει με τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες των δασκάλων.

Πριν από τη συνάντηση με τους δασκάλους οι γονείς μπορούν να προβούν σε κάποιες ενέργειες για να προετοιμαστούν καλύτερα. Είναι χρήσιμο να συγκεντρώσουν κάποιο υλικό, όπως αναφορές ειδικών και κάρτες με τη βαθμολογία του παιδιού, το οποίο θα τους βοηθήσει να θυμηθούν με ακρίβεια την πορεία του κατά την αντιμετώπιση του άγχους του. Έτσι, θα είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι ώστε να συζητήσουν όλη την πορεία με το δάσκαλο, αλλά και να σημειώσουν από κοινού τη βελτίωση που παρουσιάζει το παιδί. Ακόμη είναι απαραίτητο πριν τη συνάντηση οι γονείς να ενημερώσουν το παιδί σχετικά με αυτή, εξηγώντας του τους λόγους για τους οποίους γίνεται. Το παιδί πρέπει να καταλάβει ότι η συνάντηση αυτή γίνεται για να μπορέσουν οι γονείς σε συνεργασία με τους δασκάλους να το βοηθήσουν. Επιπρόσθετα, είναι σκόπιμο οι γονείς να μάθουν που επικεντρώνεται το άγχος του παιδιού στο σχολικό πλαίσιο. Για παράδειγμα, αν σχετίζεται περισσότερο με τις σχέσεις του με τους συμμαθητές του ή με το φόβο του για αποτυχία. Έτσι, θα μπορέσουν συζητώντας με τον εκπαιδευτικό να διερευνήσουν και να αντιμετωπίσουν τη φύση του άγχους του παιδιού (Canter, A 2008).

3.7.4 Συνεργασία εκπαιδευτικών με επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Κατ' αρχήν, είναι απαραίτητη η μεταξύ τους συνεργασία ως ομάδα. Και τα δυο συστήματα πρέπει να συνεργάζονται ως ίσα. Η παρέμβαση έτσι μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματική, ιδιαίτερα σε προβλήματα που δεν είναι τόσο ξεκάθαρα. Επιπλέον η κάθε πλευρά πρέπει να σέβεται τα επαγγελματικά όρια της άλλης. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να απέχουν από τη διδακτική διαδικασία ή τις εκπαιδευτικές στρατηγικές και οι δάσκαλοι θα πρέπει να απέχουν από τη σύσταση θεραπείας ή τη διάγνωση. Ωστόσο αν και είναι σημαντικός ο σεβασμός των επίσημων ορίων, πρέπει επίσης να υπάρχει μια άτυπη διαδικασία, που να εκτείνεται πέρα από αυτούς τους περιορισμούς (Talley & Short, 1995). Όταν οι εκπαιδευτικοί “κλέβουν” χρόνο από το επίσημο πρόγραμμα, για να ακολουθήσουν μια θεραπευτική συνεδρία ενός μαθητή, τότε επιδεικνύουν μια σημαντική δέσμευση στη δουλειά ως ομάδα. Όταν ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας διαθέτει το χρόνο του, για να παρακολουθήσει μια ομαδική σχολική συνάντηση του μαθητή, τότε η δέσμευση για συνεργασία είναι ισότιμα ξεκάθαρη. Τέλος,

σημαντική είναι η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ τους και οι ειδικοί ψυχικής υγείας είναι χρήσιμο να είναι διαθέσιμοι άμεσα (Shaw, S. R. Clayton M. C. Dodd J. L. and Ben T. Rigby, 2004).

3.7.5 Συμβουλές προς τους γονείς

Βοηθώντας οι γονείς το παιδί να αποφύγει τις καταστάσεις που του προκαλούν άγχος, το μόνο που συμβαίνει είναι να διαιωνίζεται το άγχος του. Αντίθετα θα πρέπει να το ενθαρρύνουν να επεξεργαστεί τους φόβους του και να επιβραβεύουν τις προσπάθειές του, ώστε να τις αντιμετωπίσει. Με αυτόν τον τρόπο θα μάθει να μην στηρίζεται στους άλλους, για να νιώθει καλύτερα. Χρήσιμο είναι ακόμη να ρωτούν το παιδί για το τι συμβαίνει και να το ενθαρρύνουν να αναρωτηθεί και το ίδιο. Τα παιδιά χρησιμοποιούν ως πρότυπο τις συμπεριφορές και τα συναισθήματα των γονιών τους, οι οποίοι θα πρέπει να διαχειριστούν και να επεξεργαστούν τις καταστάσεις, που τους προκαλούν άγχος, καθώς και τις απαντήσεις τους στο εκφραζόμενο άγχος του παιδιού.

Σημαντική είναι και η αναγνώριση από την πλευρά των γονιών, ότι ο φόβος του παιδιού είναι πραγματικός. Όσο και αν φαίνεται φανταστικός ένας φόβος, το παιδί τον αντιλαμβάνεται ως πραγματικό και του προκαλεί συναισθήματα άγχους και τρόμου. Συζητώντας σχετικά με το φόβο, γίνεται λιγότερο δυνατός.

Επιπρόσθετα οι γονείς δε θα πρέπει να δείχνουν στο παιδί ότι υποτιμούν το φόβο του ως τρόπο για να τον αντιμετωπίσει. Δεν πρέπει όμως ούτε και να τροφοδοτούν το φόβο, αλλά να δίνουν στο παιδί φροντίδα και υποστήριξη, όταν πλησιάζουν μαζί του το αντικείμενο του φόβου του.

Εκπαιδεύστε το παιδί σας να υπολογίζει/εκτιμά το φόβο του. Αν το παιδί σας μπορεί να φαντάζεται το φόβο σε μια κλίμακα από το ένα μέχρι το δέκα, τότε μπορεί να δει το φόβο ως λιγότερο έντονο από ότι πρώτα τον φαντάστηκε. Αποτελεσματική είναι και η εκπαίδευση του παιδιού σε στρατηγικές αντιμετώπισης της φοβικής κατάστασης. Χρησιμοποιώντας το σπίτι ως ασφαλή βάση, το παιδί μπορεί να πλησιάσει το αντικείμενο του φόβου και έπειτα να επιστρέψει στους γονείς για ασφάλεια. Οι γονείς ακόμη μπορούν να μοιραστούν με το παιδί τους σκέψεις και συναισθήματα για καταστάσεις κατά τις οποίες και οι ίδιοι αντιμετωπίζουν άγχος, ώστε το παιδί να καταλάβει ότι μπορεί να συζητά για ότι αυτό σκέφτεται και αισθάνεται καθώς και ότι έχει την απαραίτητη στήριξη. Τέλος, είναι επίσης σκόπιμο οι γονείς να ξοδεύουν καθημερινά χρόνο με το παιδί τους και

να δείχνουν ότι είναι διαθέσιμοι όταν αυτό τους χρειάζεται (Feinberg T. & Cowan C. , 2004 and Pereira H. 2005).

3.8 Διάγνωση των διαταραχών άγχους

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, το άγχος προσδιορίζεται ως ένα πολύπλοκο μοτίβο κινητικών, υποκειμενικών και φυσιολογικών αντιδράσεων. Η διαδικασία της διάγνωσης στοχεύει στη διερεύνηση και των τριών αυτών διαστάσεων, με ιδιαίτερη έμφαση στις κινητικές και υποκειμενικές αντιδράσεις του ατόμου λόγω αντικειμενικών δυσκολιών μέτρησης των φυσιολογικών αντιδράσεων (Barrios & Hartmann, 1997).

Αρχικά ο ειδικός συγκεντρώνει συνήθως πληροφορίες οι οποίες αφορούν την αγχώδη συμπεριφορά μέσα από συνεντεύξεις όπου οι γονείς ή και παιδαγωγοί ερωτώνται για την ποιότητα, την ένταση και την έκταση των φόβων του παιδιού. Ζητούνται, για παράδειγμα, πληροφορίες για το πότε εκδηλώθηκαν για πρώτη φορά οι φοβίες του παιδιού, ποιες καταστάσεις τις προκαλούν, πόσο έντονες και επίμονες είναι κ.λπ. Ορισμένες φορές μπορεί να χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτό ειδικές κλίμακες, οι οποίες μας παρέχουν πληροφορίες για την ένταση του άγχους (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Οι μέθοδοι αξιολόγησης της κινητικής διάστασης των αντιδράσεων άγχους έχουν συνήθως τη μορφή της παρατήρησης σε ελεγχόμενο ή σε φυσικό περιβάλλον. Στην πρώτη περίπτωση, συνήθως το παιδί τοποθετείται σε ένα πλαίσιο όπου υπάρχει το φοβικό αντικείμενο και του ζητείται να πραγματοποιήσει μια σειρά δεδομένων δραστηριοτήτων σε σχέση με αυτό έτσι ώστε σταδιακά να το προσεγγίσει περισσότερο. Στη δεύτερη περίπτωση, ο ειδικός παρατηρεί τις αντιδράσεις του παιδιού απέναντι σε ερεθίσματα ή καταστάσεις που προκαλούν άγχος σε φυσικό περιβάλλον και τις κωδικοποιεί με βάση τα σταθμισμένα εργαλεία (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Η αξιολόγηση της υποκειμενικής διάστασης των αντιδράσεων άγχους πραγματοποιείται συνήθως με τη μορφή αυτοαναφορών του παιδιού. Ζητείται, δηλαδή, από το ίδιο το παιδί μέσω συνέντευξης ή συμπλήρωσης ερωτηματολογίων και κλιμάκων να περιγράψει με ακρίβεια τα συναισθήματα που βιώνει μπροστά στα φοβικά ερεθίσματα και τις αγχογόνες καταστάσεις (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Τέλος, οι φυσιολογικές αντιδράσεις του παιδιού στο άγχος- όταν υπάρχει ανάγκη να αξιολογηθούν – μετριοούνται με τη βοήθεια του ειδικού ηλεκτρονικού εξοπλισμού (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

3.9 Θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους

Η επιλογή των κατάλληλων μεθόδων για την αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους σχετίζεται άμεσα με τη θεωρητική προσέγγιση που υιοθετεί ο ειδικός για την κατανόηση της αιτιολογίας τους. Ωστόσο η πλειονότητα των ερευνητικών δεδομένων καταδεικνύει ότι οι τεχνικές οι οποίες στηρίζονται στη θεωρία της συμπεριφοράς είναι οι πιο αποτελεσματικές γι' αυτού του είδους τις διαταραχές (Baptios & O' Dell 1998, King 1993).

Δεκαετίες ερευνητικών προσπαθειών επιβεβαιώνουν τη γνωστή ρήση, σύμφωνα με την οποία ο καλύτερος τρόπος για να νικήσει κανείς τους φόβους του είναι να τους αντιμετωπίσει. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους η οποία βασίζεται στη θεωρία της συμπεριφοράς χρησιμοποιεί διάφορες τεχνικές για τη συστηματική ιεράρχηση των φόβων και τη σταδιακή προώθηση του ατόμου στην ευθεία αντιμετώπισής τους με την παρουσία ή μη του θεραπευτή. Οι πιο διαδεδομένες από αυτές είναι οι τεχνικές της σταδιακής έκθεσης και της συστηματικής απευαισθητοποίησης (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Με την τεχνική της σταδιακής έκθεσης, το παιδί ενθαρρύνεται να πλησιάσει την κατάσταση η οποία το τρομάζει, ενώ παράλληλα ασκείται έτσι ώστε να αντιμετωπίζει αυτό που του προκαλεί φόβο και όχι να το αποφεύγει. Ο θεραπευτής μαζί με το παιδί κατασκευάζουν έναν κατάλογο στον οποίο ιεραρχούνται οι αγχογόνες καταστάσεις, ξεκινώντας από αυτή που προκαλεί λιγότερο άγχος και καταλήγοντας σε αυτή που προκαλεί περισσότερο άγχος. Στη συνέχεια το παιδί εκτίθεται σταδιακά σε καθεμιά από αυτές τις καταστάσεις ακολουθώντας την ίδια ιεράρχηση. Υπολογίζεται ότι το 75% των παιδιών με αγχώδεις διαταραχές έχει βοηθηθεί σημαντικά με αυτή την τεχνική (Silverman & Kurtines, 1996).

Η τεχνική της συστηματικής απευαισθητοποίησης περιλαμβάνει τρία στάδια: α) εκπαίδευση του παιδιού στη χαλάρωση, β) κατασκευή κλίμακας στην οποία ιεραρχούνται οι αγχώδεις καταστάσεις ανάλογα με την ένταση που προκαλούν στο παιδί και γ) σταδιακή προσέγγιση του αγχογόνου ερεθίσματος ενώ το παιδί παραμένει χαλαρωμένο, παρουσιάζεται ξανά και ξανά το ερέθισμα το οποίο προηγουμένως προκαλούσε στο παιδί το άγχος (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Οι τεχνικές της έκθεσης και της συστηματικής απευαισθητοποίησης μπορεί να εφαρμοστούν στο επίπεδο της φαντασίας, σε πραγματικές συνθήκες, με τη χρήση προτύπων, με παιχνίδι ρόλων κ.λπ (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Τα τελευταία χρόνια έχουν επινοηθεί τεχνικές συστηματικής απευαισθητοποίησης όπου το άτομο με φοβίες εκτίθεται στην εικονική πραγματικότητα με τη βοήθεια ηλεκτρονικών συστημάτων (Rothbaum et al., 1997).

Σε κάθε περίπτωση πάντως, η έκθεση σε πραγματικές συνθήκες είναι η πιο αποτελεσματική διότι προσφέρει στα άτομα με αγχώδεις διαταραχές την πιο πειστική απόδειξη ότι είναι ικανά να αντιμετωπίσουν τις φοβίες τους. Επομένως, εφόσον το παιδί καταφέρει μια φορά να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά την κατάσταση η οποία του προκαλούσε άγχος, στη συνέχεια θα νιώθει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη ότι θα την αντιμετωπίσει πάλι αποτελεσματικά αν τύχει να την συναντήσει ξανά. Ωστόσο η εφαρμογή αυτής της τεχνικής στην κλινική πράξη συναντά συνήθως αντικειμενικές δυσκολίες (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Ένα άλλο είδος θεραπευτικής παρέμβασης είναι η γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία. Στόχος της μεθόδου αυτής είναι να βοηθήσει το παιδί να κατανοήσει τους μηχανισμούς με τους οποίους οι αντιλήψεις του, ο τρόπος δηλαδή με τον οποίο σκέφτεται, συμβάλλουν στην εκδήλωση των συμπτωμάτων άγχους. Στη συνέχεια, η γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία βοηθά το παιδί να τροποποιήσει τις δυσλειτουργικές του αντιλήψεις με σκοπό τη μείωση των συμπτωμάτων του (Kendall & Treadwell, 1996). Αυτή η τεχνική συχνά χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με τις τεχνικές θετικής ενίσχυσης, της έκθεσης στο αγχογόνο ερέθισμα και της χαλάρωσης (Κακούρης Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2002).

Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων άγχους σε παιδιά έχουν χρησιμοποιηθεί πολλές μορφές φαρμακευτικής αγωγής. Η φαρμακευτική αγωγή συνήθως χορηγείται σε συνδυασμό με συμπεριφορικές και γνωσιακές – συμπεριφορικές θεραπευτικές τεχνικές. Για τη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους χρησιμοποιούνται συνήθως τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (Allen et al., 1995). Η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής στην αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους σε παιδιά δεν έχει ακόμη αποδειχθεί επαρκώς, αφού οι σχετικές έρευνες είναι περιορισμένες. Ακόμη και στις περιπτώσεις όπου η φαρμακευτική αγωγή φαίνεται να περιορίζει τα συμπτώματα του άγχους, για να μειωθεί η πιθανότητα επανεμφάνισης των συμπτωμάτων μετά τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, προτείνεται συνδυασμός της με άλλες τεχνικές (Piacentini & Graae, 1997).

Όπως ήδη προαναφέραμε, οι αγχώδεις διαταραχές στα παιδιά εμφανίζονται συχνότερα σε περιπτώσεις όπου οι γονείς παρουσιάζουν επίσης τέτοιου είδους διαταραχές καθώς και στις περιπτώσεις όπου οι σχέσεις μεταξύ των γονιών είναι προβληματικές (Bernstein & Borchardt, 1991). Γι' αυτό είναι σημαντικό στη θεραπευτική διαδικασία για

την αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών στα παιδιά να συμμετέχουν και οι γονείς. Έχει διαπιστωθεί, πως στις περιπτώσεις όπου η θεραπευτική διαδικασία δεν επικεντρώνεται μόνο στο παιδί αλλά συμπεριλαμβάνει και το οικογενειακό του περιβάλλον, τότε η θεραπεία έχει γρηγορότερα και πιο μακροχρόνια αποτελέσματα (Silverman & Kurtines, 1996).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι μια από τις πιο συνηθισμένες ψυχικές διαταραχές της εποχής μας. Ως ενήλικες έχουμε την τάση να πιστεύουμε ότι τα παιδιά ζουν σ' ένα κόσμο ανέμελο, απαλλαγμένο από άγχος και στενοχώριες. Στην πραγματικότητα συμβαίνει συχνά το αντίθετο. Ακόμη και τα πολύ μικρά παιδιά αισθάνονται συχνά άγχος και ανησυχούν για πολλούς λόγους, άλλα σε μικρότερο κι άλλα σε μεγαλύτερο βαθμό κι ένταση. Οι αγχώδεις διαταραχές είναι μια σοβαρή ψυχική πάθηση, η οποία εάν δεν προληφθεί σωστά μπορεί να αποτελέσει πρόβλημα Δημόσιας Υγείας. Μέχρι και σήμερα οι γονείς δεν είναι σε θέση να καταλάβουν τη σοβαρότητα αυτής της πάθησης και αυτό γιατί δε γνωρίζουν ότι το άγχος μπορεί να υπάρχει και σε ένα μικρό παιδί που μόλις τώρα αρχίζει τη ζωή του. Το βασικότερο όλων όμως, είναι ότι, οι γονείς δεν επικοινωνούν με τα παιδιά τους και αυτό φαίνεται στο γεγονός, ότι ακόμα και όταν εκδηλώνουν τα συμπτώματα του άγχους (κλάμα, ονυχοφαγία, πονοκέφαλοι, πόνοι στο στομάχι κ.α.) δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν αυτό που τους «λένε» τα παιδιά τους. Καταλήγουμε ότι, είναι επιτακτική η ανάγκη για ενημέρωση των γονιών έτσι ώστε, να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα των αγχωδών διαταραχών και να μπορέσουν να βοηθήσουν τα παιδιά τους στην αντιμετώπιση αυτών, διότι το αντίδοτο δε φαίνεται να βρίσκεται στα ψυχοφάρμακα και στις ψυχαναλύσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ

- Albano, A. M., Chorpita, B. E. & Barlow, D. H. (1996). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 196-241). New York: Guilford.
- Albano, A. M., Dibartolo, P. M., Heimberg, R. G. & Barlow, D. H. (1995). Children and adolescence: Assessment and treatment. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp.387-425). New York: Guilford Press.
- Allen, J., Leonard, L. & Swedo, E. (1995). Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 976-986.
- Andrews, G., Stewart, G., Allen, B. & Henderson, S. (1990). The genetics of six neurotic disorders: A twin study. *Journal of Affective Disorders*, 19, 23-29.
- Barrios, A. & Hartmann, D. P. (1997). Fears and anxieties. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Assessment of childhood disorders* (pp. 230-327). New York: Guildford Press.
- Barrios, A. & O' Dell, L. (1998). Fears and anxieties. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (pp. 249-337). New York: Guilford Press.
- Bell-Dolan, D. & Brazeal, T. J. (1993). Separation anxiety disorder, overanxious disorder, and school refusal. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2, 563-580.
- Benjamin J. Sadock, M. D. & Virginia A. Sadock, M. D., Kaplan & Sadock's Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής Τρίτη Έκδοση, εκδ: Παρισιάνου Α.Ε, Αθήνα, 2004.
- Berg, I. (1976). School phobia in the children of agoraphobic women. *British Journal of Psychiatry*, 128, 86-89.

- Bernstein, G. A. & Borchardt, C. M. (1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 519-532.
- Blagg, N., & Yule, W. (1994). School phobia. In T. H. Ollendick, N. J. King, & W. Yule (Eds.), *International handbook of phobia and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 169-186). New York: Plenum.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Buchanan, C. M., Maccoby, E. E., & Dombusch, S. M. (1991). Caught between parents: Adolescents' experience in divorced homes. *Child Development*, 62, 1008-1029.
- Canter, A. Parents and teachers: strategies for working together. *National Association of School Psychologists*. Ανασύρθηκε (στα αγγλικά Retrieved): 13/3/2008.
- Charles Wenar- Patricia K. Kerig (2008). Developmental Psychopathology: *From Infancy through Adolescence*, Fourth edition, 341-377.
- Crowell, J. A., & Waters, E. (1990). Separation anxiety. In M. Lewis & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 209-218). New York: Plenum.
- Davidson, L. M., & Baum, A. (1990). Posttraumatic stress in children following natural and human made trauma. In M. Lewis & S. M. Miller (Eds.) *Handbook of development psychopathology* (pp. 252-260). New York: Plenum.
- Feinberg T. & Cowan K. C. (2004) National Association of School Psychologists. Back to school transitions tips for parents. <http://www.nasponline.org>. Ανασύρθηκε (στα αγγλικά Retrieved): 12/3/2008.
- Fletcher, K. E. (1996). Childhood posttraumatic stress disorder. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 242-276). New York: Guildford.

- Francis, G., Last, C. G. & Strauss, C. C. (1992). Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1086-1089.
- Freud, S. (1909). Analysis of a phobia in a five-year-old boy. Standard Edition. 10, 3-149. London: Hogarth Press, 1955.
- Kagan, J. (1997). Temperament and the reaction to unfamiliarity. *Child Development*, 68, 139-143.
- Kashani, J. H. & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 313-318.
- Kearney, C. A. & Silverman, W. K. (1992). Let's not push the «panic» button: A critical analyses of panic and panic disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 12, 293-305.
- Keller, M. B., Herzog, D. B., Lavori, P. W., Bradbum, I. S., & Mahoney, E. M. (1992). The natural history of bulimia nervosa: Extraordinarily high rates of chronicity, relapse, recurrence and psychosocial morbidity. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 1-9.
- Kendall, P. C. & Treadwell, K. H. (1996). Cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety disorders. Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Empirically – based strategies for clinical practice* (pp. 23-41). Washigton, DC: American Psychological Association.
- Kessler, R. C., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C B. Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archieves of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- King, J. (1993). Simple and social phobias. In T. H. Ollendick & F. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology*, Vol. 15 (pp.305-341). New York: Plenum.
- King, J., Ollendick, T. H. & Mattis, S. G. (1994). Panic in children and adolescents: Normative and clinical studies. *Australian Psychologist*, 29, 89-93.

- Kovacs, M., & Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39, 47-63.
- Kurlan (1998). Tourette's syndrome and «PANDAS»: Will the relation bear out? *Neurology*, 50, 5130-5134.
- Last, C. G., Strauss, C.C. & Francis, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 726-730.
- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M. & Kazdin, A. E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1070-1076.
- Last, G., Hersen, M., Kazdin, E., Finkelstein, R. & Strauss, C. (1987). Comparison of DSM-III separation anxiety and overanxious disorders: Demographic characteristics and patterns of comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 527-531.
- Livingston, R., Taylor, J. L. & Crawford, S. L. (1988). A study of somatic complaints and psychiatric diagnosis in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 185-187.
- Lo, W. H. (1967). A follow-up study obsessional neurotics in Hong Kong, *British Journal of Psychiatry*, 27, 185-187.
- Marks, I. M. & Gelder, M. G. (1996). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218-221.
- Martin Herbert, *Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας*, Ελληνικά Γράμματα, 1997, τόμ. Α', σελ. 157-163.
- Mattis, S. G. & Ollendick, T. H. (1997). Panic in children and adolescents: A developmental analysis, *Advances in Clinical Child Psychology*, 19, 27-74.
- Messer, S. C. & Beidel, D. C. (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 975-983.

- Miller, S. B. Boyer, B. A. & Rodoletz, M. (1990). Anxiety in children: Nature and development. In M. Lewis & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 191-208). New York: Plenum.
- Ollendick, T. H., King, N. J. & Yule, W. (Eds.) (1994). *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Plenum
- Ollendick, T. H., King, N. J. (1994) Diagnosis, assessment and treatment of internalizing problems in children: The role of longitudinal data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 918-927.
- Pauls, D. L., Alsobrook, J. P., Goodman, W., Rasmussen, S., & Leckman, J. F. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 76-84.
- Pereira, H. (2005). Starting school Tips for parents. <http://www.iVillage.co.uk>. Ανασύρθηκε (στα αγγλικά Retrieved) :12/3/2008.
- Pfefferbaum, B. (1997). Posttraumatic stress disorder in children: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1503-1511.
- Piacentini, J. & Graae, F. (1997). Childhood OCD. In E. Hollaander & D. Stein (Eds.), *Obsessive-compulsive disorders: Diagnosis, etiology, treatment* (pp. 23-46). New York: Marcel Dekker.
- Riddle, M. A., Scahill, L., King, R., Hardin, M., Towbin K., Ort, S., Leckman, J. & Cohen, D. (1990). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Phenomenology and family history. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29. 766-772.
- Rothbaum, O., Hodges, F. & Kooper, R. (1997). Virtual reality exposure therapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6 (3), 219-226.
- Salkovskis, P. M., Forrester, E. & Richards, C. (1998). Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking, *British Journal of Psychiatry*, 173 (Suppl. 35), 53-63.

- Shafran, R. (2001). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6(2), 50-58.
- Shaw S. R. Clayton M. C. Dodd J. L. & Rigby B. T. (2004) National Association of School Psychologists. A guide for school leaders, *Principal leadership magazine*, 5, number 1.
- Silverman, W. K. & Rabian, B. (1993). Simple phobias. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2, 603-622.
- Silverman, K. & Kurtines, M. (1996). Transfer of control: A psychosocial intervention model for internalizing disorders in youth. In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Empirically – based strategies for clinical practice* (pp. 63- 81). Washington, DC: American Psychological Association.
- Slater, E. (1939). Responses to a nursery school situation of 40 children. *Monographs of the Society for the Research in Child Development*, 2 (No 4).
- Strauss, C. C. (1990). Anxiety disorders of childhood and adolescence, *School Psychology Review*, 19, 142-157.
- Strauss, C. C., Last, C. G., Hersen, M. & Kazdin, A. E. (1988). Association between anxiety and depression in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 57-68.
- Strauss, C. C., Lease, C.A., Last, C.G. & Francis, G. (1988). Overanxious disorder: An examination of developmental differences. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 433-443.
- Strauss, C. C. & Last, C.G. (1993). Social and simple phobias in children. *Journal of anxiety Disorders*, 7, 141-152.
- Swedo, S. E., Leonard, H. L., Garvey, M., Mittleman, B., Allen, A. J. Perlmutter, S., Dow, S., Zamkoff, J., Dubbert, B. K. & Lougee, L. (1998). Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: Clinical descriptions of the first 50 cases. *American Journal of Psychiatry*, 146, 246-249.

- Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Leonard, H., Lenane, M. & Cheslow, D. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry*, 46, 335-341.
- Talley, R. C., & Short, R. J. (1995). Reforming America's schools: Psychology's role: A report to the nation's educators. Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Tonge, B.(1994). Separation anxiety disorder. In T. H. Ollendick, N. J. King, & W. Yule (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp.145-168). New York:Plenum.
- Vasey, M. W. (1995). Social anxiety disorders. In A. R. Eisen, C. A. Kearney, & C. A. Schaefer (Eds.), *Clinical handbook of anxiety disorders in children and adolescents* (pp.131-168). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Waldron, S. Rapoport, J. L., Leonard, H., Lenane, M. & Chelsow, D. (1989). Obsessive-compulsive disorders in children and adolescents: Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives if General Psychiatry*, 46, 246-249.
- Watson, J. B. & Rayner, P. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Wenar, Ch. & Kerig P. (2000). *Developmental Psychopathology* (4th ed.), USA: McGraw-Hill.
- World Health Organization (1992), *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.) Geneva, Switzerland: Author.
- Zohar, A. H. (1999). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 8, 445-460.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Ι. Παρασκευόπουλος, *Εξελικτική Ψυχολογία*, Αθήνα 1982, τόμ. Γ', σελ. 198-202.

- ο Κακούρης Ε., Μανιαδάκη Κ., Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων, εκδ:Τυπωθητώ, Αθήνα, 2002
- ο Μάνος, Ν. (1997). Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- ο Παν, (1990). Λήμμα από την εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, τόμ. 48, σσ. 48-49, Αθήνα: Εκδοτικός Οργανισμός Πάπυρος.

Δικτυακοί τόποι

<http://www.eduportal.gr>
<http://www.dhi.gov.au>
<http://www.eurolink.tv>
<http://www.golid.org>
<http://www.google.gr>
<http://www.iatronet.gr>
<http://www.in-health.gr>
<http://www.kantartzis-sotirios.gr>
<http://www.medlook.net>
<http://www.mednet.gr>
<http://www.mynewbaby.gr>
<http://www.neostypus.gr>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
<http://www.ncpamd.com>
<http://www.psy.auth.gr>
<http://www.psychologia.gr/disorders>
<http://www.psych.gr>
<http://www.stress.gr>
<http://www.teikoz.gr>
<http://www.therapeia.com>
<http://www.Who.org>