

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



ΘΕΜΑ: ΟΙ ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Της Αρχόντως Πογιατζή

Επιβλέπων καθηγήτρια
Κ. Χατήρα Καλλιόπη

ΡΕΘΥΜΝΟ 2013-2014

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ – ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΠΕΔΙΟΥ ΤΗΣ ΝΕΥΡΩΣΗΣ...7	7
1.1. Η Νευρολογική Απαρχή της Νεύρωσης.....	7
1.2. Η Ψυχολογική Θεώρηση της Νεύρωσης.....	10
1.3. Η Νεύρωση ως Αποτέλεσμα Μάθησης.....	14
1.4. Η Ταξινόμηση των Νευρώσεων κατά τις τελευταίες δεκαετίες	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ – ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΙΣ ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ – ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ – ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΝΕΥΡΩΣΗ...22	22
3.1. Συμπτωματικές Εκδηλώσεις Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Νεύρωση.....	22
3.2. Λειτουργικότητα Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Νεύρωση.....	26
3.2.1. Γνωστική Λειτουργία και Νευροανατομικοί Παράγοντες.....	26
3.2.2. Κοινωνικότητα.....	28
3.3. Συνοσηρότητα με Άλλες Διαταραχές.....	30
3.4. Θεραπευτική Αντιμετώπιση.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ – ΑΓΧΟΣ ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΥ.....	33
4.1. Εκδήλωση του Άγχους Αποχωρισμού Ατόμων Παιδικής Ηλικίας.....	33
4.2. Λειτουργικότητα Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Άγχος Αποχωρισμού και Αιτιολογικοί Παράγοντες.....	36
4.2.1 Κοινωνικοποίηση.....	36
4.2.2. Περιβαλλοντικοί Παράγοντες.....	37

4.2.3. Βιολογικοί Παράγοντες.....	38
4.3. Συνοσηρότητα με Άλλες Διαταραχές.....	39
4.5. Θεραπευτική Αντιμετώπιση.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ – ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΝΕΥΡΩΣΗ.....	42
5.1. Συμπτωματικές Εκδηλώσεις Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Μετατραυματική Νεύρωση.....	43
5.2. Λειτουργικότητα Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Μετατραυματική Νεύρωση και Αιτιολογικοί Παράγοντες.....	45
5.2.1. Κοινωνική Έκπτωση.....	45
5.2.2. Επίδραση Υποκειμενικών Παραγόντων.....	45
5.2.3. Γνωστικά Ελλείμματα.....	46
5.2.4. Εγκεφαλικές και Οργανικές Δυσλειτουργίες.....	48
5.3. Συνοσηρότητα με Άλλες Διαταραχές.....	49
5.4. Θεραπευτική Αντιμετώπιση.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ – ΝΕΥΡΩΣΗ ΠΑΝΙΚΟΥ.....	53
6.1. Συμπτωματικές Εκδηλώσεις Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Νεύρωση Πανικού.....	53
6.2. Αιτιολογικοί Παράγοντες Υπολειτουργικότητας ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Νεύρωση Πανικού.....	55
6.2.1. Μειωμένη Λειτουργικότητα.....	55
6.2.2. Οικογενειακή Επίδραση.....	55
6.3. Συνοσηρότητα με Άλλες Διαταραχές.....	57
6.4. Θεραπευτική Αντιμετώπιση.....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ – ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΕΥΡΩΣΗ ΑΓΧΟΥΣ.....	60

7.1. Συμπτωματικές Εκδηλώσεις Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Γενικευμένη Νεύρωση Άγχους	60
7.2. Λειτουργικότητα Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Γενικευμένη Νεύρωση Άγχους και Αιτιολογικοί Παράγοντες.....	63
7.2.1. Κοινωνικές Δεξιότητες.....	63
7.2.2. Γνωστικά Ελλείμματα.....	63
7.2.3. Ανωμαλίες των Δομών του Εγκεφάλου.....	64
7.2.4. Περιβαλλοντικοί και Ιδιοσυγκρασιακοί Παράγοντες Επίδρασης.....	66
7.3. Συνοσηρότητα με Άλλες Διαταραχές.....	66
7.4. Θεραπευτική Αντιμετώπιση.....	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ – ΦΟΒΙΚΕΣ ΜΕΥΡΩΣΕΙΣ.....	71
8.1. Συμπτωματικές Εκδηλώσεις Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Φοβική Νεύρωση.....	72
8.2. Λειτουργικότητα Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Φοβική Νεύρωση και Παράγοντες Επίδρασης.....	74
8.2.1. Γνωστικά και Κοινωνικά Ελλείμματα των Φοβικών Νευρώσεων.....	74
8.2.2. Φοβικές Εμπειρίες.....	76
8.2.3. Ιδιοσυγκρασιακά Χαρακτηριστικά.....	77
8.2.4. Γονεϊκή Επίδραση.....	77
8.3. Συνοσηρότητα με Άλλες Διαταραχές.....	78
8.4. Θεραπευτική Αντιμετώπιση.....	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ – ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΝΕΥΡΩΣΗ.....	82
9.1. Συμπτωματικές Εκδηλώσεις Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Καταθλιπτική Νεύρωση.....	83

9.2. Λειτουργικότητα Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Καταθλιπτική Νεύρωση και Αιτιολογικοί Παράγοντες.....	85
9.2.1. Γνωστική και Κοινωνική Έκπτωση στα Πλαίσια του Σχολικού Περιβάλλοντος.....	85
9.2.2. Ατομικό Περιβάλλον και Γονεϊκός Ρόλος.....	86
9.2.4. Μηχανισμοί Οργανικής και Γενετικής Φύσεως.....	87
9.3. Συνοσηρότητα με Άλλες Διαταραχές.....	88
9.4. Θεραπευτική Αντιμετώπιση.....	90
ΚΕΦΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	93
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	97
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	98

Περίληψη: Η εν λόγω βιβλιογραφική ανασκόπηση επιχειρεί να παρουσιάσει τις νευρωτικές εκδηλώσεις άγχους, φόβου και δυσμενούς διάθεσης των ατόμων παιδικής ηλικίας, καθώς και τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα αναφορικά με τους παράγοντες κινδύνου και προστασίας των προκείμενων νευρώσεων στη παιδική ηλικία. Συμπεριληπτικά, αναλύονται η ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική νεύρωση, το άγχος αποχωρισμού, η μετατραυματική νεύρωση, η νεύρωση πανικού, η γενικευμένη νεύρωση άγχους, οι φοβικές νευρώσεις και η καταθλιπτική νεύρωση. Η ψυχοπαθολογία των νευρώσεων πυροδοτεί προβλήματα στην ομαλή ανάπτυξη του ατόμου, και ειδικότερα στη γνωστική αντίληψη, στη κοινωνική ζωή και την ακαδημαϊκή πορεία. Οι βασικότερες αιτίες της υπολειτουργικότητας του ατόμου έγκεινται στο οικογενειακό περιβάλλον και τη γονεϊκή ψυχοπαθολογία, στην ιδιοσυγκρασία του ατόμου και κυρίως στην ανεσταλμένη συμπεριφορά, σε εσφαλμένες διεργασίες μάθησης, στο σύστημα των νευροδιαβιβαστών, και ειδικά στη δραστηριότητα της σερετονίνης. Επίσης, στο αυτόνομο νευρικό σύστημα και ιδιαιτέρως το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, από το οποίο προέρχονται οργανικές λειτουργίες, οι οποίες εντάσσονται στο πλαίσιο των νευρώσεων. Οι σύγχρονες θεραπευτικές μέθοδοι εστιάζουν στους προαναφερθέντες παράγοντες αρνητικής επίδρασης, ωστόσο η βιβλιογραφική έρευνα είναι περιορισμένη αναφορικά με την αποτελεσματικότητά τους. Οι πιο δημοφιλείς είναι η οικογενειακή θεραπεία, η ομαδική θεραπεία, η γνωστικό – συμπεριφοριστική προσέγγιση και η χορήγηση φαρμάκων. Οι μελλοντικές έρευνες κρίνεται απαραίτητο να προσανατολιστούν στην αξιολόγηση των προτεινόμενων θεραπειών στο άμεσο και μακρόχρονο μέλλον του νευρωτικού ατόμου. Παράλληλα, επιστάται η προσοχή στη βελτίωση των μεθοδολογικών και διαγνωστικών εργαλείων, που απευθύνονται στη παιδική ηλικία.

Λέξεις – κλειδιά: νεύρωση, παιδική ηλικία, άγχος, φόβος, καταθλιπτική διάθεση, υπολειτουργικότητα.

1. Ιστορική Αναδρομή του Πεδίου της Νεύρωσης

Ο πρωτόγονος άνθρωπος χαρακτηριζόταν από ένα ισχυρό αίσθημα επιβίωσης και κατά τη διάρκεια του καθημερινού αγώνα, που επιχειρούσε για την επιβίωση του, αντιμετώπιζε την απειλή του κινδύνου από τα ζώα. Αντίθετα, ο σύγχρονος άνθρωπος αισθάνεται σε μεγαλύτερο βαθμό την απειλή της απόρριψης από το περίγυρο του και της μετέπειτα αποτυχίας του εξαιτίας αυτής. Αν και ακόμη στη σημερινή εποχή, ο άνθρωπος εκτίθεται στις απειλές της φύσης, σε αντιδιαστολή με τα υπόλοιπα όντα, μπορεί και προβλέπει αυτές τις απειλές, βασιζόμενος στη λογική του (Αλεβίζος, 2008). Ωστόσο, η λογική αντανακλά κυρίως τις κοινωνικές νόρμες και αντιτίθεται της υποκειμενικότητας. Σύμφωνα με τον Kierkegaard (1844/1957), παρατηρούνται εκδηλώσεις άγχους και φόβου στον άνθρωπο, ο οποίος επαναστατεί έναντι των κοινωνικών νορμών, εκφράζοντας τις προσωπικές απόψεις και δυνατότητες του ελεύθερα. Στη περίπτωση του σύγχρονου ανθρώπου, λοιπόν, προκύπτει το άγχος για την πιθανή απόρριψη των προσωπικών του επιλογών από τον κοινωνικό περίγυρο και της επικείμενης αποτυχίας. Το επαγόμενο, αυτό, άγχος συνιστά δομικό συστατικό των νευρώσεων (Γαλανού, 1977).

Η μετάβαση της αντίληψης του άγχους από τον άνθρωπο καθ'όλη της διάρκεια της ιστορίας του ανθρώπινου είδους, είχε ως αποτέλεσμα τη διατύπωση διαφορετικών ερευνητικών προσεγγίσεων για την έκφραση του άγχους και των φόβων, δηλαδή για την εκδήλωση των νευρώσεων. Θεωρήθηκε σκόπιμο, λοιπόν, για τον σαφέστερο προσδιορισμό του όρου της νεύρωσης η ιστορική εμβάθυνση στο ερευνητικό πεδίο αυτής.

1.1. Η Νευρολογική Απαρχή της Νεύρωσης

Τον 18^ο αιώνα, καθώς και τον επόμενο μισό αιώνα, η κλινική περίπτωση της νεύρωσης συγκαταλεγόταν στις ιατρικές παθήσεις (Berríos, 1999). Η ταξινόμηση αυτή προκύπτει από το γεγονός, ότι ο όρος της νεύρωσης προήλθε από την επιστήμη της

νευρολογίας. Πιο συγκεκριμένα, ο ιατρός William Cullen (1769) (όπως αναφέρεται στο άρθρο του Koppe, 2009), πρώτος, εισήγαγε τον όρο της νεύρωσης περιγράφοντας όλες τις παθήσεις των νεύρων. Στη συνέχεια, εκτίμησε ότι οι παθήσεις αυτές επηρεάζουν την αίσθηση και τη κίνηση του ατόμου και προέρχονται από τη λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Επιπλέον, απέκλεισε το σύμπτωμα του πυρετού από αυτές. Ακόμα, χαρακτηρίστηκαν από εκείνον ως «λειτουργικές», καθώς αποδίδονται στη λειτουργία των νεύρων, η οποία δεν έχει συγκεκριμένη ανατομική βάση και δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί. Στη σημερινή εποχή η περιγραφή αυτή ανταποκρίνεται σε μια ευρεία κατηγορία ασθενειών, τις νευρολογικές, ψυχοσωματικές και ψυχωτικές διαταραχές (Bhatti & Channabasavanna, 1985). Σύμφωνα με τον Koppe (2009), η διατύπωση του W.Cullen, για τη νεύρωση, αποτέλεσε ένα σταθερό υπόστρωμα για την μεταγενέστερη έρευνα, αλλά ημιτελής, διότι αδυνατούσε να προσδιορίσει με ακρίβεια τα ποικίλα συμπτώματα της νεύρωσης. Πράγματι, η μεταγενέστερη περιγραφή κλινικών περιπτώσεων της νεύρωσης κατέδειξε όλο και περισσότερες εκδηλώσεις της ασθένειας οι οποίες δε συγκαταλέγονταν στον προσδιορισμό του W.Cullen.

Στο τέλος του 18^{ου} αιώνα και στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, ο ψυχίατρος Philippe Pinel (όπως αναφέρεται στο άρθρο του Williams, 2010) αναιρεί τον προσδιορισμό «λειτουργικές» για τις νευρώσεις, διότι θεωρεί ότι εν μέρει έχουν ανατομική βάση, η οποία είναι το γαστρεντερικό σύστημα. Πιο συγκεκριμένα, παρατήρησε ότι άνθρωποι, οι οποίοι προσβάλλονταν από κάποια ψυχική νόσο και παρουσιάζουν την αναμενόμενη δυσμενή συναισθηματική κατάσταση, εμφανίζουν εξίσου και μη φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες. Με βάση, λοιπόν, αυτή τη παρατήρηση όρισε τις νευρώσεις ως ήπιες και σοβαρές μορφές ψυχικής ασθένειας και τον στόμαχο, σε ορισμένες περιπτώσεις το σημείο έναρξης της ψυχικής ασθένειας. Ειδικότερα, διέκρινε τις νευρώσεις σε εστιασμένες παθήσεις της λειτουργίας των νεύρων (νεύρωση στομάχου), σε μη οργανικές ψυχικές ασθένειες, σε

σπασμούς ή ασθένειες, που οι ασθενείς χαρακτηρίζονται από εμβροντησία. Συγκριτικά με τον W.Cullen, οριοθέτησε περισσότερο την συμπτωματολογία των νευρώσεων.

Επιπλέον, ο πατέρας της ψυχιατρικής στη Γαλλία, P.Pinel (όπως αναφέρεται στο άρθρο των Bhatti & Channabasavanna, 1985), υποστήριξε για τις νευρώσεις ότι δεν επρόκειτο μόνο για ψυχική μορφή ασθένειας, αλλά και για ηθικές διαταραχές. Τον 18^ο αιώνα, η υπερβολική κατανάλωση τροφίμων και ποτού συνδέθηκε με ενστικτώδεις παρορμήσεις, όπως η απληστία και οι εναλλαγές απληστίας και απώλειας όρεξης αναφορικά με τη διατροφή συνδέθηκαν με τις νευρώσεις (Williams, 2007). Λεπτομερέστερα, οι νευρωτικοί ασθενείς αποξενώνονται και σύμφωνα με τον P.Pinel (όπως αναφέρεται στο άρθρο του Williams, 2010), η αποξένωση προέρχεται από αυτές τις ενστικτώδεις παρορμήσεις, ειδάλλως πάθη. Συλλέγοντας δεδομένα, εκτός της αποξένωσης περιγράφει και άλλα συμπτώματα οργανικών λειτουργιών, ρίγος, πόνο του εντέρου και ευπάθεια στο στομάχο, τα οποία σηματοδοτούνταν ήδη από τη παιδική ηλικία. Για αυτούς του λόγους, ο P.Pinel (όπως αναφέρεται στο άρθρο του Williams, 2007), επιχείρησε μέσω της αμέριστης κατανόησης προς τον νευρωτικό ασθενή, τον έλεγχο της φαντασίας και της διατροφής το ίδιο να διαχειριστούν τα πάθη, για παράδειγμα τη σεξουαλική επιθυμία και λαιμαργία, με σκοπό την ισορροπία σώματος και νου του νευρωτικού ασθενούς. Η αντίληψη, ότι διάφορες τροφές περιλαμβάνουν ψυχικές επιδράσεις στον άνθρωπο, προέρχεται από την αρχαία Ελλάδα και του Πυθαγόρειους.

Στη συνέχεια, ο Morel (1866) (όπως αναφέρεται στο βιβλίο του Αλεβίζου, 2008) επιδίωξε με έναν γενικό ορισμό της νευρώσεως να συγκεντρώσει τα μέχρι τώρα συμπτώματα των νευρωτικών ασθενών, τα οποία αναπαριστούν παθολογικές καταστάσεις, είτε οργανικές, είτε όχι. Στη πρώτη κατηγορία ανήκαν τα σωματικά συμπτώματα, τα οποία συσχετίζονται με το γαστρεντερικό σύστημα, το καρδιαγγειακό κ.α., και στη δεύτερη κατηγορία συμπεριλαμβάνονταν υποκειμενικής φύσης συμπτώματα, όπως ο φόβος, το άγχος κι οι

ιδεοληψίες. Όπως και ο W.Cullen, πίστευε ότι κοινή πηγή των νευρωτικών συμπτωμάτων είναι το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Μεταγενέστεροι ερευνητές αντικρούουν τη μη σαφώς προσδιορισμένη επίδραση του αυτόνομου κεντρικού συστήματος και αξιολογούν εις βάθος την εν λόγω πηγή, όπως ο J.M.Lopez Pienero στο έργο του “Historical origin of the concept of neurosis” (1983). Η συμμετοχή του αυτόνομου νευρικού συστήματος στις νευρώσεις διερευνάται ακόμη και στη σημερινή εποχή.

1.2. Η Ψυχολογική Θεώρηση της Νεύρωσης

Στη δεκαετία του 1890, ο ερευνητικός προσανατολισμός για την αιτιολογική βάση της νεύρωσης μετατοπίστηκε από το αυτόνομο νευρικό σύστημα και τις εγκεφαλικές βλάβες στις ενδοψυχικές συγκρούσεις των ανθρώπων (Αλεβίζος, 2008).

Πιο συγκεκριμένα, ο Sigmund Freud (1856-1939), Βιεννέζος ιατρός και κύριος εκφραστής της ψυχαναλυτικής θεωρίας, θεωρούσε ότι για τη κατανόηση παθολογικών περιπτώσεων της ψυχικής υγείας είναι σκόπιμη η διαίρεση του ψυχισμού στο συνειδητό και ασυνείδητο μέρος. Ειδικότερα, ο S.Freud διακρίνει τις παθολογικές περιπτώσεις ψυχικής υγείας στις λανθάνουσες και απωθημένες. Και οι δύο κατηγορίες περιπτώσεων ευρίσκονται στο ασυνείδητο, οι λανθάνουσες όμως είναι σε θέση να μεταβούν στο συνειδητό μέρος της ψυχής, ενώ οι απωθημένες όχι. Δευτερεύων σκοπός του S.Freud ήταν η παρατήρηση αυτών των περιπτώσεων ανεξαρτήτως των μέχρι τότε βιολογιών κατευθύνσεων (Freud,1923/1961).

Θα ήταν απαραίτητο να περιγραφούν οι όροι συνειδητό και ασυνείδητο μέρος της ψυχής βάση των διατυπώσεων του S.Freud, ώστε να αναδειχθεί η πορεία προς τη παθολογική ψυχική κατάσταση, στη προκειμένη περίπτωση τη νεύρωση. Σύμφωνα με τον Freud (1923/1961), το ασυνείδητο εμπεριέχει απωθημένα ψυχικά στοιχεία, όπως τα πάθη, παραδείγματος χάριν τις ερωτικές παρορμήσεις. Ορίζεται και ως «Εκείνο». Αντίθετα το συνειδητό μέρος της ψυχής ορίζεται ως «Εγώ». Το «Εγώ» λειτουργεί με βάση τη λογική και

ρεαλιστική πραγματικότητα. Μάλιστα, θεωρείται ως προέκταση του «Εκείνο», που τροποποιήθηκε εξαιτίας κοινωνικών αντιλήψεων. Συνεπώς, τα απωθημένα ψυχικά στοιχεία κατέληξαν στο ασυνείδητο εξαιτίας της επιβολής του «Εγώ» στο «Εκείνο».

Διατυπώθηκε και τρίτη διάσταση του ανθρώπινου ψυχισμού το «Ιδεώδες Εγώ» ή «Υπερεγώ». Αυτή η διάσταση αναπαριστά τη ταύτιση του «Εγώ» με το ερωτικό αντικείμενο στο οποίο παρωθείται το «Εκείνο» (Freud, 1923/1961). Ωστόσο σύμφωνα με τον Freud (1922/1991), επειδή το πρώτο ερωτικό αντικείμενο για ένα αγόρι είναι η μητέρα του και για ένα κορίτσι ο πατέρας του (Οιδιπόδειο Σύμπλεγμα), το «Ιδεώδες Εγώ» σκιαγραφεί τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του εκάστοτε γονέα. Επίσης, για να συσταθεί το «Ιδεώδες Εγώ», το «Εγώ» επιβάλλεται στο «Εκείνο» εξαιτίας τύψεων και ενοχών, καθώς το «Εκείνο» ποθεί το απαγορευμένο, δηλαδή το πατέρα ή τη μητέρα. Η προκείμενη επιβολή αυτόματα απωθεί τις ερωτικές παρορμήσεις του παιδιού και σε αυτή τη περίπτωση τα νευρωτικά συμπτώματα εμφανίζονται ως υποκατάστατο της ερωτικής παρόρμησης. Τέτοια συμπτώματα είναι οι φοβίες, οι υστερίες, για παράδειγμα η παράλυση και ο πόνος, οι ψυχαναγκασμοί και καταναγκασμοί. Συμπερασματικά, η αναστολή της σεξουαλικής έκφρασης (Λανθάνουσα Φάση) πυροδοτεί παθολογικές συνέπειες αναφορικά με τη ψυχική υγεία, όπως οι νευρώσεις (Freud, 1926/2007).

Η πεποίθηση του Freud σχετικά με την αιτιώδη σχέση της νεύρωσης και των καταπιεσμένων σεξουαλικών ενστίκτων τον οδήγησε στη διατύπωση περί της θεωρίας της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης στη παιδική ηλικία. Δηλαδή, ερωτογενείς ζώνες στο ανθρώπινο σώμα πυροδοτούν τις σεξουαλικές παρορμήσεις. Ανάλογα με την ηλικία οι ερωτογενείς ζώνες αντιστοιχούν και σε διαφορετικό σημείο του σώματος, όπως η στοματική κοιλότητα και ο πρωκτός. Ωστόσο, εξωτερικοί και εσωτερικοί παράγοντες που παρεμποδίζουν την επίτευξη του σεξουαλικού στόχου του παιδιού, προκαλούν καθήλωση ή πρόωρη μετακίνηση σε στάδιο της σεξουαλικής ανάπτυξης με αποτέλεσμα την εμφάνιση των νευρώσεων (Freud,

1922/1991). Εν κατακλείδι, όχι μόνον ο Freud, αλλά και ο Ιπποκράτης (όπως αναφέρεται στο άρθρο του Knoff, 1971) πίστευαν ότι η θεραπεία της νεύρωσης είναι η επίτευξη του σεξουαλικού στόχου.

Στη συνέχεια, ο Carl Gustav Jung (1875-1961), Ελβετός ιατρός, εξίσου εκφραστής της ψυχαναλυτικής προσέγγισης όπως ο S.Freud, επιμένει στη διάκριση των ψυχικών φαινομένων ως συνειδητά και μη συνειδητά. Ωστόσο, εμβαθύνει σε αυτή τη διάκριση συγκαταλέγοντας στα μη συνειδητά φαινόμενα τα αρχέτυπα και συναισθηματικά συμπλέγματα. Τα αρχέτυπα θεωρούσε ότι είναι έμφυτοι και καθολικοί τρόποι συμπεριφοράς της ανθρώπινης φύσης, που αναπαριστούνται σε συμβολικές μορφές, που εμφανίζονται στους μύθους και τα όνειρα. Τα συναισθηματικά συμπλέγματα αποτελούν το προσωπικό και ξεχωριστό περιεχόμενο της ψυχής των ανθρώπων και καθιστούν εφικτή την εξατομικευμένη ερμηνεία των αρχετύπων. Η εξατομίκευση διαδραμάτιζε δεσπόζοντα ρόλο στη θεραπευτική παρέμβαση του C.G.Jung. Ειδικότερα, μέσω της εξατομίκευσης το κάθε ανθρώπινο ον δημιουργεί μια διαφορετική και μοναδική πορεία για την προσωπική ολοκλήρωση και πληρότητα. Αν και ο C.G.Jung εστιάζει στη σημαντικότητα του απωθημένου και καταπιεσμένου περιεχομένου του ασυνείδητου για την εξυγίανση και ολοκλήρωση της ανθρώπινης προσωπικότητας δεν αφουγκράζεται το εστιασμένο ενδιαφέρον του S.Freud στη σεξουαλική συμπεριφορά. Παρόλα αυτά, παρουσιάζει τη παιδική ηλικία ως κρίσιμη φάση για την ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου και τυχόν λάθη από γονείς και παιδαγωγούς καθοριστικά για το υπόλοιπο της ζωής του (Jung, 1916/1989).

Επιπλέον, ο Jung (1916/1989) διατυπώνει ότι τα μη συνειδητά φαινόμενα μπορούν να επανέλθουν στη συνείδηση, αφού ο νευρωτικός ασθενής τα κατανοήσει μέσω της εξατομίκευσης. Ειδικότερα, ο νευρωτικός ασθενής σύμφωνα με τον Jung (όπως αναφέρεται στο άρθρο του Beer, 1996) μπορεί να διαχειριστεί τη κατάσταση του, η οποία δεν είναι απαραίτητως πάντα σοβαρή, διότι η νεύρωση παρουσιάζεται και σε ήπιες μορφές. Ενώ, στη

περίπτωση της ψύχωσης, πρόκειται για οργανική και μη συστηματική αποσύνθεση, που το άτομο δε μπορεί να ελέγξει.

Μεταγενέστερη ψυχαναλύτρια, η Karen Horney (1885-1952) υποστήριξε, όπως ο Jung, την μοναδικότητα που πλαισιώνει την ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου σύμφωνα με τις ιδιαίτερες κλίσεις και ικανότητες του, καθώς και τις συνθήκες της παιδικής ηλικίας και της μετέπειτα ζωής του. Για αυτό το λόγο, αν για παράδειγμα ένα παιδί δε καταφέρει να εκφράσει τον αληθινό εαυτό του σε ένα πλαίσιο αγάπης και υγιούς προστριβής με το περίγυρο του, τότε κυριεύεται από ανασφάλεια και ανησυχία σε ένα πλαίσιο συμμόρφωσης προς τις επιταγές των άλλων ή απομόνωσης. Οι εσωτερικές απαγορεύσεις, που επιβάλλονται από το περίγυρο ήδη από τη παιδική ηλικία αποσκοπούν στη δημιουργία ενός τέλειου εαυτού και έχουν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη της νεύρωσης. Σύμφωνα με τη Horney, η νεύρωση διακρίνει την έκφραση του τέλειου εαυτού στην ιδιωτική και δημόσια ζωή. Στη πρώτη περίπτωση, λαμβάνει χώρα η θεοποιημένη εικόνα του εαυτού και στη δεύτερη περίπτωση, η ισότιμη εικόνα του εαυτού με τους άλλους. Συνεπώς, οι δύο περιπτώσεις έρχονται σε σύγκρουση. Το άτομο αυτό επιθυμεί οι ανάγκες του να χαίρουν ιδιαίτερης εκτίμησης εξαιτίας της προσωπικής θεοποιημένης εικόνας, η οποία είναι απόρροια των προσωπικών αναστολών του και φόβων, αλλά στη πραγματικότητα αυτές οι νευρωσικές αξιώσεις του δεν έχουν καμιά υπόσταση. Διότι, ο περίγυρος δεν αντιμετωπίζει τις ανάγκες του με τον σεβασμό που απαιτεί ο νευρωτικός χαρακτήρας. Με αποτέλεσμα, ο τελευταίος να αισθάνεται διαρκώς αδικημένος και να αντιμετωπίζει με φθόνο ή αδιαφορία τους άλλους ως υποδεέστερους. Επιπλέον, δε μπορεί να ελέγξει τη νεύρωση, επειδή αναπτύχθηκε δίχως αυτογνωσία και αυτοπεποίθηση σε ένα αμυντικό ή ανταγωνιστικό περιβάλλον, που καθιστά απαραίτητα τη τελειότητα της ύπαρξης και όχι την έκφραση μιας ξεχωριστής οντότητας (Horney, 1950).

Η έξαρση του ψυχαναλυτικού κινήματος επέφερε τη συλλογή περισσότερων δεδομένων από τη παρατήρηση κλινικών περιπτώσεων νευρωτικών ασθενών. Ωστόσο, η διάσπαση αυτού του κινήματος είχε ως αποτέλεσμα την διατύπωση πολλών και διαφορετικών απόψεων. Για παράδειγμα, ο O. Rank υποστήριξε ότι η νεύρωση προκύπτει από της αποτυχημένες προσπάθειες του ατόμου να ξεπεράσει τον τραυματισμό της γέννησης. Ειδικότερα, όπως και ο Freud είχε διατυπώσει, ο τοκετός βιώνεται από το νεογνό ως μια επώδυνη εμπειρία εξαιτίας της απειλής του πνιγμού, η οποία απειλή αντιπροσωπεύει όλους τους μετέπειτα φόβους της ζωής (όπως αναφέρεται στο βιβλίο του Γαλανού, 1977). Συμπεριλήφθη, όλες αυτές οι απόψεις προσέθεσαν νέους αιτιολογικούς παράγοντες της νεύρωσης και περιέγραψαν και αποσαφήνισαν ακόμη περισσότερο την εκδήλωση της ίδιας.

1.3. Η Νεύρωση ως Αποτέλεσμα Μάθησης

Ο John B. Watson (1925) (όπως αναφέρεται στο βιβλίο του Μπεζεβέγκη, 2009) υποστήριξε ότι «Δώστε μου μια δωδεκάδα από υγιή βρέφη, επαρκώς ανεπτυγμένα, και τον δικό μου, συγκεκριμένο κόσμο, στον οποίο θα τα αναθρέψω και εγγυώμαι ότι, αν πάρω ένα στην τύχη, μπορώ να το εκπαιδεύσω να γίνει οτιδήποτε επιλέξω, όπως γιατρός, δικηγόρος, καλλιτέχνης, έμπορος και, ναι ακόμη και ζητιάνος και κλέφτης, ανεξάρτητα από τα ταλέντα του, την έφεση, τις τάσεις, τις ικανότητες του...» (σελ. 49). Αντιπαρατίθεται πλήρως με προαναφερθείσες απόψεις για την ανθρώπινη ανάπτυξη, όπως της Horney, η οποία θεωρούσε ότι η ελευθερία έκφρασης του εαυτού είναι ο μόνος δρόμος υγιούς ανάπτυξης. Ο Watson, όμως, απαξιώνει για τις ιδιαίτερες κλίσεις και προσωπικά ενδιαφέροντα του καθενός. Εστιάζει στο εξωτερικό περιβάλλον του ατόμου και πιστεύει ότι αυτό μπορεί να διαμορφώσει οποιαδήποτε ανθρώπινη συμπεριφορά. Στις ανθρώπινες συμπεριφορές συγκαταλέγονται και οι νευρωτικές.

Ο Ivan Pavlov (όπως αναφέρεται στο άρθρο του Wolpe, 1952), πρώτος, αποτυπώνει πειραματικά πως εξωτερικά ερεθίσματα είναι σε θέση να παράγουν νεύρωση σε ένα ον.

Τοποθέτησε ένα σκύλο μπροστά από μια οθόνη. Στην οθόνη παρουσιαζόταν ένας φωτεινός κύκλος και στη συνέχεια, ακολουθούσε τροφοδοσία στο σκυλί. Μόλις ο σκύλος σύνδεσε το φωτεινό κύκλο και τη τροφή, τότε η τροφή σταμάτησε να δίνεται. Η έλλειψη τροφής επηρέασε τη συμπεριφορά του σκύλου, ο οποίος έγινε ανήσυχος, επιθετικός, γάβγιζε και δάγκωνε με βίαιο τρόπο. Όσο η λήψη τροφής από τον σκύλο καθυστερούσε, εκείνος διεγείροταν περισσότερο και γινόταν όλο και περισσότερο ανυπόφορος. Διαπιστώθηκε ότι το ερέθισμα, η τροφή, προκαλούσε αντιδράσεις τις οποίες δεν προκαλούσε από πριν, για αυτό το λόγο οι αντιδράσεις αυτές θεωρήθηκαν προϊόντα μάθησης από τη παραπάνω πειραματική διαδικασία.

Αργότερα στο τμήμα φαρμακολογίας του πανεπιστημίου του Witwatersrand (1948), παρατηρήθηκε ότι η παρουσίαση ενός επιβλαβούς ερεθίσματος εξίσου μπορεί να προκαλέσει νευρώση. Γάτες μετά από ηλεκτροσόκ εμφάνισαν συμπτώματα, όπως τρέμουλο, ουρλιαχτά, ούρηση κ.α. Για τους συμπεριφοριστές οι πειραματικές νευρώσεις είναι παράλληλες με τις κλινικές νευρώσεις. Πιο συγκεκριμένα, ταυτίζουν το φοβικό ερέθισμα με τις αληθινές τραυματικές εμπειρίες των νευρωτικών ασθενών και προσδίδουν μεταξύ αυτών και της νευρώσης αιτιώδη συνάφεια (Wolpe, 1952).

1.4. Η Ταξινόμηση των Νευρώσεων κατά τις τελευταίες δεκαετίες

Με το πέρασμα στο δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα διαφορετικές ερευνητικές προσεγγίσεις είχαν εδραιωθεί, όπως της ψυχανάλυσης και του συμπεριφορισμού, και ακόμη περισσότερες προοπτικές διατυπώνονταν. Για παράδειγμα, ο Rolo May (1979) και ο Irvin Yalom (1980) (όπως αναφέρεται στο άρθρο του Palinski, 1997), υπαρξιστές ψυχαναλυτές, θεωρούσαν το άγχος ως «το τίμημα για την ελευθερία της ανθρώπινης ύπαρξης» (σελ. 4). Η υπαρξιακή νευρώση, που περιέγραψαν, διέπεται από μεγάλη συχνότητα στο σύγχρονο δυτικό κόσμο. Διότι, ο σύγχρονος κόσμος αποδίδει κοινωνικούς ρόλους στους ανθρώπους, τους οποίους οι άνθρωποι ενστερνίζονται χωρίς να εμβαθύνουν σε αυτούς βάση της προσωπικής

τους κρίσης, αλλά υιοθετώντας πολιτιστικές πεποιθήσεις των γονιών τους. Πρόκειται για ένα πολιτιστικό περιβάλλον, το οποίο καθιστά κάθε νέο ως αποτύπωμα των ενηλίκων με παρόμοιες πεποιθήσεις και συμπεριφορές. Κάποιοι ρόλοι σκιαγραφούν προνοσηρές προσωπικότητες, επειδή διακατέχονται από μια ευπάθεια σε διάφορα είδη άγχους. Λόγου χάρη, ο Karl Marx περιέγραψε τους αδίστακτους ανθρώπους ως άτομα σε απόγνωση. Ενώ, και ο Freud (όπως αναφέρεται στο άρθρο του Maddi, 1967) είχε διατυπώσει ότι η ζωή είναι ένας «συμβιβασμός κοινωνικών ρόλων και βιολογικών αναγκών» προβλέποντας τις μεταγενέστερες απόψεις (σελ. 325). Συνολικά, πρώτον παρατηρείται ότι οι διαφορετικές διερευνητικές πεποιθήσεις για τη νεύρωση τείνουν να συγκλίνουν, και δεύτερον ο κοινωνικός περίγυρος του νευρωτικού ασθενούς να διαδραματίζει βασικό ρόλο στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας, κυρίως στη παιδική ηλικία.

Στο εν λόγω χρονολογικό εύρος, το ερευνητικό πεδίο της νεύρωσης βασιζόταν σε μεγαλύτερο βαθμό στην εμπειρική έρευνα και αντικειμενικότητα παρά στην αξιολόγηση ατομικών κλινικών περιπτώσεων. Συνεπώς, νέοι κοινοί παράγοντες αποκαλύφθηκαν για την εμφάνιση της νεύρωσης. Πρώτον, βιολογικοί παράγοντες, δηλαδή ακολούθησαν έρευνες σε οικογένειες και μεταξύ διδύμων για εξεταστεί η πιθανότητα της κληρονομικότητας της διαταραχής. Ωστόσο, γενικότερα για τις αγχώδεις διαταραχές η επίδραση συγκεκριμένων γονιδίων δεν έχει αποσαφηνιστεί (Palinski, 1997). Δεύτερον, η νευρολογική προσέγγιση του άγχους επανήλθε στο προσκήνιο με αποτέλεσμα τη δημιουργία του νευροανατομικού και νευροφυσιολογικού προφίλ των αγχωδών διαταραχών. Παρατηρήθηκε η δυσλειτουργία νευροχημικών συστημάτων και η εμπλοκή νευροδιαβιβαστών και ορμονών θεωρήθηκε αδιαμφισβήτητη (Αλεβίζος, 2008).

Άλλοι παράγοντες, όπως το φύλο και η ηλικία καθυστέρησαν να ενταχθούν στην έρευνα. Τη δεκαετία του 1880, ο Jean Martin Charcot (όπως αναφέρεται στο άρθρο του Micalé, 1987), πρώτος παρατήρησε την υστερία, τη ταυτισμένη τότε με τη νεύρωση, στο

αρσενικό φύλλο και στα παιδιά. Μέχρι τότε, θεωρούνταν διαταραχή αποκλειστικά των γυναικών. Ωστόσο, τα παιδιά μέχρι και το 1960 αντιμετωπίζονταν ως «μινιατούρες των ενηλίκων». Αργότερα, οι έρευνες επικεντρώθηκαν στα ίδια τα παιδιά. Ειδικότερα, ο Lapuse και Monk (1959) αποτύπωσαν τα πρώτα εμπειρικά δεδομένα άγχους και φόβων σε παιδιά ηλικίας από 6-12 ετών μέσω απευθείας συνεντεύξεων από τα ίδια και τις μητέρες τους (όπως αναφέρεται στο άρθρο του Palinski, σελ. 7, 1997).

Ήδη από το 19^ο αιώνα οι επιστήμονες περιέγραφαν ορισμένους τύπους ψυχοπαθολογίας με αποτέλεσμα τη διάκριση της νεύρωσης σε ορισμένες περιπτώσεις, ανάλογα τα συμπτώματα που εκδηλώνονταν. Για παράδειγμα, ο Leroux (1989) (όπως αναφέρεται στο βιβλίο του Αλεβίζου, 2008) περιέγραψε τη διαταραχή πανικού ως ένα αίσθημα κατάρρευσης με αδυναμία στα πόδια, κρύο ιδρώτα, δύσπνοια, ωχρότητα, ιλίγγους και αγωνία. Το άτομο δε μπορεί να ελέγξει τα παραπάνω. Εφόσον τέτοιου είδους διατυπώσεις όλο και πολλαπλασιάζονταν, αναπτύχθηκαν διάφορες κατηγορίες ταξινόμησης για αυτές, όπως του παγκόσμιου οργανισμού υγείας (WHO) και της αμερικανικής ψυχιατρικής εταιρίας (APA). Ο WHO (1999) διατηρεί τον όρο νεύρωση στις νευρωτικές, συσχετιζόμενες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές. Σε αυτή την κατηγορία ασθενειών συγκαταλέγονται αγχώδεις διαταραχές, φοβίες, ψυχαναγκαστικές-καταναγκαστικές διαταραχές, αντιδράσεις σε σοβαρές καταστάσεις άγχους και διαταραχές προσαρμογής, σωματόμορφες και αποσυνδεδετικές διαταραχές. Ανάλογη ταξινόμηση παρατηρείται και στη τέταρτη έκδοση του εγχειρίδιου της APA, Diagnostic statistic manual of mental disorders-IV (DSM - IV) (1994), με ελάχιστες διαφοροποιήσεις. Δηλαδή, ο όρος νεύρωση εκλείπει από το εγχειρίδιο αυτό γιατί όλες οι διαταραχές, που προαναφέρθηκαν, συνιστούν εξατομικευμένες κατηγορίες με δικές τους υποκατηγορίες. Το DSM αναφέρεται και στις νευρώσεις της παιδικής ηλικίας. Αυτές συμπεριλήφθησαν για πρώτη φορά στη τρίτη έκδοση του εγχειρίδιου (DSM - III) (1980) και αναφέρονταν ως εξής: η γενικευμένη διαταραχή άγχους, η διαταραχή αποφυγής και το άγχος

του αποχωρισμού. Στο DSM-IV παρέμεινε το άγχος του αποχωρισμού. Ωστόσο, περιγράφονται και κάποια χαρακτηριστικά των ενηλίκων διαταραχών, τα οποία είναι παρόντα σε πληθυσμούς παιδιών και εφήβων (όπως αναφέρεται στο βιβλίο του Μπεζεβέγκη, 2011).

Αν παρατηρήσει κανείς, ότι ακόμη και στα πιο δημοφιλή εγχειρίδια ταξινόμησης οι νευρώσεις παρουσιάζουν κάποιες διάφορες, θα καταλήξει στο συμπέρασμα ότι είναι αδύνατο να προσδιοριστούν με ένα κοινό αλλά και επιστημονικά ικανοποιητικό τρόπο. Αυτό κατέδειξε και η ιστορική αναδρομή που προηγήθηκε με τις διαφορετικές πεποιθήσεις των πρωτοπόρων ερευνητών στο κλάδο της ψυχολογίας. Παρόλα αυτά, ξετυλίχθηκαν πολλές πτυχές εκδήλωσης και αιτιώδους συνάφειας της νεύρωσης, οι οποίες οδηγούν στη καλύτερη κατανόηση και οριοθέτηση του πλαισίου της νεύρωσης στη παιδική ηλικία, ένα πρόσφατο ερευνητικό πεδίο, αλλά και πολύ ουσιαστικό για την εξέλιξη της νεύρωσης σε όλη τη ζωή του ανθρώπου.

2. Εισαγωγή στις Νευρώσεις της Παιδικής Ηλικίας

Οι αιτίες των προβλημάτων της ψυχικής υγείας των ενηλίκων εδράζουν ακόμη και στη παιδική ηλικία. Για αυτό το λόγο, οι παιδοψυχίατροι υποστηρίζουν ότι η έγκαιρη αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων και στη προκειμένη περίπτωση των νευρώσεων, διασφαλίζει τη ψυχική υγεία του ατόμου στο μέλλον. Ορισμένα ερευνητικά ευρήματα αναφέρουν την πορεία της νεύρωσης από τη παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή. Επίσης, άλλα ευρήματα επισημαίνουν τη μεταβίβαση της νεύρωσης από τον ενήλικα στο παιδί, πιο συγκεκριμένα από το γονέα στο παιδί, και κυρίως από τη μητέρα στη κόρη. Ωστόσο, το διαφορετικό ηλικιακό φάσμα φαίνεται να διαφοροποιεί την εκδήλωση της διαταραχής. Πρώτον, οι νευρώσεις εμφανίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό στις ενήλικες γυναίκες, ενώ όσο αφορά τη παιδική ηλικία δε παρατηρούνται διάφορες ως προς το φύλο. Δεύτερον, η ηλικία έναρξης ποικίλει με αποτέλεσμα ορισμένες νευρώσεις να διαγιγνώσκονται συχνότερα στα παιδιά, και άλλες να παρουσιάζονται αργότερα στη ζωή του ανθρώπου. Τρίτον, κάποιες εκδηλώσεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς εκπορεύονται από το αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου, παραδείγματος χάριν το άγχος αποχωρισμού. Πρόκειται για μια φυσιολογική εκδήλωση, ωστόσο εάν εκφράζεται σε εντονότερο βαθμό από το φυσιολογικό, πιθανώς περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ευθύνονται για αυτό το γεγονός (Rutter, 1972). Ωστόσο, το ερώτημα παραμένει αναπάντητο για τη παράλληλη ή ανεξάρτητη επίδραση βιολογικών παραγόντων (Παπαδάτος, 2010). Στην εν λόγω βιβλιογραφική ανασκόπηση θα παραταθούν κάθε είδους παράγοντες.

Με βάση τα παραπάνω η αξιολόγηση των νευρωτικών χαρακτηριστικών σε άτομα παιδικής ηλικίας κρίθηκε απαραίτητη, ωστόσο δεν αποτέλεσε εύκολος στόχος. Βασικά χαρακτηριστικά ορίζονται η επιθετικότητα, οι αντιθετικές τάσεις, το άγχος, ο φόβος, οι ανασταλτικές ή επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και οι παθολογικές εκδηλώσεις (Δεστούνης, 1990). Βέβαια, δυσάρεστες συνήθειες των παιδιών, όπως το δάγκωμα των

νυχιών, ο θηλασμός του αντίχειρα, ο τραυλισμός και η βραδινή ενούρηση δεν αντιστοιχούσαν στις υπάρχουσες κλίμακες αξιολόγησης των νευρώσεων και συχνά χαρακτήριζαν τις μειονότητες ή αποτελούσαν αναπτυξιακής προέλευσης ζητήματα (Rutter, 1972). Με αποτέλεσμα η σύγχρονη ερευνητική βιβλιογραφία να επιλέγει να προσαρμόζει τις κλίμακες αξιολόγησης ενηλίκων στα άτομα παιδικής ηλικίας. Οι πιο δημοφιλείς εφαρμόζονται βάση των κριτηρίων διάγνωσης του DSM - IV (APA, 2000). Όμως, στο DSM - V (APA, 2013) αναφέρεται ότι, για να είναι εφικτή η διάγνωση των νευρωτικών συμπτωμάτων στη παιδική ηλικία, τα συμπτώματα θα πρέπει να είναι ορατά για 6 μήνες τουλάχιστον. Στις επόμενες ενότητες, θα παραταθούν οι βασικότεροι τομείς διάγνωσης για κάθε νευρωτική συμπεριφορά.

Στον ελλαδικό χώρο τα αξιόπιστα και έγκυρα ψυχομετρικά εργαλεία για την εκτίμηση των νευρώσεων είναι περιορισμένα. Ωστόσο, τα άτομα παιδικής ηλικίας στην Ελλάδα φαίνεται να είναι πιο πρόθυμα να μιλήσουν για τα συναισθήματα τους συγκριτικά με άλλες χώρες. Έχουν παρατηρηθεί αυξημένα επίπεδα φόβου και ιδιαίτερος κοινωνικής και σχολικής φοβίας. Η κοινωνική φοβία, ίσως είναι απόρροια ελληνικών πρακτικών, που ορίζουν τη δομή της οικογένειας ως ισχυρή και υπέρτατη των άλλων κοινωνικών δομών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα δραστηριότητες εκτός του οικογενειακού ασύλου να θεωρούνται αυξημένης επικινδυνότητας. Αναφορικά με τη σχολική φοβία, οι επώδυνες τιμωρίες για ζητήματα ήσσοнос σημασίας, όπως η απαγγελία αναγνωστικού υλικού τεράστιου μεγέθους, αποθαρρύνει τους νέους. Μάλιστα, πυροδοτεί καταναγκαστικές συμπεριφορές όπως η επανάληψη και ο έλεγχος. Στη συνέχεια, η αρνητική ανταπόκριση στο ρόλο της γυναίκας είναι φανερή, ίσως συσχετίζεται με το ερευνητικό δεδομένο, ότι τα κορίτσια δηλώνουν μεγαλύτερα ποσοστά άγχους. Το ίδιο ισχύει και για όσους προέρχονται από τα κατώτερα και μεσαία κοινωνικά στρώματα. Εκτός, λοιπόν, των πολιτιστικών και εκπαιδευτικών παραμέτρων, η οικονομική κρίση συμβάλλει εξίσου στα αυξημένα επίπεδα άγχους των παιδιών στην Ελλάδα (Mellon & Moutavelis, 2007).

Οι νευρώσεις επιδρούν αρνητικά στον άμεσο κοινωνικό περίγυρο, στην εκπαιδευτική και μετέπειτα επαγγελματική πορεία του άτομου. Σημαντικό ποσοστό των ενηλίκων, 9% έως 32%, αναφέρουν την έναρξη των αρνητικών επιπτώσεων ήδη στη παιδική ηλικία (Creswell, Waite & Cooper, 2014). Για αυτό το λόγο η θεραπευτική αντιμετώπιση των νευρώσεων αποτελεί μείζον θέμα του ερευνητικού και κλινικού ενδιαφέροντος. Περίπου τη δεκαετία του 1970, η αλληλεπίδραση ιατρικής και ψυχολογίας θεσπίστηκε, εφόσον η ψυχολογία επέφερε τα πρώτα θετικά αποτελέσματα αναφορικά με την αντιμετώπιση των ψυχιατρικών διαταραχών. Στη σημερινή εποχή οι ψυχολογικές προσεγγίσεις πρωτοπορούν στην θεραπεία των ψυχιατρικών διαταραχών, κυρίως των νευρώσεων (Walker & Roberts, 2001).

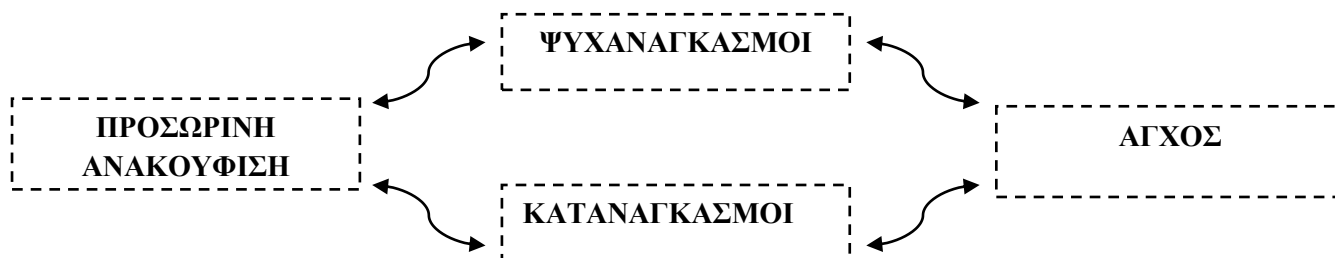
3. Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Νεύρωση

Αρχικά, θα διερευνηθούν οι συμπεριφορικοί, γνωστικοί και κοινωνικοί τομείς διάγνωσης της ψυχαναγκαστικής - καταναγκαστικής νεύρωσης και οι βασικότεροι τρόποι αντιμετώπισης των συμπτωματικών εκδηλώσεων της. Στο παρελθόν, η εμφάνιση της ψυχαναγκαστικής – καταναγκαστικής νεύρωσης χαρακτηριζόταν ως σπάνια στη παιδική ηλικία. Όμως, σύμφωνα με τους Rasmussen & Eisen (1990), το 1/3 των ενηλίκων, οι οποίοι πάσχουν από την εν λόγω νεύρωση, περιγράφουν τα πρωτοεμφανισθέντα συμπτώματα αυτής στη παιδική ηλικία (όπως αναφέρεται στο άρθρο των Stewart, Rosario, Brown, Carter, Leckman, Sukhodolsky et al., 2007). Συνεπώς, παρατηρήθηκε ένα κενό αναφορικά με τη διάγνωση της νεύρωσης στα παιδιά. Για αυτό το λόγο, σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι η παρουσίαση της νεύρωσης σε διάφορους τομείς της παιδικής ζωής, ώστε να επισημανθούν οι τομείς που χρήζουν απαραίτητης εστίασης κατά τη διαδικασία της διάγνωσης.

3.1. Συμπτωματικές Εκδηλώσεις Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Νεύρωση

Οι ασθενείς με ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή βιώνουν έναν ατέρμονα κύκλο ψυχαναγκασμών και καταναγκασμών (Barton & Heyman, 2013). Σύμφωνα με την 10^η έκδοση του εγχειριδίου της παγκόσμιας στατιστικής ταξινόμησης των ασθενειών και συναφών προβλημάτων υγείας (ICD₁₀) (WHO, 1999), οι ψυχαναγκασμοί ή ιδεοληψίες ορίζονται ως «εμμονές», ειδικότερα ως ανεπιθύμητες και επαναλαμβανόμενες ιδέες, εικόνες ή παρορμήσεις, που ενυπάρχουν στο μυαλό του ασθενούς. Σύμφωνα με το ίδιο εγχειρίδιο, οι καταναγκασμοί αποτελούν επαναλαμβανόμενες και στερεότυπες συμπεριφορές ή νοητικές πράξεις, που διέπονται από τελετουργικούς κανόνες, οι οποίοι εφαρμόζονται ανελλιπώς. Οι ψυχαναγκασμοί προκαλούν έντονο άγχος στον ασθενή, ο οποίος, στη συνέχεια, επιχειρεί μέσω των καταναγκασμών να καταστείλει το επικείμενο άγχος. Επιτυγχάνει το σκοπό του, αλλά σε σύντομο χρονικό διάστημα το άγχος επανέρχεται, διότι μέσω της διεκπεραίωσης των

τελετουργικών διαδικασιών μετατρέπει τις ιδεοληψίες σε πεπραγμένα, δηλαδή ουσιαστικά τις τροφοδοτεί. Στο σχήμα 1 αναπαριστάται η αμφίδρομη σχέση ψυχαναγκασμών και καταναγκασμών (Barton & Heyman, 2013).



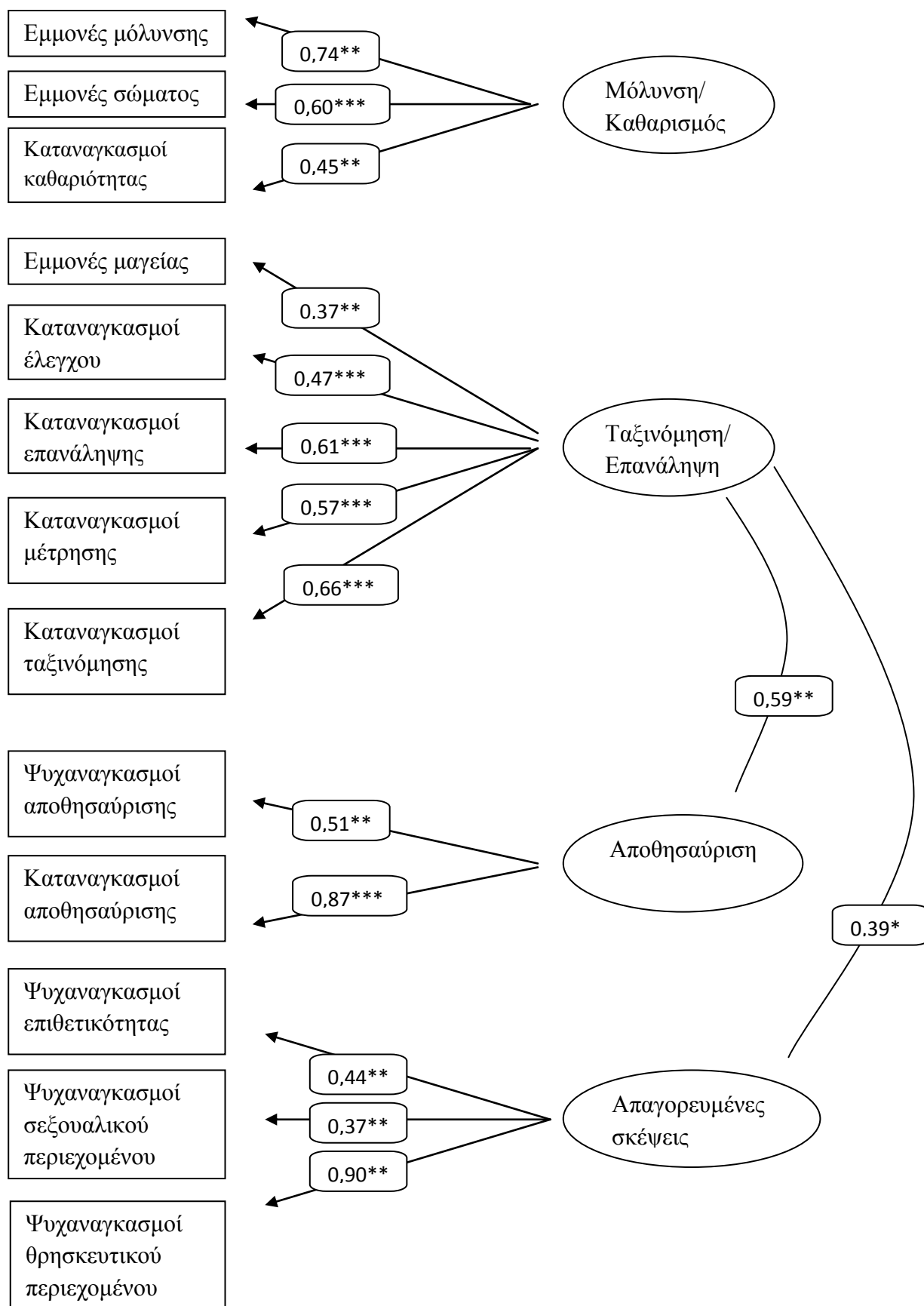
Σχήμα 1. Αναπαράσταση της αλληλεπίδρασης ψυχαναγκασμών και καταναγκασμών.

Με βάση τα παραπάνω, οι καταναγκαστικές συμπεριφορές αυτοματοποιούνται. Το παιδί τις εκπληρώνει χωρίς να παρουσιάζει κάποια αντίσταση, ακόμη και αν παρευρίσκεται κάποιος άλλος μπροστά. Το ίδιο το παιδί δεν αντλεί κάποια εγγενή ευχαρίστηση από αυτή τη συμπεριφορά, μάλιστα εξαιτίας της διαρκούς επανάληψης της συμπτωματικής κατάστασης, αισθάνεται μεγάλη δυσαρέσκεια. Επίσης, δεν βρίσκεται σε θέση να δικαιολογήσει τη στερεότυπη συμπεριφορά του και αναγνωρίζει τον άσκοπο χαρακτήρα της. Παρόλα αυτά, έχουν έντονο το αίσθημα της ευθύνης να εκτελεστεί η τελετουργική συμπεριφορά με συνέπεια (Barton & Heyman, 2013). Συνήθως οι ψυχαναγκασμοί και καταναγκασμοί είναι συναφείς, για παράδειγμα ο φόβος των μικροβίων προηγείται του πλυσίματος των χεριών. Οι ιδεοληψίες πιθανώς να μη γίνονται αντιληπτές, επειδή το παιδί αντιλαμβάνεται τη ματαιότητα αυτών, καταλαμβάνεται από ντροπή και επιχειρεί να κρύψει για όσο περισσότερο είναι εφικτό τα συμπτώματα (Chung & Heyman, 2008). Μάλιστα, περιγράφει τις εμμονές ως φωνές, καθώς αδυνατεί να κατανοήσει τη προέλευση τους. Για να γίνει αντιληπτή η διαταραχή, λοιπόν σύμφωνα με το ICD₁₀ (WHO, 1999), τα συμπτώματα θα πρέπει να εξελίσσονται τις περισσότερες μέρες σε διάστημα 2 βδομάδων. Ακόμη δεν αρκεί να είναι μόνον ορατά, αλλά να παρακωλύουν τη καθημερινότητα του παιδιού, γεγονός που οφείλουν να παρατηρήσουν οι γονείς εγκαίρως. Ωστόσο, οι γονείς δε πρέπει να συγχέουν τις

καθημερινές τελετουργικές συμπεριφορές των παιδιών (παραδείγματος χάριν βραδινός ύπνος) με τα καταναγκαστικά συμπτώματα, καθώς δεν είναι οδυνηρές για το παιδί, δε διαρκούν περισσότερο του φυσιολογικού και ανήκουν στη τυπική καθημερινότητα του και δε το αποσπούν από αυτή (Barton & Heyman, 2013).

Οι Bernstein, Victor, Nelson & Lee (2013) αξιολόγησαν τη συμπτωματική εκδήλωση νέων, από 5 έως 18 χρονών, οι οποίοι πάσχουν από τη ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική νεύρωση. Το φύλο δεν επηρέασε την εκδήλωση των συμπτωμάτων. Γενικότερα, η νεύρωση έχει παρατηρηθεί εξίσου στα δύο φύλα (Barton & Heyman, 2013). Σχετικά με τους ψυχαναγκασμούς, εκείνοι οι οποίοι αναφέρονταν σε μηχανισμούς αποθησαύρισης¹, επιθετικότητα, φόβο για τυχόν μολύνσεις, μαγεία, ακόμη είτε είχαν σεξουαλικό είτε θρησκευτικό περιεχόμενο διαπιστώθηκαν. Στους καταναγκασμούς συμπεριλήφθηκαν η καθαριότητα, το πλύσιμο, ο έλεγχος, το μέτρημα, η ταξινόμηση, η επανάληψη και η αποθησαύριση. Στη συνέχεια, διαπιστώθηκε υψηλή συσχέτιση μεταξύ ψυχαναγκασμών και καταναγκασμών. Στο σχήμα 2 αποτυπώνονται οι αναμεταξύ τους συσχετίσεις βάση του ψυχομετρικού εργαλείου Children's Yale – Brown obsessive – compulsive scale και των τεσσάρων διαστάσεων, που συμπεριλαμβάνει την ταξινόμηση/ επανάληψη, την μόλυνση/ καθαρισμό, την αποθησαύριση και τις απαγορευμένες σκέψεις. Γίνεται αντιληπτό ότι η μεταβλητή ταξινόμηση/ επανάληψη συσχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με την μεταβλητή της αποθησαύρισης, καθώς τα παιδιά μετρούν τα συλλεγόμενα αντικείμενα. Στη συνέχεια, η μεταβλητή ταξινόμηση/ επανάληψη συσχετίζεται εξίσου με τη μεταβλητή των απαγορευμένων σκέψεων, συνήθως τα παιδιά για να καταστείλουν τις απαγορευμένες σκέψεις καταφεύγουν στους συγκεκριμένους καταναγκασμούς. Εν τέλει, το πλαίσιο σχέσεων που αποδίδεται στο σχήμα 2 επιβεβαιώνει την αλληλεπίδραση ψυχαναγκασμών και καταναγκασμών (Bernstein et al., 2013).

¹ Συλλογή αντικειμένων η οποία δεν ανταποκρίνεται σε οποιαδήποτε είδους αξία.



Σχήμα 2. Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων της Children's Yale – Brown obsessive – compulsive scale. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$!

Το ηλικιακό φάσμα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην έκφραση της προκείμενης συμπτωματολογίας. Για παράδειγμα, τα παιδιά ενδίδουν περισσότερο στους καταναγκασμούς της αποθησαύρισης, ενώ οι έφηβοι και ενήλικες σε ψυχαναγκασμούς θρησκευτικού και σεξουαλικού περιεχομένου σύμφωνα με τον Geller, Biederman, Faraone, Agranat, Craddock, Hagermoser και συν. (2001) (όπως αναφέρεται στο άρθρο των Bernstein και συν., 2013). Ωστόσο, το εύρος των συμπτωμάτων που προαναφερθήκαν είναι δυνατόν να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε ηλικιακό φάσμα. Συγκεκριμένα, οι Stewart, Rosario, Brown, Carter, Leckman, Sukhodolsky (2007) συνέκριναν τα αποτελέσματα από 231 παιδιά και εφήβους στη κλίμακα Children's Yale – Brown obsessive – compulsive scale με προγενέστερα αποτελέσματα της αντίστοιχης κλίμακας των ενηλίκων. Η κύρια διαφορά μεταξύ των δύο κλιμάκων είναι η φιλική γλώσσα προς τα παιδιά. Τα συμπεράσματα των ερευνητών κατέληξαν στο γεγονός, ότι τα συμπτώματα εμφανίζονταν σε οποιοδήποτε ηλικιακό εύρος.

3.2. Λειτουργικότητα Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Νεύρωση

Η ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική νεύρωση παρουσιάζεται στο 1% έως 3 % ατόμων παιδικής ηλικίας με σημείο έναρξης μεταξύ των 7,5 και 12,5 ετών σύμφωνα με τους Stewart, Geller, Jenike, Pauls, Shaw, Mullin, και συν. (2004) (όπως αναφέρεται στο άρθρο των Borda, Feinstein, Neziroglu Veccia & Perez-Rivera, 2013). Είναι αξιοσημείωτο ότι πλήττει ένα σημαντικό ποσοστό των παιδιών, συνεπώς είναι σκόπιμο να αναφερθεί με ποιον τρόπο επηρεάζεται η λειτουργικότητα αυτών των ατόμων στη καθημερινή ζωή.

3.2.1. Γνωστική Λειτουργία και Νευροανατομικοί Παράγοντες

Οι Greisberg & McKay (2003) προβάλλουν ως πιθανή αιτία της συμπτωματικής εκδήλωσης την αδυναμία γνωστικού ελέγχου. Πιο συγκεκριμένα, η υπερεκτίμηση σκέψεων και πράξεων, οι αμφιβολίες για τη διεκπεραίωση εργασιών, το αίσθημα ευθύνης για επιτυχία, η οποία εξορισμού είναι ακατόρθωτη, πυροδότησαν αυτή την άποψη.

Οι Andrés, Boget, Lázaro, Penadés, Morer, Salamero και συν. (2007) συνέκριναν τη γνωστική απόδοση παιδιών και ενηλίκων με ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική νεύρωση και υγιών ατόμων. Αν και ο δείκτης νοημοσύνης δε διέφερε, τα παιδιά σημείωσαν χαμηλότερη απόδοση από τα υγιή άτομα. Ειδικότερα, στην άμεση και καθυστερημένη ανάκληση πληροφοριών, στην οπτική μνήμη, σε στρατηγικές οργάνωσης και άλλες εκτελεστικές λειτουργίες, καθώς και στη προσοχή. Επίσης, οι Waters & Farrell (2014) παρατήρησαν σε παιδιά από 9 έως 12 ετών ελλείμματα στον ανασταλτικό έλεγχο απαντήσεων σε γνωστικό τεστ αναγνώρισης συναισθηματικών εκφράσεων ενός προσώπου². Συμπερασματικά, παρατηρήθηκε γνωστική εξασθένηση στα νευρωσικά παιδιά. Ωστόσο, διαχρονικές μελέτες είναι απαραίτητες για να καταστεί σαφώς αν η γνωστική εξασθένηση προϋπήρχε ή όχι των κλινικών παραγόντων. Στη συγκεκριμένες έρευνες δεν διαπιστώθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ γνωστικών και κλινικών παραγόντων.

Οι ερευνητές ανατρέχουν στη δραστηριότητα του εγκεφάλου με σκοπό να ερμηνεύσουν εν μέρει τους γνωστικούς και κλινικούς παράγοντες της νεύρωσης. Ασθενείς παιδικής ηλικίας κατά τη διάρκεια έργου αυξημένης αντίδρασης, το οποίο ενεργοποιούσε τις αισθητικό – κινητικές ικανότητες των παιδιών, υποβλήθηκαν σε λειτουργικό μαγνητικό τομογράφο. Τα αποτελέσματα επέδειξαν μεγαλύτερη εγκεφαλική δραστηριότητα στους ασθενείς συγκριτικά με υγιείς. Δηλαδή, παρατηρήθηκε μεγαλύτερη ενεργοποίηση του ανωτέρου δεξιού βρεγματικού λοβού, της αριστερής έλικας του προσαγωγίου, της μέσης μετωπιαίας έλικας, του κερκοφόρου πυρήνα, του επικλινή πυρήνα και των βασικών γαγγλίων. Επίσης, η ενεργοποίηση αυτών των περιοχών αυξανόταν σε περίπτωση αυξημένης σοβαρότητας των συμπτωμάτων. Οι ασθενείς δεν είχαν υποβληθεί σε φαρμακευτική θεραπεία

² Emotional go/no go task: Ο εξεταστής υπαγορεύει στον ασθενή να απαντήσει σε μια προκαθορισμένη συναισθηματική έκφραση προσώπου.

στο παρελθόν, γεγονός που θα επηρέαζε τα αποτελέσματα (Lazaro, Caldu, Junque, Bargallo, Andres, Morer et al., 2007).

Ακόμη, οι Lázaro, Bargalló, Castro-Fornieles, Falcón, Andrés, Calvo και συν. (2009) εκτίμησαν τις αλλαγές της δραστηριότητας του εγκεφάλου σε νευρωσικά παιδιά, τα οποία υποβλήθηκαν σε συμπεριφοριστική θεραπεία σε συνδυασμό με χορήγηση επιλεκτικού αναστολέα επαναπρόληψης της σερετονίνης. Η μαγνητική τομογραφία προσδιόρισε λιγότερη φαιά ουσία στο μετωπιαίο λοβό, στο δεξί βρεγματικό λοβό και κυρίως στην υπερχειλία έλικα, η οποία επεκτείνεται στον ινιακό και κροταφικό λοβό. Η λευκή ουσία χαρακτηρίστηκε ως μειωμένη στο δεξί βρεγματικό λοβό. Μετά από 6 μήνες θεραπείας η φαιά ουσία στο βρεγματικό λοβό αποκαταστάθηκε, αλλά δεν διαπιστώθηκε καμιά άλλη αλλαγή. Συνεπώς, τόσο στην αξιολόγηση των γνωστικών παραγόντων, όσο και των κλινικών εμπλέκεται η δομική και λειτουργική εικόνα του εγκεφάλου, κυρίως του δεξιού βρεγματικού λοβού.

Ευρήματα τα οποία αφορούν την εγκεφαλική δραστηριότητα προσανατόλισαν τις έρευνες για την ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική νεύρωση στην αξιολόγηση διδύμων και οικογενειών με σκοπό την ανάδυση του γενετικού παράγοντα. Τα αποτελέσματα επικεντρώνονται κυρίως στις σεροτονινεργικούς και ντοπαμινεργικούς οδούς (Barton & Heyman, 2013). Ακόμη, παιδιά με οικογενειακό ιστορικό ανταποκρίνονται λιγότερο στη ψυχοθεραπεία (Bernstein et al., 2013). Είναι αποδεκτό ότι ο γονέας, είτε ως άμεσο περιβάλλον, είτε ως γενετικό υπόβαθρο επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη ψυχική υγεία του παιδιού.

3.2.2. Κοινωνικότητα

Οι παρέες συνομηλίκων επιδρούν σε μεγάλο βαθμό στην ψυχική υγεία του ατόμου, καθώς και το αντίστροφο. Παιδιά προεφηβικής ηλικίας με ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική νεύρωση εκφράζουν μεγαλύτερο φόβο στις κοινωνικές συναναστροφές τους και μάλιστα, το 96% του ερευνητικού δείγματος των Borda και συν. (2013) αντιμετωπίζει

δυσκολίες στη δημιουργία νέων φίλων, ενώ το 87% δεν είναι ικανοποιημένο με το μικρό αριθμό των φίλων του. Επίσης, θυματοποιούνται περισσότερο από το γενικό πληθυσμό και εκφράζουν συμπεριφορές εκφοβισμού σε μικρότερο ποσοστό. Δεν συμμετέχουν σε αλτρουιστικές πράξεις και όσο μεγαλύτερη είναι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων τους, τόσο μεγαλύτερος είναι ο φόβος της αρνητικής αξιολόγησης από τους άλλους, αλλά και η έκπτωση της κοινωνικής λειτουργικότητας.

Ειδικότερα, οι ψυχαναγκασμοί και οι καταναγκασμοί επηρεάζουν τη κοινωνικότητα του παιδιού με ορισμένους τρόπους. Για παράδειγμα, ψυχαναγκασμοί, οι οποίοι αφορούν τη μόλυνση απομακρύνουν το παιδί από διάφορα κέντρα συγκέντρωσης με τους συνομηλίκους, όπως η παιδική χαρά ή το σπίτι ενός φίλου. Επιπλέον, η τελειομανία πιθανώς αξιολογείται αρνητικά από τους συνομηλίκους, παραδείγματος χάρις οι διαρκείς ερωτήσεις του ασθενούς για κάποια καθυστέρηση στην εκπόνηση οποιασδήποτε δραστηριότητας. Γενικότερα, οι καταναγκασμοί του ασθενούς λαμβάνονται ως επίμονη και αξεπέραστη δυσκολία από το συνομήλικο, ο οποίος κατ'επέκταση δεν επιχειρεί να συνάψει σχέσεις μαζί του (Borda et al., 2013). Παράλληλα, ο ασθενής αποφεύγει τη κοινωνική συνύπαρξη μαζί με το συνομήλικο, για να μην ανιχνευθούν τα συμπτώματά του, με αποτέλεσμα περιορισμένες διαπροσωπικές σχέσεις (Kim, Reynolds & Alfano, 2012).

Το πρόβλημα της κοινωνικής δυσλειτουργίας δυσχεραίνει όταν εμπλέκεται ο παράγοντας της συνοσηρότητας. Σύμφωνα με αναφορές γονέων και ασθενών με πρώιμη ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή και συνοσηρότητα με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΗ), οι διαπροσωπικές σχέσεις των εν λόγω ασθενών φθίνουν ακόμη περισσότερο. Τα ποσοστά συνοσηρότητας με άλλες διαταραχές ανέρχονται σε αυξημένα επίπεδα και κυρίως με ΔΕΠΗ. Ωστόσο, η ερευνητική βιβλιογραφία υστερεί στη μελέτη των παραγόντων κοινωνικότητας και συνοσηρότητας (Kim et al., 2012).

3.3. Συνοσηρότητα με Άλλες Διαταραχές

Ασθενείς, οι οποίοι εμφάνισαν τη νεύρωση πριν την ηλικία των δέκα ετών, χαρακτηρίζονται από επαυξημένη σοβαρότητα συμπτωμάτων, μακρύτερη διάρκεια ασθένειας και ποσοστά συνοσηρότητας ως και 80%. Οι συνηθέστερες καταστάσεις, που συνυπάρχουν, είναι η ΔΕΠΗ, η κατάθλιψη, η εναντιωματική προκλητική διαταραχή, οι αγχώδεις διαταραχές, τικς και ειδικά αναπτυξιακά προβλήματα (Barton & Heyman, 2013). Οι Ivarsson & Melin (2008) σε ερευνητικό δείγμα 109 ασθενών διέγνωσαν συνοσηρότητα με σύνδρομο Tourette και τικ, μαθησιακές δυσκολίες και σε μεγαλύτερα ποσοστά με αυτισμό και διαταραχή διασπαστικής συμπεριφοράς.

Αρχικά, η διάκριση του αυτισμού και της ψυχαναγκαστικής – καταναγκαστικής διαταραχής αποτελεί ένα κρίσιμο ζήτημα, διότι τα επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφοράς παρατηρούνται και στις δύο διαταραχές. Ωστόσο, το παιδί, το οποίο πάσχει από τη νεύρωση, βιώνει ένα εσωτερικό άγχος και δυσaréσκεια για την εκδήλωση των συμπτωμάτων του, ενώ το παιδί, το οποίο νοσεί από αυτισμό, όχι και μάλιστα δεν επιθυμεί να τα διακόψει. Παρόλα αυτά η εκτίμηση των συναισθημάτων του παιδιού, το οποίο πάσχει από αυτισμό, είναι μια εξαιρετικά δύσκολη διαδικασία εξαιτίας μαθησιακών και λεκτικών ελλειμμάτων (Barton & Heyman, 2013).

Δεύτερον, τα παιδιά τα οποία πάσχουν από ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή και διαταραχή διασπαστικής συμπεριφοράς διέπονται από μεγαλύτερη δεινότητα συμπτωμάτων, μεγαλύτερη αδυναμία αντίστασης στην εκδήλωση των συμπτωμάτων, περισσότερο άγχος, περισσότερα κοινωνικά προβλήματα, καθώς και προβλήματα στο οικογενειακό περιβάλλον. Τα παιδιά αυτά σηματοδοτούν χειρότερη κλινική πορεία για αυτό το λόγο είναι απαραίτητη η διάγνωση της συνοσηρότητας και η κατάλληλη αντιμετώπιση (Storch, Lewin, Geffken, Morgan & Murphy, 2010).

3.4. Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Έχει προταθεί πλήθος θεραπευτικών προσεγγίσεων για τη ψυχαναγκαστική - καταναγκαστική διαταραχή. Κατά κύριο λόγο, η ερευνητική βιβλιογραφία αναφέρεται στη γνωστικό - συμπεριφοριστική θεραπεία και φαρμακοθεραπεία, οι οποίες ορισμένες φορές εφαρμόζονται παράλληλα.

Η γνωστικό – συμπεριφοριστική θεραπεία κατονομάζει τη νεύρωση ως «εισβολέα», δηλαδή ως έναν εχθρό από το εξωτερικό περιβάλλον, τον οποίο η οικογένεια και το παιδί καλούνται να αντιμετωπίσουν. Τα μέλη της οικογένειας δε πρέπει να ενθαρρύνουν τις τελετουργικές συμπεριφορές του παιδιού. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, το παιδί εκτίθεται στα αγχογόνα ερεθίσματα που κατακλύζουν τις σκέψεις του. Ωστόσο, με τη βοήθεια γνωστικών στρατηγικών επιχειρεί να απαλλαχθεί από αυτές και να μη καταφύγει στους καταναγκασμούς. Η αντίσταση στους καταναγκασμούς πυροδοτεί αισθήματα ανησυχίας και αγωνίας στο παιδί, τα οποία μαθαίνει να αντιμετωπίζει εξίσου. Πρόκειται για μια σύντομη θεραπεία. Επιπρόσθετα, συστήνεται η ομαδική θεραπεία (Chung & Heyman, 2008).

Στη συνέχεια, το 70% των νοσούντων παιδιών ανταποκρίνεται στη λήψη εκλεκτικού αναστολέα επαναπρόληψης της σερετονίνης. Οι περισσότερο αποτελεσματικοί και ασφαλείς είναι η φλουοξετίνη, η φλουβοξαμίνη, η σιταλοπράμη και η σερτραλίνη. Η δόση ξεκινά σε χαμηλά επίπεδα, για να αποφευχθούν παρενέργειες, όπως η καταστολή όρεξης και η ναυτία. Εκτός της φλουοξετίνης, οι υπόλοιποι συστήνονται και στη περίπτωση συνοσηρότητας με κατάθλιψη. Σε συνθήκες συνοσηρότητας με σύνδρομο τικ, προτείνεται η πρόσληψη μικρής δόσης ανταγωνιστή ντοπαμίνης (Chung & Heyman, 2008).

Γενικότερα, ψυχαναγκαστικά και καταναγκαστικά συμπτώματα παρατηρούνται σε διάφορες ψυχικές ασθένειες, παραδείγματος χάριν στις διατροφικές διαταραχές οι σκέψεις αποστροφής για τα τρόφιμα (Chung & Heyman, 2008). Άρα, η σωστή διάγνωση αποτελεί μείζον σημείο για την μετέπειτα ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα. Παράλληλα

και η έγκαιρη διάγνωση, όπως προαναφέρθηκε οι παιδικές νερώσεις παραμένουν αθεράπευτες και διαγιγνώσκονται στην ενήλικη ζωή.

4. Άγχος Αποχωρισμού

Το άγχος του αποχωρισμού περιγράφεται ως φόβος για την απομάκρυνση από σημαντικά άτομα, που υπερβαίνει τα όρια, τα οποία χαρακτηρίζουν το συγκεκριμένο αναπτυξιακό στάδιο της παιδικής ηλικίας. Ο πάγιος φόβος συνήθως αναφέρεται στους γονείς, οι κύριοι εκπρόσωποι της προσκόλλησης, που παρατηρείται στα παιδιά (Allen, Lavalley, Herren, Ruhe & Schneider, 2010). Ο δεσμός του παιδιού με το γονέα και κατ'επέκταση τα βασικά χαρακτηριστικά των γονέων διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη πορεία της εν λόγω νεύρωσης. Καθώς και στην αλληλεπίδραση της νεύρωσης με άλλες διαταραχές, γεγονός που δυσχεραίνει το έργο της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Επίσης, η θεραπευτική αντιμετώπιση καλείται να εξυγιάνει μείζονα άλλα προβλήματα, τα οποία προκύπτουν στη κοινωνική ζωή του παιδιού, στο σχολείο, ακόμη και σε οργανικό επίπεδο.

4.1. Εκδήλωση του Άγχους Αποχωρισμού Ατόμων Παιδικής Ηλικίας

Πρόκειται για τη δημοφιλέστερη νεύρωση στη παιδική ηλικία (Kossowsky, Wilhelm, Roth & Schneider, 2012). Επικρατεί σε ποσοστό 4% έως 5% του γενικού πληθυσμού των νέων (Masi, Mucci & Millepiedi, 2001). Συμπεριλήφθη για πρώτη φορά στη 3^η έκδοση του DSM της APA (1980). Μέχρι σήμερα τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής άγχους αποχωρισμού, όπως APA (2013), έχουν υποστεί αρκετές αλλαγές.

Οι Allen και συν. (2012) εκτίμησαν τη συχνότητα των συμπτωμάτων της διαταραχής σε 106 παιδιά, τα οποία έχουν διαγνωστεί σύμφωνα με τα κριτήρια της 4^{ης} έκδοσης του DSM – IV (APA, 1994). Το 87,4% του δείγματος ανταποκρινόταν στο πρώτο κριτήριο, σύμφωνα με το οποίο τα παιδιά διακατέχονται από επίμονη και υπερβολική αγωνία, όταν αποχωρίζονται τα κύρια πρόσωπα προσκόλλησης τους ή φεύγουν από το σπίτι. Το 60,4% διαισθανόταν την απειλή, ότι ο σημαντικός άλλος θα υποστεί κάποιο κακό, πιθανώς και να μην τον ξανά δει. Το 81% κυριεύεται από αναπάντεχο φόβο πως θα μείνει μόνο στο σπίτι.

Επίσης, το 85,7% αρνείται να κοιμηθεί χωρίς κάποιον ενήλικα, με τον οποίο έχει αναπτύξει συναισθηματικό δεσμό ή ακόμα να κοιμηθεί εκτός σπιτιού. Γενικότερα, το 51,4% δε πήγαινε πουθενά εξαιτίας του φόβου του αποχωρισμού, ακόμη ούτε στο σχολείο. Σε μικρότερο ποσοστό, οι συμμετέχοντες παραπονέθηκαν για εφιάλτες αναφορικά με τον αποχωρισμό και σωματικά προβλήματα, όπως ναυτία, στομαχόπονοι, πονοκέφαλοι κατά τη διάρκεια του διαχωρισμού με τον γονέα ή άλλους σημαντικούς ενήλικες. Τα παραπάνω αποτελούν τα βασικότερα στοιχεία της διαδικασίας της διάγνωσης. Σύμφωνα με το DSM-IV (APA, 1994) απαιτείται η εμφάνιση τριών ή τεσσάρων από αυτά για 4 εβδομάδες. Τα στοιχεία αυτά προσκομίστηκαν κυρίως από τους γονείς του δείγματος, ενώ παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές συγκριτικά με τα στοιχεία που συλλέχτηκαν από τα παιδιά. Αν και οι γονείς, λοιπόν, αναφέρουν μεγαλύτερο αριθμό και σημαντικότερη δεινότητα των συμπτωμάτων, τα παιδιά περιγράφουν με καλύτερη ακρίβεια το εσωτερικευμένο άγχος, που τους κατακλύζει, καθώς πρόκειται για υποκειμενικό και διαφανές συναίσθημα (Allen et al., 2012).

Όπως παρατηρήθηκε, ορισμένα συμπτώματα χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη συχνότητα από τα υπόλοιπα. Τα συμπτώματα οργανικής φύσης πλαισίωσαν το 48,5% του προαναφερθέντος δείγματος (Allen et al., 2012). Η ερευνητική βιβλιογραφία εξετάζει τέτοιου είδους συμπτώματα υπό το πρίσμα της αλληλεπίδρασης του πόνου και της προσκόλλησης, που αναπτύσσουν τα άτομα. Πρόκειται για μια εδραιωμένη σχέση. Για παράδειγμα, η συχνότητα, η διάρκεια και η ένταση των ημικρανιών σε πρόωρη ηλικία έχει σημανθεί σε παιδιά, τα οποία αδυνατούν να απευθυνθούν στους γονείς τους για τη διαχείριση των στρεσογόνων ερεθισμάτων που αντιμετωπίζουν (Esposito, Parisi, Gallai, Marotta, Dona, Lavano et al., 2013).

Αυτός ο αποχωρισμός έχει συσχετιστεί και με άλλα προβλήματα οργανικής φύσης. Δηλαδή, η απομάκρυνση των παιδιών, που πάσχουν από αυτή τη νεύρωση, από τη μητέρα πυροδότησε αυξημένες βιολογικές αποκρίσεις συγκριτικά με την απομάκρυνση υγιών

παιδιών ή παιδιών, τα οποία πάσχουν από οποιαδήποτε άλλη διαταραχή άγχους σύμφωνα με τους Kossowsky και συν. (2012). Ειδικότερα, επισημάνθηκε υπερδραστηριότητα του αυτόνομου και καρδιαγγειακού συστήματος με αυξημένη αρτηριακή πίεση και συστολή των αιμοφόρων αγγείων σε αυτά τα παιδιά. Σημειώθηκε απόσυρση του πνευμονογαστρικού νεύρου, γεγονός που σηματοδοτεί συναισθηματική αστάθεια και πιο συγκεκριμένα το αίσθημα του πανικού. Επιπρόσθετα, εκτιμήθηκε έντονη ενεργοποίηση του συμπαθητικού συστήματος και του παρασυμπαθητικού. Οι αλλαγές αυτών των μεταβλητών δεν επανήλθαν στις φυσιολογικές τιμές μετά την επανασύνδεση με τη μητέρα και εγκυμονούν πολλούς κινδύνους για την υγεία του οργανισμού.

Στις προγενέστερες εκδόσεις του DSM η νεύρωση, η οποία προκαλείται από το άγχος του αποχωρισμού, διαγιγνώσκεται μόνον στα πρώτα χρόνια της ζωής του ανθρώπου. Στη τελευταία έκδοση του συγγράμματος το κριτήριο της ηλικίας αποκλείστηκε (APA, 2013). Καθώς, διαγνώστηκε σε 6,6% του γενικού πληθυσμού των ενηλίκων. Ωστόσο, εκφράζεται με διαφορετικό τρόπο. Ένα παιδί θα κλαίει και θα ουρλιάζει ασταμάτητα κατά τη διάρκεια της αναχώρησης για το σχολείο, παράλληλα θα υποφέρει από στομαχόπονο και όλο το βράδυ θα βλέπει εφιάλτες αναφορικά με κινδύνους, που εγκυμονούν για τη μητέρα του. Ωστόσο, ένας ενήλικας θα τηλεφωνεί διαρκώς στον σημαντικό άλλο, θα αποφεύγει την αποχώρηση από κείνον και με διακριτικούς τρόπους θα επιδιώκει την εγγύτητα και διατήρησης στενής επαφής μαζί του (Silove & Rees, 2014). Παρόλα αυτά περισσότερα συμπτώματα εμφανίζουν παιδιά ηλικίας 5 έως 8 ετών (Masi et al., 2001). Αναφορικά με το φύλο δεν έχουν παρατηρηθεί διαφορές ως προς τη συχνότητα και σοβαρότητα των συμπτωμάτων (Allen et al., 2010. Masi et al., 2001. Muris, Mayer & Meesters, 2000).

4.2. Λειτουργικότητα Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Άγχος Αποχωρισμού και Αιτιολογικοί Παράγοντες

4.2.1 Κοινωνικοποίηση

Το αναμενόμενο άγχος για τον αποχωρισμό από τους γονείς υποχωρεί ανάμεσα στα 3 με 5 έτη ζωής. Η μέση ηλικία εμφάνισης του μη φυσιολογικού άγχους σηματοδοτείται στα 7,5 έτη. Το μη φυσιολογικό άγχος αποχωρισμού έχει ως αποτέλεσμα το 75% των ατόμων που καταβάλλει, να μην εισέρχονται στο σχολείο. Σε αυτές τις περιπτώσεις, διερευνάται η ακαδημαϊκή επίδοση, ο βαθμός συμμετοχής στις διάφορες δραστηριότητες, η αλήθεια μεταξύ δυνητικών και ρεαλιστικών κατορθωμάτων και οι κοινωνικές σχέσεις με τους δασκάλους και τους συμμαθητές (Masi et al., 2001).

Επειδή θεωρείται ότι το άγχος αποχωρισμού είναι εντονότερο σε μικρότερες ηλικίες, οι ερευνητές διατυπώνουν ότι το άγχος αποχωρισμού εμποδίζει σε μεγαλύτερο βαθμό τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις του ατόμου σε αυτή τη χρονική περίοδο ζωής. Μάλιστα, όταν η μητέρα ανησυχεί εξίσου για τον αποχωρισμό από το παιδί, έχει διαπιστωθεί ότι το παιδί χαρακτηρίζεται από επιθετικότητα και μειωμένη προκοινωνική συμπεριφορά. Ακόμη, δε λαμβάνει την ενθάρρυνση της μητέρας για τη διεύρυνση του κοινωνικού του πλαισίου (Diener & Kim, 2004).

Το αυξημένο άγχος αποχωρισμού ευθύνεται για την ελλιπή ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει δυσάρεστες καταστάσεις. Κατ'επέκταση, έχει συσχετιστεί με τη δυσμενή προσαρμογή του ατόμου στο νηπιαγωγείο. Η αδυναμία αποχωρισμού από τη μητέρα προκαλεί εμπόδια στην ανάπτυξη αυτονομίας και ισορροπίας μεταξύ συντροφικότητας και αυτονομίας για το παιδί. Μεγαλύτερο πρόβλημα αντιμετωπίζουν τα παιδιά των εργαζόμενων μητέρων. Ακόμη τα παιδιά, τα οποία οι γονείς τους έχουν βιώσει τον ίδιο τύπο άγχους. Αυτοί οι γονείς δεν επιτρέπουν στα παιδιά να εξοικειωθούν με οποιαδήποτε εμπειρία.

Συγκεκριμένα, δηλώσεις δασκάλων για δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά του παιδιού, συσχετίστηκαν με τον αδιαφοροποίητο εαυτό της μητέρας από το παιδί (Peleg, Halaby & Whaby, 2006).

Συμπερασματικά, το άγχος αποχωρισμού είναι ένα κοινό ζήτημα της παιδικής ηλικίας, το οποίο δημιουργεί πολλά περεταίρω προβλήματα, όπως η χαμηλή σχολική επίδοση, οι συναισθηματικές δυσπροσαρμοστικές δυσκολίες και η ελλιπής κοινωνικοποίηση. Σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, όπως το άγχος αποχωρισμού των γονέων, έχει ως αποτέλεσμα περισσότερο δυσχερείς συνθήκες ανάπτυξης.

4.2.2. Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες διαδραματίζουν τον μέγιστο ρόλο στη νεύρωση του άγχος του αποχωρισμού. Ειδικότερα, η κύρια επίδραση μεταξύ αυτών είναι η γονεϊκή συμπεριφορά (Ehrenreich, Santucci & Weiner, 2008). Η γονεϊκή συμπεριφορά καθορίζει τους συναισθηματικούς δεσμούς που αναπτύσσονται στο οικογενειακό πλαίσιο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, είτε ένα πρόσφορο είτε ένα ακατάλληλο οικογενειακό πλαίσιο κατά τη διάρκεια του αποχωρισμού των ανηλίκων από τους γονείς.

Οι συναισθηματικοί δεσμοί ανάμεσα στο γονέα και τον ανήλικο διακρίνονται σε τρεις υποκατηγορίες. Αρχικά, έχει παρατηρηθεί η ασφαλής προσκόλληση. Σε αυτή τη περίπτωση, ο γονέας αποτελεί τη βάση του ανήλικου, ώστε να διαχειριστεί αυτός τις ανησυχίες του και άλλα αρνητικά συναισθήματα. Δεύτερον, η αποφευκτική προσκόλληση, ο ανήλικος δεν αντιμετωπίζει με τον γονέα την αρνητική επίδραση των γεγονότων, που βιώνει. Τρίτον, η αμφίθυμη προσκόλληση, το άτομο είτε αλληλεπιδρά στον υπέρτατο βαθμό με τον γονέα, είτε εκφράζει θυμό εναντίον του, όταν έρχεται αντιμέτωπο με αγχώδη ερεθίσματα. Σύμφωνα με τον Bowlby (1973) (όπως αναφέρεται στο άρθρο των Muris et al., 2000), αυτοί οι δεσμοί συνιστούν προβλεπτικοί παράγοντες του άγχους, που διέπει τα άτομα παιδικής ηλικίας στο

μέλλον. Βάση ερευνητικών δεδομένων, παιδιά που χαρακτηρίζονταν από ασφαλή προσκόλληση ανέπτυξαν τη νεύρωση του άγχους του αποχωρισμού σε μικρότερο βαθμό συγκριτικά με παιδιά που ανέπτυξαν αμφίθυμη ή αποφευκτική προσκόλληση (Muris et al., 2000).

Στη συνέχεια, το μητρικό άγχος αποχωρισμού εγκυμονεί τον επιπολασμό της νεύρωσης του αποχωρισμού των νέων (Peleg et al., 2006). Η μητέρα, η οποία καταβάλλεται από άγχος, ανησυχεί για την ακεραιότητα του παιδιού κατά τη διάρκεια της νύχτας. Καλεί διαρκώς στο σχολείο διότι ανησυχεί, πως το παιδί βρίσκεται σε κίνδυνο. Δεν επιτρέπει να συναναστρέφεται με άλλα παιδιά εξαιτίας του φόβου των μικροβίων και γενικότερα είναι πολύ ανήσυχη κατά τη διάρκεια της μέρας (Silove & Rees, 2014). Με αποτέλεσμα ο νέος να μην είναι σε θέση να ελέγξει ο ίδιος το περιβάλλον, αλλά να κατευθύνεται σε αυτό βάσει την αυταρχική λήψη αποφάσεων της μητέρας (Ehrenreich et al., 2008). Η πατρική απουσία αποτελεί επιπλέον παράγοντας ευπάθειας (Peleg et al., 2006). Στην αντίθετη περίπτωση, η παιδική παραμέληση συμβάλλει σε μια ανάξια εικόνα του εαυτού, ανασφαλή χωρίς υποστηρικτικό περιβάλλον. Γεγονός, που πυροδοτεί ακόμη περισσότερες δυσάρεστες συνέπειες (Carlyle, Duque, Kitchen, Bordner, Coman, Doolittle et al., 2012).

4.2.3. Βιολογικοί Παράγοντες

Η θετικά διακεείμενη διάδραση του ατόμου με τους φροντιστές του επωφελεί τη νευρολογική ανάπτυξη του. Ειδικά, έχουν παρατηρηθεί αρνητικές επιπτώσεις στον άξονα υποθάλαμου – υπόφυσης – επινεφριδίων. Παράλληλα, μείωση του όγκου των εγκεφαλικών περιοχών και της μυελίνης, κυρίως στο μεσολόβιο και διεύρυνση των κοιλιών σύμφωνα με τους Teicher, Glod, Andersen, Dumont & Ackerman, 1997. Ακόμη, οι αλλαγές στο προμετωπιαίο φλοιό επηρεάζουν αρνητικά γνωστικές διαδικασίες του ατόμου, όπως η προσοχή και οι εκτελεστικές λειτουργίες σύμφωνα με τους Teicher, Andersen & Polcari,

2012 (όπως αναφέρεται στο άρθρο των Carlyle et al., 2012). Επιπλέον, έχει διατυπωθεί η εξής άποψη για το άγχος του αποχωρισμού, ότι συσχετίζεται με τη λαθεμένη γνωστική αξιολόγηση του στρεσογόνου ερεθίσματος, δηλαδή του αποχωρισμού (Kossowsky et al., 2012). Συμπερασματικά, ο πρόωρος αποχωρισμός αποτελεί αιτία νευρολογικών και γνωστικών ανωμαλιών.

Στη συνέχεια, έχουν συσχετίσει ευρήματα ψυχολογικής και οργανικής φύσεως για την επεξήγηση των σωματικών συμπτωμάτων της νεύρωσης του άγχους του αποχωρισμού. Για παράδειγμα, η απορρύθμιση του βαθμού προσκόλλησης του ατόμου έχει παραλληλισθεί με ένα γονίδιο μεταφορέα σερετονίνης, το οποίο συμμετέχει στη παθογένεση της ημικρανίας. Τέτοια ευρήματα διαμορφώνουν τον εξής ορισμό της προσκόλλησης, μια ενστικτώδη διαδικασία με βιολογικό υπόβαθρο (Esposito et al., 2013).

Ανακεφαλαιωτικά, τα μέλη της οικογένειας των ατόμων, που επηρεάζονται από το άγχος του αποχωρισμού ασκούν τόσο περιβαλλοντική όσο και βιολογική επιρροή (Masi et al., 2001). Τόσο η διαταραχή του άγχους του αποχωρισμού, όσο και άλλες διαταραχές, όπως η διαταραχή πανικού περιβάλλονται από ένα κληρονομικό πρότυπο (Silove & Rees, 2014).

4.3. Συνοσηρότητα με Άλλες Διαταραχές

Τα άτομα παιδικής ηλικίας, τα οποία παραπέμπονται σε ειδικούς ψυχικής υγείας, διαγιγνώσκονται σε ποσοστό 50% με διαταραχή άγχους αποχωρισμού (Ehrenreich et al., 2008). Ωστόσο, συνήθως προϋποθέτουν τα συμπτώματα για μια ακόμη ψυχοπαθολογική κατάσταση (Masi et al., 2001). Είναι πιο πιθανό να πάσχουν ταυτόχρονα από μία ψυχιατρική διαταραχή ίδιας διαγνωστικής κατηγορίας, δηλαδή τις διαταραχές άγχους (Lewinsohn, Holm-Denoma, Small, Seeley & Joiner, 2008). Όμως, η ψυχιατρική συνοσηρότητα δυσχεραίνει τη θεραπευτική διαδικασία (Esposito et al., 2013).

Ειδικότερα, το 50% έως 75% των παιδιών με άγχος αποχωρισμού πληρεί τα διαγνωστικά κριτήρια για τη διαταραχή πανικού (Masi et al., 2001). Μάλιστα, αυτές οι

νευρωσικές ασθένειες μοιράζονται παρόμοιο κληρονομικό υπόστρωμα (Silove & Rees, 2014). Στη δεύτερη θέση συνοσηρούς ψυχοπαθολογίας παρευρίσκεται η αγοραφοβία. Παράλληλα, μεγάλη ανησυχία προκαλεί το γεγονός, ότι η διαταραχή άγχους αποχωρισμού μεταβιβάζεται και στην ενήλικη ζωή (Masi et al., 2001). Επιπλέον, οι εν λόγω ενήλικες είναι πολύ ανθεκτικοί σε οποιαδήποτε τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης (Lewinsohn, et al., 2008).

Επίσης, το 33% έως 40% των συγκεκριμένων ασθενών θα αναπτύσσει ως ενήλικας τουλάχιστον μια διαφορετική ψυχιατρική διαταραχή. Τα ευρήματα αναφέρονται κυρίως στη κοινωνική φοβία, την αγοραφοβία και τη διαταραχή πανικού. Σε γηραιότερο ηλικιακό φάσμα τα ερευνητικά δεδομένα φανερώνουν το κίνδυνο της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Ακριβέστερα, τα συμπτώματα άγχους συνιστούν τον πρόδρομο της κατάθλιψης. Η χρήση αλκοόλ ή ουσιών εμφανίζεται σε μικρότερο βαθμό. Συνεπώς, η θεραπευτική προσέγγιση θα πρέπει να προσανατολιστεί εξίσου στη πρόληψη μελλοντικής ψυχοπαθολογίας (Lewinsohn, et al., 2013).

4.5. Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις συστήνονται κυρίως για τη καταπολέμηση του άγχους του αποχωρισμού. Διότι, αν και η φαρμακοθεραπεία χορηγείται παράλληλα με τη ψυχοθεραπεία, η αποτελεσματικότητα της αμφισβητείται αναφορικά με το άγχος του αποχωρισμού. Ακόμη, έχει ενοχοποιηθεί για πλήθος παρενεργειών. Αναφορικά με τις ψυχολογικές παρεμβάσεις, ενδεικτικά θα παραταθούν η ψυχοδυναμική και οικογενειακή θεραπεία (Masi et al., 2001).

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση εμπερικλείει τη ψυχανάλυση με το παιδί. Οι συναντήσεις είναι λιγότερες συγκριτικά με άλλες θεραπευτικές πρακτικές. Η δραστηκή υποστήριξη και η έμπρακτη καθοδήγηση αποτελούν τα βασικά εφόδια του ψυχαναλυτή στη

δεδομένη περίπτωση ψυχοπαθολογίας. Συμπεριλαμβάνονται κ περιβαλλοντικές επιρροές, όπως η εμπλοκή των γονέων (Masi et al., 2001).

Γενικότερα, η οικογενειακή θεραπεία στοχεύει στην ανάληψη της ευθύνης των μελών της οικογένειας. Όπως προαναφέρθηκε, οι γονείς πιθανόν να μεταθέτουν τους φόβους τους στο παιδί ακόμη και σιωπηρά, με αποτέλεσμα το παιδί να λαμβάνει λανθασμένα μηνύματα για την ανεξαρτησία του, τον διαχωρισμό από τους γονείς, ακόμη και τη συμμετοχή του στο σχολείο. Άρα, η προσέγγιση αυτή εστιάζει στους γονικούς ρόλους και στα όρια της αλληλεπίδρασης του γονέα και του παιδιού. Οι δυσλειτουργικές συνθήκες της οικογενειακής ζωής επιβαρύνουν το έργο τόσο της διάγνωσης, όσο και της θεραπείας, καθώς οι συμπεριφορικές εκδηλώσεις του παιδιού συνιστούν μια αντίδραση στο οικογενειακό πλαίσιο (Masi et al., 2001).

5. Μετατραυματική Νεύρωση

Η ερευνητική βιβλιογραφία αναφορικά με οδυνηρά συμβάντα, όπως ο πόλεμος, ναυάγια, τροχαία και κυρίως η παιδική κακοποίηση, επισημαίνει ότι πρόκειται για γεγονότα που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ψυχιατρικών διαταραχών (Perrin, Smith & Yule, 2000). Ειδικότερα, η αναβίωση αρνητικών συναισθημάτων από το άτομο, τα οποία έχουν συνδεθεί με συγκεκριμένα γεγονότα προκαλεί παράλληλα αναβίωση των αναμνήσεων του γεγονότος (Τζάνοφ, 1973/1991). Σε αυτή τη περίπτωση, το συμβάν συνιστά μια τραυματική εμπειρία για τη ψυχολογική, κοινωνική και νευρολογική εξέλιξη του ατόμου. Χαρακτηρίζεται ως ένα «μη φυσιολογικό γεγονός» και η μετατραυματική νεύρωση θεωρείται η ψυχολογική αντίδραση του ατόμου σε αυτό (Perrin et al., pp. 277, 2000). Η μετατραυματική νεύρωση είναι αποτέλεσμα όχι μόνο της τραυματικής εμπειρίας, αλλά και της υποκειμενικής στάσης του ατόμου απέναντι στην υπάρχουσα δυσχερή κατάσταση και συχνά συνυπάρχει με διαταραχές άγχους και διάθεσης (Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell & Field, 2012). Όσο αφορά τα παιδιά, θα παρουσιαστούν ευρήματα κυρίως κακοποίησης. Η παραμέληση εντοπίζεται στη πρώτη θέση επιπολασμού και η σωματική, σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση ακολουθούν (De Bellis & Thomas, 2003). Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ακόλουθης, αυτών των τραυματικών εμπειριών, μετατραυματικής νεύρωσης εστιάζει στη συμπεριφοριστική – γνωστική προσέγγιση βάσει των δημοσιευμένων μελετών (Perrin et al., 2000), ωστόσο θα συμπεριληφθούν στη παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση και άλλες θεραπευτικές πρακτικές. Εν τέλει, η μετατραυματική νεύρωση έχει διερευνηθεί περισσότερο από κάθε προηγούμενη ψυχολογική συμπεριφορά (Trickey et al., 2012).

5.1. Συμπτωματικές Εκδηλώσεις Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Μετατραυματική Νεύρωση

Η μετατραυματική νεύρωση εκδηλώνεται σε όλους τους τομείς ανάπτυξης της παιδικής ηλικίας με αποτέλεσμα πολύπλοκες και χρόνιες επιπτώσεις για το άτομο. Το DSM – IV (APA, 1994) διακρίνει τρεις τρόπους εκδήλωσης: οξύς, χρόνιος και με καθυστερημένη έναρξη. Αναφορικά με την οξεία μορφή, τα συμπτώματα εμφανίζονται 1 έως 3 μήνες μετά την τραυματική εμπειρία. Αντίθετα στη περίπτωση της χρόνιας εκδήλωσης, τα συμπτώματα παρουσιάζονται μετά από τρεις μήνες. Και στη τελευταία συνθήκης της καθυστερημένης έναρξης, η νεύρωση οριοθετείται ακόμη και 6 μήνες μετά το τραύμα. Σε κάθε περίπτωση, τα συμπτώματα έχουν εντοπιστεί και διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία του παθόντος.

Εξαιτίας του παράγοντα της ηλικίας, οι Perrin και συν. (2000) όρισαν κάποιους περιορισμούς σχετικά με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM – IV (APA, 1994) για την εκδήλωση της μετατραυματικής νεύρωσης στα παιδιά. Αρχικά, άτομα παιδικής ηλικίας προϋποτίθεται ότι καταβάλλονται από ένα σύμπτωμα αναβίωσης μεταξύ των τριών που καθορίζει το διαγνωστικό εγχειρίδιο της APA. Πρώτον, επαναλαμβανόμενη αναβίωση ρεαλιστικών πτυχών του τραύματος με καταναγκαστικό χαρακτήρα. Δεύτερον, αναπαραγωγή μνημών που συγκαταλέγονται στο τραύμα, αλλά δε συμπεριλαμβάνουν τα προηγούμενα χαρακτηριστικά. Και τρίτον, παροδικές αναμνήσεις του τραύματος (APA, 1994). Συνήθως, τα παιδιά αναβιώνουν τις αναμνήσεις της τραυματικής εμπειρίας κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού, μέσω των παραμυθιών και της ζωγραφικής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, η συμπτωματική εκδήλωση της παιδικής ηλικίας να είναι λιγότερο οδυνηρή συγκριτικά με των ενηλίκων. Ως επί το πλείστον, οι ενήλικες πάσχουν από διασχιστικά φαινόμενα και η αναδρομή στο παρελθόν αναπαριστάται στο οπτικό τους πεδίο (Perrin et al., 2000).

Στη συνέχεια, το εύρος των συμπτωμάτων της μετατραυματικής νεύρωσης συμπεριλαμβάνει κοινωνικές και συναισθηματικές διεργασίες και διεργασίες εγρήγορσης. Σύμφωνα με τους Perrin και συν. (2000) στα άτομα παιδικής ηλικίας παρατηρείται ένα τουλάχιστον σύμπτωμα αποφυγής. Είτε κοινωνική απόσυρση, είτε απουσία συναισθήματος, είτε ελλειμματικές αναπτυξιακές δεξιότητες, όπως οι γλωσσικές ικανότητες και οι διαδικασίες διατήρησης της σωματικής υγιεινής. Παράλληλα, ο νυχτερινός ύπνος διέπεται από εφιάλτες αναφορικά με το τραυματικό γεγονός ή περιεχόμενο που δεν είναι άμεσα συνδεδεμένο με το τραύμα. Γενικότερα, οι φόβοι των παιδιών ηλικίας 5 έως 6 ετών είναι πιθανό να μη συσχετίζονται με το τραύμα, αλλά με άλλα ερεθίσματα, όπως το σκοτάδι. Επίσης, δε επιθυμούν να συζητούν για το τραυματικό συμβάν και αποφεύγουν ανθρώπους ή δραστηριότητες που συνδέονται με αυτό. Ταυτόχρονα, καταβάλλονται από άγχος αποχωρισμού και εκδηλώνουν επιθετικές συμπεριφορές προς τους συνομηλίκους τους. Σε συνδυασμό με συμπτώματα υπερεγρήγορσης, μειωμένης συγκέντρωσης, δυσκολίας ύπνου και ανταπόκρισης τρόμου σε οποιαδήποτε συνθήκη, είναι σαφές ότι η μετατραυματική νεύρωση προκαλεί σοβαρές συνέπειες στις ακαδημαϊκές, κοινωνικές και βιολογικές λειτουργίες του ατόμου.

Ο επιπολασμός της μετατραυματικής νεύρωσης κυμαίνεται από το 3% έως το 58% (Perrin et al., 2000). Σχετικά με τις φυλετικές διαφορές, το γυναικείο φύλο χαρακτηρίζεται από περισσότερο ακραίες ψυχολογικές αντιδράσεις, οι οποίες έχουν ενοχοποιηθεί για την έναρξη της μετατραυματικής νεύρωσης ή διαφορετικά της μετατραυματικής διαταραχής άγχους (Trickey et al., 2012). Ωστόσο τα ερευνητικά ευρήματα είναι αμφίσημα, διότι οι Runyon, Faust & Orvaschel (2002) εκτίμησαν ότι η μετατραυματική νεύρωση μαστίζει κυρίως τα κακοποιημένα αγόρια, ενώ η μετατραυματική νεύρωση με συνυπάρχουσα κατάθλιψη τα κορίτσια. Εκτός του φύλου, και οι υπόλοιποι παράγοντες που επηρεάζουν την

εκδήλωση της νεύρωσης ποικίλουν, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνουν το έργο της θεραπευτικής αντιμετώπισης σε συνδυασμό με τη σιωπή των θυμάτων του τραύματος.

5.2. Λειτουργικότητα Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Μετατραυματική Νεύρωση και Αιτιολογικοί Παράγοντες

5.2.1. Κοινωνική Έκπτωση

Φυσικό επακόλουθο των συμπτωμάτων που αναφερθήκαν είναι αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και η κοινωνική έκπτωση του παιδιού με μετατραυματική νεύρωση. Οι ενοχλητικές σκέψεις του τραγικού συμβάντος, η απόσυρση από το κοινωνικό περιβάλλον και το συναισθηματικό κενό οδηγούν το άτομο σταδιακά στην απομόνωση. Επιπρόσθετα, την διακριτική στάση των συνομηλίκων απέναντι στο συμβάν, το τραυματισμένο παιδί την αφουγκράζεται ως απόρριψη (Perrin et al., 2000). Με αποτέλεσμα την απώλεια κοινωνικών δεξιοτήτων, εξαιτίας των ελάχιστων και συγκρουσιακών διαπροσωπικών σχέσεων.

5.2.2. Επίδραση Υποκειμενικών Παραγόντων

Η επικράτηση της μετατραυματικής διαταραχής άγχους συντελείται σε μικρότερο βαθμό από την επικράτηση τραυματικών γεγονότων, όπως οι φυσικές ή ανθρωπογενείς καταστροφές, η μαρτυρία βίαιων εγκλημάτων, η τρομοκρατία, ο βιασμός και άλλα (Perrin et al., 2000). Συνεπώς, εκτός των αντικειμενικών χαρακτηριστικών του τραύματος συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες στην ανάπτυξη της εν λόγω διαταραχής.

Οι Trickey και συν. (2012) πραγματοποίησαν μια μετά - ανάλυση 25 παραγόντων, οι οποίοι εμπλέκονται με τη μετατραυματική νεύρωση βάσει 64 μελετών που προηγήθηκαν μεταξύ του 1980 με 2009. Μικρότερη επίδραση παραγόντων παρατηρήθηκε στη φυλή και στη νεαρή ηλικία του προγενέστερου δείγματος. Αναφορικά με τη φυλή, η επίδραση ήταν

μικρή αλλά σταθερή, ενώ σχετικά με την νεαρή ηλικία η αρνητική της επίπτωση ήταν μεγαλύτερη, όταν το τραυματικό γεγονός εξελισσόταν σε ομαδικό πλαίσιο.

Μεσαίο μέγεθος επίδρασης παρατηρήθηκε για το ασθενές φύλο, τη χαμηλή νοημοσύνη, το χαμηλό κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο, τα μετατραυματικά γεγονότα ζωής, τα προ – τραυματικά ψυχολογικά προβλήματα τόσο στο άτομο, όσο και στο οικογενειακό περιβάλλον, το πένθος, η ενοχή για τους άλλους η σοβαρότητα του τραύματος και η έκθεση του τραυματικού γεγονότος από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Οι συγκεκριμένες πηγές ανάπτυξης της ψυχιατρικής διαταραχής έχουν κοινωνικό και ψυχολογικό περιεχόμενο, όπως και οι αιτίες που εκτιμήθηκαν ότι επιδρούν σε μεγαλύτερο βαθμό. Ελλιπής κοινωνική υποστήριξη, κοινωνική απόσυρση, συνυπάρχοντα ψυχολογικά προβλήματα, κατά κύριο λόγο κατάθλιψη και φτώχη οικογενειακή αλληλεπίδραση (Trickey et al., 2012). Οι ψυχολογικές θεραπευτικές προσεγγίσεις προσανατολίζονται στο κοινωνικό περιβάλλον, το οποίο φαίνεται πως αποτελεί ένα πρόσφορο έδαφος.

Συμπληρωματικά, ο φόβος για το τραύμα, ο φόβος για την απειλή της ζωής, η απόσπαση προσοχής και η καταστολή της σκέψης παρατηρήθηκε ότι συμβάλλουν εξίσου στην αρνητική εξέλιξη της ψυχικής υγείας του ατόμου μετά το οδυνηρό συμβάν (Trickey et al., 2012). Οι μεταβλητές αυτές πυροδότησαν τη διερεύνηση των γνωστικών ικανοτήτων του ατόμου, οι οποίες επηρεάζουν τόσο την αντίληψη του τραύματος, όσο τη λειτουργικότητα του ατόμου, που πάσχει από μετατραυματική νευρώση, στη καθημερινή ζωή. Κατ'επέκταση, διερευνήθηκε η βιολογική επίδραση του τραύματος στον ανθρώπινο οργανισμό και αξιόλογα ευρήματα διεξήχθησαν, που θα παρουσιαστούν στην επόμενη ενότητα.

5.2.3. Γνωστικά Ελλείμματα

Μετά την τραυματική εμπειρία, παράλληλα με τη μετατραυματική νευρώση, πολλά παιδιά ανέπτυξαν γνωστικές δυσκολίες και ειδικότερα παρατηρήθηκε μείωση της σχολικής

τους επίδοσης. Αντιμετώπισαν δυσκολίες αναφορικά με την εκμάθηση νέου υλικού, αλλά και προγενέστερου, γενικότερα με δραστηριότητες, που εμπλέκονταν δεξιότητες όπως η μνήμη και η συγκέντρωση (Perrin et al., 2000).

Οι DePrince, Weinzierl & Combs (2009) εκτίμησαν τη γνωστική απόδοση ατόμων, που έχουν υποστεί κάποιο τραύμα, το οποίο συσχετίζεται με το οικογενειακό περιβάλλον. Μετά το πέρας των νευροψυχολογικών δοκιμασιών, τα παιδιά αυτά συγκριτικά με παιδιά τα οποία δεν είχαν εμπλακεί σε τραυματική εμπειρία που αναφέρεται στην οικογένεια ή δεν είχαν καμία σύνδεση με τραυματικό γεγονός, σημείωσαν τη χειρότερη επίδοση αναφορικά με τις εκτελεστικές λειτουργίες. Πιο συγκεκριμένα, τη μνήμη εργασίας, την αναστολή ανταπόκρισης, την ακουστική προσοχή και τη ταχύτητα επεξεργασίας των ερεθισμάτων ανεξάρτητα από το κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο εν απουσία συναισθηματικού περιεχόμενου. Παρατηρήθηκε λοιπόν, ότι η παραμέληση από τους γονείς, η μαρτυρία ενδοοικογενειακής βίας, η οποιαδήποτε μορφή κακοποίησης από τα κύρια πρότυπα προσκόλλησης προκαλούν τις πιο δυσχερείς και τραυματικές συνέπειες για το άτομο σε γνωστικό επίπεδο. Επιπρόσθετα, τα άτομα αυτά συγκεντρώνουν χαμηλότερες βαθμολογίες IQ μετά τη θυματοποίηση τους (De Bellis & Thomas, 2003). Συμπερασματικά, το εύρος των επιπτώσεων του τραύματος πλήττει κάθε πτυχή της ανάπτυξης ατόμων παιδικής ηλικίας και εκτός των παραγόντων που προαναφέρθηκαν, έχουν αξιολογηθεί και οι βιολογικοί παράγοντες για την επίδραση αυτών των επιπτώσεων.

Ωστόσο, διακρίνεται μια σημαντική διαφοροποίηση στη διεκπεραίωση νευροψυχολογικών τεστ με συναισθηματικό περιεχόμενο αναφορικά με την επίδοση των ψυχολογικά τραυματισμένων παιδιών. Ειδικότερα, η επεξεργασία συναισθηματικών εκφράσεων προσώπου αξιολογήθηκε σε παιδιά με υψηλά επίπεδα μετατραυματικού άγχους και οι επιδόσεις ήταν αρκετά καλές συγκριτικά με τα νευροψυχολογικά τεστ που προηγήθηκαν. Τα παιδιά ταυτοποίησαν τις εκφράσεις των προσώπων σε λιγότερο χρόνο από

την ομάδα ελέγχου, κυρίως τις εκδηλώσεις φόβου. Η επαυξημένη εγρήγορση σχετικά με τις αρνητικά συναισθηματικά φορτισμένες όψεις παρουσιάζει την καλύτερη επεξεργασία συναισθημάτων, που βίωσαν κατά την τραυματική εμπειρία (Masten, Guyer, Hodgdon, McClure, Charney, Ernst et al., 2008).

5.2.4. Εγκεφαλικές και Οργανικές Δυσλειτουργίες

Η οργανική επίδραση του τραύματος εστιάζει στο νευροενδοκρινικό και ανοσοποιητικό σύστημα και στη δραστηριότητα των νευροδιαβιβαστών.

Πιο συγκεκριμένα, η τραυματική εμπειρία γίνεται αντιληπτή και από τις πέντε ανθρώπινες αισθήσεις με αποτέλεσμα οι περισσότερες λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος να διαταράσσονται από τα υψηλά επίπεδα στρες, που καταλαμβάνουν το άτομο. Ειδικότερα, οι περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού, που ευθύνονται για τις αισθητηριακές πληροφορίες, ενεργοποιούνται και μέσω του θαλάμου οι πληροφορίες μεταβιβάζονται στην αμυγδαλή, στην οποία λαμβάνει χώρα η επεξεργασία αγχογόνων ερεθισμάτων. Η αμυγδαλή δέχεται εξίσου πληροφορίες και από τον υπομέλανα τόπο, στον οποίο συγκεντρώνονται οι πληροφορίες από τα σπλαχνικά όργανα. Ο υπομέλανας τόπος συμπεριλαμβάνει τους νοραδρενεργικούς νευρώνες, οι οποίοι εξαιτίας του στρες διεγείρονται με αποτέλεσμα να αυξάνουν τα επίπεδα νορεπινεφρίνης σε εγκεφαλικές περιοχές, που εμπλέκονται με το στρες, τα συναισθήματα και τη μνήμη, όπως η αμυγδαλή και ο υπόκαμπος (De Bellis & Thomas, 2003).

Η υπερδιέγερση των εν λόγω νευρώνων οδηγεί στην απελευθέρωση της κορτικοτροπίνης³ στην υπόφυση και έπειτα, στην αύξηση των επιπέδων κορτιζόλης στο

³ Η κορτικοτροπίνη συμπεριλαμβάνεται στις ορμόνες. Εκκρίνεται από τη πρόσθια υπόφυση και επιφέρει την έκκριση της κορτιζόλης από τον φλοιό των επινεφριδίων (Vander, Sherman, Luciano & Τσακόπουλος, 2011).

φλοιού των επινεφριδίων. Η κορτιζόλη⁴ ενεργοποιεί το συμπαθητικό σύστημα και παράλληλα εκδηλώνεται πλήθος σωματικών συμπτωμάτων, όπως η ταχυκαρδία, η υπέρταση, η εγρήγορση και η αύξηση του μεταβολισμού. Επίσης, τα αυξημένα επίπεδα της νορεπινεφρίνης, επινεφρίνης και ντοπαμίνης⁵ ως απόρροια των παραπάνω συμβάλλουν στη μείωση της περιφερειακής ροής του αίματος, στην νεφρική αναστολή και εφίδρωση (De Bellis & Thomas, 2003). Η συγκεκριμένη εικόνα του ανθρώπινου οργανισμού παρατηρείται σε ασθενείς της μετατραυματικής διαταραχής άγχους.

5.3. Συνοσηρότητα με Άλλες Διαταραχές

Η ψυχοφυσιολογία του ανθρώπινου οργανισμού κυρίως σε περιπτώσεις κακοποίησης ατόμων παιδικής ηλικίας έχει ενοχοποιηθεί για καταστάσεις συνοσηρότητας. Τα συγκεκριμένα άτομα αναπτύσσουν μετατραυματική νεύρωση και συγχρόνως κατάθλιψη, αυτοκτονικές σκέψεις ή επιθετική και αντικοινωνική συμπεριφορά (De Bellis & Thomas, 2003).

Σύμφωνα με τους Fenton και συν. (1996) υπάρχει σημαντική πιθανότητα συνοσηρότητας της μετατραυματικής νεύρωσης με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και

⁴ Η κορτιζόλη είναι ορμόνη που εκκρίνεται από το φλοιό των επινεφριδίων. Η δράση της επικεντρώνεται στο μεταβολισμό του οργανισμού, στο ανοσοποιητικό σύστημα και στην απόκριση του σώματος σε καταστάσεις έντασης (Vander, Sherman, Luciano & Τσακόπουλος, 2011).

⁵ Η νορεπινεφρίνη, η επινεφρίνη και η ντοπαμίνη κατατάσσονται στις βιογενείς αμίνες, ειδικότερα στις κατεχολαμίνες γιατί εμπεριέχουν έναν δακτύλιο κατεχόλης και μια αμινομάδα. Πρόκειται για νευροδιαβιβαστές που ασκούν μεγάλη επίδραση στη συνείδηση, τη διάθεση, την κινητοποίηση, τη προσοχή, τη κίνηση, την αρτηριακή πίεση και την απελευθέρωση ορμονών (Vander et al., 2011).

υπερκινητικότητας, διαταραχές άγχους, συνήθως διαταραχή πανικού ή φοβίες, διαταραχές διάθεσης, όπως η μείζον καταθλιπτική διαταραχή και η δυσθυμία και σε κάποιες περιπτώσεις, παρατηρείται παροδικός αυτοκτονικός ιδεασμός.

Εξαιτίας της συχνής συνύπαρξης μετατραυματικής νεύρωσης και κατάθλιψης οι Runyon και συν. (2002) αξιολόγησαν την εκδήλωση των συμπτωμάτων σε κακοποιημένα παιδιά με μετατραυματική νεύρωση, σε κακοποιημένα παιδιά με μετατραυματική νεύρωση και μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και μη κακοποιημένα παιδιά με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Η πρώτη ομάδα εμφάνισε λιγότερα από επτά συμπτώματα μετατραυματικού άγχους και η δεύτερη ομάδα περισσότερα από επτά. Γεγονός, που εκδηλώνει μεγαλύτερη σοβαρότητα συμπτωμάτων σε κατάσταση συνοσηρότητας. Δηλαδή, οι ασθενείς μετατραυματικού άγχους έπασχαν από ψυχολογική αμνησία, ενώ οι ασθενείς με διάγνωση συνοσηρότητας υπέφεραν από περισσότερες αναδρομές στο παρελθόν, και παράλληλα καταβάλλονταν από ένα αίσθημα αβοηθησίας. Επιπρόσθετα, οι τελευταίοι δυσκολεύονταν περισσότερο να κοιμηθούν. Σε ένα βαθμό καταθλιπτικά συμπτώματα παρατηρήθηκαν στους ασθενείς μετατραυματικού άγχους. Συνήθως, οι συγκεκριμένοι νευρωσικοί χαρακτηρίζονται από εκδηλώσεις κατάθλιψης στην έναρξη της θεραπείας, που έρχονται αντιμέτωποι με το τραύμα.

Χαρακτηριστικό γνώρισμα που παρατηρήθηκε στους ασθενείς με δύο ταυτόχρονες διαγνώσεις ήταν ότι πριν την έναρξη της έρευνας είχαν κατανεμηθεί εσφαλμένα, είτε στη μία κατηγορία ψυχιατρικής διαταραχής, είτε στην άλλη (Runyon et al., 2002). Γεγονός, που επέδρασε αρνητικά στην θεραπεία των εν λόγω ασθενών, που χρήζουν εξειδικευμένης αντιμετώπισης λόγω της δεινότητας των συμπτωμάτων τους.

5.4. Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Έχουν προταθεί πλήθος θεραπευτικών πρακτικών για την αντιμετώπιση της μετατραυματικής νεύρωσης στη παιδική ηλικία. Ωστόσο, λίγες έχουν αξιολογηθεί αναφορικά με την αποτελεσματικότητά τους.

Η γνωστικό – συμπεριφοριστική προσέγγιση έχει κατορθώσει να μειώσει τα συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής άγχους, στοχεύοντας στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αντιμετώπισης και στην αίσθηση έλεγχου του ασθενή. Ο ψυχολόγος επιδιώκει μια θεραπευτική συμμαχία τόσο με το παιδί – ασθενή, όσο και με την οικογένεια του. Απαντά στις ερωτήσεις των γονιών αναφορικά με τη διαταραχή άγχους και οι στόχοι τίθενται από κοινού. Χρησιμοποιεί μεθόδους χαλάρωσης, θετική φαντασία και τεχνικές επίλυσης προβλημάτων. Το παιδί με αυτούς τους τρόπους αναβιώνει το τραύμα, διαχειρίζοντας όμως με διαφορετικό τρόπο τα αρνητικά συναισθήματα. Οι γονείς παράλληλα, βάσει αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης, ανταμείβουν το παιδί κάθε φορά που αλλάζει μία συμπεριφορά, παραδείγματος χάριν η σχολική άρνηση. Τέλος, ο ψυχολόγος προτρέπει το παιδί να ξανά συναντηθούν στο μέλλον για να επανεξετάσουν τη ψυχολογική του ευημερία. Επίσης, συνήθως το παιδί προσκομίζει βιντεοσκοπημένες τις συνεδρίες με σκοπό την υπενθύμιση των δεξιοτήτων που διδάχθηκε (Perrin et al., 2000).

Στη συνέχεια, η ομαδική θεραπεία έχει αναδείξει κάποια θετικά αποτελέσματα για την αντιμετώπιση της μετατραυματικής διαταραχής άγχους. Ωστόσο, η έκθεση σε συνομηλίκους έχει συσχετιστεί και με αρνητικές συνέπειες για τα άτομα παιδικής ηλικίας. Συνεπώς, θεωρείται απαραίτητη η περαιτέρω διερεύνηση της εν λόγω θεραπευτικής πρακτικής. Το ίδιο ισχύει και για τη φαρμακοθεραπεία. Αν και η χορήγηση φαρμάκων επιλέγεται όταν τα συμπτώματα είναι ανυπόφορα για τον ασθενή, στη περίπτωση των νεαρών ασθενών δεν

υπάρχουν επαρκή και ασφαλή ερευνητικά δεδομένα για την εφαρμογή της συγκεκριμένης θεραπευτικής επιλογής (Perrin et al., 2000).

Ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας έχουν υποβληθεί στη πρωτογενή θεραπεία της ψυχαναλυτικής προσέγγισης. Στο συγκεκριμένο τύπο θεραπείας το άτομο αναβιώνει πρώιμες εμπειρίες με αποτέλεσμα να αισθάνεται τρομερό πόνο, τον οποίο δε θα ήταν σε θέση να αντιμετωπίσει σε μικρότερη ηλικία. Για παράδειγμα ασθενείς που συμμετείχαν στη πρωτογενή θεραπεία, σύμφωνα με τον Τζάνοφ αναφέρουν (1973/1991): «Αισθάνονται τώρα πια το μίσος των γονιών τους, την αδιαφορία, τη νέκρα τους. Αισθάνονται το τρόμο να ξαποστέλνονται στο σχολείο, να στέλνονται μόνοι τους στο γιατρό, να εγκαταλείπονται από τον ένα ή τον άλλο γονιό, να σκίζονται στα δύο από τις διαμάχες των γονιών τους, να κλαίνε μόνοι και αβοήθητοι στη κούνια τους» (σελ. 12). Αυτό το απόσπασμα παρουσιάζει ορισμένες πτυχές της ανθρώπινης ζωής, οι οποίες είναι τόσο οδυνηρές που είναι αδύνατον να διαχειριστούν τα παιδιά και παραμένουν κρυφές μέχρι την ενηλικίωση. Συμπερασματικά, η συμπεριφορά των γονέων, αλλά και οι αλλαγές σε όλο το φάσμα της ζωής ενός παιδιού θα πρέπει να εξετάζονται με μεγάλη προσοχή, ειδάλλως οι αρνητικές συνέπειες συνοδεύουν το άτομο μέχρι την ενήλικη ζωή υπό το πρίσμα της νεύρωσης.

6. Νεύρωση Πανικού

Οι τραυματικές εμπειρίες στη ζωή του ατόμου έχουν ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη διαφόρων ψυχιατρικών διαταραχών εκτός της μετατραυματικής διαταραχής άγχους. Πιο συγκεκριμένα, νευρωτικές εκδηλώσεις πανικού έχουν παρατηρηθεί εξίσου σε άτομα, τα οποία έχουν βιώσει κάποιο τραύμα (Goodwin, Fergusson & Horwood, 2005). Επίσης, μέχρι πρότινος οι εν λόγω νευρωτικές εκδηλώσεις θεωρούνταν χαρακτηριστικά μόνο των ενηλίκων, ωστόσο πρόσφατα ευρήματα διαπιστώνουν την εμφάνιση κρίσεων πανικού και στη παιδική ηλικία (Doerfler, Connor, Volungis & Toscano, 2007). Όμως, η ερευνητική βιβλιογραφία βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο αναφορικά με τη νεύρωση πανικού της παιδικής ηλικίας, με αποτέλεσμα το περιορισμένο εύρος μελετών αναφορικά με το συγκεκριμένο ηλικιακό φάσμα. Γενικότερα, οι τιμές επιπολασμού στο γενικό πληθυσμό ανέρχονται μεταξύ 10 έως 15% (Doerfler et al., 2006).

6.1. Συμπτωματικές Εκδηλώσεις Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Νεύρωση Πανικού

Σύμφωνα με το DSM – IV (1994), η κρίση πανικού παρουσιάζεται μέσω ενός συμπλέγματος φόβου, δυσφορίας και προκαθορισμένων γνωστικών και σωματικών συμπτωμάτων, όπου η ένταση των στοιχείων αυτών αυξάνεται στο μέγιστο δυνατό σε χρονικό διάστημα δέκα λεπτών ή και λιγότερο. Η επανάληψη αυτής της συμπτωματικής εκδήλωσης σε απροσδόκητο χρόνο επιβεβαιώνει την ύπαρξη διαταραχής πανικού.

Τα συμπτώματα γνωστικής αντίληψης και σωματικής αίσθησης αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά της νεύρωσης πανικού. Τα παιδιά πάσχουν σε μεγαλύτερο βαθμό από τον δεύτερο τύπο συμπτωμάτων. Αυτά είναι βάσει της συχνότητας εμφάνισης τους σύμφωνα με τους Masi, Favilla, Mucci & Millepiedi, (2000): το αίσθημα καρδιακών παλμών, η εφίδρωση, η δύσπνοια, η ζάλη, ρίγη ή εξάψεις, ναυτία ή κοιλιακό άλγος, πόνος στο στήθος και η αίσθηση πνιγμού. Συμπτώματα γνωστικής φύσεως, που εμφανίζονται σε μικρότερο βαθμό είναι ο φόβος της τρέλας ή της απώλειας έλεγχου, του θανάτου, της αποπροσωποποίησης και

οι παραισθήσεις. Ειδικότερα, οι Doerfler και συν. (2007) εκτίμησαν ότι το 54% του ερευνητικού τους δείγματος παθόντων παιδιών ανησυχούσε για τις συνέπειες του πανικού, το 51% άλλαξε συμπεριφορά εξαιτίας των κρίσεων πανικού και το 46% ανησυχούσε διαρκώς για την εμφάνιση επόμενης επίθεσης πανικού. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ παιδιών και εφήβων.

Η ηλικία έναρξης κάθε παθολογικής και ψυχιατρικής εκδήλωσης επηρεάζει την έκφραση αιτιατού – αποτελέσματος της ασθένειας, δηλαδή τους αιτιολογικούς παράγοντες, τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και την ανταπόκριση στη θεραπεία. Σχετικά με τη νεύρωση πανικού, η μικρή ηλικία έναρξης πηγάζει από γεγονότα αρνητικής επίδρασης που συσχετίζονται με το οικογενειακό περιβάλλον και τη παιδική ηλικία. Αντίθετα, ενήλικες ασθενείς αναφέρουν γεγονότα αρνητικής σημασίας το τελευταίο χρόνο πριν την εκδήλωση της νεύρωσης. Επιπρόσθετα, σε άτομα νεότερης ηλικίας παρατηρούνται μεγαλύτερα ποσοστά συνοσηρότητας, κυρίως αγοραφοβίας με αποτέλεσμα τη δυσμενή έκβαση της νεύρωσης πανικού (Tibi, Van Oppen, Aderka, Van Balkom, Batelaan, Spinhoven et al., 2013). Στα πλαίσια ενός εξελικτικού πλαισίου, στα παιδιά παρουσιάζεται συγχρόνως και άγχος αποχωρισμού (Eley, Stirling, Ehlers, Gregory & Clark, 2004). Γενικότερα, η έκπτωση εκπαιδευτικής και κοινωνικής ζωής είναι μεγαλύτερη στο συγκεκριμένο ηλικιακό εύρος.

Στο πλαίσιο της παιδικής ηλικίας οι αρνητικές πεποιθήσεις για τη ψυχική υγεία ακόμη και τον θάνατο εξαιτίας της νεύρωσης πανικού θεωρούνται από τους ερευνητές αδύνατες. Διότι, η παρερμηνεύεις των επιπτώσεων των σωματικών συμπτωμάτων του νευρωσικού προϋποθέτουν τη κατάκτηση ενός επιπέδου γνωστικής εξέλιξης. Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά αποδίδουν τα οργανικά συμπτώματα σε εξωτερικούς παράγοντες, αντίθετα με τους μεγαλύτερους, που εσωτερικεύουν τα συμπτώματα υπό τη μορφή φόβου και αγωνίας για τη ψυχική τους υγεία. Για αυτό το λόγο, τα συμπτώματα οργανικής φύσεως είναι περισσότερο συγκριτικά με της γνωστικής αντίληψης στα άτομα παιδικής ηλικίας (Doerfler et al., 2007).

Έπειτα, σχετικά με τα σωματικά συμπτώματα στη παιδική ηλικία πιο συχνά είναι η ναυτία και ο πονοκέφαλος και σε γηραιότερα άτομα η αίσθηση καρδιακών παλμών, η ζάλη και η λιποθυμία (Eley et al., 2004).

Ενώ στο παρελθόν, υποστήριξε η επιστημονική κοινότητα ότι πρόκειται για μια ενήλικη διαταραχή, πολλοί ασθενείς ανέφεραν ότι αντιλήφθηκαν τα συμπτώματα ήδη από τη παιδική ηλικία (Masi et al., 2000). Επίσης, τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα αναφέρονται στο γυναικείο φύλο (Doerfler et al., 2007). Εμφανίζεται δύο ή τρεις φορές περισσότερο στις γυναίκες βάσει επιδημιολογικών ερευνών (Segui, Marquez, Garcia, Canet, Salvador-Carulla, & Ortiz, 1999).

6.2. Αιτιολογικοί Παράγοντες Υπολειπτικότητας ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Νεύρωση Πανικού.

6.2.1. Μειωμένη Λειτουργικότητα

Η αλλαγή συμπεριφοράς που σηματοδοτείται μετά την έναρξη της νεύρωσης έχει ως αποτέλεσμα την έκπτωση λειτουργικότητας σε κοινωνικό και γνωστικό επίπεδο. Αρχικά, το 10,4% των παιδιών αναπτύσσουν αναστολή εξωτερικευμένης συμπεριφοράς. Ένα άλλο σημαντικό ποσοστό των παιδιών εκφράζει σχολική άρνηση και άγχος αποχωρισμού (Masi et al., 2000). Εξαιτίας αυτών των παραγόντων το άτομο οδηγείται σταδιακά στην απομόνωση (Segui et al., 1999). Επιπρόσθετα, παρατηρείται αδυναμία συγκέντρωσης σε άτομα παιδικής ηλικίας, που έχουν διαγνωστεί με νεύρωση πανικού, γεγονός που φέρει αρνητικές επιπτώσεις στη σχολική επίδοση (Doerfler et al., 2007). Το φάσμα των αρνητικών επιπτώσεων της νεύρωσης πανικού είναι αρκετά ευρύ και δυσχεραίνει την αναζήτηση των αιτιολογικών παραγόντων και την άμεση αντιμετώπιση τους.

6.2.2. Οικογενειακή Επίδραση

Η εμφάνιση της νεύρωσης πανικού πριν την ηλικία των 20 ετών συσχετίζεται με παράγοντες αιτιότητας εντός του οικογενειακού πλαισίου (Segui et al., 1999). Συνήθως, η

διαταραχή πανικού προσβάλλει παράλληλα κάποιο από τα μέλη της οικογενείας, ειδικά κάποιος συγγενής έχει ήδη διαγνωστεί με κατάθλιψη ή κάποια αγχώδη διαταραχή (Masi et al., 2000). Εκτός αυτού, η ενδοοικογενειακή βία έχει διατυπωθεί ως πιθανός παράγοντας έκφρασης της διαταραχής πανικού. Γενικότερα, η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση στη παιδική ηλικία έχει συσχετιστεί με διπλάσιες, ακόμη και τριπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης νεύρωσης πανικού. Ο ρεαλιστικός φόβος του παιδιού κατά τη διάρκεια της κακοποίησης αποτελεί παράγοντα ευπάθειας του πλασματικού φόβου της κρίσης πανικού (Goodwin et al., 2005).

Επιπλέον, μελέτες διδύμων αναδεικνύουν ποσοστό κληρονομικότητας της νεύρωσης πανικού 25% έως 35%. Επαναλαμβανόμενες ακολουθίες τρινουκλεοτιδίων έχουν ενοχοποιηθεί ως γονιδιακός παράγοντας αρνητικής επίδρασης. Επίσης, οι Eley, Gregory, Clark & Ehlers (2007) εξέτασαν την πιθανότητα κληρονομικότητας της «ευαισθησίας του άγχους (anxiety sensitivity) (σελ. 1184)». Ειδικότερα, η ευαισθησία άγχους είναι η ανησυχία ή ο φόβος για τον επιβλαβή χαρακτήρα των οργανικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της επίθεσης του πανικού. Αναφέρεται αποκλειστικά στα συμπτώματα της νεύρωσης πανικού, όπως ο καρδιακός παλμός και η δύσπνοια και για αυτό το λόγο διακρίνεται από τις υπόλοιπες ψυχιατρικές διαταραχές. Έχει συσχετιστεί με το πλήθος συμπτωμάτων της νεύρωσης, τη συχνότητα κρίσεων πανικού, το αίσθημα δυσφορίας και την αντίληψη της σοβαρότητας των συμπτωματικών εκδηλώσεων από τα παιδιά. Συμπεριλήφθη, όσο μεγαλύτερα είναι τα επίπεδα της ευαισθησίας άγχους, τόσο συχνότερη είναι η εμφάνιση της νεύρωσης πανικού με ανθεκτικό χαρακτήρα (Eley et al., 2004). Εν τέλει, αποτέλεσε κληρονομικό χαρακτηριστικό στο 50% του ερευνητικού δείγματος, διδύμων 8 ετών, των Eley και συν. (2007).

Συμπερασματικά, το οικογενειακό πλαίσιο συμβάλλει στην ανάπτυξη της νεύρωσης πανικού σε άτομα παιδικής ηλικίας, είτε ως περιβαλλοντική επιρροή, είτε εξαιτίας του επιβαρυσμένου γενετικού υπόβαθρου.

6.3. Συνοσηρότητα με Άλλες Διαταραχές

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της νεύρωσης πανικού εκτός της γνωστικής και κοινωνικής εξασθένησης καλείται να εξυγιάνει δυσμενείς συνθήκες για τη ψυχική υγεία των νεαρών ασθενών, που συνυπάρχουν. Συνήθως οι νεαροί ασθενείς διαγιγνώσκονται παράλληλα από φοβίες, κυρίως ειδική φοβία και αγοραφοβία, αγχώδεις διαταραχές, με μεγαλύτερη συχνότητα τη γενικευμένη διαταραχή άγχους και άγχος αποχωρισμού (Doerfler et al., 2007. Masi et al., 2000).

Η αγοραφοβία παρατηρείται στο 50% του συνολικού πληθυσμού των παιδιών με νεύρωση πανικού. Τις περισσότερες φορές προηγείται της νεύρωσης. Τα παιδιά αποφεύγουν να μείνουν μόνοι στο σπίτι ή στο εξωτερικό περιβάλλον, προτιμούν να ταξιδεύουν με συντροφιά και υπομένουν κοινωνικές συνθήκες άγχους. Αν συνυπάρχει σχολική άρνηση, το άτομο περιορίζει σε μεγάλο βαθμό τις κοινωνική δραστηριοποίηση του, γεγονός που επιφέρει συναισθηματικές και αναπτυξιακές επιπτώσεις (Doerfler et al., 2007).

Η συνοσηρότητα αγχωδών νευρώσεων συνιστά πρόδρομος της ανάπτυξης πρώιμης διπολικής διαταραχής. Επίσης, νέοι απόγονοι ατόμων με διπολική διαταραχή χαρακτηρίζονται με περισσότερες από μία διαγνώσεις άγχους. Οι εν λόγω απόγονοι είναι πιθανό να νοσήσουν από διπολική διαταραχή στο μέλλον. Πιο συγκεκριμένα, ένας στους τέσσερις ασθενείς με διπολική διαταραχή πάσχει από νεύρωση πανικού. Στις προκείμενες περιπτώσεις, τα συμπτώματα έχουν ήπιο χαρακτήρα, καθώς η νεύρωση πανικού συμβαδίζει με τη διπολική διαταραχή τύπου II, η οποία εκδηλώνει συμπτώματα υπομανίας, που είναι λιγότερο σοβαρά συγκριτικά με τα συμπτώματα μανίας. Συνεπώς, η νεύρωση πανικού αποτελεί δείκτης διάκρισης των τύπων της διπολικής διαταραχής. Παρόλο, που η συνοσηρή κατάσταση δεν επιβαρύνει σε μεγαλύτερο βαθμό το άτομο στη περίπτωση των ατόμων παιδικής ηλικίας τα αρνητικά επακόλουθα είναι δριμύτερα από οποιοδήποτε διαφορετικό ηλικιακό εύρος (Masi, Perugi, Millepiedi, Toni, Mucci, Bertini et al., 2007).

6.4. Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Σε ένα πλαίσιο συνοσηρότητας, ο γονέας δεν αντιμετωπίζει τη νεύρωση πανικού ως μείζον πρόβλημα. Εκτός της έλλειψης εξειδικευμένης αντιμετώπισης, συνήθως χορηγούνται εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόληψης της σερετονίνης με σκοπό τη βελτίωση της ψυχικής υγείας του παιδιού σε ένα γενικότερο πλαίσιο (Doerfler et al., 2007). Συνεπώς, η θεραπεία της νεύρωσης πανικού βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο, τόσο σε κλινικό, όσο και σε ερευνητικό επίπεδο, διότι ελάχιστες έρευνες αναφέρονται στην παιδική ηλικία.

Ενδεικτικά, η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση θα επεκταθεί στη συμβολή του παιχνιδιού στην βελτίωση της ψυχικής υγείας του ατόμου. Το παιχνίδι αποτελεί συστατικό στοιχείο της καθημερινής ζωής του παιδιού. Ο ψυχοθεραπευτής επιλέγει το παιχνίδι ως μέσο αλληλεπίδρασης με το παιδί.

Ειδικότερα, ο ψυχαναλυτής επιχειρεί να εντοπίσει την αναπαράσταση των ρεαλιστικών προβλημάτων του νευρωσικού παιδιού μέσα στο παιχνίδι. Μετατοπίζει τη ρίζα των διαπροσωπικών συγκρούσεων του ατόμου στο παιχνίδι και στη συνέχεια, ερμηνεύει τη συμπεριφορά του ατόμου. Δίνεται η ευκαιρία στο άτομο να διεκπεραιώσει έναν ενεργητικό ρόλο κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού, σε αντίθεση με τον παθητικό ρόλο που αντιπροσωπεύει στη πραγματικότητα (Freud, 1998). Η μεταβίβαση των προσωπικών εμπειριών στην εξέλιξη του παιχνιδιού απελευθερώνει την φαντασία και έκφραση του ατόμου. Οι ερμηνείες του ψυχαναλυτή θα πρέπει να είναι σαφείς και σύντομες, για να γίνονται κατανοητές από το παιδί (Klein, 1932). Είναι πιθανόν, να επιφέρουν απροσδόκητες αντιδράσεις στο θεραπευόμενο. Γι αυτό το λόγο οι λεκτικές παρεμβάσεις του ειδικού συστήνονται, ώστε να ρυθμιστούν τα αρνητικά συναισθήματα του τελευταίου. Επιπλέον, οι ερμηνείες αποτελούν ενδείξεις εμπιστοσύνης και υποστήριξης του ειδικού προς το θεραπευόμενο (όπως αναφέρεται στο άρθρο της Levy, 2008).

Όπως προαναφέρθηκε, οι συγκρουσιακές διαπροσωπικές σχέσεις στο πλαίσιο της οικογένειας αποτελούν κύρια αιτία της εκδήλωσης της νεύρωσης πανικού στη παιδική ηλικία. Άρα το παιχνίδι θα αποτελούσε ένα πρόσφορο έδαφος διερεύνησης των συγκεκριμένων συγκρούσεων. Βέβαια, πολλές φορές ο έμμεσος χαρακτήρας του παιχνιδιού δυσχεραίνει τη κατανόηση των επιβλαβών πηγών έντασης από το άτομο. Συνεπώς, το παιχνίδι προσφέρεται για τη προσέγγιση σιωπηρών σχεσιακών προβλημάτων και η λεκτική πρακτική για τη καλύτερη κατανόηση αυτών (Levy, 2008).

7. Γενικευμένη Νεύρωση Άγχους

Οι αγχώδεις νευρώσεις, που προαναφερθήκαν, συμπεριλαμβάνουν ορισμένες εκδηλώσεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς με ψυχοπαθολογικό χαρακτήρα. Ωστόσο, το άγχος συχνά ξεπερνά το φυσιολογικό μέτρο και γενικεύεται σε όλο το φάσμα της ανθρώπινης συμπεριφοράς με κίνδυνο την ανάπτυξη της γενικευμένης νεύρωσης άγχους, ειδικά της γενικευμένης αγχώδης διαταραχής. Ο γενικός πληθυσμός ατόμων παιδικής ηλικίας πάσχει από συμπτώματα άγχους σε ποσοστό μεταξύ 10% έως 20%. Βάσει αυτής της πληθυσμιακής ομάδας, η πιο συχνή ψυχιατρική διαταραχή είναι η γενικευμένη νεύρωση άγχους. Ο επιπολασμός της εν λόγω νεύρωσης ανέρχεται σε ποσοστό από 2% μέχρι 19% (Kendall & Pimentel, 2003). Στις αιτίες έξαρσης της νεύρωσης συμπεριλαμβάνονται τα βιώματα της παιδικής ηλικίας και οι ανωμαλίες δομών του εγκεφάλου, όπως η αμυγδαλή και η ανώτερη κροταφική έλικα. Η πρόωμη έναρξη της διαταραχής αποτελεί τον βασικότερο αρνητικό παράγοντα επίδρασης της πορείας των συμπτωμάτων. Πιο συγκεκριμένα, η λειτουργικότητα των εν λόγω ατόμων γίνεται όλο και περισσότερο ελλειμματική σε γνωστικό και κοινωνικό επίπεδο. Παράλληλα, οι πιθανότητες συνοσηρότητας αυξάνονται. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της παιδιατρικής γενικευμένης νεύρωσης άγχους επιχειρεί την απομόνωση των συμπτωματικών εκδηλώσεων και την διακριτή αντιμετώπιση τους εξαιτίας του τεράστιου εύρους αυτών.

7.1. Συμπτωματικές Εκδηλώσεις Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Γενικευμένη Νεύρωση Άγχους

Βασικό χαρακτηριστικό της γενικευμένης νεύρωσης άγχους είναι η υπερβολική ανησυχία, η οποία δεν αρμόζει στο ξέγνοιαστο τρόπο ζωής της παιδικής ηλικίας. Για αυτό το λόγο, τα παιδιά, τα οποία διαγιγνώσκονται με τη συγκεκριμένη ψυχιατρική διαταραχή, χαρακτηρίζονται ως «μικροί ενήλικες» εξαιτίας της φύσης των ανησυχιών τους. Δηλαδή, η

πηγή αγωνίας και άγχους συνήθως επικεντρώνεται σε γεγονότα παγκόσμιας εμβέλειας, όπως ο πόλεμος ή σε γεγονότα που αφορούν το οικογενειακό πλαίσιο, παραδείγματος χάριν η διαχείριση των χρημάτων. Τα γεγονότα αυτά είναι δυνατόν να χρονολογούνται είτε στο παρόν, είτε στο παρελθόν, είτε στο μέλλον. Παράλληλα, η υπερβολική ανησυχία αναφέρεται και στους τομείς, που συσχετίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό με τη παιδική ηλικία, όπως το σχολείο και οι παρέες συνομηλίκων (Layne, Bernat, Victor & Bernstein, 2009).

Αναφορικά με τις ανησυχίες ατόμων παιδικής ηλικίας, η επικριτική άποψη των άλλων θεωρείται πολύ σημαντική. Για παράδειγμα, πως αξιολογούν οι άλλοι τη σχολική επίδοση του νευρωσικού ατόμου (Layne et al., 2009); Ειδικότερα, οι συγκεκριμένοι ασθενείς επιδιώκουν διαρκώς τη τελειότητα σε ένα πλαίσιο πρόωρης ωρίμανσης και διαρκούς αναζήτησης της επιβεβαίωσης από τους σημαντικούς άλλους. Επιθυμούν να ευχαριστούν τους άλλους και καταβάλλονται από αρνητικά συναισθήματα, όταν έρχονται αντιμέτωποι με κάποια αρνητική αξιολόγηση (Masi, Mucci, Favilla, Romano & Poli, 1999).

Αν και θεωρούνται σπάνια στη παιδική ηλικία, παρατηρείται τουλάχιστον ένα σύμπτωμα σωματικής φύσεως στους εν λόγω ασθενείς. Σε τέτοιου είδους συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται οι μυϊκοί πόνοι, η αδυναμία συγκέντρωσης, τα προβλήματα κατά τη διάρκεια του ύπνου, η κόπωση και η αίσθηση αδυναμίας χαλάρωσης και ξεκούρασης. Επίσης, η ανεξέλεγκτη ανησυχία ενυπάρχει και στις πεποιθήσεις αναφορικά με τη προσωπική υγεία, αλλά και την σωματική κατάσταση των άλλων. Η εν λόγω διάχυτη αγωνία έχει ως αποτέλεσμα την ευερεθιστότητα και νευρικότητα του ατόμου παιδική ηλικίας (Kendall & Pimentel, 2003. Layne et al., 2009).

Για να είναι εφικτή η διάγνωση της γενικευμένης νεύρωσης άγχους σε άτομα παιδικής ηλικίας, προϋποθέτεται η παρουσίαση ενός συμπτώματος μεταξύ των παραπάνω για τουλάχιστον 6 μήνες. Ωστόσο, συνήθως τα παιδιά παρουσιάζουν παραπάνω από ένα. Επίσης,

οι ανησυχίες του παιδιού εκδηλώνονται σε έναν ή δύο τομείς ενδιαφέροντος, αλλά σε υπερβολικό βαθμό. Παραδείγματος χάριν, εάν αυτός ο τομέας είναι το σχολείο, το παιδί αγωνιά για την ώρα άφιξης στο σχολείο, για την εκπόνηση των εργασιών ή για τη συμπεριφορά των εκπαιδευτικών. Είναι αξιοσημείωτο, ότι το παιδί δεν αναγνωρίζει πως οι συγκεκριμένες ανησυχίες δυσχεραίνουν την ομαλή εξέλιξη της καθημερινότητας του (Layne et al., 2009).

Η ηλικία έναρξης της συγκεκριμένης ψυχιατρικής διαταραχής διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην έκβαση της ψυχική υγείας του ατόμου. Σύμφωνα με τον Castello (1989), οι περισσότεροι ασθενείς νοσούν ήδη από τη παιδική ηλικία. Ο μέσος όρος της ηλικίας έναρξης είναι 8,8 έτη. Οι εν λόγω ασθενείς διακρίνονται από τους υπόλοιπους, οι οποίοι νοσούν στην ενήλικη ζωή, διότι τα συμπτώματα, που εμφανίζουν, έχουν χρόνιο και ανθεκτικό χαρακτήρα. Επίσης, ορισμένα συμπτώματα εμφανίζονται πιο συχνά, όπως η ένταση, η αρνητική αυτοεικόνα και οι σωματικές ενοχλήσεις. Η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη θεραπεία θεωρούνται ζωτικής σημασίας παράγοντες επίδρασης (όπως αναφέρεται στο άρθρο των Masi και συν., 1999).

Τα άτομα παιδικής και εφηβικής ηλικίας παρουσιάζουν παρόμοιες συμπτωματικές εκδηλώσεις, ωστόσο, εάν το άτομο ενηλικιωθεί, τα συμπτώματα αυξάνονται όλο και περισσότερο. Σύμφωνα με τους Last, Hersen, Kazdin, Orashel & Perin (1991), τα άτομα, τα οποία προέρχονται από τη μεσαία και ανώτερη κοινωνικό-οικονομική τάξη και οι γυναίκες, τείνουν να νοσήσουν σε μεγαλύτερο βαθμό (όπως αναφέρεται στο άρθρο των Masi και συν., 1999). Όμως, τα ερευνητικά ευρήματα αναφορικά με το φύλο είναι περιορισμένα και θεωρείται αποδεκτό μόνον, ότι τα συμπτώματα εξελίσσονται με γρηγορότερους ρυθμούς στα κορίτσια συγκριτικά με τα αγόρια. (Mohapatra, Agarwal & Sitholey, 2013). Αν και η γενικευμένη νεύρωση άγχους συνιστά συχνό τύπο ψυχιατρικής διαταραχής στη παιδική

ηλικία, η ερευνητική βιβλιογραφία είναι ελάχιστη και η εν λόγω νεύρωση προσαρμόστηκε πρώτη φορά στη τέταρτη έκδοση του DSM (1994).

7.2. Λειτουργικότητα Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Γενικευμένη Νεύρωση Άγχους και Αιτιολογικοί Παράγοντες

7.2.1. Κοινωνικές Δεξιότητες

Η κοινωνική αποδοχή αποτελεί ενδιαφέρον πρωτίστης σημασίας για τα παιδιά με γενικευμένη νεύρωση άγχους (Masi et al., 1999). Η προσωπική ευθύνη, από την οποία διακατέχονται για να είναι αρεστοί, ορισμένες φορές εξελίσσεται σε ανυπόφορο άγχος, το οποίο εμποδίζει την έκφραση των κοινωνικών δεξιοτήτων του ατόμου. Το άτομο εκλαμβάνει λανθασμένα τις κοινωνικές συνθήκες. Για παράδειγμα, τα αρνητικής προέλευσης σχόλια των συνομηλίκων καθιστούν τον νέο ασθενή ανάξιο. Επίσης, η άρνηση του γονέα να κοιμηθούν μαζί συνιστά στοιχείο απόρριψης για το νευρωτικό παιδί. Η επαγομένη δυσφορία από τα παραπάνω έχει ως αποτέλεσμα την υπολειτουργικότητα του ατόμου σε διάφορους τομείς της καθημερινής ζωής, κυρίως αναφορικά με τις διαπροσωπικές σχέσεις (Clementi & Alfano, 2014).

7.2.2. Γνωστικά Ελλείμματα

Οι πεποιθήσεις του ατόμου, που ενισχύουν το γενικευμένο άγχος, αποτελούν βασικό στοιχείο της διερευνητικής βιβλιογραφίας. Η εκτίμηση ορισμένων περιστάσεων ως δυσχερείς από τον ασθενή, ακόμη και αν δεν είναι, ενοχοποίησαν τη γνωστική απόδοση του άγχους. Παράλληλα, η δυσκολία επίλυσης προβλημάτων και η αναποφασιστικότητα των ασθενών προστίθενται στα γνωστικά ελλείμματα της γενικευμένης νεύρωσης άγχους (Clementi & Alfano, 2013).

Οι Taghavi, Dalgleish, Moradi, Neshat-Doost & Yule (2003) αξιολόγησαν τη προσοχή ατόμων παιδικής ηλικίας με γενικευμένη νεύρωση άγχους συγκριτικά με υγιή παιδιά αναφορικά με πληροφορίες πρώτον αρνητικού, δεύτερον θετικού, τρίτον ουδέτερου σημασιολογικού περιεχόμενου, και τέταρτον περιεχόμενου, που είναι συναφές με απειλητικές καταστάσεις⁶. Τα συμπεράσματα αυτής της μελέτης κατέληξαν στο γεγονός, ότι οι πληροφορίες αρνητικού σημασιολογικά περιεχόμενου ή οι πληροφορίες που συσχετίζονται με κάποια απειλή αιχμαλώτισαν τη προσοχή των νευρωσικών συγκριτικά με τους υγιείς. Επιβεβαιώνοντας, ότι παράμετροι γνωστικής φύσεως συμβάλλουν εξίσου στη δημιουργία του άγχους της γενικευμένης νεύρωσης.

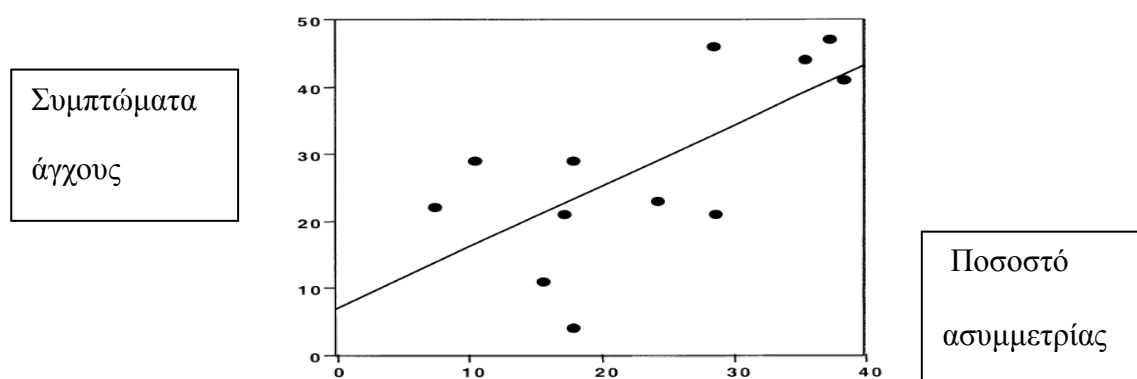
7.2.3. Ανωμαλίες των Δομών του Εγκεφάλου

Ο τρόπος με τον οποίο η προσοχή και οι υπόλοιπες αντιληπτικές διεργασίες του ατόμου ενισχύουν την απόδοση του γενικευμένου άγχους δεν έχει διευκρινιστεί. Ωστόσο, όπως έχει προαναφερθεί, η αμυγδαλή έχει συσχετιστεί με τις αγχώδεις συμπεριφορές. Πιο συγκεκριμένα, οι De Bellis, Casey, Dahl, Birmaher, Williamson, Thomas και συν. (2000) διατύπωσαν ότι ο κεντρικός πυρήνας της αμυγδαλής συσχετίζεται με την αντίληψη των φοβικών ερεθισμάτων και ότι το υπόλοιπο μέρος της δομής με την υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, λειτουργίες που παρατηρήθηκαν σε 12 παιδιά με γενικευμένη διαταραχή άγχους συγκριτικά με υγιή άτομα παιδικής ηλικίας. Ακόμη στο δεξί ημισφαίριο ο όγκος της αμυγδαλής των ασθενών ήταν πολύ μεγαλύτερος συγκριτικά με υγιείς. Το εύρημα αυτό εκδηλώνει την ευπάθεια των ατόμων παιδικής ηλικίας είτε αναφορικά

⁶ Οι συμμετέχοντες έπρεπε να αναφέρουν χρώματα λέξεων διαφορετικού σημασιολογικού περιεχόμενου, επιχειρώντας να αγνοήσουν αυτό το περιεχόμενο. Ο βαθμός, στον οποίο το σημασιολογικό περιεχόμενο της λέξης παρεμβαίνει στην ικανότητα του συμμετέχοντα να αναφέρει το χρώμα των λέξεων, είναι ο δείκτης του πόσο πολύ το περιεχόμενο της λέξης κεντρίζει τη προσοχή των συμμετεχόντων.

με την έναρξη της γενικευμένης διαταραχής άγχους, είτε αναφορικά με την αύξηση των αγχωδών συμπτωμάτων. Αυτές οι θεωρητικές προεκτάσεις χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

Ορισμένες προβολές της αμυγδαλής σε περιφερειακές εγκεφαλικές δομές έχουν συσχετιστεί με τη γενικευμένη νεύρωση άγχους. Ειδικότερα, η αμυγδαλή προβάλλει στην ανώτερη κροταφική έλικα, η οποία συμπεριλαμβάνει τη νευρωνική βάση για την ερμηνεία κοινωνικών πληροφοριών, όπως οι σκέψεις, οι προθέσεις, οι επιθυμίες και οι πεποιθήσεις του κοινωνικού περίγυρου. Σε άτομα παιδικής ηλικίας με γενικευμένη νεύρωση άγχους παρατηρήθηκε μεγαλύτερος όγκος της ανώτερης κροταφικής έλικας, καθώς και της λευκής και φαιάς ουσίας σε αυτή. Μάλιστα, συγκριτικά με υγιείς παρουσιάζεται εγκεφαλική ασυμμετρία στους ασθενείς, καθώς τα ευρήματα αυτά εμφανίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό στο δεξί ημισφαίριο. Στο σχήμα 3 αναπαριστάται η αντιστοιχία της εγκεφαλικής ασυμμετρίας με τις αυτό-αναφορές των συμπτωμάτων άγχους των εν λόγω ασθενών. Επίσης, η ανώτερη κροταφική έλικα έχει συσχετιστεί με τον προσδιορισμό εκφράσεων προσώπων και γενικότερα, με την ανώτερη γνωστική επεξεργασία των φοβικών ερεθισμάτων. Συμπερασματικά, η μη φυσιολογική εγκεφαλική δομή των ασθενών αποτελεί παράγοντας αρνητικής επίδρασης για τη κοινωνική νοημοσύνη και όχι μόνο (De Bellis, Keshavan, Shifflett, Iyengar, Dahl, Axelson et al., 2002).



Σχήμα 3. Θετική συσχέτιση συμπτωμάτων άγχους με την εγκεφαλική ασυμμετρία αναφορικά με την αύξηση της λευκής ουσίας στην ανώτερη κροταφική έλικα του δεξιού ημισφαιρίου παιδιών με γενικευμένη νεύρωση άγχους.

7.2.4. Περιβαλλοντικοί και Ιδιοσυγκρασιακοί Παράγοντες Επίδρασης

Τα παραπάνω ερευνητικά δεδομένα του κλάδου της νευροψυχολογίας έχουν παρατηρηθεί και σε άτομα παιδικής ηλικίας, τα οποία έχουν υποστεί κακοποίηση. Εξίσου, αυτά τα άτομα κυριεύονται από μεγαλύτερο φόβο για τα κοινωνικά μηνύματα, που λαμβάνουν. Επίσης, η εμφάνιση της γενικευμένης νεύρωσης άγχους έχει συσχετιστεί με περιστατικά κακοποίησης. Ακόμη με χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και ανασταλτική συμπεριφορά. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα στη διαχείριση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων διεργασιών, γεγονός που αποτελεί προβλεπτικός παράγοντας για την έναρξη της διαταραχής. Εκτός των αρνητικών συναισθημάτων, που βιώνει το άτομο, έχουν ενοχοποιηθεί και τα προβλήματα εσωτερικευμένης συμπεριφοράς της μητέρας. Πιο συγκεκριμένα, μητέρες, οι οποίες εμφανίζουν διαταραχές με εσωτερικευμένα συμπτώματα, συνιστούν αρνητικός πρόδρομος της γενικευμένης νεύρωσης άγχους των απογόνων τους (Moffitt, Caspi, Harrington, Milne, Melchior, Goldberg & Poulton, 2007). Η δυαδική αλληλεπίδραση μητέρας με ψυχοπαθολογικά προβλήματα και παιδιού επιφέρει αρνητικό αντίκτυπο στο παιδί. Συμπερασματικά, η έναρξη και πορεία της γενικευμένης νεύρωσης άγχους οφείλεται σε ένα συνονθύλευμα παραγόντων αρνητικής επιρροής.

7.3. Συνοσηρότητα με Άλλες Διαταραχές

Η γενικευμένη νεύρωση άγχους είναι πιθανό να συνυπάρχει με άλλους τύπους νεύρωσης ή ψυχιατρικών διαταραχών σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με τις προαναφερθείσες νευρώσεις. Το ποσοστό συνοσηρότητας της συγκεκριμένης νεύρωσης με τις υπόλοιπες ανέρχεται στο 75%. Επιπλέον, το 50% των ασθενών εμφανίζουν παράλληλα και μείζων καταθλιπτική διαταραχή, ενώ πιο σπάνια προβλέπεται να εμφανιστούν οι διαταραχές εξωτερικευμένης συμπεριφοράς (Masi et al., 1999).

Οι Moffitt και συν. (2007) διαπίστωσαν ότι η γενικευμένη νεύρωση άγχους και η μείζων καταθλιπτική διαταραχή συσχετίστηκα με κοινούς παράγοντες κινδύνου. Ειδικότερα,

το επιβαρυνμένο ψυχιατρικό οικογενειακό ιστορικό παρατηρήθηκε και στις δύο ερευνητικές ομάδες ασθενών. Επιπρόσθετα, παρόμοια χαρακτηριστικά προσωπικότητας, αλλά και αντιξοότητες στο πλαίσιο της παιδικής ηλικίας υπογράμμισαν τα στενή σχέση των δύο ψυχιατρικών διαταραχών. Εν ολίγοις, οι δυσχερείς εμπειρίες της παιδικής ηλικίας ευθύνονται τόσο για την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας, όσο για την ύπαρξη πλαισίου συνοσηρότητας.

Αν και η διάγνωση συνοσηρότητας κατάθλιψης και γενικευμένης νεύρωσης άγχους εγκυμονεί μεγαλύτερη διάρκεια και δεινότητα των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, και άλλες διαταραχές, κυρίως άγχους και διάθεσης, συνυπάρχουν σε αρκετά μεγάλο ποσοστό με τη γενικευμένη νεύρωση άγχους. Ειδικότερα, η ειδική φοβία διαγιγνώσκεται στους ασθενείς γενικού άγχους σε ποσοστό 42%, το άγχος αποχωρισμού 31,8%, η κοινωνική φοβία 28%, η ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική νεύρωση 19,7%, η νεύρωση πανικού 16,6% και οι εξωτερικευμένες διαταραχές, όπως η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, η εναντιωματική προκλητική διαταραχή και η διαταραχή διαγωγής σε ποσοστό 21% (Mohapatra et al., 2013).

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα αυξάνονται με το πέρας των χρόνων εξαιτίας της χρόνιας αρνητικής επιρροής βιολογικών και περιβαλλοντολογικών παραγόντων. Στο πίνακα 1 αναπαρίστανται τα ποσοστά συνοσηρότητας ατόμων παιδικής ηλικίας συγκριτικά με άτομα εφηβικής ηλικίας. Συμπερασματικά, ο δείκτης συνοσηρότητας δεν επιβεβαιώνει τη προαναφερθείσα άποψη περί δεινότητας των συμπτωμάτων, διότι στην εφηβική ηλικία παραμένει σε χαμηλά επίπεδα (Masi et al., 1999).

7.4. Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Το κλινικό άγχος γενικού χαρακτήρα προκαλεί τάσεις φυγής στους νευρωσικούς ασθενείς. Συνεπώς, η θεραπευτική αντιμετώπιση καλείται να ανακουφίσει τον ασθενή από τα συμπτώματα δυσφορίας και να προτείνει διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης τους άγχους από τη φυγή. Η ψυχοεκπαίδευση, η γνωστικό – συμπεριφοριστική θεραπεία και η

Πίνακας 1

Συνοσηρότητα γενικευμένης νεύρωσης άγχους ατόμων παιδικής και εφηβικής ηλικίας

	<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>		<u>ΠΑΙΔΙΑ</u>		<u>ΕΦΗΒΟΙ</u>	
	<u>N=58</u>		<u>N=19</u>		<u>N=39</u>	
<u>ΔΙΑΓΝΩΣΗ</u>	N	%	N	%	N	%
Άγχος αποχωρισμού	12	21	8	42	4	10
Ειδική φοβία	17	29	3	16	14	36
Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική νεύρωση	6	10	2	10	4	10
Κατάθλιψη	36	62	11	58	25	64
Εξωτερικευμένες διαταραχές	5	9	2	10	3	8

φαρμακοθεραπεία έχει διαπιστωθεί ότι επιφέρουν θετικά αποτελέσματα αναφορικά με την αντιμετώπιση του άγχους, τα οποία διαρκούν στο χρόνο (Kodish, Rockhill & Varley, 2011).

Τα φάρμακα, και ειδικότερα οι επιλεκτικοί αναστολείς επαναπρόληψης της σερετονίνης και νορεπινεφρίνης μειώνουν την υπερδραστηριότητα του ψυχοφυσιολογικού οργανικού συστήματος του ατόμου με αποτέλεσμα το στρες να μην δυσχεραίνει την εκμάθηση προσαρμοστικών δεξιοτήτων απέναντι στα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα. Δηλαδή, η χορήγηση φαρμάκων υπό αυστηρές συνθήκες είναι δυνατόν να διευκολύνει το έργο της ψυχοθεραπείας. Οι λεγόμενες συνθήκες είναι η εξέταση των μοναδικών κλινικών χαρακτηριστικών, η συγκατάθεση από τους γονείς, αλλά και από το ίδιο το παιδί, όταν είναι εφικτό, οι συχνές επισκέψεις στον ιατρό κατά την έναρξη της θεραπείας για την εκτίμηση

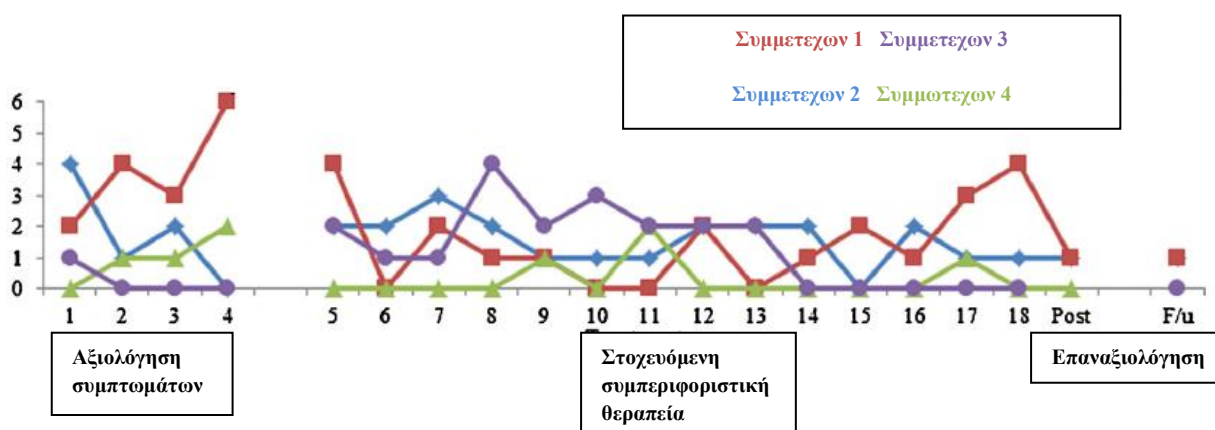
αποτελεσματικότητας και ανοχής της φαρμακοθεραπείας και η σταδιακή μείωση κατά το τέλος της θεραπείας για αποφυγή δυσάρεστων συνεπειών. Η γενικευμένη νεύρωση άγχους που συμπεριλαμβάνει νευρωνικές αλλαγές προσφέρεται για τέτοιου είδους θεραπεία. Με τον συνδυασμό φαρμάκων και γνωστικό – συμπεριφοριστικής προσέγγισης ενεργοποιούνται οι μηχανισμοί σκέψης και μάθησης του ατόμου παιδικής ηλικίας με σκοπό την άμβλυνση των αρνητικών επιπτώσεων της νεύρωσης (Kodish et al., 2011)

Εξαιτίας των ποικίλων συμπτωμάτων της γενικευμένης νεύρωσης άγχους, η γνωστικό – συμπεριφοριστική θεραπεία αναπτύσσει μια στοχευόμενη πρακτική αντιμετώπισης των μοναδικών συμπτωμάτων της πρώιμης εμφάνισης της νεύρωσης. Εκτός της αποφευκτικής συμπεριφοράς, 90% των νεαρών ασθενών παρουσιάζουν προβλήματα ύπνου (αϋπνία, κοιμούνται μαζί με τους γονείς). Βάσει λοιπόν αυτών των σωματικών εκδηλώσεων, η συγκεκριμένη πρακτική αξιολογεί τα συμπτώματα σε περίοδο 4 εβδομάδων και στη συνέχεια, εξελίσσεται η ενεργή θεραπεία σε χρονικό διάστημα 14 εβδομάδων. Η φάση της αξιολόγησης έχει ως σκοπό την εκτίμηση της πορείας των συμπτωμάτων μέσα στο χρόνο και η ενεργή φάση της θεραπείας περιλαμβάνει ψυχοεκπαίδευση, ιεραρχική αναδόμηση προβλημάτων και παρέμβαση ύπνου, παραδείγματος χάριν όσο αφορά την ασυνέπεια ύπνου και αφύπνισης και τις διεγερτικές δραστηριότητες πριν τον ύπνο του ατόμου. Στο σχήμα 4 αναπαρίσταται λεπτομερέστατα η εξέλιξη των συνεδριών. Με το πέρας των 14 εβδομάδων αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Τα αποτελέσματα ήταν τα εξής: μείωση των αποφευκτικών συμπεριφορών, βελτίωση του ύπνου και γενικότερη βελτίωση της συνολικής λειτουργίας του ατόμου. Δεν διαγνώστηκε κανένα σύμπτωμα στην επαναξιολόγηση τρεις μήνες μετά. Στο σχήμα 5 αναπαρίσταται η μείωση των προβλημάτων ύπνου των συμμετεχόντων κατά την εξέλιξη της θεραπείας (Clementi & Alfano, 2014). Ανακεφαλαιωτικά, η πρόληψη της πρώιμης γενικευμένης νεύρωσης άγχους ως ξεχωριστός

τύπος αποφαίνεται ως μελλοντικός στόχος του ερευνητικού και κλινικού επιστημονικού κόσμου.



Σχήμα 4. Πρόγραμμα συνεδριών στοχευόμενης γνωστικό - συμπεριφοριστικής θεραπείας



Σχήμα 5. Η εξέλιξη των προβλημάτων ύπνου 4 συμμετεχόντων σε εβδομαδιαία βάση

8. Φοβικές Νευρώσεις

Κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, ο άνθρωπος βιώνει φόβους ήπιας έντασης, παροδικής διάρκειας και προσαρμοστικού χαρακτήρα αναφορικά με εξωτερικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Αντίθετα στις περιπτώσεις φοβικών νευρώσεων, ο φόβος έχει ως αποτέλεσμα οδυνηρές εμπειρίες για το άτομο και δυσπροσαρμοστική λειτουργία. Στις δεδομένες περιπτώσεις δεν είναι δυνατόν ούτε να ελεγχθεί, ούτε να εξηγηθεί από το άτομο σύμφωνα με τον Marks (1969) (όπως αναφέρεται στο άρθρο των Ollendick, King & Muris, 2002). Οι αιτίες προέλευσης των φόβων δεν είναι αρκετά σαφείς και τεκμηριωμένες, για αυτό το λόγο η οδός, που κατευθύνει στην ανάπτυξη φοβικής νεύρωσης, παραμένει ανεξιχνίαστη. Τα ευρήματα της ερευνητικής βιβλιογραφίας επικεντρώνουν το ενδιαφέρον στο ατομικό περιβάλλον του εκάστοτε ασθενούς. Δυσάρεστες εμπειρίες, ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά και η γονεϊκή επίδραση συνιστούν τους πιο μελετημένους παράγοντες αρνητικής επίδρασης (Ollendick et al., 2002). Επιπρόσθετα, δημογραφικές μεταβλητές, όπως το φύλο, η ηλικία και η εθνικότητα, φαίνεται να διαμορφώνουν τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των φοβικών νευρώσεων, έτσι ώστε οι πιο δημοφιλείς νευρώσεις να αναφέρονται σε εξειδικευμένα ερεθίσματα του εξωτερικού περιβάλλοντος ή το κοινωνικό άγχος (Meltzer, Vostanis, Dogra, Doos, Ford & Goodman, 2009). Οι φοβικές αντιδράσεις των παιδιών στις εν λόγω συνθήκες έχουν ως αποτέλεσμα μειωμένες γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες, και παράλληλα την ανάπτυξη συναισθηματικών δυσκολιών με αναπόφευκτη συνέπεια την συνύπαρξη άλλων ψυχιατρικών διαταραχών (Rapee & Spence, 2004). Οι θεραπευτικές μέθοδοι εστιάζουν στις προκειμένες δυσκολίες και ειδικότερα, η γνωστικό – συμπεριφοριστική προσέγγιση έχει προτείνει βραχείες πρακτικές για την άμεση ανακούφιση των συμπτωμάτων ατόμων παιδικής ηλικίας (Davis, Ollendick & Ost, 2009).

8.1. Συμπτωματικές Εκδηλώσεις Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Φοβική Νεύρωση

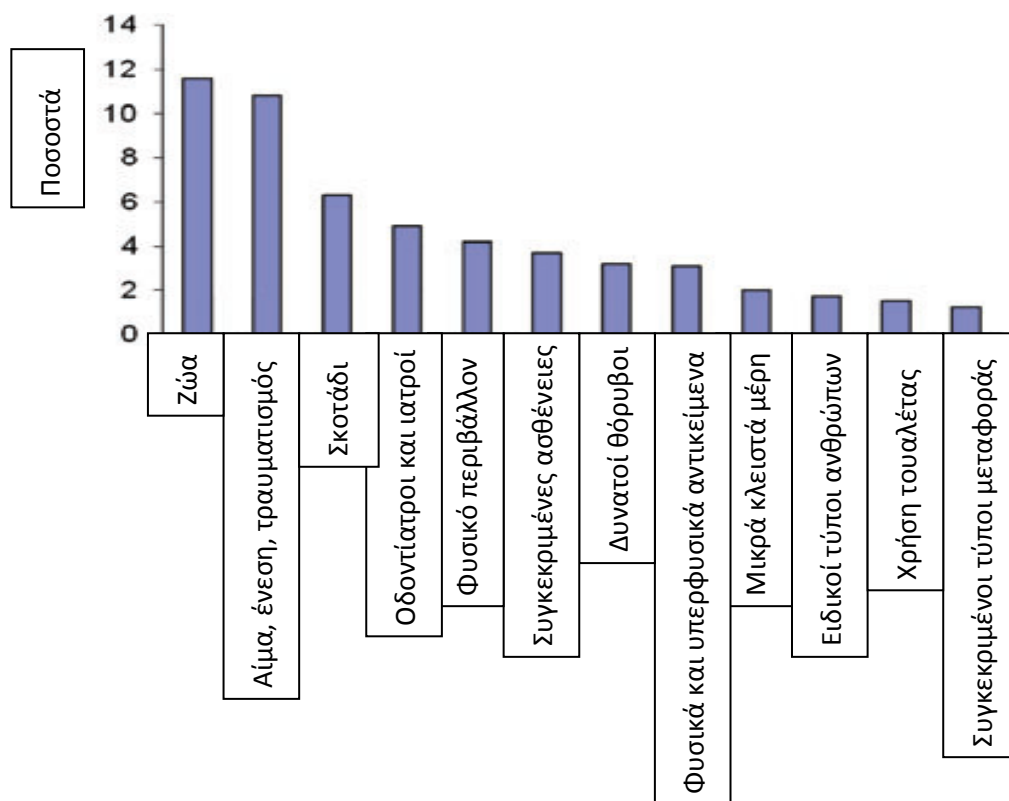
Βάσει του DSM – IV - TR (APA, 2000), η φοβία ορίζεται ως έντονο, επίμονο, παράλογο και υπερβολικό συναίσθημα ανησυχίας για την εμφάνιση ή αναμονή προκαθορισμένου ερεθίσματος ή συνθήκης. Η έκθεση του ατόμου στην συγκεκριμένη συνθήκη επιφέρει μια άμεση αντίδραση άγχους. Σε αυτή τη περίπτωση, το άτομο είτε αποφεύγει τη φοβική κατάσταση, είτε την υπομένει με αγωνία. Η επαγομένη δυσφορία παρεμβαίνει στη καθημερινή ρουτίνα του ατόμου, παρακωλύοντας τις σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες του, καθώς και τις διαπροσωπικές σχέσεις του ίδιου.

Εν αντιθέσει με την ειδική φοβία, που μόλις περιγράφηκε και αναφέρεται σε εξειδικευμένες συνθήκες, η κοινωνική φοβία προκαλεί στο άτομο παρόμοιες αντιδράσεις σε κοινωνικές συνθήκες ή περιπτώσεις κοινωνικής κριτικής. Πιο συγκεκριμένα στα πλαίσια διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων με οικεία πρόσωπα και συνομηλίκους, το παιδί ανησυχεί για το γεγονός ότι οι ενέργειες του θα χαρακτηριστούν από τους άλλους ως ταπεινωτικές και ντροπιαστικές. Ο φόβος αυτός εκδηλώνεται αναλόγως με τη κοινωνική περίσταση, ωστόσο συχνά παρουσιάζεται ως κρίση πανικού. Μάλιστα, τα άτομα παιδικής ηλικίας κλαίνε, ξεσπούν, καθλώνονται στην ίδια θέση τη δεδομένη στιγμή και ελαχιστοποιούν τις επικοινωνιακές αλληλεπιδράσεις με αγνώστους. Οι εκδηλώσεις αποφυγής κοινωνικών αλληλεπιδράσεων δε πρέπει να οφείλονται σε φαρμακευτικές ουσίες και η διάρκεια των συμπτωμάτων της φοβικής νέυρωσης ορίζεται ως 6 μήνες, για να είναι εφικτή η διάγνωση σε άτομα παιδικής ηλικίας σύμφωνα με το DSM – IV - TR (APA, 2000).

Οι φοβικές νευρώσεις παρατηρούνται πιο σπάνια συγκριτικά με τις αγχώδεις. Οι επικρατέστερες είναι η ειδική φοβία σε ποσοστό 5% κατά μέσο όρο των δημοσιευμένων επιδημιολογιών ερευνών, και η κοινωνική φοβία σε μικρότερο ποσοστό του γενικού πληθυσμού ατόμων παιδικής ηλικίας (Ollendick et al., 2002; Rapee & Spence, 2004). Το αναπτυξιακό στάδιο του ορισμένου ηλικιακού φάσματος επεξηγεί τα εν λόγω στοιχεία.

Αρχικά, όσο αφορά την ειδική φοβία τα παιδιά μικρότερης ηλικίας αναπτύσσουν φοβικές αντιδράσεις σε ερεθίσματα του αμέσου εξωτερικού περιβάλλοντος, ενώ παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας περισσότερο ρεαλιστικούς φόβους. Για παράδειγμα, τα νεότερα παιδιά φοβούνται περισσότερο το σκοτάδι, τους δυνατούς θορύβους, τα φανταστικά ή υπερφυσικά αντικείμενα και ειδικούς τύπους ανθρώπων εξαιτίας αναπτυξιακού επιπέδου που εμπεριέχει περιορισμένες γνωστικές, αντιληπτικές και συναισθηματικές δεξιότητες (Meltzer et al., 2009). Για τον ίδιο λόγο η κοινωνική φοβία διαγιγνώσκεται σε μικρότερο βαθμό στα παιδιά, γιατί εκφράζεται σε μεγαλύτερο βαθμό σε άτομα προεφηβικής ή εφηβικής ηλικίας, τα οποία έχουν κατακτήσει το επιθυμητό επίπεδο αυτοσυνείδησης για την εκτίμηση του κοινωνικού εαυτού (Rapee & Spence, 2004). Συνεπώς, το περιεχόμενο του φόβου προσδιορίζεται μέσω της εξελικτικής άποψης και επιφέρει αρνητικές συνέπειες στα επίμαχα πλαίσια της παιδικής ηλικίας, παραδείγματος χάριν το σχολείο.

Διαφοροποίηση αναφορικά με το περιεχόμενο των φόβων παρατηρείται ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια εξαιτίας κοινωνικών πεποιθήσεων. Σύμφωνα με τους Fisher και συν. (2006), ο επιπολασμός των φοβικών νευρώσεων είναι αυξημένος στα κορίτσια, διότι είναι πιο επιρρεπή σε απειλές του εξωτερικού περιβάλλοντος σωματικής και σεξουαλικής φύσεως. Αντίθετα, οι ενήλικες ζητούν από τα αγόρια να απαρνιούνται τους φόβους τους (όπως αναφέρεται στο άρθρο των Meltzer και συν., 2009). Αυτές οι πεποιθήσεις ευδοκιμούν στα ανάλογα πολιτισμικά πλαίσια διαφορετικής αντιμετώπισης ανάμεσα στα δύο φύλα. Επίσης, γενικότερα όσο περισσότερο ενισχύεται η υπακοή και η ανεσταλμένη ή ελεγχόμενη συμπεριφορά σε ένα λαό, τόσο περισσότερο αυξάνονται οι αγχωτικές και φοβικές αντιδράσεις (Meltzer et al., 2009). Συμπερασματικά, οι παράγοντες που επηρεάζουν την έκφραση των φοβικών αντιδράσεων των παιδιών σε διάφορα ερεθίσματα ποικίλλουν. Στο σχήμα 6 αναπαρίσταντο τα πιο συχνά φοβικά ερεθίσματα βάσει των ερευνητικών δεδομένων των Meltzer και συν. (2009).



Σχήμα 6. Ποσοστό εμφάνισης φοβικών ερεθισμάτων βάσει αναφορών γονέων ατόμων παιδικής ηλικίας με ειδική φοβία

8.2. Λειτουργικότητα Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Φοβική Νεύρωση και Παράγοντες Επίδρασης

8.2.1. Γνωστικά και Κοινωνικά Ελλείμματα των Φοβικών Νευρώσεων

Τα παιδιά δε κατανοούν το παράλογο και υπερβολικό χαρακτήρα των φόβων τους (Ollendick et al., 2002). Η έκπτωση των γνωστικών διεργασιών, όπως η αντίληψη, η σκέψη, η μάθηση και η επεξεργασία κοινωνικών πληροφοριών, έχουν ως αποτέλεσμα τη στρέβλωση της πραγματικότητας, τη διατήρηση των φοβιών και την υπολειτουργικότητα του ατόμου (Rapee & Spence, 2004).

Οι Waters, Bradley & Mogg (2014) αξιολόγησαν την γνωστική λειτουργία της προσοχής σε παιδιά, τα οποία είχαν διαγνωστεί με φοβικές νευρώσεις. Παρατήρησαν, ότι τα συγκριμένα παιδιά εστίαζαν τη προσοχή τους στις ουδέτερες εκφράσεις προσώπων, αντί

θετικά ή αρνητικά φορτισμένων συναισθηματικών εκφράσεων. Η παρατήρηση αυτή ταυτίζεται με την αποφυγή των απειλητικών ερεθισμάτων από τα ίδια άτομα. Δηλαδή, όπως απομακρύνονται από τις φοβικές συνθήκες με τον ίδιο τρόπο αποτρέπουν τη προσοχή τους από της αρνητικής φύσεως ερεθίσματα. Πρόκειται για μια στρατηγική επαγρύπνησης ενάντια στην απειλή.

Οι Spence και συν. (1999) εκτίμησαν τα επίπεδα απόδοσης κοινωνικών εργασιών και γνωστικών διεργασιών βάσει την αξιολόγηση των ίδιων των συμμετεχόντων, δηλαδή ασθενών παιδικής ηλικίας. Τα παιδιά θα διάβαζαν δυνατά μπροστά σε κοινό και θα διεκπεραίωναν ένα κοινωνικό ρόλο. Τελικά, αξιολόγησαν αρνητικά την απόδοση των γνωστικών λειτουργιών που χρησιμοποίησαν, καθώς και τις επιδόσεις τους σε όλο το σύνολο των εργασιών, ακόμη και αν στη πραγματικότητα ανταπεξήλθαν σε ικανοποιητικό βαθμό. Συνεπώς, διαπιστώθηκε ότι αντιλαμβάνονται με αρνητικό τρόπο τον εαυτό τους, όπως και το περιβάλλον. Όμως το επαναλαμβανόμενο μοτίβο αρνητικής απόδοσης επηρεάζει και τις αντιδράσεις των άλλων. Πιο συγκεκριμένα, το παιδί με φοβική νεύρωση προκαλεί την αρνητική αντιμετώπιση του κοινωνικού περιβάλλοντος (όπως αναφέρεται στο άρθρο των Rapee & Spence, 2004).

Ειδικότερα, τα παιδιά με κοινωνική φοβία χαρακτηρίζονται ως λιγότερο δημοφιλή και αγνοούνται, παραμελούνται και απορρίπτονται από τις παρέες συνομηλίκων. Στο σχολικό περιβάλλον εμπλέκονται σε λιγότερες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και σαφώς μικρής διάρκειας συγκριτικά με τους υπολοίπους. Σύμφωνα με τους Benerjee & Hederson (2001), εκπαιδευτικοί των εν λόγω παιδιών παρατήρησαν αρνητικό συναίσθημα, μη κατανόηση της νοητικής κατάστασης των άλλων, δηλαδή στάσεις και πεποιθήσεις, ελλείψεις στρατηγικές αυτοπαρουσίασης και αυξημένη αυτοεστίαση, που εμποδίζει την επεξεργασία ερεθισμάτων κοινωνικού περιεχομένου (όπως αναφέρεται στο άρθρο των Rapee & Spence, 2004). Επιπλέον, οι Bernstein, Bernat, Davis & Layne (2008) αναφέρουν μειωμένες κοινωνικές

δεξιότητες ή χαρακτηριστικά ηγεσίας, προβλήματα συγκέντρωσης εξαιτίας υπερβολικών ανησυχιών και μαθησιακές δυσκολίες σύμφωνα με αναφορές δασκάλων. Όλα τα παραπάνω ευρήματα συντελούν στη μειωμένη σχολική επίδοση του ατόμου. Επίσης, 25% των συμμετεχόντων της έρευνας δε συμμετείχαν σε αθλητικές ή εξωσχολικές δραστηριότητες. Εν ολίγοις, η απομείωση λειτουργικότητας του ατόμου εμφανίζεται σε ειδικό και γενικό πλαίσιο.

Επιπρόσθετα, αυξημένο ποσοστό (75%) ατόμων παιδικής ηλικίας περιγράφει τουλάχιστον τρεις περιστάσεις κοινωνικού άγχους. Δηλαδή, τα περισσότερα παιδιά πληρούν τα κριτήρια για το γενικό τύπο κοινωνικής φοβίας και σε συνδυασμό με το νεαρό της ηλικίας τους προβλέπεται αρνητική εξέλιξη των συμπτωματικών εκδηλώσεων (Bernstein et al., 2008).

8.2.2. Φοβικές Εμπειρίες

Η ανάπτυξη φοβικής νεύρωσης πιθανώς είναι αποτέλεσμα φοβικών εμπειριών του ατόμου στο παρελθόν. Επίσης, δεν αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση, ότι το άτομο συνδέεται άμεσα με αυτές τις εμπειρίες. Δηλαδή, ακόμη και αν το άτομο ήταν παρατηρητής του τρομακτικού γεγονότος ή αν ενημερώθηκε από άλλους για αυτό, είναι πιθανό να εκδηλώσει συμπτώματα φοβικής νεύρωσης. Οι Menzies & Clarke (1993) διαπίστωσαν ότι 2% των συμμετεχόντων που φοβούνταν το νερό είχαν βιώσει ένα επεισόδιο συναφούς εμπειρίας, 26% περισσότερα επεισόδια, 56% ανέπτυξαν τη φοβία μετά τη πρώτη επαφή με το νερό, 14% από πληροφορίες που έλαβαν σχετικά και το 16% δε μπορούσε να εξηγήσει την εμφάνιση της νεύρωσης (όπως αναφέρεται στο άρθρο των Ollendick και συν., 2002). Συμπερασματικά, πολλά παιδιά πάσχουν από φοβική νεύρωση εξαιτίας μιας τραυματικής εμπειρίας, αλλά δεν είναι απαραίτητη η βίωση τέτοιων γεγονότων για να νοσήσει κανείς. Επίσης, πολλοί άνθρωποι, οι οποίοι ήρθαν αντιμέτωποι με φοβικές εμπειρίες είναι ψυχικά υγιείς. Συνεπώς, αν και υψηλά ποσοστά φοβικών συμπτωμάτων έχουν συσχετιστεί με εμπειρίες μάθησης του

φόβου, η ερευνητική βιβλιογραφία εξετάζει το ατομικό περιβάλλον του νέου ασθενούς εκτενέστερα.

8.2.3. Ιδιοσυγκρασιακά Χαρακτηριστικά

Η ιδιοσυγκρασία του ατόμου συμπεριλαμβάνει προκαθορισμένες συμπεριφορές, οι οποίες παρουσιάζονται στα πρώτα χρόνια ζωής και είναι ανθεκτικές με το πέρασμα των χρόνων. Οι αρχικές αντιδράσεις του ατόμου κατά τη διάρκεια συναναστροφών με το κοινωνικό περίγυρο, το καθιστούν κοινωνικό ή συνεσταλμένο. Τα παιδιά τα οποία χαρακτηρίζονται από αναστολή συμπεριφοράς σε στρεσογόνες συνθήκες παρουσιάζουν αρκετά αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού συστήματος, παραδείγματος χάριν υψηλές τιμές αρτηριακής πίεσης και καρδιακού ρυθμού. Η υπερδραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, όπως έχει προαναφερθεί, συσχετίζεται με την ανάπτυξη των νευρώσεων. Επιπρόσθετα, η αναστολή συμπεριφοράς είναι βασικό χαρακτηριστικό των φοβικών νευρώσεων και ιδιαίτερος της κοινωνικής φοβίας (Ollendick et al., 2002). Άρα, γνωρίσματα της προσωπικότητας του ατόμου συμβάλλουν στην εκδήλωση της φοβικής νεύρωσης.

8.2.4. Γονεϊκή Επίδραση

Έχει διαπιστωθεί ότι παιδιά με αναστολή συμπεριφοράς είναι γόνιμοι ατόμων με νεύρωση πανικού ή κοινωνική φοβία (Ollendick et al., 2002). Η σύνδεση γενετικής προέλευσης μεταξύ ανασταλμένης προσωπικότητας και κοινωνικής φοβίας δεν έχει αποσαφηνιστεί. Όμως, βάσει μελέτες διδύμων έχει οριστεί πιθανότητα κληρονομικότητας 65% της κοινωνικής φοβίας (Rapee & Spence, 2004). Παρόλα αυτά, οι ερευνητές αναφέρονται σε δεκαπλάσια περιβαλλοντική επίδραση του γονικού ρόλου αντί γενετικής επιρροής αναφορικά με τη νεύρωση κοινωνικού άγχους (Ollendick et al., 2002).

Ειδικότερα, ο φόβος, η αβεβαιότητα και η συστολή του παιδιού είναι απόρροια ενός ανήσυχου και υπερπροστατευτικού γονέα, ο οποίος δεν ενθαρρύνει το παιδί στην εξερεύνηση του εξωτερικού περιβάλλοντος και τη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων (Ollendick et al., 2002). Εκτός της γονεϊκής ψυχοπαθολογίας, παράλληλα, το διαζύγιο των γονέων, οι οικογενειακές συγκρούσεις, το χαμηλό κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο και η σεξουαλική κακοποίηση συνιστούν πιθανούς παράγοντες αρνητικής επίδρασης για την ανάπτυξη φοβικής νεύρωσης (Meltzer et al., 2009; Rapee & Spence, 2004). Το έγκυρο επιστημονικό εύρημα, ότι το οικογενειακό περιβάλλον εμπλέκεται σε μεγάλο βαθμό στις νευρώσεις της παιδικής ηλικίας, θα πρέπει να ληφθεί ως πρωταρχική κατεύθυνση των θεραπευτικών προσεγγίσεων.

8.3. Συνοσηρότητα με Άλλες Διαταραχές

Οι φοβικές νευρώσεις παρουσιάζουν ποσοστά συνοσηρότητας άνω του 75% με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, και κατά κύριο λόγο με αγχώδεις νευρώσεις. Πιο συγκεκριμένα, οι Bernstein και συν. (2008) αξιολόγησαν ότι 84% του ερευνητικού δείγματος παιδιών με κοινωνική φοβία πληρούν τα κριτήρια για μια αγχώδη νεύρωση. Οι Silverman και συν. (1999) εκτίμησαν σε 75% ατόμων με ειδική φοβία συνυπάρχουσα αγχώδη νεύρωση με επικρατέστερες διαγνώσεις το άγχος αποχωρισμού και τη γενικευμένη νεύρωση άγχους (όπως αναφέρεται στο άρθρο των Ollendick και συν., 2002). Βασικό γνώρισμα των αγχωδών και φοβικών νευρώσεων είναι η αυξημένη ενεργοποίηση της αμυγδαλής, εύρημα που πιθανώς αιτιολογεί εν μέρει τη συχνή συνύπαρξη τους (Kim, Kim, Cho, Kim, Shin, Yoo & Kim, 2010). Όσον αφορά άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, οι διαταραχές εξωτερικευμένης συμπεριφοράς, για παράδειγμα διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας και εναντιωματική προκλητική διαταραχή, παρατηρούνται σε πολύ μικρότερο ποσοστό σε συνδυασμό με τις φοβικές νευρώσεις (Kim et al., 2010; Meltzer et al., 2009; Ollendick et al., 2002). Ωστόσο, η διαταραχή του λόγου, η οποία έχει διαγνωστεί στο 40% ατόμων με

κοινωνική φοβία, είναι ο τραυλισμός. Όμως, ο τραυλισμός, επειδή αποτελεί πρόδρομος αγωνίας και ντροπής σε κοινωνικές περιστάσεις, είναι πιθανό ότι προϋπάρχει της κοινωνικής φοβίας και αποτελεί ουσιαστικός αιτιολογικός παράγοντας της φοβικής νεύρωσης (Craig & Tran, 2006).

8.4. Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Η γνωστικό συμπεριφοριστική προσέγγιση εξετάζει παραλλαγές των πρακτικών μεθόδων για την αντιμετώπιση των φοβιών ατόμων παιδικής ηλικίας με σκοπό την άμεση ανακούφιση του ατόμου και τη διευκόλυνση συμμετοχής του γονέα στη θεραπεία. Οι βασικές τεχνικές των συμπεριφοριστών, όπως η ψυχοεκπαίδευση, η συμπεριφορική έκθεση και σταδιακή απευαισθητοποίηση, η ενίσχυση, η κοινωνική υποστήριξη, η καθοδήγηση, η γνωστική αναδόμηση και άλλες γνωστικές στρατηγικές αντιμετώπισης αρνητικών σκέψεων, αποτελούν τα βασικά συστατικά εντατικών προγραμμάτων θεραπείας με ενθαρρυντικά αποτελέσματα για την ίαση των φοβικών νευρώσεων (Davis et al., 2009; Gallagher, Rabian & McCloskey, 2004). Η συνάντηση του ειδικού με το παιδί και τη μητέρα αποτελεί το πρώτο πλαίσιο εφαρμογής των παραπάνω. Είναι εφικτό, να ενημερώσει το παιδί τους γονείς για τον προγραμματισμό και του στόχους της θεραπείας, ωστόσο προτιμάται η παρουσία του γονέα σε αυτό το αρχικό στάδιο (Davis et al., 2009). Στη συνέχεια, ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος συναναστρέφονται σε ελάχιστο αριθμό συνεδριών, ενώ το παιδί αναλαμβάνει κάποιες εργασίες και στο σπίτι (Gallagher et al, 2004). Με το πέρας των συνεδριών το άτομο συνεχίζει τη συστηματική προσπάθεια αλλαγής με την παράλληλη ενδυνάμωση από τους γονείς. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η συμμετοχή των γονέων στο πρόγραμμα θεραπείας χωρίς όμως να επιβαρύνονται σε μεγάλο βαθμό με πολλαπλές συνεδρίες, ακόμη η άμεση ελάφρυνση των παιδιών από τη δεινότητα των συμπτωμάτων σε σύντομο χρονικό διάστημα (Davis et al., 2009).

Οι Gallagher και συν. (2004) μετά την πρώτη συνεδρία γνωριμίας, που προαναφέρθηκε, κάλεσαν τα άτομα παιδικής ηλικίας με κοινωνική φοβία σε ομάδες των πέντε ως επτά ατόμων για τρεις συνεδρίες διάρκειας μίας ώρας. Κατά τη διάρκεια των συνεδριών εφαρμόστηκαν οι γνωστές τεχνικές της εν λόγου προσέγγισης, ενώ τα παιδιά καλούνταν να παρουσιάσουν τις εργασίες του σε όλη την ομάδα. Οι εργασίες αυτές αναφέρονταν σε καταστάσεις πρόκλησης κοινωνικού άγχους. Το ομαδικό πλαίσιο της θεραπείας εξυπηρετούσε αυτό το σκοπό. Στο τέλος των συνεδριών, διαπιστώθηκε μείωση των συμπτωμάτων της νεύρωσης και του κοινωνικού άγχους, καθώς και καταθλιπτικών και αγχωδών εκδηλώσεων γενικότερα. Στην επαναξιολόγηση του ερευνητικού δείγματος παιδικής ηλικίας τρεις εβδομάδες μετά, είχε επιτευχθεί ακόμη μεγαλύτερη βελτίωση, καθώς και η υλοποίηση των στόχων που είχαν προσχεδιαστεί. Ωστόσο, οι πληγείσες κοινωνικές δεξιότητες των παιδιών δεν επανήλθαν πλήρως, καθώς πρόκειται για αναπτυξιακό έλλειμμα το οποίο δε είναι εφικτό να αποκατασταθεί σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα. Όμως, η πρώιμη παρέμβαση δίνει την ευκαιρία στο άτομο να διαχειριστεί με κατάλληλο τρόπο το κοινωνικό άγχος και τις πρακτικές αποφυγής με αποτέλεσμα τη θετική εξέλιξη του κοινωνικού του προφίλ.

Αντίθετα, οι Davis και συν. (2009) ορίζουν ως ιδανική μία τρίωρη συνεδρία εξατομικευμένης θεραπείας ατόμων παιδικής ηλικίας με ειδική φοβία. Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας το άτομο έρχεται σε επαφή με το φοβικό αντικείμενο, παραδείγματος χάριν σκύλος, με σταδιακό ρυθμό. Ο ρυθμός έχει προκαθοριστεί στη πρώτη συνεδρία βάσει της περισσότερο ήπιας και μεγαλύτερης έντασης του προκαλούμενου φόβου, που διακατέχει το άτομο. Ο θεραπευτής οφείλει να γνωρίζει τις ιδιότητες του φοβικού αντικείμενου, ώστε να προσφέρει ένα ασφαλές περιβάλλον στο θεραπευόμενο. Ακόμη οι πρακτικές είναι ρεαλιστικές, καθώς η χρήση αφηρημένων εννοιών και υποθετικών παραδειγμάτων δεν αρμόζει στο αναπτυξιακό στάδιο της παιδικής ηλικίας. Άτομα παιδικής ηλικίας με φοβική

νεύρωση παρέμειναν ικανοποιημένα βάσει των προσδοκιών τους για την αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού προγράμματος.

Ανακεφαλαιωτικά, η σύγχρονη βιβλιογραφία είναι περιορισμένη για τις φοβικές νευρώσεις. Για αυτό το λόγο, οι προτάσεις της γνωστικό – συμπεριφοριστικής προσέγγισης είναι πολύτιμες για τους ειδικούς κλινικής εφαρμογής. Ωστόσο, θεωρείται απαραίτητη η περαιτέρω διερεύνηση των θεραπευτικών μεθόδων με σκοπό τη συνδυαστική πρακτική των ερευνητικών δεδομένων.

9. Καταθλιπτική Νεύρωση

Η κατάθλιψη έχει διερευνηθεί μέχρι τώρα στην ενότητα «συνοσηρότητα με άλλες διαταραχές» αναφορικά με τις αγχώδεις νευρώσεις. Εκτός των αγχωδών νευρώσεων, διαγιγνώσκεται παράλληλα με διαταραχές διαγωγής και χρόνιες παθήσεις της σωματικής υγείας (Μπεζεβέγκης, 2001; Wolff & Ollendick, 2006). Επιπρόσθετα, οι συμπτωματικές εκδηλώσεις της καταθλιπτικής νεύρωσης συμπεριλαμβάνουν τους τομείς της σωματικής υγείας και συμπεριφοράς, αλλά και της σκέψης, του συναισθήματος, των διαπροσωπικών σχέσεων και ιδιαιτέρως της ακαδημαϊκής πορείας του ατόμου (Bernaras, Jaureguizar, Soroa, Ibabe & Cuevas, 2011. Tannous, 2011). Τη βάση όλων αυτών των δυσλειτουργιών συνιστά η διαταραχή της διάθεσης. Σύμφωνα με το DSM - IV – TR (APA, 2000) διακρίνεται σε διάφορες υποκατηγορίες. Αναφορικά με τη παιδική ηλικία, το ενδιαφέρον εστιάζεται στις υποκατηγορίες της δυσθυμίας και της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Κατά τη παιδική ηλικία, η διάγνωση αποτελεί δύσκολο έργο, διότι οι κύριες προσωπικότητες, οι οποίες συναναστρέφονται με τα παιδιά, αγνοούν την ύπαρξη της κατάθλιψης σε αυτό το ηλικιακό φάσμα (Tannous, 2011). Επιπλέον, η εκδήλωση της νεύρωσης ποικίλει ανάλογα με το αναπτυξιακό επίπεδο και φύλο του νεαρού ασθενή, γεγονός που καθιστά τη διαδικασία της διάγνωσης εξαιρετικά εξειδικευμένη (Lewis, Rice, Harold, Collishaw & Thapar, 2011). Ωστόσο, οι παράγοντες κινδύνου έχουν εξεταστεί σε μεγάλο βαθμό και επεκτείνονται στα αρνητικά γεγονότα ζωής, στο σχολικό περιβάλλον, στις παρέες συνομηλίκων και στην οικογένεια είτε ως γενετικό, είτε ως περιβαλλοντολογικό αίτιο (Μπεζεβέγκης, 2011). Εξαιτίας της σημαντικής αρνητικής επίδρασης των γονέων, η προτεινόμενη θεραπεία έγκειται στη προσέγγιση της θετικής ψυχολογίας. Η θετική ψυχολογία στοχεύει στην ευτυχία, εκπλήρωση και άνθηση τόσο του ατόμου, όσο ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος με αποτέλεσμα τη ψυχική υγεία του ατόμου και τη θετική αλλαγή του άμεσου δυσλειτουργικού οικογενειακού περιβάλλοντος (Κουνενού, 2010).

9.1. Συμπτωματικές Εκδηλώσεις Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Καταθλιπτική Νεύρωση

Η καταθλιπτική νεύρωση εκδηλώνεται με διαφορετικό τρόπο στα παιδιά συγκριτικά με τους ενήλικες. Δηλαδή, ο νέος είναι πιθανό να χαρακτηρίζεται ως ήσυχος, αλλά και ως οξύθυμος. Εφόσον, λοιπόν, η καταθλιπτική νεύρωση εμπλέκεται με προβλήματα συμπεριφοράς, ο εντοπισμός της διαταραχής της διάθεσης έρχεται στην επιφάνεια καθυστερημένα. Κατά κύριο λόγο, η διαταραχή της διάθεσης έχει ως αποτέλεσμα το αίσθημα λύπης και αβοηθησίας, χαμηλή αυτοπεποίθηση, δακρύρροια, επιθετικότητα, περιορισμένες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, απάθεια, σκέψεις φυγής ακόμη και αυτοκτονίας. Οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί δεν αναγνωρίζουν τη κρισιμότητα των εν λόγω συμπτωμάτων εκδηλώσεων (Tannous, 2011).

Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά είναι ευερέθιστα, διότι για κάποιο χρονικό διάστημα λαμβάνουν υψηλά επίπεδα πίεσης από το περιβάλλον. Όταν η ένταση κατευναστεί, είτε τα συμπτώματα υποχωρούν, είτε όχι. Αναλυτικότερα, αν το άτομο παρουσιάσει διάχυτη αρνητική διάθεση και ανηδονία ή δεν απολαμβάνει καθημερινές ευχάριστες εμπειρίες και εμφανίζει απώλεια ενδιαφέροντος ο κίνδυνος της καταθλιπτικής νεύρωσης είναι άμεσα αντιληπτός. Προϋποθέεται η ύπαρξη τεσσάρων επιπλέον συμπτωμάτων βάσει του DSM – IV – TR (APA, 2000) για την ασφαλή διάγνωση. Ειδικότερα, πρώτον το άτομο παρουσιάζει ανωμαλίες οργανικής φύσεως αναφορικά με το βάρος και τη διαδικασία του ύπνου. Δεύτερον, είναι πιθανό τα συμπτώματα να έχουν γνωστικό και συναισθηματικό περιεχόμενο, παραδείγματος χάριν αίσθημα αναξιότητας, υπερβολική ενοχή, επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις, καθώς και αδυναμία συγκέντρωσης, απόσπαση προσοχής, και αναποφασιστικότητα. Στη συνέχεια, συμπτώματα συμπεριφορικής προέλευσης, όπως υπερκινητικότητα ή ακριβώς το αντίθετο, ψυχοκινητική καθυστέρηση, κούραση και έλλειψη

ενέργειας (Μπεζεβέγκης, 2011). Τα παιδιά συνήθως πάσχουν από ένα τουλάχιστον σύμπτωμα κάθε τύπου, που προαναφέρθηκε (Tannous, 2011).

Εάν τα παραπάνω συμπτώματα εμφανιστούν σε οξεία μορφή, το άτομο διαγιγνώσκεται με μείζων καταθλιπτική διαταραχή. Αντίθετα, αν παρουσιαστούν με ήπιο και χρόνιο χαρακτήρα, τότε πρόκειται για τη διάγνωση της δυσθυμίας. Η κατάθλιψη υπό μορφή δυσθυμίας διαρκεί τουλάχιστον ένα χρόνο σε άτομα παιδικής ηλικίας. Ωστόσο, όταν τα συμπτώματα υποχωρούν μεταξύ χρονικού διαστήματος των έξι μηνών, τότε το πιθανότερο είναι πως η νεύρωση συνεπάγεται από αδυναμία προσαρμογής λόγω κάποιας αλλαγής ή στρεσογόνους συνθήκης, ωστόσο έχει προσωρινή διάρκεια (Μπεζεβέγκης, 2011). Ανακεφαλαιώνοντας, αυτές είναι οι βασικότερες εκδηλώσεις της καταθλιπτικής νεύρωσης, οι οποίες διακυμαίνονται κατά την ηλικία και το φύλο του νευρωσικού ασθενούς.

Στο παρελθόν, θεωρίες αναπτυξιακής προσέγγισης απέκλειαν την εσωτερικευμένη έκφραση δυσάρεστων ερεθισμάτων στη παιδική ηλικία εξαιτίας ελλιπούς συναισθηματικής ωρίμανσης. Όμως, τα ερευνητικά δεδομένα αναθεώρησαν τη συγκεκριμένη άποψη πριν περίπου δύο δεκαετίες. Κατά μέσο όρο αποτυπώνουν τον επιπολασμό της κατάθλιψης σε άτομα προσχολικής ηλικίας σε ποσοστό 1% του γενικού πληθυσμού (Domenech-Llaberia, Vinas, Pla, Jane, Mitjavila, Corbella & Canals, 2009). Επιπλέον, τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας συνήθως αναφέρουν σωματικές ενοχλήσεις και υποχωρούν κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού ή διακατέχονται από επιθετικότητα. Εν αντιθέσει, παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας αποσύρονται από τον κοινωνικό περίγυρο και διακρίνονται από μοναχικότητα (Μπεζεβέγκης, 2011). Ο επιπολασμός στη σχολική περίοδο ζωής κυμαίνεται μεταξύ 4% έως 6,5% (Bernaras, Jaureguizar, Soroa, Ibabe & Cuevas, 2011. Tannous, 2011). Πρωτίστως, τα κορίτσια είναι πιο επιρρεπή από τα αγόρια σχετικά με τη καταθλιπτική διάθεση. Η διαφοροποίηση ανάμεσα στα δύο φύλα ξεκινά μετά τη προσχολική ηλικία και κορυφώνεται στην εφηβεία (Domenech-Llaberia et al., 2009. Lewis et al., 2011).

9.2. Λειτουργικότητα Ατόμων Παιδικής Ηλικίας με Καταθλιπτική Νεύρωση και Αιτιολογικοί Παράγοντες

9.2.1. Γνωστική και Κοινωνική Έκπτωση στα Πλαίσια του Σχολικού Περιβάλλοντος

Η λειτουργική αναπηρία των ατόμων παιδικής ηλικίας με καταθλιπτική νεύρωση παρατηρείται σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με τις υπόλοιπες νευρώσεις. Επίσης, αν πρόκειται για άτομα προσχολικής ηλικίας, έχει διαπιστωθεί η καθυστερημένη ανάπτυξη βασικών δεξιοτήτων, όπως η ομιλία, ή η παλινδρόμηση σε προγενέστερα αναπτυξιακά ορόσημα. Συνεπώς, η απροθυμία των ιατρών να διαγνώσουν κατάθλιψη στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα ασθενών είναι πολύ πιθανό να αποβεί μοιραία (Αυδή & Ρούσση, 2010).

Στη προηγούμενη ενότητα περιγράφηκαν συμπτώματα γνωστικής αντίληψης. Πέραν της απόσπασης προσοχής και δυσκολίας λήψης αποφάσεων, οι ασθενείς προβάλλουν μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό, καθώς και για το περιβάλλον. Σε συνδυασμό με την απουσία κινήτρων για τη συμμετοχή σε ευχάριστες και εποικοδομητικές δραστηριότητες, παραμένουν καθηλωμένοι και δεν προάγουν, αλλά εξασθενούν τις δυνατότητες τους. Η πτώση της σχολικής επίδοσης είναι φυσικό επακόλουθο, όπως και η αδυναμία εξέλιξης της ακαδημαϊκής πορείας μετέπειτα (Bernaras et al., 2011; Tannous, 2011).

Επιπρόσθετα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση επηρεάζει αρνητικά τις κοινωνικές σχέσεις του παιδιού. Η στρέβλωση γνωστικών και κοινωνικών αρμοδιοτήτων του ατόμου βάσει της αρνητικής αυτοαντίληψης συμβάλλουν στη κοινωνική απόσυρση και μείζονος σημασίας άλλες συμπεριφορές (Μπεζεβέγκης, 2011; Tannous, 2011). Πιο συγκεκριμένα, οι εκπαιδευτικοί των νευρωσικών καταθλιπτικών αναφέρουν αίσθημα απόγνωσης, αποφυγή συμμετοχής στη τάξη και εκτός σχολικού περιβάλλοντος και ιδιαίτερος στα αγόρια, προσβλητική συμπεριφορά απέναντι στο εκπαιδευτικό προσωπικό (Bernaras et al., 2011; Tannous, 2011). Ο νέος αδυνατεί να προσαρμοστεί σε σχέση με τους συνομηλίκους

του και περιορίζει όλο και περισσότερο τη κοινωνική δραστηριοποίηση του (Bernaras et al., 2011). Η ανηδονία οδηγεί σταδιακά το άτομο στην αδράνεια.

9.2.2. Ατομικό Περιβάλλον και Γονεϊκός Ρόλος

Η προκατάληψη του ατόμου για το άμεσο περιβάλλον και ο γενικότερος νευρωτικός χαρακτήρας συμβάλλουν στην επιδείνωση της νοσηρής κατάστασης και στην έκβαση της αυτοκτονίας. Η δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά δεν επιτρέπει την ανάπτυξη προστασίας έναντι της ασθένειας. Εν παραλλήλω, οι συνυπάρχουσες διαταραχές ψυχικής και σωματικής υγείας συνθέτουν ένα περίπλοκο πλέγμα γύρω από τη κατάθλιψη αδιάβατο των μέχρι τώρα θεραπευτικών παρεμβάσεων στα παιδιά (Μπεζεβεγκής, 2011). Οι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η βασική αιτία των εν λόγω εκδηλώσεων είναι η αρνητική γονεϊκή επίδραση σε περιβαλλοντολογικό και γενετικό επίπεδο.

Σύμφωνα με τους Lewis και συν. (2011), οι απόγονοι ατόμων με κατάθλιψη είναι πιθανό να αναπτύξουν καταθλιπτική διάθεση και συναφή συμπτώματα δύο ή τρεις φορές περισσότερο από τους απογόνους υγιών ατόμων. Επίσης, διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να νοσήσουν από οργανικής φύσεως χρόνιες ασθένειες, παραδείγματος χάριν το άσθμα (Lieshout & MacQueen, 2008). Οι προκείμενες επιδράσεις ορίζονται μέσω της περιβαλλοντικής οδού ανεξαρτήτως γενετικής επίδρασης. Ειδικότερα, τα υψηλά επίπεδα άγχους στο οικογενειακό περιβάλλον και η παρατήρηση της συμπεριφοράς του γονέα ευνοούν την διαγενεακή μεταβίβαση (Lewis et al, 2011). Εξίσου το χαμηλό κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο της οικογένειας αυξάνει την ένταση της αρνητικής διάθεσης των μελών της οικογένειας, διότι προκαλεί συγκρούσεις αναμεταξύ τους εξαιτίας χαμηλών πόρων (Tannous, 2011). Συνεπώς, το επερχόμενο διαζύγιο των γονέων συσχετίζεται με τη διάγνωση της καταθλιπτικής νεύρωσης στα άτομα παιδικής ηλικίας (Lewis et al, 2011). Εν ολίγοις, το ασταθές και στενάχωρο οικογενειακό περιβάλλον περιορίζει τον νέο και στερεί από αυτόν

την θετική σκέψη και ασφάλεια, ώστε να δραστηριοποιηθεί στο κοινωνικό περιβάλλον (Tannous, 2011).

Αναφορικά με τη μητρική κατάθλιψη, συντελεί στην εμφάνιση κατάθλιψης του απογόνου του θηλυκού γένους. Οι σημαντικότεροι λόγοι για αυτήν την συνέχεια είναι πρώτον, η δεινότητα των συμπτωμάτων της μητέρας, δεύτερον, οι ψυχοκοινωνικές διεργασίες που ταυτίζονται σε μητέρα και θηλυκό απόγονο και τρίτον, η εχθρική συμπεριφορά της μητέρας απέναντι στην τελευταία. Οι μηχανισμοί φυσιολογίας θα αναφερθούν παρακάτω. Σε αυτό το σημείο περιγράφεται η μονόδρομη επίδραση της μητέρας στη ψυχική υγεία της κόρης εξαιτίας της μίμησης φύλου και του ρόλου της μητέρας ως βασική φιγούρα προσκόλλησης και φροντίδας για το παιδί (Lewis, Collishaw, Thapar & Harold, 2014; Tannous, 2011).

Στη συνέχεια, η πατρική κατάθλιψη επηρεάζει σε μικρότερο βαθμό την θηλυκή απόγονο, όπως και οι μεταξύ τους εχθρικές σχέσεις. Για τους αρσενικούς απογόνους παιδικής ηλικίας δεν έχει παρατηρηθεί άμεση περιβαλλοντική επίδραση της γονεϊκής κατάθλιψης. Οι πιθανές αιτίες είναι οι εξής. Τα κορίτσια προκαθορίζουν τις διαπροσωπικές τους σχέσεις γρηγορότερα από τα αγόρια με αποτέλεσμα η κατάθλιψη να εισρέει μέσω των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Επίσης, τα κορίτσια επί το πλείστον εσωτερικεύουν τις δυσκολίες, ενώ τα αγόρια χρησιμοποιούν μοτίβα εξωτερικευμένης συμπεριφοράς εν όψει στρεσογόνων ερεθισμάτων (Lewis et al, 2014).

9.2.4. Μηχανισμοί Οργανικής και Γενετικής Φύσεως

Σχετικά με μηχανισμούς φυσιολογίας και γενετικής επίδρασης έχουν διεξαχθεί τα παρακάτω συμπεράσματα. Η γενετική επίδραση είναι λιγότερο ισχυρή συγκριτικά με την περιβαλλοντική. Επίσης, εκδηλώνεται κατά τη περίοδο της εφηβείας. Επιπλέον, παίζει σημαντικότερο ρόλο στα αγόρια εξαιτίας ελλιπούς περιβαλλοντικής επιρροής (Lewis et al,

2011). Σε μελέτες διδύμων η επικράτηση της κατάθλιψης και του άσθματος στο 64% του ερευνητικού δείγματος προσδιορίστηκαν βάσει και γενετικών παραγόντων. Μάλιστα, η ύπαρξη οξειδωτικού στρες επισημαίνει τον αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης και άσθματος στο παιδί. Οι Lieshout & MacQueen (2008) εκτίμησαν ότι το οξειδωτικό στρες προέρχεται εν μέρει από τη συνήθεια καπνίσματος της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Άλλοι ψυχοφυσιολογικοί μηχανισμοί, οι οποίοι έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση της καταθλιπτικής νεύρωσης, αναφέρονται στη δράση των νευροδιαβιβαστών και συγκεκριμένα της σερετονίνης και της εμφάνισης του γονιδίου μεταφοράς τη σερετονίνης (5 – HTT). Επιπρόσθετα, το ενδιαφέρον των ερευνητών επικεντρώνεται στην απορρύθμιση του άξονα υπόφυση – θάλαμος – μυελός επινεφριδίων και τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος για τη καταθλιπτική νεύρωση, όπως και στις αγχώδεις νευρώσεις (Μπεζεβέγκης, 2011). Συμπεριλήφθη, τα ατομικά χαρακτηριστικά, ο γονεϊκός ρόλος και οι οργανικοί μηχανισμοί, που προαναφέρθηκαν, οφείλονται για την έναρξη της καταθλιπτικής νεύρωσης στη παιδική ηλικία αλλά και για τη διαιώνιση της στην ενήλικη ζωή (Lewis et al, 2011; Μπεζεβέγκης, 2011).

9.3. Συνοσηρότητα με Άλλες Διαταραχές

Η κατάθλιψη συμβαδίζει συνήθως με τις αγχώδεις νευρώσεις. Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι συνδέεται με διαταραχές συμπεριφοράς και χρόνιες σωματικές ασθένειες. Ιδιαίτερος, 30% των νεαρών νευρωσικών κατάθλιψης διαγιγνώσκεται παράλληλα με διαταραχές διαγωγής. Τουτέστιν, 76% εξ αυτών πάσχουν συγχρόνως από διαταραχή διαγωγής και 27% από αντιθετική προκλητική διαταραχή. Υπό μορφή συνοσηρότητας τα συμπτώματα της κατάθλιψης αποκτούν μεγαλύτερη δεινότητα και συνοδεύονται από απώλεια ψυχραιμίας, παραβατική συμπεριφορά και αδυναμία συμμόρφωσης σε προκαθορισμένες κοινωνικές συνθήκες. Παιδιά με παρόμοια συμπτώματα ανατρέφονται από γονείς με

διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας, όπως κατάθλιψη, αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και αλκοολισμός. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα αυτών των παιδιών είναι η μακροχρόνια υπολειτουργικότητα και αυτοκτονικότητα (Wolff & Ollendick, 2006).

Άτομα παιδικής ηλικίας που συμπάσχουν από κατάθλιψη και διαταραχές διαγωγής αντιπροσωπεύουν προβλήματα εσωτερικευμένης και εξωτερικευμένης συμπεριφοράς. Οι δεδομένοι νευρωτικοί χαρακτήρες παρουσιάζουν συστηματικά επανειλημμένη κένωση ούρων κατά τη διάρκεια της μέρας και της νύχτας. Πρόκειται για παιδιά ηλικίας άνω των πέντε ετών με αρνητική αυτοεικόνα, οξύθυμες αντιδράσεις και περίσσεια δυστυχία. Δεν έχουν διαγνωστεί με κάποια ανωμαλία στο ουροποιητικό τους σύστημα. Κατά κύριο λόγο, τα αγόρια εκδηλώνουν την επιπρόσθετη αυτή νευρωτική συμπεριφορά, η οποία έχει παραμεληθεί από τις ερευνητικές και κλινικές ομάδες θεραπευτικής δράσης (Ucer & Gumus, 2014; Van Hoecke, De Fruyt, De Clercq, Hoebeke & Walle, 2006).

Επιπλέον, η καταθλιπτική νεύρωση χαρακτηρίζεται από συμπτωματικές εκδηλώσεις διαταραχών πόνου, όπως η κεφαλαλγία. Άτομα παιδικής ηλικίας με καταθλιπτική νεύρωση και χαμηλή ποιότητας ζωής υποφέρουν από συχνούς πονοκεφάλους (Bellini, Arruda, Cescut, Saule, Persico, Carotenuto et al, 2013). Επίσης, η εν λόγω νεύρωση επικρατεί σε παιδιά, τα οποία νοσούν από άσθμα. Η αλληλεπίδραση κατάθλιψης και άσθματος διερευνάται και προσανατολίζεται σε γενετικές συνδέσεις, στο οξειδωτικό στρες, καθώς και στα υψηλά επίπεδα παχυσαρκίας στους συγκεκριμένους ασθενείς (Lieshout & MacQueen, 2008). Συμπερασματικά, γίνεται εύκολα κατανοητό ότι η κατάθλιψη συσχετίζεται με πλήθος παραγόντων κινδύνου της ψυχικής και σωματικής υγείας με αποτέλεσμα να επιφέρει μακροχρόνιες και βλαβερές συνέπειες για το άτομο.

9.4. Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Η θεραπεία της καταθλιπτικής νεύρωσης έρχεται αντιμέτωπη με πολύπλοκους παράγοντες κινδύνου και για αυτό το λόγο, εμπλέκεται με ποικίλους επιστημονικούς κλάδους. Όμως, δεν έχει αξιολογηθεί επαρκώς η αποτελεσματικότητα των προτεινόμενων θεραπευτικών προσεγγίσεων μέχρι τώρα στη παιδική ηλικία. Όμως, επειδή παρατηρήθηκε ο σημαντικός ρόλος της γονεϊκής επίδρασης στη καταθλιπτική νεύρωση, θα ακολουθήσει η θεραπευτική πρακτική της θετικής ψυχολογίας, η οποία εφαρμόζεται εντός του οικογενειακού πλαισίου. Η εφαρμογή της εν λόγω θεραπευτικής προσέγγισης και η συχνή εξέταση της σωματικής υγείας είναι πιθανόν να περιορίζουν σε μεγάλο βαθμό τους παράγοντες κινδύνου της καταθλιπτικής νεύρωσης.

Η θετική ψυχολογία μελετά τη διάδραση του ατόμου με το περιβάλλον και αποσκοπεί στην ομαλή αλληλεπίδραση τους. Επιστρατεύοντας τα θετικά χαρακτηριστικά του ατόμου και τις δυνατότητες συνοχής της οικογενειακής ομάδας, επιφέρει τη θετική αλλαγή στο άτομο και σε ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα. Τα θετικά συναισθήματα και η υποβολή ορίων ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας συνιστούν τα κυριότερα μέσα της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Τα όρια υπογραμμίζουν τις ποιοτικές σχέσεις μεταξύ των ατόμων και επιτρέπουν την διάχυση πληροφοριών και συναισθημάτων ανάμεσα τους. Επιπρόσθετα, τα όρια υποβάλλονται βάσει του ίδιου του οικογενειακού συστήματος, στο οποίο προσαρμόζεται η θεραπευτική μέθοδος στο σύνολο της, ώστε να είναι συμβατή με την οικογένεια (Κουνενού, 2010).

Η παρέμβαση προσανατολίζεται στα βασικά προβλήματα των οικογενειακών μελών και καθιστά σαφή την αμέριστη συμβολή όλων για ένα επιτυχές αποτέλεσμα. Εφόσον ο θεραπευτής συλλέξει τις απαραίτητες πληροφορίες, εφαρμόζει τις παρακάτω τεχνικές. Πρώτον η πρακτική της μαγικής ερώτησης, όπου ο ειδικός καλεί τα άτομα να φανταστούν

πως τα δυσάρεστα προβλήματα εξαφανίζονται. Στη συνέχεια, τα άτομα διεκπεραιώνουν τη δική τους συμπεριφορά στις νέες φανταστικές συνθήκες (de Shazer et al., 2007) (όπως αναφέρεται στο βιβλίο της Κουνενού, 2010). Η κατάθλιψη οφείλεται σε μεγάλο εύρος οικογενειακών προβλημάτων, όπως το οικογενειακό εισόδημα και οι εχθρικές σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας. Συνεπώς, η αντιμετώπιση των μειζόνων προβλημάτων θα ευνοήσει την θετική έκβαση της νεύρωσης.

Στη συνέχεια, οι εχθρικές σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας μπορούν να αναπαριστούν με τη χρήση της μεθόδου «δημιουργία διαπροσωπικού γεγονότος». Ο θεραπευτής εκτιμά την αρνητική διάθεση και κακοπροαίρετη αντίληψη των μελών και προτείνει να αναπαραστήσουν περισσότερο λειτουργικά πρότυπα συμπεριφοράς, αφού πρωτίστως παρέχει όλες τις πληροφορίες για τη φύση του προβλήματος (Κουνενού, 2010).

Η διαταραχή της διάθεσης αποτελεί το βασικό πρόβλημα της καταθλιπτικής νεύρωσης είναι αποτέλεσμα ελλειπών συναισθηματικής νοημοσύνης. Η θεραπευτική διαδικασία εστιάζει εξίσου στην ενίσχυση της διαχείρισης των συναισθημάτων του ατόμου. Η αυτοεπίγνωση των συναισθημάτων του καταθλιπτικού παιδιού επέρχεται μέσω της διερεύνησης και έκφρασης των συναισθημάτων του. Μάλιστα, οι γονείς αναλαμβάνουν να ενθαρρύνουν τα παιδιά, ώστε να κατονομάζουν τα συναισθήματα τους και να αναλύουν αυτά στο πλαίσιο της καθημερινής ζωής. Ακόμη, η οικογένεια αναγνωρίζει ότι ο καθένας είναι ελεύθερος, να αισθάνεται όπως θέλει, χωρίς όμως η έκφραση των εσωτερικευμένων προβλημάτων του να παρακωλύει τη καθημερινότητα του άλλου (Κουνενού, 2010). Η πρακτική αυτή αφορά τόσο την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων του γονέα, όσο και του παιδιού. Η οικογενειακή κατάθλιψη αποτελεί συχνό φαινόμενο (Lewis et al, 2011).

Επίσης, επιδιώκεται η κοινωνική δραστηριοποίηση μέσω της κατανόησης των δυνατοτήτων της ομάδας, αλλά και των απόψεων και συναισθημάτων του κάθε ατόμου

ξεχωριστά. Και επειδή οι γονείς συνηθίζουν να αλληλεπιδρούν με τα παιδιά σε περιπτώσεις επίπληξης και απρεπούς συμπεριφοράς, ενθαρρύνονται από τον ειδικό να παρατηρούν τη θετική εξέλιξη των παιδιών και να την επαινούν (Κουνενού, 2010).

Ανακεφαλαιωτικά, η θετική ψυχολογία επιχειρεί να μεταβιβάσει στο άτομο την ελπίδα, ότι μπορεί να ξεπεράσει τα προβλήματα του και να επιτύχει του στόχους του. Επειδή συνιστά μια πρόσφατη πρακτική δεν έχει εκτιμηθεί για την αποτελεσματικότητά της στη περίπτωση ψυχολογικών προβλημάτων (Κουνενού, 2010). Όμως, αποσκοπεί στη δημιουργία κινήτρων του ατόμου, τα οποία απουσιάζουν παντελώς στη περίπτωση της καταθλιπτικής νεύρωσης. Συνεπώς παρέχει πιθανές λύσεις στο αδιέξοδο της οικογενειακής κατάθλιψης μέσω τεχνικών και παρεμβάσεων που απευθύνονται στην οικογένεια.

10. Συζήτηση

Στόχος της προκειμένης βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν η παρουσίαση των νευρωτικών εκδηλώσεων ατόμων παιδικής ηλικίας. Εν μέρει, ο στόχος αυτός επιτεύχθηκε. Ειδικότερα, περιγράφηκαν εκδηλώσεις άγχους, φόβου και δυσμενούς διάθεσης των παιδιών. Παράλληλα, διευκρινίστηκαν οι τομείς λειτουργικότητας της καθημερινής ζωής που επηρεάζονται αρνητικά εξαιτίας των νευρώσεων. Σε συνδυασμό με τον εντοπισμό των σπουδαιότερων παραγόντων κινδύνου, που επεκτείνονται σε ψυχολογικό και οργανικό επίπεδο, επιχειρήθηκε η αφύπνιση του περιβάλλοντος ενός παιδιού, το οποίο χρήζει βοήθειας ειδικού ψυχικής υγείας. Παρά το περιορισμένο εύρος της σύγχρονης βιβλιογραφίας για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των νευρώσεων της παιδικής ηλικίας, συμπεριλήφθηκαν οι πιο αξιόλογες βάσει της αποτελεσματικότητας ή της στοχευόμενης πρακτικής τους. Θα ήταν επιθυμητό, αλλά δεν έγινε εφικτό η διερεύνηση εις βάθος των οργανικών νευρώσεων ή πιο λεπτομερώς η συσχέτιση της ψυχικής υγείας των ατόμων παιδικής ηλικίας με χρόνιες ασθένειες σωματικής υγείας. Όμως, η ψυχική υγεία των παιδιών αποτελεί ένα ευρύ θέμα ενδιαφέροντος και τελικώς, αναφέρθηκαν οι περισσότερο αποδέκτες συμπτωματικές εκδηλώσεις στα πλαίσια του νευρωτισμού και παραπλεύρως, οι περισσότερο συναφείς συμπεριφορές.

Μονολότι η σύγχρονη ερευνητική βιβλιογραφία προσφέρει εμπειριστατωμένες γνώσεις για το πολυπαραγοντικά φαινόμενα της ψυχικής υγείας των ατόμων παιδικής ηλικίας, μεθοδολογικά σφάλματα των ερευνητικών διαδικασιών παρακωλύουν τη καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των ευρημάτων. Αρχικά, η συγκέντρωση του ερευνητικού δείγματος ασθενών ατόμων παιδικής ηλικίας καταβάλλεται από στοιχειώδεις περιορισμούς. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα παιδικής και εφηβικής ηλικίας δε διακρίνονται ως διαφορετικές ομάδες συμμετεχόντων (Lewinsohn et al., 2009; Tannous, 2011). Ενώ έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες, οι οποίες καταδεικνύουν διαφορετικούς κινδύνους για την

ανάπτυξη των νευρώσεων στη παιδική συγκριτικά με την εφηβική ηλικία, καθώς και διαφορετικές συμπτωματικές εκδηλώσεις (Bernstein et al., 2013; Lewis et al., 2011). Ειδικά, τα παιδιά προσχολικής ηλικίας δεν ανταποκρίνονται σε διαγνωστικές και θεραπευτικές πρακτικές, όπως τα παιδιά σχολικής ηλικίας λόγω ημιτελούς ανάπτυξης γνωστικής και συναισθηματικής αντίληψης (Domenech-Llaberia et al., 2009; Masi et al., 2001). Ωστόσο, τα διαγνωστικά εργαλεία δεν συμπεριλαμβάνουν αυτές τις ιδιαιτερότητες της προσχολικής ηλικίας, παραδείγματος χάριν το εικονογραφημένο υλικό συστήνεται στην συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, με αποτέλεσμα την έλλειψη διαγνωστικών εργαλείων, που εξειδικεύονται στη παιδική ηλικία (Allen et al., 2010). Αντιθέτως, οι θεραπευτικές μέθοδοι επιβεβαιώνουν, ότι οι ασθενείς παιδικής ηλικίας χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης, ώστε να επέλθει η εξυγίανση των ψυχολογικών διεργασιών τους (Davis et al., 2009).

Αναφορικά με το ερευνητικό δείγμα παρατηρήθηκαν περειαίρω περιορισμοί, οι οποίοι θα μπορούσαν να αποφευχθούν. Η εξισορρόπηση των δημογραφικών μεταβλητών δεν αποτέλεσε βασική μέθοδος αξιολόγησης των δεδομένων από ορισμένες συγγραφικές ομάδες (Kendall & Pimentel, 2003; Layne et al., 2009; Rapee & Spence, 2004), εν αντιθέσει με άλλες οι οποίες τεκμηρίωσαν τα όρια των επιδράσεων δημογραφικών μεταβλητών, όπως το η ηλικία, το φύλο, η κοινωνικό – οικονομική θέση και το πολιτισμικό υπόβαθρο (Meltzer et al., 2009). Εντούτοις, αν και ο πολιτισμικός παράγοντας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της νευρωτικής πορείας του ατόμου, δεν λαμβάνει εξέχουσα σημασία από το σύνολο των ερευνών, αλλά και τη παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση (Bernstein et al., 2008; Gallagher et al., 2004; Layne et al., 2009). Εκτός της εκτίμησης των δημογραφικών μεταβλητών, ένα επιπλέον μεθοδολογικό σφάλμα συνέβαλε στην αδυναμία εξαγωγής ασφαλών συμπερασμάτων για τη θυματοποίηση της ψυχικής υγείας ορισμένων μόνο ατόμων παιδικής ηλικίας και όχι του γενικού πληθυσμού. Αυτός ήταν η απουσία ομάδας ελέγχου (Ollendick et al., 2002; Rapee & Spence, 2004). Ακόμη, η εκτίμηση της σοβαρότητας των

συμπτωμάτων μεταβάλλεται βάσει τη διάρκεια της ασθένειας και της διαφοροποίησης τους δείγματος σε κλινικούς και εξωτερικούς ασθενείς (Kim et al.,2010; Lázaro et al., 2009). Η αδυναμία σύνθεσης υποκατηγοριών σύμφωνα με αυτά τα χαρακτηριστικά δεν ωφέλησε την εκτεταμένη και διεισδυτική αξιολόγηση των συμπτωματικών εκδηλώσεων των νευρώσεων.

Στη συνέχεια, σημαντικό ρόλο στη διεξαγωγή των συμπερασμάτων σχετικά με τον επιπολασμό, τους παράγοντες κινδύνου και προστασίας των νευρώσεων στη παιδική ηλικία διαδραματίζουν οι πηγές πληροφόρησης. Οι πληροφορίες συλλέγονται από τα ίδια τα παιδιά, τους γονείς και τους δασκάλους. Όμως, αρκετά συχνά διαφέρουν μεταξύ τους (Borda et al., 2013). Πρώτον, διότι τα παιδιά ορισμένες φορές απαντούν βάσει κοινωνικά αποδεκτών νορμών (Gallagher et al., 2004). Δεύτερον, οι γονείς εστιάζουν κυρίως στα εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς, καθώς είναι περισσότερο εμφανή και δυσχεραίνουν και τη δική τους ζωή σε μεγαλύτερο βαθμό (Borda et al., 2013.Ivarsson & Melin, 2008; Kim et al.,2010; Perrin et al., 2000). Επίσης, σε ορισμένες περιπτώσεις ο γονέας δεν υπαγόταν σε ψυχιατρική αξιολόγηση, άρα είναι πιθανό να επικεντρώνεται στα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τη δική του ψυχική κατάσταση, χωρίς αυτό να μπορεί να διερευνηθεί (Marquez et al., 1999; Meltzer et al., 2009; Storch et al., 2010). Τέλος, οι εκπαιδευτικοί φαίνεται ότι δεν αναγνωρίζουν τα προβλήματα ψυχικής υγείας στα παιδιά, συνεπώς δεν συνιστούν και αξιόπιστοι πληροφοριοδότες (Bernaras et al., 2011). Παρόλα αυτά, ενδεδειγμένες κλίμακες αξιολόγησης μεριμνούν για τους εν λόγω περιορισμούς, ωστόσο δεν χρησιμοποιούνται στο σύνολο των ερευνητικών εργασιών (Bernstein et al., 2013; Gallagher et al., 2004).

Επιπλέον, θα ήταν σκόπιμο οι ερευνητές της παιδικής ηλικίας να προσανατολιστούν σε αναδρομικές ή προοπτικές μελέτες, ώστε να αξιολογηθούν τα συμπτώματα σε βάθος χρόνου. Αναφορικά με τις αναδρομικές μελέτες, προκαθορισμένα χαρακτηριστικά φαίνεται ότι προϋπάρχουν της έναρξης της νευρώσεως. Τα εν λόγω χαρακτηριστικά, καθώς διασταυρώνονται, αποτελούν παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι θα ενεργοποιήσουν τη πρόληψη

του ασθενούς έναντι της νεύρωσης. Τέτοιου είδους χαρακτηριστικά είναι ευρήματα εγκεφαλικής ανατομίας ή ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά (De Bellis et al.,2001; Ollendick et al., 2002). Από την άλλη πλευρά, οι προοπτικές μελέτες κρίνονται απαραίτητες στη διερεύνηση θεραπευτικών πρακτικών των νευρώσεων (Davis et al., 2009). Οι θεραπευτικές μέθοδοι οφείλουν να προστατεύουν το άτομο σε βάθος χρόνου. Συνεπώς, οι προοπτικές μελέτες θα διακρίνουν τις μεθόδους που καθιστούν αυτό εφικτό, εν αντιθέσει με άλλες που επιτυγχάνουν τη πρόσκαιρη ανακούφιση του ατόμου.

Επίλογος

Ανακεφαλαιωτικά, οι συγκρούσεις του ερευνητικού και κλινικού κόσμου για τον ορισμό των νευρώσεων θεωρούνται δικαιολογημένες, καθώς η πληθώρα των συμπτωμάτων, αλλά και η διερευνητική σκοπιά στην εκάστοτε περίπτωση ασθενούς δεν είναι δυνατόν να συμπεριληφθούν σε ορισμένες γραμμές. Ωστόσο, οι πρωτοπόροι ερευνητές του πεδίου της νεύρωσης προσανατολίστηκαν σε πηγαία και ενστικτώδη χαρακτηριστικά, διεργασίες μάθησης και νευρολογικά ευρήματα, τα οποία αποτέλεσαν την ισχυρή βάση της σύγχρονης βιβλιογραφίας. Εξίσου τα ευρήματα της σημερινής εποχής επικεντρώνονται στους ίδιους τομείς της ανθρώπινης συμπεριφοράς και επιχειρούν να αποκρυπτογραφήσουν το πολυσύνθετο φαινόμενο της νεύρωσης στη παιδική ηλικία όλο και περισσότερο. Οι τιμές του επιπολασμού των νευρώσεων αυξάνονται διαρκώς και η ανάγκη για διεπιστημονικές προσεγγίσεις αντιμετώπισης κρίνεται επιτακτική.

Βιβλιογραφία:

- Αλεβίζος, Β. (Επιμ.). (2008). *Άγχος: Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις*. Αθήνα: Βήτα ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ
- Allen, J. L., Lavallee, K. L., Herren, C., Ruhe, K., & Schneider, S. (2010). DSM-IV criteria for childhood separation anxiety disorder: informant, age, and sex differences. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(8), 946–52.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington VA: American Psychiatric Publishing.
- Andrés, S., Boget, T., Lázaro, L., Penadés, R., Morer, A., Salamero, M., & Castro-Fornieles, J. (2007). Neuropsychological performance in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and influence of clinical variables. *Biological Psychiatry, 61*(8), 946–51.
- Αυδή, Ε., & Ρούσση, Π. (2010). *Ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Barton, R., & Heyman, I. (2013). Obsessive–compulsive disorder in children and adolescents. *Pediatrics and Child Health, 23*(1), 18–23.

- Beer, M. D. (1996). The dichotomies: psychosis/neurosis and functional/organic: a historical perspective. *History of Psychiatry*, 7, 231-255.
- Bellini, B., Arruda, M., Cescut, A., Saulle, C., Persico, A., Carotenuto, M., Gatta, M., Nacinovich, R., Piazza, F. P., Termine, C. & Tozzi, E., Lucchese, F. & Guidetti, V. (2013). Headache and comorbidity in children and adolescents. *The Journal of Headache and Pain*, 14, 79.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I., & Cuevas, C. (2011). Child Depression in the school context. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 29, 198–207.
- Bernstein, G. A, Bernat, D. H., Davis, A. a, & Layne, A. E. (2008). Symptom presentation and classroom functioning in a nonclinical sample of children with social phobia. *Depression and Anxiety*, 25(9), 752–60.
- Bernstein, G. a., Victor, A. M., Nelson, P. M., & Lee, S. S. (2013). Pediatric obsessive–compulsive disorder: Symptom patterns and confirmatory factor analysis. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(3), 299–305.
- Berrios, G. (1999). Anxiety disorders: a conceptual history. *Journal of Affective Disorders*, 56, 83–94.
- Bhatti, R. S. & Channabasavanna, S. M. (1985). Study of neuroses : *i* life events and personality dimension. *Indian Journal of Psychiatry*, 27(2), 127-137.
- Borda, T., Feinstein, B. a., Neziroglu, F., Veccia, T., & Perez-Rivera, R. (2013). Are children with obsessive-compulsive disorder at risk for problematic peer relationships? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(4), 359–365.

- Γαλανού, Γ. Γ. (1977). *Η ψυχανάλυση μετά τον Φρόυντ* (3^η εκδ.). Αθήνα: Εκδόσεις Μπουκουμάνη.
- Carlyle, B. C., Duque, A., Kitchen, R. R., Bordner, K. A., Coman, D., Doolittle, E., Papademetris, X., Hyder, F., Taylor, J. R. & Simen, A. A. (2013). Maternal separation with early weaning: a rodent model providing novel insights into neglect associated developmental deficits. *NIH Public Access*, 24(4), 1401–1416.
- Chung, E., & Heyman, I. (2008). Challenges in child and adolescent obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry*, 7(8), 319–324.
- Clementi, M. a, & Alfano, C. A. (2014). Targeted Behavioral Therapy for childhood generalized anxiety disorder: a time-series analysis of changes in anxiety and sleep. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 215–22.
- Craig, A. (2006). Fear of speaking: chronic anxiety and stammering. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12(1), 63–68.
- Creswell, C., Waite, P., & Cooper, P. J. (2014). Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 1–5.
- Davis, T. E., Ollendick, T. H., & Ost, L. G. (2009). Intensive treatment of specific phobias in children and adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 294–303.
- De Bellis, M. D., Casey, B. J., Dahl, R. E., Birmaher, B., Williamson, D. E., Thomas, K. M., Axelson, D. A., Frustaci, K., Boring, A. M. Hall, J. & Ryan, N. D. (2000). A pilot study of amygdala volumes in pediatric generalized anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 48(1), 51–7.

- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Shifflett, H., Iyengar, S., Dahl, R. E., Axelson, D. A., Birmaher, B., Hall, J., Moritz, G. & Ryan, N. D. (2002). Superior temporal gyrus volumes in pediatric generalized anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, *51*(7), 553–62.
- De Bellis, M. D., & Thomas, L. A. (2003). Biologic findings of post-traumatic stress disorder and child maltreatment. *Current Psychiatry Reports*, *5*(2), 108–17.
- De Prince, A. P., Weinzierl, K. M., & Combs, M. D. (2009). Executive function performance and trauma exposure in a community sample of children. *Child Abuse & Neglect*, *33*(6), 353–61.
- Δεστούνης, Γ. Κ. (1990). *Παιδοψυχιατρική*. Αθήνα: Παριζιάνου Α. Ε.
- Diener, M. L., & Kim, D. Y. (2004). Maternal and child predictors of preschool children's social competence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *25*(1), 3–24.
- Doerfler, L. A Connor, D. F., Volungis, A. M., & Toscano, P. F. (2007). Panic disorder in clinically referred children and adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, *38*(1), 57–71.
- Domènech-Llaberia, E., Viñas, F., Pla, E., Jané, M. C., Mitjavila, M., Corbella, T., & Canals, J. (2009). Prevalence of major depression in preschool children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *18*(10), 597–604.
- Ehrenreich, J. T. Santucci, L. C. & Weiner, C. L. (2008). Separation anxiety disorder in youth phenomenology, assessment and treatment. *NIH Public Access*, *16*(3), 389-412.

- Eley, T. C., Gregory, A. M., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2007). Feeling anxious: a twin study of panic/somatic ratings, anxiety sensitivity and heartbeat perception in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48(12), 1184–91.
- Eley, T. C., Stirling, L., Ehlers, A., Gregory, A. M., & Clark, D. M. (2004). Heart-beat perception, panic/somatic symptoms and anxiety sensitivity in children. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 439–48.
- Esposito, M., Parisi, L., Gallai, B., Marotta, R., Di Dona, A., Lavano, S. M., Roccella, M. & Carotenuto, M. (2013). Attachment styles in children affected by migraine without aura. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1513–9.
- Fenton, T., Kinscherff, R. & Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child abuse and neglect*, 20(10), 953–961.
- Freud, S. (1961). *Το εγώ και το εκείνο* (Π. Κ. Σύρρου, Μτφρ.). Αθήνα: Συμυρνώτης (Αρχική δημοσίευση 1923).
- Freud, S. (1991). *Τρεις μελέτες για τη θεωρία της σεξουαλικότητας* (Λ. Αναγνώστου Μτφρ.). Αθήνα: επίκουρος (Αρχική δημοσίευση 1922).
- Freud, S. (2007). *Αναστολή, σύμπτωμα και άγχος* (Χ. Καρβούνης, Μτφρ.). Αθήνα: Μεταίχμιο (Αρχική δημοσίευση 1926).
- Gallagher, H. M., Rabian, B. a, & McCloskey, M. S. (2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(4), 459–79.

- Goodwin, R. D., Fergusson, D. M., & John Horwood, L. (2005). Childhood abuse and familial violence and the risk of panic attacks and panic disorder in young adulthood. *Psychological Medicine*, 35(6), 881–890.
- Greisberg, S. & Mckay, D. (2003). Neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: a review and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 95-117.
- Horney, K. (1950). *Ο ρόλος της νεύρωσης και η ανεξέλιξη της πραγματικότητας* (Κ. Δ. Χριστοφορίδου, Μτφρ.). Αθήνα: Επτάλοφος .
- Ivarsson, T., & Melin, K. (2008). Autism spectrum traits in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Journal of Anxiety Disorders*, 22(6), 969–78.
- Jung, C. G. (1989). *Η ολοκλήρωση της προσωπικότητας* (Σ. Ατζάκα, Μτφρ.). Θεσσαλονίκη: Σπαγείρια (Αρχική δημοσίευση 1916).
- Kendall, P. C., & Pimentel, S. S. (2003). On the physiological symptom constellation in youth with Generalized Anxiety Disorder (GAD). *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 211–21.
- Kierkerkgaard, S. (1957). *The concept of dread* (W. Lowrie, Trans.). Princeton: Princeton University Press (Αρχική δημοσίευση 1844).
- Kim, S.-J., Kim, B.-N., Cho, S.-C., Kim, J.-W., Shin, M.-S., Yoo, H.-J., & Kim, H. W. (2010). The prevalence of specific phobia and associated co-morbid features in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 629–34.
- Kim, K. L., Reynolds, K. C., & Alfano, C. a. (2012). Social impairment in children with obsessive compulsive disorder: Do comorbid problems of inattention and hyperactivity matter? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(4), 228–233.

- Knoff, W. F. (1971). Four Thousand Years of Hysteria. *Comprehensive Psychiatry*, 2, 156-164.
- Kodish, I., Rockhill, C., & Varley, C. (2011). Pharmacological aspects. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(4), 439–452.
- Koppe, S. (2009). Neurosis: aspects of its conceptual development in the nineteenth century. *History of Psychiatry*, 20(1), 27–46.
- Kossowsky, J., Wilhelm, F. H., Roth, W. T., & Schneider, S. (2012). Separation anxiety disorder in children : disorder-specific responses to experimental separation from the mother. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2, 178–187.
- Κουνενού, Κ. Ε. (2010). *Συμβουλευτική και θεραπεία οικογένειας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Lázaro, L., Bargalló, N., Castro-Fornieles, J., Falcón, C., Andrés, S., Calvo, R., & Junqué, C. (2009). Brain changes in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder before and after treatment: a voxel-based morphometric MRI study. *Psychiatry Research*, 172(2), 140–6.
- Lázaro, L., Caldú, X., Junqué, C., Bargalló, N., Andrés, S., Morer, A., & Castro-Fornieles, J. (2008). Cerebral activation in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder before and after treatment: a functional MRI study. *Journal of Psychiatric Research*, 42(13), 1051–9.
- Layne, A. E., Bernat, D. H., Victor, A. M., & Bernstein, G. A. (2009). Generalized anxiety disorder in a nonclinical sample of children: symptom presentation and predictors of impairment. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 283–9.

- Lewis, G., Collishaw, S., Thapar, A., & Harold, G. T. (2014). Parent-child hostility and child and adolescent depression symptoms: the direction of effects, role of genetic factors and gender. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(5), 317–27.
- Lewis, G., Rice, F., Harold, G. T., Collishaw, S., & Thapar, A. (2011). Investigating environmental links between parent depression and child depressive/anxiety symptoms using an assisted conception design. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(5), 451–459.
- Levy, A. J. (2008). The Therapeutic Action of Play in the Psychodynamic Treatment of Children : A Critical Analysis. *Clinical Social Work Journal*, 36, 281–291.
- Lewinsohn, P. M., Holm-Denoma, J. M., Small, J. W., Seeley, J. R. & Joiner, T. E. (2008). Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *NIH Public Access*, 47(5), 548–555.
- Lieshout, R. J. Van, & Macqueen, G. (2008). Psychological Factors in Asthma, 4(1), 12–28.
- Maddi, S. R. (1967). The existential neurosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 72(4), 311-325.
- Masi, G., Favilla, L., Mucci, M., & Millepiedi, S. (2000). Panic Disorder in Clinically Referred Children. *Child Psychiatry & Human Development*, 31(2), 139-150.
- Masi, G., Mucci, M., Favilla, L., Romano, R., & Poli, P. (1999). Symptomatology and comorbidity of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 40(3), 210–5.
- Masi, G., Mucci, M., & Millepiedi, S. (2001). Separation anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs*, 15(2), 93–104.

- Masi, G., Perugi, G., Millepiedi, S., Toni, C., Mucci, M., Bertini, N., Pfanner, C., Berloff, S., Pari, C., Akiskal, K & Akiskal, H. S. (2007). Clinical and research implications of panic-bipolar comorbidity in children and adolescents. *Psychiatry Research*, 153(1), 47–54.
- Masten, C. L., Guyer, A. E., Hodgdon, H. B., McClure, E. B., Charney, D. S., Ernst, M., Kaufman, J., Daniel, S. & Pine Monk, C. S. (2008). Recognition of facial emotions among maltreated children with high rates of post-traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 32(1), 139–53.
- Mellon, R. C., & Moutavelis, A. G. (2007). Structure, developmental course, and correlates of children's anxiety disorder-related behavior in a Hellenic community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 1–21.
- Meltzer, H., Vostanis, P., Dogra, N., Doos, L., Ford, T., & Goodman, R. (2009). Children's specific fears. *Child: Care, Health and Development*, 35(6), 781–9.
- Micale, M. S. (1987). *Diagnostic discriminations: Jean-Martin Charcot and the nineteenth century idea of masculine hysterical neurosis*. (Order No. 8729120, Yale University). *ProQuest Dissertations and Theses*, 415-415 p.
- Μπεζεβέγκης, Η. Γ. (Επιμ.). (2009). *Εξελικτική ψυχολογία δια βίου ανάπτυξη* (1^{ος} τομ.). Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Μπεζεβέγκης, Η. Γ. (Επιμ.). (2011). *Εξελικτική ψυχοπαθολογία: Μια αναπτυξιακή προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., Milne, B. J., Melchior, M., Goldberg, D., & Poulton, R. (2007). Generalized anxiety disorder and depression: childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. *Psychological Medicine*, 37(3), 441–52.

- Mohapatra, S., Agarwal, V., & Sitholey, P. (2013). Pediatric anxiety disorders. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(5), 356–63.
- Muris, P., Mayer, B. & Meesters, C. 2000. Self – reported attachment style, anxiety, and depression in children. *Social behavior and personality*, 28(2), 157-162.
- Ollendick, T. H., King, N. J., & Muris, P. (2002). Fears and Phobias in Children: Phenomenology, Epidemiology, and Aetiology. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(3), 98–106.
- Palinski, C. O. (1997). *Youthful anxiety and perceptions of family environment*. (Order No. 9729683, Antioch University/New England Graduate School). *ProQuest Dissertations and Theses*, 86-86 p.
- Παπαδάτος, Γ. Δ. (2010). *Ψυχικές διαταραχές και μαθησιακές δυσκολίες παιδιών και εφήβων*. Αθήνα: Gutenberg.
- Peleg, O., Halaby, E., & Whaby, E. (2006). The relationship of maternal separation anxiety and differentiation of self to children's separation anxiety and adjustment to kindergarten: a study in Druze families. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(8), 973–95.
- Perrin, S., Smith, P., & Yule, W. (2000). Practitioner Review □ : The Assessment and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(3), 277–289.
- Pienero, J. M. L. (1983). *Historical Origin of the Concept of Neuroses*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 737–67.

- Rutter, M. L. (1972). Relationships between child and adult psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 48(1), 3–21.
- Runyon, M. K., Faust, J., & Orvaschel, H. (2002). Differential symptom pattern of post-traumatic stress disorder (PTSD) in maltreated children with and without concurrent depression. *Child Abuse & Neglect*, 26(1), 39–53.
- Seguí, J., Márquez, M., García, L., Canet, J., Salvador-Carulla, L., & Ortiz, M. (1999). Differential clinical features of early-onset panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 54(1-2), 109–17.
- Silove, D., & Rees, S. (2014). Separation anxiety disorder across the lifespan: DSM-5 lifts age restriction on diagnosis. *Asian Journal of Psychiatry*. Article in press.
- Stewart, S. E., Rosario, M. C., Brown, T. a, Carter, A. S., Leckman, J. F., Sukhodolsky, D., Katsovitch, L., King, R., Geller, D. & Pauls, D. L. (2007). Principal components analysis of obsessive-compulsive disorder symptoms in children and adolescents. *Biological Psychiatry*, 61(3), 285–91.
- Storch, E. a, Lewin, A. B., Geffken, G. R., Morgan, J. R., & Murphy, T. K. (2010). The role of comorbid disruptive behavior in the clinical expression of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(12), 1204–10.
- Taghavi, M. R., Dagleish, T., Moradi, A. R., Neshat-Doost, H. T., & Yule, W. (2003). Selective processing of negative emotional information in children and adolescents with Generalized Anxiety Disorder. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 42(3), 221–30.

- Tannous, A. (2011). Factors causing depression among children in Jordan: what teachers See. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 341–346.
- Τζάνοφ, Α. (1991). *Το παιδί και ο ψυχικός του κόσμος* (2^η εκδ.). (Ε. Τζελέπογλου, Μτφρ.). Αθήνα: Εκδόσεις Μπουκουμάνης (Αρχική δημοσίευση 1973).
- Tibi, L., van Oppen, P., Aderka, I. M., van Balkom, A. J. L. M., Batelaan, N. M., Spinhoven, P., Penninx, B. W. & Anholt, G. E. (2013). Examining determinants of early and late age at onset in panic disorder: an admixture analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 47(12), 1870–5.
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32(2), 122–38.
- Üçer, O., & Gümüş, B. (2014). Quantifying subjective assessment of sleep quality, quality of life and depressed mood in children with enuresis. *World Journal of Urology*, 32(1), 239–43.
- Vander, A., Sherman, J., Luciano D. & Τσακόπουλος, Μ. (2011). *Φυσιολογία του ανθρώπου. Μηχανισμοί της λειτουργίας του οργανισμού* (8^η εκδ.). Ν. Γελαδάς & Μ. Τσακόπουλος (Επιμ.). Λευκωσία: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD.
- Van Hoecke, E., De Fruyt, F., De Clercq, B., Hoebeke, P., & Vande Walle, J. (2006). Internalizing and externalizing problem behavior in children with nocturnal and diurnal enuresis: a five-factor model perspective. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(5), 460–8.
- Walker, C. E. & Roberts, M. C. (Eds.). (2001). *Handbook of clinical and child psychopathology*. New York: Wiley

- Waters, A. M., Bradley, B. P., & Mogg, K. (2014). Biased attention to threat in pediatric anxiety disorders (generalized anxiety disorder, social phobia, specific phobia, separation anxiety disorder) as a function of “distress” versus “fear” diagnostic categorization. *Psychological Medicine*, *44*(3), 607–16.
- Waters, A. M., & Farrell, L. J. (2014). Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders Response inhibition to emotional faces in childhood obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *3*(1), 65–70.
- Williams, E . A. (2007). Neuroses of the Stomach: Eating, Gender, and Psychopathology in French Medicine, 1800–1870. *Isis*, *98*, 54-79.
- Williams, E. A. (2010). Stomach and psyche: Eating, digestion, and mental illness in the medicine of Philippe Pinel. *Bulletin of the History of Medicine*, *84*(3), 358-386.
- Wolff, J. C., & Ollendick, T. H. (2006). The comorbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *9*(3-4), 201–20.
- Wolpe, J. (1952). Experimental neuroses as learned behavior. *British Journal of Psychology*, *43*(4), 243–268.
- World Health Organization. (1999). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10th ed.). Geneva: World Health Organization.