ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ: ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Διπλωματική Εργασία

Θέμα: Αγχώδεις Διαταραχές και Φοβίες στα παιδία

Επόπτρια: Κοκκινάκη Θεανώ

Από τη φοιτήτρια :
Μαυρομμάτη Νικολέττα
Α.Μ:1916
Εξάμηνο Φοίτησης Η’

ΑΚΑΔΗΜΑΙΚΟ ΕΤΟΣ:2007-2008

Περιεχόμενα

Σελ.

Κεφάλαιο 1

Ορισμοί Άγχους και Φοβίας……3
Ιστορική Αναδρομή……...11

Κεφάλαιο 2

Συμπτωματολογία – Επιδημιολογία……..18
Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού…….24
Κοινωνική Φοβία (Κοινωνική Αγχώδης Διαταραχή)……29
Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή…….32
Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή……...36
Ειδική Φοβία (Απλή Φοβία)……..40
Διαταραχή Πανικού……...43
Αγοραφοβία……...47
Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Στρες ……49
Σχολειοφοβία ……53
Φόβοι κοινοί σε όλα τα παιδιά……..57
Φόβος για άγνωστα πρόσωπα……58
Φόβος για τα σκυλιά και για άλλα ζώα που δαγκώνουν……...58
Φόβος για ισχυρούς θορύβους……..58
Φόβος για το σκοτάδι – τα φαντάσματα, τα τέρατα, τις μάγισσες……...59
Φόβος για τα ύψη……...59
Φόβος για το θάνατο των γονέων……..60
Φόβος για τα επιθετικά παιδιά……...60
Φόβος για την αποτυχία…….60
Φόβος για τον γιατρό…….61

Κεφάλαιο 3

Θεωρίες……..…62

Κεφάλαιο 4

Η αναπτυξιακή πορεία των παιδιών με διαταραχές άγχους και φοβίας……76
Συνοσηρότητα……82

Κεφάλαιο 5

Θεραπεία……87
Πώς να συμπαρασταθούμε και να βοηθήσουμε το παιδί να ξεπεράσει τους φόβους του……..91
Διαταραχή Άγχους του Αποχωρισμού……...…95
Ειδική Φοβία (Απλή φοβία)……...96
Κοινωνική Φοβία (Κοινωνική Αγχώδης Διαταραχή)……97
Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή…….....98
Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή……...…99
Διαταραχή Πανικού……101
Αγοραφοβία……..…103
Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Στρες……....104
Σχολειοφοβία……...106
Τρόποι αντιμετώπισης της σχολειοφοβίας: ……108

Κεφάλαιο 6

Επίλογος……...….111

Βιβλιογραφία……117

Κεφάλαιο 1 Ορισμοί / Ιστορική Αναδρομή

Η συστηματική μελέτη των διαταραχών άγχους στα παιδιά άρχισε να αποτελεί το επίκεντρο του ενδιαφέροντος πολλών ερευνητών σχετικά πρόσφατα. Αυτό οφείλεται στα πορίσματα των ερευνών σύμφωνα με τα οποία σε πολλές περιπτώσεις τα συμπτώματα των διαταραχών άγχους δεν αποτελούν μεμονωμένες και παροδικές εκδηλώσεις αλλά επιμένουν στο χρόνο και δημιουργούν σοβαρά προβλήματα προσαρμογής στο άτομο τόσο στην εφηβεία όσο αργότερα και στην ενηλικίωση (Ollendick & King, 1994, παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.167).

Παρόλο που η συχνότητα εμφάνισης των διαταραχών άγχους στα παιδιά είναι αρκετά υψηλή και ο αριθμός των συνοδών προβλημάτων μεγάλος, δεν έχει δοθεί μέχρι τώρα η ανάλογη βαρύτητα στη διάγνωση και αντιμετώπιση τους. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι τα συμπτώματα των διαταραχών δεν γίνονται συνήθως εύκολα αντιληπτά, δεδομένου μάλιστα ότι δεν προκαλούν ενόχληση στο περιβάλλον ούτε φαίνεται να έχουν επιβλαβείς συνέπειες για τους άλλους, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής (Albano et al., 1996, παραπομπή στους Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005, σελ.166). Επιπλέον, ακόμα και στην περίπτωση που τα συμπτώματα είναι ορατά, δεν είναι εύκολο για τους γονείς να διακρίνουν αν πρόκειται για φυσιολογικές ή παθολογικές εκδηλώσεις άγχους και φόβου (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Η λέξη άγχος προέρχεται από τη λατινική λέξη angustia που σημαίνει στενωπός και υποδηλώνει το φυσικό περιεχόμενο ενός συναισθήματος κι αυτό που νιώθουμε μέσα στο σώμα μας. Το άγχος είναι ο φόβος χωρίς αντικείμενο ή αν υπάρχει αντικείμενο, τότε αυτό δεν θα προκαλούσε φόβο σε ένα φυσιολογικό άτομο. Όταν δεν υπάρχει αντικείμενο, μιλάμε για «διάχυτο» άγχος. Σε σχέση με το φόβο, το άγχος αναφέρεται σε μια κατάσταση χωρίς αντικείμενο, ενώ ο φόβος συγκεντρώνεται σε ένα αντικείμενο ή μια κατάσταση. Το παιδί άγχεται ευκολότερα, όταν αντιμετωπίζει καινούργια αντικείμενα ή καταστάσεις απ'όσο ο ενήλικας, εξαιτίας των στενών ορίων στα οποία ζει και κινείται και της απειρίας του. Το παιδί αισθάνεται εύκολα άγχος μπροστά σε πρόσωπα που του είναι άγνωστα, γιατί τους αποδίδει κακές προθέσεις, βλέπει σ'αυτούς μια απειλή επειδή τους αποδίδει την αποστέρηση της μητρικής παρουσίας. Το τρομάζει

το καινούργιο πρόσωπο, γιατί έχει συνηθίσει το πρόσωπο της μητέρας του. Δοκιμάζει φόβο και θλίψη όταν η μητέρα ή το υποκατάστατο της απουσιάζει (Bey – Janaud & Foubert, 1985).

Παράλληλα, όλα τα παιδιά και ειδικότερα τα μικρότερα σε ηλικία περνούν μέσα από περιόδους κατά τις οποίες αναπτύσσουν κάποιους φόβους. Οι φόβοι αυτοί είναι άλλοτε ήπιοι και άλλοτε χαρακτηρίζονται από μεγάλη ένταση. Ορισμένοι είναι πλήρως κατανοητοί στους γονείς και τα άτομα που περιστοιχίζουν το παιδί ενώ άλλοι φαίνονται αδικαιολόγητοι. Επειδή, σχεδόν όλη η περίοδος της παιδικής ηλικίας και ειδικότερα τα έξι πρώτα χρόνια της ζωής, περιβάλλεται κατά διαστήματα από φόβους, είναι ανάγκη οι γονείς και γενικότερα τα άτομα που ασχολούνται με μικρά παιδιά να κατανοήσουν το φαινόμενο αυτό ώστε να μπορέσουν να στηρίξουν το παιδί καθώς διέρχεται μέσα από τις περιόδους αυτές. Κατά την περίοδο των 18 μηνών και 6 ετών καθώς οι κινητικές και γνωστικές ικανότητες του παιδιού αυξάνονται, τα παιδιά έχουν όλο και περισσότερες επαφές με το περιβάλλον και περνούν μέσα από διάφορες φάσεις στον τρόπο που βιώνουν και εκφράζουν το συναίσθημα του φόβου (Δημητρίου – Χατζηνεοφύτου, 2001).

Πιο συγκεκριμένα, ο φόβος έχει προσαρμοστικό χαρακτήρα, γενικότερα θέτει το άτομο σε κατάσταση συναγερμού. Σκοπός του είναι να επιτρέψει στο άτομο να αποφύγει τον κίνδυνο, προετοιμάζοντας το για βίαιες ενέργειες όπως η επίθεση ή η φυγή που είναι απαραίτητες για την επιβίωση του (Bey – Janaud & Foubert, 1985).

Οι ειδικοί θεωρούν ότι οι παιδικοί φόβοι είναι ένα φαινόμενο φυσιολογικό. Ωστόσο υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανάμεσα στα παιδιά στο βαθμό που αισθάνονται και τους τρόπους που εκφράζουν τους φόβους τους. Ενώ ορισμένα παιδιά μπορεί να είναι επικίνδυνα τολμηρά, άλλα γίνονται τόσο φοβισμένα που η δειλία τους παρεμβαίνει στην ανάπτυξη τους. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ορισμένα παιδιά υποφέρουν κατά διαστήματα από κάτι που φαίνεται ως υπερβολική δόση άγχους και φόβου (Δημητρίου – Χατζηνεοφύτου, 2001).

Μέσα από την τελευταία δεκαετία, οι αγχώδεις διαταραχές των παιδιών έχουν δεχτεί ιδιαίτερη προσοχή από πολλούς κλινικούς γιατρούς και μελετητές (March, 1995, παραπομπή στο Muris, Merckelbach, Van Brakel, Mayer & Van Dongen, 1998, σελ.451). Το Διαγνωστικό, Στατιστικό Εγχειρίδιο (DSM) των διανοητικών διαταραχών έχει γίνει αποδεχτό από όλούς ως η καλύτερη μέθοδος που μπορεί να ταξινομήσει και να

κατατάξει τις αγχώδεις διαταραχές των παιδιών. Στην τελευταία έκδοση του DSM – IV αναφέρονται οι αγχώδεις διαταραχές και φοβίες που συναντούμε συχνότερα στα παιδιά και τους έφηβους όπως: η διαταραχή πανικού, η αγοραφοβία, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, το άγχος του αποχωρισμού, η κοινωνική φοβία, η ειδική φοβία, η ψυχαναγκαστική - καταναγκαστική διαταραχή, η διαταραχή μετά από τραυματικό στρές (Muris, Merckelbach, Van Brakel, Mayer & Van Dongen, 1998). Υπάρχουν κι άλλες διαταραχές άγχους και φοβίες που μπορούν να εμφανιστούν κατά την ανάπτυξη του παιδιού όπως η σχολειοφοβία, ο φόβος για τους αγνώστους, ο φόβος για τα ζώα – έντομα, ο φόβος για τα ύψη, ο φόβος για το σκοτάδι κλπ. που δεν αναφέρονται στο DSM, ωστόσο χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή για την σωστή διάγνωση και την αντιμετώπιση τους.

Στην προσπάθεια τους οι ερευνητές που ασχολήθηκαν με την έρευνα των αγχώδων διαταραχών θέλησαν να δώσουν ένα ορισμό για το άγχος, ώστε να περικλείει όλα όσα αντιμετωπίσει το άτομο την στιγμή εκείνη που κατακλύζεται από αυτό το συναίσθημα.

Αρχικά, ο Γαλανού (1977), υποστηρίζει ότι το *άγχος* είναι η οδυνηρή, καταθλιπτική, ανυπόφορη και βασανιστική αναμονή ενός επερχόμενου κινδύνου. Το κύριο χαρακτηριστικό του άγχους είναι ότι, ενώ αυτός ο κίνδυνος βρίσκεται κάπου απροσδιόριστα στο απόμακρο, κοντινό ή άμεσο μέλλον, όμως παρόλα αυτά, η αγχωμένη συνείδηση του ατόμου «ζει τώρα αυτή τη στιγμή» σε όλη τη δραματική μοιραιότητα της αυτό τον ίδιο κίνδυνο και τις συνέπειες του.

Ο Μάνου (1988), ορίζει το *άγχος* ως μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Το άγχος εκτός της ψυχολογικής διάστασης της τάσης, του φόβου και τρόμου συνοδεύεται από διέγερση του συμπαθητικού συστήματος που εκδηλώνεται με ιδρώτα, ταχυκαρδία, τρόμο, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία (φυσιολογική διάσταση). Συνήθως το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα (π.χ. παραμονές εξετάσεων, αναμονή σημαντικών συναντήσεων κλπ.). Το άγχος θεωρείται παθολογικό εάν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή

λειτουργικότητα, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου οπότε και έχουμε *αγχώδη διαταραχή*.

Ο Κρασανάκης (1988), υποστηρίζει ότι το *άγχος* είναι μια συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από υπερβολική ανησυχία, έντονη αγωνία και ανασφάλεια. Πολλοί το θεωρούν συνώνυμο της αγωνίας ή άλλοι πάλι το θεωρούν φόβο. Ο Κρανασάκης πιστεύει ότι το άγχος είναι μια συναισθηματική διαταραχή. Είναι αποτέλεσμα συγκρούσεων. Είναι μια νεύρωση κατά την οποία το άτομο απειλείται από άγνωστους και αόριστους κινδύνους, που δεν μπορεί να αντιμετωπίσει.

Για τον Herbert, (1989), το *άγχος* είναι σαν ένας «διάχυτος λεπτός φόβος». Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν, η πλειονότητα των φόβων τους γίνονται αόριστα άγχη μάλλον, παρά εστιασμένοι φόβοι για πραγματικούς κινδύνους.

Οι Ollendick & Hersen (1998), (παραπομπή στους Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκη, 2001, σελ. 13) ορίζουν το *άγχος* ως τη δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από συναισθήματα επικείμενου κινδύνου, ένταση και ανησυχία. Το άγχος σχετίζεται με ένα χαρακτηριστικό τρόπο λειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος ο οποίος προκύπτει λόγω νευρωνικών εκφορτίσεων και οδηγεί σε αλλαγή του αναπνευστικού ρυθμού, αυξημένη καρδιακή συχνότητα, ξηρότητα στόματος, εφίδρωση, μυοσκελετικές ενοχλήσεις και άσθμα αδυναμίας.

Τα περιβαλλοντικά γεγονότα, οι γνωστικές και συναισθηματικές διεργασίες και αντιδράσεις σε αυτά, σε αλληλεπίδραση με τις συμπεριφορές των γονέων έχουν ενοχοποιηθεί για την πρόκληση των διαταραχών άγχους στα παιδιά (Craske, 1997, παραπομπή στους Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκη, 2001, σελ. 13).

Ο Παπαδόπουλος (2005), αναφέρει ότι το *άγχος* αφορά συναισθηματικές καταστάσεις διέγερσης και έντασης και είναι συχνά μια βασανιστική κατάσταση απόγνωσης. Χαρακτηρίζεται από τη διάχυτη εντύπωση ενός μεγάλου κινδύνου λιγότερο ή περισσότερο πραγματικού, φυσικού ή ψυχικού και συχνά μόλις συνειδητού, μπροστά στον οποίο νιώθει κανείς αδύναμος. Τις περισσότερες φορές η κατάσταση αυτή ακολουθείται από νευροφυτικές τροποποιήσεις, όπως αυτές που παρατηρούνται στα συγκινησιακά σοκ. Το άγχος μπορεί να προέρχεται από μια εσωτερική σύγκρουση π.χ. όταν κανείς αναστέλλει την επιθετικότητα του, από μια όχι ικανοποιητική σεξουαλική δραστηριότητα ή από απώλεια αγάπης (πένθος, αποδοκιμασία από ένα αγαπημένο

πρόσωπο) που ενεργοποιεί ένα παλαιότερο συναίσθημα εγκατάλειψης οφειλόμενο σε προηγούμενες δυσάρεστες εμπειρίες.

Οι Fong & Garralda, (2005), ορίζουν το *άγχος* ως ένα δυσάρεστο συναίσθημα έντασης ή αντίληψης φόβου συνοδευόμενο με ψυχολογικές αλλαγές όπως αυξημένη εφίδρωση, τρόμος, στεγνό στόμα και γαστρεντερικά συμπτώματα.

Το άγχος αποτελεί ένα γνώριμο και οικείο συναίσθημα για όλους τους ανθρώπους. Τόσο οι ενήλικες όσο και τα παιδιά βιώνουν άγχος, ανησυχία ή φόβο σε ορισμένες καταστάσεις. Το άγχος είναι ένα λειτουργικό συναίσθημα, το οποίο συχνά μας διευκολύνει να αντιμετωπίσουμε τις δύσκολες καταστάσεις που συναντάμε στη ζωή μας θέτοντας τον οργανισμό σε κατάσταση ετοιμότητας. Υπό αυτή την έννοια, το άγχος αποτελεί ένα φυσιολογικό στοιχείο της αναπτυξιακής πορείας που οδηγεί από την εξάρτηση στην αυτονομία. Όταν όμως το βίωμα του άγχους είναι υπερβολικό σε ένταση, δυσανάλογο σε σχέση με το ερέθισμα που το προκαλεί και επίμονο στο χρόνο, τότε ενδέχεται να αποτελεί ένδειξη κάποιας αγχώδους διαταραχής. Στην περίπτωση αυτή το άγχος χάνει την λειτουργικότητα του και μετατρέπεται σε στοιχείο που παρεμποδίζει την ομαλή προσαρμογή του ατόμου διότι αντί να προετοιμάζει τον οργανισμό για την αντιμετώπιση της δύσκολης κατάστασης, αντίθετα τον προτρέπει στην αποφυγή της. Το αποτέλεσμα της συνεχούς αποφυγής των αγχογόνων καταστάσεων είναι η κορύφωση και η γενίκευση του άγχους ακόμα κι όταν απουσιάζουν τα ερεθίσματα που το προκαλούν (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Το συναίσθημα του φόβου είναι αναμφισβήτητα, ένα από τα ισχυρότερα συναισθήματα στον άνθρωπο. Πρόκειται για μια φυσιολογική ψυχική αντίδραση σε καθετί που μπορεί να βλάψει τον άνθρωπο. Το συναίσθημα αυτό μοιάζει σαν μια προστατευτική ασπίδα και ανάλογα με την αντίδραση του ατόμου εκείνη τη στιγμή του φόβου συμβάλει στην προσπάθεια να προστατέψει τον εαυτό του (Μιχαηλίδη, 1999).

Όσον αφορά τις *φοβίες,* ο Spielberger (1982), υποστηρίζει ότι οι φοβίες είναι παραδείγματα αντιδράσεων του νευρωτικού άγχους, όταν προκαλείται μια έντονη κατάσταση φόβου από ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή περίσταση, που στην πραγματικότητα είναι σχετικά ακίνδυνη. Όταν εκτίθεται στο αντικείμενο ή στην περίσταση, ένα φοβικό άτομο βιώνει μια αγχωτική κρίση, που το οδηγεί να πάρει περίπλοκα μέτρα, για να αποφύγει το φοβικό αντικείμενο.

Ο Μάνος (1988), αναφέρει ότι η *φοβία* είναι μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, που δημιουργείται ως απάντηση σε εξωτερικό πραγματικό κίνδυνο ή απειλή που γίνεται αντιληπτή. Η ένταση και η διάρκεια του φόβου είναι ανάλογη προς τον κίνδυνο και ο φόβος υποχωρεί όταν το άτομο αναλάβει δράση που οδηγεί σε φυγή ή αποφυγή. Ο φόβος περιλαμβάνει τόσο υποκειμενική αίσθηση φόβου (ψυχολογική διάσταση) όσο και φυσιολογικές μεταβολές που είναι κυρίως επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού, επιτάχυνση της αναπνοής, τρόμος των μυών και ανακατανομή του αίματος από το δέρμα και τα σπλάχνα στους μεγάλους μυς (φυσιολογική διάσταση). Οι μεταβολές αυτές προετοιμάζουν το σώμα για μυϊκή δραστηριότητα (πάλη ή φυγή) που μπορεί να είναι απαραίτητη ως απάντηση της απειλής.

Ο Κρασανάκης (1988), θεωρεί τη *φοβία*, ως ένα δυσάρεστο συναίσθημα που δοκιμάζει ο άνθρωπος μπροστά σε ένα πραγματικό ή αναμενόμενο βέβαιο κίνδυνο. Είναι μια αντίδραση φυσιολογική μπροστά σε ένα αληθινό κίνδυνο. Στην αύξηση της έντασης του φόβου μπορεί να συμβάλει η ανάμνηση γεγονότων που έχει ζήσει το άτομο, αλλά και η φανταστική μετάθεση σε καταστάσεις μπορεί να δημιουργήσει το κακό που βρήκε ή πρόκειται να βρει το άτομο. Ο φόβος δεν είναι έμφυτος. Το άτομο όταν γεννιέται διαθέτει απλώς μια φοβική προδιάθεση.

Ο Herbert, (1989), αναφέρει ότι ο *φόβος* είναι μια φυσιολογική αντίδραση σε γεγονότα που απειλούν την προσωπική ασφάλεια του παιδιού. Στην ουσία, είναι μια ζωτική αντίδραση προσαρμογής, την οποία κάθε γονέας αξιοποιεί για να διδάξει το παιδί να αποφεύγει τους κινδύνους. Είναι επίσης, μια προσαρμοστική αντίδραση, υπό την έννοια ότι εξασφαλίζει στο παιδί την ετοιμότητα να αντιμετωπίζει καταστάσεις ανάγκης.

Ο Πιάνου (1998), λέει ότι συνήθως η *φοβία* προκαλείται, όταν το άτομο βρίσκεται σε μεγαλύτερο, από όσο νομίζει ότι μπορεί να αντιμετωπίσει, κίνδυνο. Ο φόβος και όταν ακόμη αποτελεί χρόνια κατάσταση, μπορεί να θεωρηθεί φυσιολογικός, εάν όμως οι περιβαλλοντικές συνθήκες που τον προκαλούν (οικογένεια, σχολείο) δεν είναι ευνοϊκές χαρακτηρίζονται σαν παθολογικές. Και στην περίπτωση αυτή, όπως και κάθε ένταση που διαρκεί περισσότερο χρονικό διάστημα, ο φόβος δημιουργεί ψυχικές και ψυχοσωματικές διαταραχές και προδιάθεση για νέους φόβους.

Τέλος ο Παπαδόπουλος (2005), αναφέρει, επίσης, ότι η *φοβία* είναι ένα έντονο συναίσθημα απέναντι σε ένα πιθανό κίνδυνο. Προκαλεί βιοχημικές αλλαγές και

ενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Με τον φόβο δημιουργείται στο υποκείμενο η θέληση να τραπεί σε φυγή ή να μείνει και να παλέψει (αντίδραση πάλης ή φυγής).

Για όλους τους μελετητές λοιπόν, η φοβία είναι ένα έντονο συναίσθημα που προκαλείται όταν το άτομο βρίσκεται σε μεγάλο κίνδυνο που κατά την γνώμη του δεν μπορεί να αντιμετωπίσει. Η ένταση και η διάρκεια του είναι ανάλογη με την αντίδραση του ατόμου. Ο φόβος δεν είναι έμφυτος και εξαφανίζεται όταν το άτομο ξεπεράσει την φοβία του.

Συγκρίνοντας τους ορισμούς του άγχους και της φοβίας, μπορούμε να δούμε πολλές ομοιότητες αλλά και διαφορές. Πιο συγκεκριμένα, οι ομοιότητες μεταξύ άγχους – φοβίας είναι ότι και στις δυο περιπτώσεις αυτό το συναίσθημα δημιουργείται όταν το άτομο αισθανθεί κίνδυνο ή δυσφορία για μια κατάσταση που πρέπει να αντιμετωπίσει. Ακόμα, προκαλούν στο άτομο τεταμένο φόβο, ανησυχία, επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία και την ζωή του αφού αυξάνει την ένταση όλων των συναισθημάτων που νιώθει εκείνη την στιγμή. Αυτή η κατάσταση είναι καθοριστική πολλές φορές αφού η αντίδραση του καθορίζει την συμπεριφορά του στο μέλλον εξυψώνοντας ταυτόχρονα όλες τις αισθήσεις του σώματος του. (Rachman, 1998). Το άγχος και οι φοβίες αποτελούν εγγενή χαρακτηριστικά του ανθρώπινου είδους, αναπόσπαστο στοιχείο της διαδικασίας κοινωνικοποίησης του ατόμου. Πρόκειται για αντιδράσεις προσαρμοστικού χαρακτήρα στην αντίληψη ή στην αναμονή ακαθόριστου κινδύνου ή δυσάρεστου γεγονότος, οι οποίες προστατεύουν το άτομο, ρυθμίζουν τους κοινωνικούς δεσμούς και βελτιώνουν τις ευκαιρίες της καθημερινής ζωής (Graham et al., 1999, παραπομπή στο Παπαγεωργίου, 2005, σελ. 205).

Παράλληλα, οι διαφορές ανάμεσα στο άγχος και την φοβία είναι, ότι η πηγή που προκαλεί το άγχος είναι είτε άγνωστη, είτε έχει ελάχιστη ένταση, η αιτία δεν είναι σαφής και δεν μπορεί να προσδιοριστεί από το άτομο που το βιώνει τη δεδομένη χρονική στιγμή (Μάνου, 1988, Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999).

Ενώ, η φοβία προκαλεί περιορισμένη ένταση αφού το άτομο γνωρίζει την απειλή κι έχει μια πιο εξοικειωμένη σχέση, χαρακτηρίζεται κυρίως από την παρουσία και τη γνώση ενός εξωτερικού, αντικειμενικού, υπαρκτού, αληθινού κινδύνου, είναι κάτι το συγκεκριμένο, το φανερό, το γνωστό, σαν κάτι το προσωπικά και αναμφισβήτητα επικίνδυνο, ενώ αντίθετα, το άτομο σε περίπτωση άγχους έχει μια διάχυτη ανησυχία

αφού η αιτία γι'αυτόν προκαλείται από άγνωστες και αβέβαιες απειλές, οι οποίες βρίσκονται κάπου κρυμμένες και παραμονεύουν. Η φοβία είναι η εξωτερική παρουσία, ενώ το άγχος το υποκειμενικό δημιούργημα (Γαλανού, 1977, Rachman, 1998).

Επίσης, στην περίπτωση που αισθάνεται φοβία το άτομο, η κατάσταση είναι κυρίως επεισοδιακή και εξασθενεί με την απομάκρυνση της απειλής. Το άτομο είτε αποφασίζει να έρθει αντιμέτωπο με τη φοβία του και είναι έτοιμο να αντιμετωπίσει κάθε κίνδυνο με τις ακόλουθες συνέπειες, είτε απλά περιμένει μέχρι να εξαφανιστεί ή να υποχωρήσει η αιτία ή το ερέθισμα που τον έκανε να φοβηθεί. Ενώ στην περίπτωση του άγχους η κατάσταση είναι διαφορετική αφού το άτομο δεν γνωρίζει πώς να αντιμετωπίσει την απειλή που δέχεται με αποτέλεσμα η ένταση και η αγωνία του να παρατείνεται και να διαρκεί περισσότερο (Rachman, 1998). Ο φόβος δηλαδή, αφορά μια προσωρινή αντίδραση σε ένα συγκεκριμένο κίνδυνο σε σχέση με το άγχος (Παπαδόπουλος, 2005). Παράλληλα, στη φοβία, επειδή είναι αντικειμενική η παρουσία ενός κινδύνου, δημιουργεί ή την τάση αποφυγής ή την τάση της φυγής ή την προετοιμασία για την επίθεση και τον αγώνα. Το άγχος, επειδή είναι αναμονή του άγνωστου και του απροσδιόριστου, καθηλώνει, αδρανοποιεί και παραλύει. Μπροστά στο φόβο, μπορείς να διακρίνεις τον ήρωα από τον δειλό, αλλά μπροστά στο άγχος δεν μπορείς, γι'αυτό πολλοί προτιμούν να ριχτούν στη μάχη για να παλέψουν και να αντιμετωπίσουν τον κίνδυνο, παρά να υπομένουν τη βασανιστική, αγχώδη, καταπιεστική και ανυπόφορη αναμονή του (Γαλανού, 1977).

Ιστορική Αναδρομή

Το άγχος και οι φοβίες περιγράφονται στη βιβλιογραφία εδώ και πολλές δεκαετίες και μέσα από διάφορες μελέτες περιπτώσεων βλέπουμε πως διαμορφώνεται η εξέλιξη του ανθρώπου και πως αυτή επηρεάζεται όταν έρθει αντιμέτωπη με αγχογόνες καταστάσεις.

Ο Κάρολος Δαρβίνος, (1965, παραπομπή στο Spielberger, 1872, σελ.49), θεώρησε τον φόβο σαν ένα θεμελιακό ανθρώπινο συναίσθημα. Η δυνατότητα του βιώματος του φόβου ήταν ένα έμφυτο χαρακτηριστικό τόσο των ανθρώπων όσο και των ζώων. Μέσα στο πλαίσιο της εξελικτικής του θεωρίας, η λειτουργία του φόβου είχε σκοπό να διεγείρει και να κινητοποιήσει τον οργανισμό, για ν'αντιμετωπίσει τους εξωτερικούς κινδύνους. Ο Δαρβίνος πίστευε, ότι τα βασικά χαρακτηριστικά των αντιδράσεων του φόβου είχαν εξελιχθεί στην διάρκεια αναρίθμητων γενεών με τη διεργασία της φυσικής επιλογής. Περιέγραψε μια σειρά από αντιπροσωπευτικές εκδηλώσεις φόβου, όπως είναι οι γρήγοροι παλμοί της καρδιάς, η διαστολή της κόρης του ματιού, το ανατρίχιασμα, το στέγνωμα του στόματος, η αύξηση του ιδρώτα, η παράξενη έκφραση του προσώπου και οι αλλαγές στον τόνο της φωνής. Η προσαρμοστική λειτουργία της αντίδρασης του φόβου είναι να μεταδώσει ένα μήνυμα, που προειδοποιεί τον οργανισμό, ότι κάτι πρέπει να γίνει, είτε να τραπεί σε φυγή είτε να εξαφανίσει ένα πιθανό κίνδυνο. Σύμφωνα με την θεωρία της εξέλιξης και της φυσικής επιλογής, οι οργανισμοί που υποαντιδρούν ή υπεραντιδρούν σε επικίνδυνες καταστάσεις, είναι πολύ πιο πιθανό ότι θα φθαρούν και έτσι θα αποκλεισθούν από το είδος. Αντίθετα, ο άνθρωπος των σπηλαίων, που δοκίμασε ένα κατάλληλο βαθμό φόβου (όταν ερχόταν αντιμέτωπος με άγρια ζώα), διευκόλυνε την προσαρμογή του σ'έναν αντικειμενικό κίνδυνο και είχε μεγαλύτερες πιθανότητες να επιβιώσει. Μόνο εκείνοι που επιζούν, μπορούν να μεταδώσουν τις προσαρμοστικές τους ικανότητες στις μελλοντικές γενιές.

Ο 20^{ος} αιώνας έχει αποκαλεστεί «αιώνας του άγχους». Στην πραγματικότητα, η απασχόληση με το φόβο και το άγχος είναι τόσο παλιά, όσο η ίδια η ανθρωπότητα. Καθαρά σύμβολα της έννοιας του φόβου έχουν βρεθεί στα αρχαία αιγυπτιακά ιερογλυφικά καθώς και αναφορές στο φόβο βρίσκονται στη Βίβλο και στα κείμενα των πρώτων Ελλήνων και Ρωμαίων φιλοσόφων (Spielberger, 1982).

Στην κλασσική μελέτη της περίπτωσης του μικρού Hans, ο Freud 1909, (παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη 2005, σελ.167) περιέγραψε βασικές ασυνείδητες διεργασίες, όπως αυτές της απώθησης και της μετάθεσης, οι οποίες λειτουργούν κατά τη διαδικασία της ανάπτυξης της φοβίας. Η περίπτωση αυτή εφοδίασε τον Freud με κλινικά στοιχεία για την ερμηνεία του οιδιπόδειου σταδίου, το οποίο αποτελεί ίσως το πιο κρίσιμο στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης.

Σε ηλικία τριών χρονών, ο μικρός Χάνς έδειξε ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το «πουλάκι» του όπως το αποκαλούσε (Lawrence & Oliver, 2001). Ο Χάνς επιθυμούσε να δει το φύλο των άλλων και να δείξει και το δικό του. Σ'αυτή την ηλικία δεν ξεχωρίζει την διαφορά των φύλων (Bey – Janaud & Foubert, 1985). Το ενδιαφέρον όμως που έδειχνε να αγγίζει το πέος του έκανε την μητέρα του να τον απειλήσει μια μέρα και να του πει «Αν το κάνεις αυτό θα σε στείλω στο γιατρό Α. να σου κόψει το πουλάκι». Επρόκειτο λοιπόν, για μια ξεκάθαρη απειλή ευνουχισμού από τη μεριά του γονιού, στην περίπτωση αυτή της μητέρας (Lawrence & Oliver, 2001). Το παιδί εκείνη την στιγμή δεν έδειξε να επηρεάζεται υπερβολικά από την απειλή, όμως αυτή η απειλή του ευνουχισμού θα έχει αργότερα σοβαρές συνέπειες (Bey – Janaud & Foubert, 1985).

Σε ηλικία τρεισήμισι ετών, γεννήθηκε η αδερφή γεγονός που του τράβηξε πολύ το ενδιαφέρον, αφού αυτή δεν είχε «πουλάκι». Ο Χάνς δεν μπορούσε να παραδεχτεί ότι η αδερφή του δεν είχε πουλάκι, γιατί αν το παραδεχόταν θα έπρεπε να αντιμετωπίσει το δικό του άγχος του ευνουχισμού. Έτσι, σε ηλικία των τεσσάρων ετών φοβόταν μη χάσει το πέος του (Lawrence & Oliver, 2001).

Σύμφωνα με τον Freud, στη φαλλική φάση, στην ηλικία των τεσσάρων και πέντε ετών, η διέγερση και η ένταση επικεντρώνονται στα γεννητικά όργανα. Η βιολογική διαφοροποίηση των δύο φύλων οδηγεί σε ψυχολογική διαφοροποίηση. Το αγόρι αρχίζει να έχει στήσεις και το νέο είδος διέγερσης σ'αυτή την περιοχή αυξάνει το ενδιαφέρον του για τα γεννητικά όργανα και οδηγεί στη συνειδητοποίηση ότι το κορίτσι δεν έχει πέος. Έτσι αρχίζει να φοβάται ότι θα χάσει το πέος του – *άγχος του ευνουχισμού* (Lawrence & Oliver, 2001).

Ταυτόχρονα, σ'αυτή την περίοδο της ανάπτυξης του παιδιού, κυριαρχεί ο *οιδιπόδειος προβληματισμός*, το παιδί ζηλεύει τον πατέρα του και τον μισεί, αλλά συγχρόνως τον αγαπά. Ο χρόνος που η μητέρα ασχολείται με τον σύζυγο της είναι χρόνος που τον στερεί

από το παιδί. Η φοβία αποτελεί απόπειρα επίλυσης του προβλήματος, μια και είναι πιο εύκολο για το παιδί να μιλήσει για το φόβο του παρά για τα αισθήματα του απέναντι στον πατέρα (Bey – Janaud & Foubert, 1985).

Στην περίπτωση του Χάνς παρατηρούμε ότι το παιδί αρνείται να βγει στο δρόμο γιατί αρχίζει να αναπτύσσει μια ειδική φοβία, έναν παράλογο τρόμο, ότι θα συναντήσει το «άλογο» και κάθε άλογο γι'αυτόν είναι ένα απειλητικό ζώο και ταυτόχρονα αυτή του η φοβία του προκαλεί κατάθλιψη. Συχνά, έβλεπε άσχημα όνειρα και συχνά η μητέρα του τον έπαιρνε στο κρεβάτι της. Ο φόβος ότι το άλογο θα τον δαγκώσει έγινε φόβος ότι θα έρθει στο δωμάτιο του (Lawrence & Oliver, 2001).

Ο Freud αποδίδει την αιτία της φοβίας του στην οιδιπόδεια σύγκρουση του. Η αγάπη που ένιωθε για την μητέρα του ήταν μεγαλύτερη απ'όση μπορούσε να αντέξει κατά το φαλλικό στάδιο της ανάπτυξης του (Lawrence & Oliver, 2001). Η εχθρότητα προς το πατέρα είναι ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά του οιδιπόδειου συμπλέγματος. Αυτό που αποτελεί την νεύρωση στην περίπτωση του Χάνς, είναι το γεγονός ότι ο πατέρας αντικαταστάθηκε από το άλογο. Για να απαλλαγεί από τα αντιφατικά συναισθήματα αγάπης και μίσους για τον πατέρα του, μετέθεσε όλα τα προβλήματα του στο άλογο. Με αυτή την «μεταμφίεση» θα μπορέσει πια να αντιμετωπίσει με τον πατέρα του προβλήματα τα οποία δεν μπορεί να του εκφράσει με άλλο τρόπο. Στο φόβο του για το άλογο και το δάγκωμα του φανερώνεται ένας άλλος φόβος: μήπως ο πατέρας του ανταποδώσει τα δικά του συναισθήματα (Bey – Janaud & Foubert, 1985).

Παρόμοιας σημασίας και σπουδαιότητας ήταν η μελέτη της περίπτωσης του μικρού Albert από τους Watson & Rayner, 1920, (παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.167). Στο πείραμα αυτό οι πειραματιστές, κατά την προπαρασκευαστική φάση του, έφεραν τον μικρό Albert σε επαφή με διάφορα ζώα (π.χ. ποντίκι, κουνέλι) αλλά και αντικείμενα (π.χ. μάσκες) με τα οποία τον άφηναν να παίζει. Η διαπίστωση τους σ'αυτή την φάση ήταν ότι ο μικρός Albert δεν φοβόταν κανένα ζώο και αντικείμενο. Φοβόταν μόνο δυο ερεθίσματα, τον ξαφνικό κρότο και τον ξαφνικό τράβηγμα του χαλιού από τα πόδια του. Στην δεύτερη φάση ο πειραματιστής, την στιγμή που ο μικρός Albert έπαιζε αμέριμνος και χαρούμενος με ένα λευκό ποντικάκι, έκρουσε ξαφνικά και πίσω από τις πλάτες του μικρού Albert ένα σιδερένιο κοντάρι με το σφυρί. Ο οξύς και όχι ευχάριστος κρότος προκάλεσε στο παιδί την αντανακλαστική αντίδραση του φόβου: το παιδί

απομακρύνθηκε αμέσως από το ζώο κλαίγοντας. Το γεγονός αυτό επαναλήφθηκε πολλές φορές και ο μικρός έδειχνε την ίδια συμπεριφορά. Κατά την τρίτη φάση του πειράματος έφεραν τον μικρό Albert πάλι σε επαφή με το λευκό ποντικάκι, χωρίς τη συνοδεία του ήχου. Και σε αυτή την περίπτωση, ο μικρός επέδειξε τον ίδιο φόβο με εκείνον της προηγούμενης φάσης και μάλιστα μέχρι την ώρα που απομακρυνόταν το ζώο από μπροστά του. Κατά την τέταρτη φάση του πειράματος οι πειραματιστές παρουσίασαν στο παιδί ένα κουνέλι και ένα σκύλο και σε αυτή τη φάση αρχίζει να κλαίει και τρομάζει. Στη πέμπτη και έκτη φάση οι πειραματιστές σκόπευαν να απαλλάξουν το μικρό Albert από τον επίκτητο φόβο του προς το ποντίκι και τα άλλα ζώα, αλλά δεν έγινε ποτέ, γιατί το παιδί αποχώρισε από το πείραμα με τους γονείς του (Μπασέτας, 2002).

Ο μικρός Albert ενώ αρχικά, τον βλέπουμε να παίζει ανέμελα και να μην φοβάται κανένα ζώο, μετά την εκτέλεση του πειράματος και την επανάληψη του παρατηρούμε ότι φοβάται και το πρώτο ζώο (ποντίκι) αλλά κι άλλα ζώα που του παρουσιάζουν οι ερευνητές. Γενικεύει λοιπόν, την φοβία του για τα ζώα όταν μπροστά στη θέα οποιουδήποτε ζώου φοβάται και κλαίει. Νομίζει ότι αν παίξει μαζί τους ή τα πλησιάσει θα ακουστεί πάλι ο δυνατός θόρυβος που τον τρομάζει. Γι'αυτό και τα αποφεύγει.

Μέσα από τον τρόπο διεξαγωγής του πειράματος, προκύπτουν κάποια σοβαρά θέματα δεοντολογίας όσον αφορά την ψυχολογική έρευνα. Κάθε φορά που διεξάγεται ένα πείραμα ή μια ερευνητική μελέτη, οι ερευνητές έχουν καθήκον να σέβονται τα ατομικά δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα ή στο πείραμα, δηλαδή, να τηρούνται μεταξύ τους ορισμένες ηθικές αρχές και κανόνες συμπεριφοράς. Πρώτα απ'όλα, ο ερευνητής πρέπει να εξετάζει τις ηθικές επιπτώσεις και τις ψυχολογικές συνέπειες της έρευνας για όλους τους συμμετέχοντες, έτσι ώστε να αποφεύγονται τυχόν μόνιμες επιπτώσεις μετά την διεξαγωγή του πειράματος. Στην συνέχεια, να λαμβάνονται υπόψη οι εθνικές, ηλικιακές διαφορές των συμμετεχόντων και να δίνεται περισσότερη και ιδιαίτερη προσοχή σε μικρότερα σε ηλικία άτομα όπως π.χ. ο Albert. Στην συνέχεια, να γίνεται η απαραίτητη ενημέρωση στους συμμετέχοντες και να τους δίνουν την ευκαιρία και το δικαίωμα να αποφασίζουν οι ίδιοι εάν θέλουν να συμμετέχουν στην έρευνα και φυσικά να παρέχεται πλήρης εχεμύθεια για τα προσωπικά τους στοιχεία. Να έχουν την δυνατότητα να αποχωρίσουν από το πείραμα χωρίς καμιά

επιβάρυνση, όπως έγινε και στην περίπτωση του μικρού Albert αφού οι γονείς έκριναν απαραίτητη την αποχώρηση του βλέποντας πόσο πολύ επηρεάστηκε το παιδί τους.

Η ενημέρωση για το σκοπό της έρευνας δεν είναι απλή υπόθεση. Είναι μια μορφή ενεργητικής παρέμβασης με τον ερευνητή να είναι διατεθειμένος να συζητήσει με τους συμμετέχοντες τη διαδικασία, να εξηγήσει τυχόν απορίες, αλλά και να βεβαιωθεί ότι μετά τη συμμετοχή τους στην έρευνα τα άτομα θα πρέπει να βρίσκονται στην ίδια κατάσταση που βρίσκονταν και πριν.

Στην περίπτωση του μικρού Albert, αν και έχουν τηρηθεί τα περισσότερα από τα πιο πάνω, ωστόσο, δεν τηρήθηκαν οι κανόνες που προστατεύουν το άτομο από οποιαδήποτε σωματική ή πνευματική βλάβη. Δηλαδή, ενώ το πείραμα έγινε ομαλά χωρίς κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα. Από το τρίτο στάδιο του πειράματος και μετά, που ο μικρός Albert, αποκτά μια γενικότερη φοβία για τα ζώα και όχι την ειδική φοβία που είχε αποκτήσει στην αρχή του πειράματος (ποντίκι), όταν βλέπει άλλα ζώα όπως π.χ. κουνέλι, σκύλο κλπ. επηρεάζεται αρνητικά το παιδί και τρομάζει. Μέσα στους στόχους των ερευνητών, ήταν να συμβεί αυτό αλλά στο τέλος είχαν σκοπό να επαναφέρουν το παιδί στην αρχική του συμπεριφορά και αντιμετώπιση που είχε για τα ζώα.

Ο ερευνητής έχει την πλήρη ευθύνη για οτιδήποτε μπορεί να προκύψει κατά την διάρκεια του πειράματος και οφείλει να κάνει ότι μπορεί για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα και να αποκαταστήσει οποιαδήποτε «ζημιά». Δυστυχώς, στην περίπτωση του μικρού Albert, αυτό δεν μπόρεσε να γίνει γιατί ο μικρός αποχώρησε στη μέση του πειράματος και δεν κατάφερε να το ολοκληρώσει. Έτσι, οι ερευνητές δεν μπόρεσαν να απαλλάξουν το παιδί από τον φόβο του και να βοηθήσουν να επανέλθει στη αρχική του φάση.

Μετά τις τρομερές καταστροφές του Δεύτερου Παγκόσμιου Πολέμου, όπου χάθηκαν τόσες ζωές, πολλοί δημόσιοι φορείς ανησυχούσαν για τις επιπτώσεις της αποστέρησης της μητρικής φροντίδας κατά την νηπιακή ηλικία. Το 1950, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO), ζήτησε από τον John Bowlby, βρετανό ψυχίατρο, να μελετήσει τα προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών που είχαν αποχωριστεί τις οικογένειες τους και είχαν τοποθετηθεί σε ιδρύματα (Bowlby, 1969, 1973, 1980, παραπομπή στο Cole & Cole, 2002, σελ.329).

Ο Bowlby συνέλεξε παρατηρήσεις παιδιών σε νοσοκομεία, σε ιδρύματα και ορφανοτροφεία, που είτε είχαν χάσει τους γονείς τους, είτε τους είχαν αποχωριστεί για

μεγάλο χρονικό διάστημα. Όταν τα παιδιά αποχωρίζονται για πρώτη φορά τη μητέρα τους, γίνονται έξαλλα από το φόβο τους. Κλαίνε, παθαίνουν κρίσεις οργής και προσπαθούν να ξεφύγουν από το περιβάλλον τους (*άγχος αποχωρισμού*). Μετά περνούν ένα στάδιο απόγνωσης και κατάθλιψης. Αν ο αποχωρισμός συνεχιστεί και δεν δημιουργηθεί μια νέα σταθερή σχέση, τα παιδιά αυτά αδιαφορούν τελείως για τους άλλους. Ο Bowlby αποκάλεσε αυτή την αδιάφορη συμπεριφορά *αποδέσμευση* (Cole & Cole, 2002).

Στις μέρες μας, οι αγχώδεις διαταραχές και οι φοβίες επηρεάζουν πολύ την ανάπτυξη του ατόμου, ιδιαίτερα στην παιδική και εφηβική ηλικία. Μπορούμε να απευθυνθούμε στο βιβλίο DSM για να μάθουμε τα αίτια και τα συμπτώματα, αλλά και για την αντιμετώπιση τους.

Στην έκδοση του DSM-III (American Psychiatric Association, 1980, παραπομπή στο Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005, σελ.167), η μελέτη των φοβιών επικεντρωνόταν σε μεμονωμένες περιπτώσεις και η ταξινόμηση των φοβικών αντιδράσεων και των αντιδράσεων άγχους γινόταν με βάση την αιτιολογία τους ή με βάση εμπειρικά δεδομένα. Στην πρώτη έκδοση του DSM (American Psychiatric Association, 1952, παραπομπή στο Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005, σελ.167), οι φοβίες παρουσιάζονταν ως ψυχονευρωσικές αντιδράσεις ενώ στο DSM-II (American Psychiatric Association, 1968, παραπομπή στο Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005, σελ.167-168) ως φοβικές νευρώσεις.

Μέσα από τις διαγνωστικές κατηγορίες που πρότειναν οι δύο πρώτες εκδόσεις του DSM για τις αγχώδεις διαταραχές, γίνεται φανερή η βαθιά επίδραση της ψυχαναλυτικής θεωρίας στην ταξινόμηση και την ερμηνεία των ψυχικών διαταραχών ως το 1968. Μέχρι τότε ήταν ευρύτερα αποδεκτή η άποψη πως ο αιτιολογικός μηχανισμός των φοβιών και των αντιδράσεων του άγχους είχε τη βάση του σε ασυνείδητες διαδικασίες και συγκρούσεις (Barlow, 1988, παραπομπή στο Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005, σελ.168). Ωστόσο, οι φρουιδικές απόψεις για τα ασυνείδητα κίνητρα της παιδικής σεξουαλικότητας καθώς και για τη σχέση μεταξύ ψυχοπαθολογίας και παιδικού τραύματος άρχισαν να αντιμετωπίζονται με μεγαλύτερη δυσπιστία από αρκετά μέλη της κοινότητας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Στο DSM-III-R διακρίνονται τρεις διαταραχές άγχους οι οποίες συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά την παιδική και εφηβική ηλικία: α) η διαταραχή

άγχους του αποχωρισμού, β) η αποφευκτική διαταραχή της παιδικής και εφηβικής ηλικίας και γ) η υπεραγχώδης διαταραχή. Στο DSM-IV μόνο η διαταραχή άγχους του αποχωρισμού περιλαμβάνεται στην ομάδα των διαταραχών οι οποίες συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Η αποφευκτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας ενσωματώθηκε στην κοινωνική φοβία και η υπεραγχώδης διαταραχή της παιδικής ηλικίας ενσωματώθηκε στην γενικευμένη αγχώδη διαταραχή.

Προκειμένου, να υπάρξει συμβατότητα με το ICD-10 (World Health Organization, 1992, παραπομπή στο Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005, σελ.168), ο όρος «απλή φοβία» μετονομάστηκε σε «ειδική φοβία». Επίσης, προστέθηκε η προκαλούμενη από ουσίες αγχώδης διαταραχή.

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν τις πιο συχνά εμφανιζόμενες διαταραχές στο γενικό πληθυσμό ανεξαρτήτως ηλικίας. Η αιτιολογία τους συνίσταται σε ένα συνδυασμό ψυχολογικών, κοινωνικών, πολιτισμικών, περιβαλλοντικών και βιολογικών παραγόντων, οι οποίοι επιδρούν σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό στην εμφάνιση τους. Οι διάφορες ψυχολογικές θεωρίες, που κατά καιρούς έχουν αναπτυχθεί, επισημαίνουν διάφορους μηχανισμούς για την κατανόηση και την εξήγηση του άγχους, εστιάζοντας κυρίως στη διαπίστωση ότι το άγχος αποτελεί ένα σήμα κινδύνου για το άτομο και δίνουν έμφαση κυρίως στην απειλή που το προκαλεί (Kaplan & Sadock, 1991).

Η πρόληψη και η θεραπευτική αντιμετώπιση του άγχους και των διαταραχών του μπορεί να επιτευχθεί με διάφορους τρόπους, όπως η φαρμακοθεραπεία, η εκμάθηση και εφαρμογή τεχνικών χαλάρωσης και δραστηριότητες που συμβάλλουν στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της αισιοδοξίας. Το Α και το Ω της ζωής χωρίς άγχος είναι η ορθή φιλοσοφική τοποθέτηση απέναντι της, οι ρεαλιστικοί στόχοι και ο υγιής τρόπος ζωής (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999).

Κεφάλαιο 2 Συμπτωματολογία – Επιδημιολογία

Μέσα από αυτό το κεφάλαιο, αρχικά θα εστιάσουμε το ενδιαφέρον μας στην συχνότητα των αγχώδων διαταραχών και της φοβίας και μέσα από σχετικές έρευνες θα δούμε τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα των ερευνητών και πως αυτά μπορούν να οδηγήσουν στην ομαλή ανάπτυξη των παιδιών με αυτές τις διαταραχές. Στην συνέχεια, θα αναλύσουμε την κάθε αγχώδη διαταραχή και φοβία ξεχωριστά (άγχος αποχωρισμού, κοινωνική φοβία, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, ειδική φοβία, διαταραχή πανικού, αγοραφοβία, διαταραχή μετά από μετατραυματικό στρές, σχολειοφοβία, κ.λ.π.) πως αρχίζει να εκδηλώνεται, ποιες ηλικίες επηρεάζονται πιο πολύ, τις επιδράσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος αλλά και του σχολείου, τα αίτια, τα χαρακτηριστικά – συμπτώματα της διαταραχής και γενικότερα πως το άγχος και ο φόβος γίνεται αιτία να αλλάξει ο τρόπος και η συμπεριφορά του παιδιού.

Οι φοβίες χρονολογούνται από την εποχή που εμφανίστηκε ο ίδιος ο άνθρωπος. Θα μπορούσε κανείς να τους θεωρήσει *μηχανισμούς αυτοπροστασίας*, χρήσιμους στην ανάπτυξη του παιδιού, επειδή κατορθώνουν να ενεργοποιούν ορισμένες αντιδράσεις, οι οποίες έχουν σκοπό να το προστατέψουν από πιθανούς κινδύνους που προέρχονται από το περιβάλλον. Υπάρχουν διαφορετικά είδη φόβου, όλα τα είδη με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά διαφοροποιούν τις παθολογικές αγωνίες και τις φοβίες, οι οποίες ανήκουν σε αληθινά παθολογικές καταστάσεις (Crotti & Magni, 2006).

Ο φόβος είναι ένα συναίσθημα που μπορεί να παρουσιαστεί σε οποιαδήποτε ηλικία: από την παιδική ηλικία μέχρι την εφηβεία, από τα νεανικά χρόνια μέχρι την ενήλικη ζωή κι έως τα γηρατειά. Τα παιδιά βασανίζονται από φόβους τους οποίους οι ενήλικες συχνά δυσκολεύονται να κατανοήσουν, θεωρώντας τους «περίεργους» ή υπερβολικούς. Είναι συχνό φαινόμενο για ένα παιδί να φοβάται τα ζώα, τα φαντάσματα, τα τέρατα, τις μάγισσες ή άλλες εικόνες της φαντασίας του. Με το πέρασμα του χρόνου, όπως είναι φυσιολογικό, αυτοί οι φόβοι χάνονται. Τα πράγματα αλλάζουν όταν οι φόβοι επιμένουν ή όταν τείνουν να μπλοκάρουν τις συνηθισμένες δραστηριότητες του παιδιού. Ο βαθμός έντασης του φόβου, είναι ένα στοιχείο που χρησιμεύει για να διαφοροποιεί τη φύση των προβλημάτων που προκαλούν στο παιδί. Σύμφωνα με το βαθμό έντασης, οι φόβοι μπορούν να κατηγοριοποιηθούν με τον ακόλουθο τρόπο:

Ενστικτώδης: είναι ο «φυσιολογικός» φόβος, αυτός που ενυπάρχει στην ιδιοσυγκρασία του παιδιού.

Παιδικός: είναι ο φόβος που συνδέεται άμεσα με την ανάπτυξη του παιδιού.

Της πάλης ή της φυγής: το είδος του φόβου που οξύνει την ικανότητα της αντίδρασης του παιδιού.

Παραλυτικός: είναι, αντίθετα, το είδος του φόβου που μπλοκάρει την ικανότητα αντίδρασης.

Παθολογικός: είναι ο φόβος που αφορά κλινικές περιπτώσεις.

Σύμφωνα με την τυπολογία, ο τρόπος αντιμετώπισης των διαφόρων τύπων φόβου πρέπει να είναι διαφορετικός, έχοντας, ωστόσο, πάντα κατά νου πως η σοβαρότητα τους σχετίζεται άμεσα με την ικανότητα διαχείρισης τους. Έτσι με τον καιρό, οι φόβοι δεν εξαντλούνται. Έχοντας, όμως, μάθει να τους αντιμετωπίζουμε, η επικινδυνότητα τους ελαττώνεται (Crotti & Magni, 2006).

Όλα, σχεδόν, τα παιδιά εκδηλώνουν άγχος ή φόβους κατά την πορεία της ανάπτυξης τους, για διαφορετικούς λόγους το καθένα. Η σοβαρότητα και η διάρκεια των συναισθημάτων αυτών ποικίλουν, δεν αποτελούν κατ'ανάγκη διαταραχή και διαφοροποιούνται ως προς την μορφή και την ποιότητα, ανάλογα με την ηλικία. (Marks, 1987, παραπομπή στο Παπαγεωργίου, 2005, σελ.206). Τα παιδιά εκδηλώνουν, συνήθως, φοβικές αντιδράσεις σε διαφορετικά ερεθίσματα, όπως τους ξένους, στον αποχωρισμό, στους δυνατούς θορύβους, στο σκοτάδι και σε φανταστικά όντα. Οι περισσότεροι φόβοι είναι αποτέλεσμα των καθημερινών εμπειριών και αντανακλούν τις εξελισσόμενες γνωστικές δεξιότητες των παιδιών και την ικανότητα αναπαράστασης (Παπαγεωργίου, 2005).

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι από τις διαταραχές που παρουσιάζονται με τη μεγαλύτερη συχνότητα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Ορισμένοι ερευνητές εκτιμούν πως η συχνότητα εμφάνισης των διαταραχών του άγχους στο σύνολο του πληθυσμού κυμαίνεται μεταξύ 8% - 9 % (Bernstein & Borchardt, 1991, παραπομπή στο Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005, σελ.170). Στον παιδικό πληθυσμό η συχνότητα εμφάνισης των διαταραχών άγχους κυμαίνεται μεταξύ 3%-18 % (Barlow, 1988, παραπομπή στο Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005, σελ.170).

Κατά την προσχολική ηλικία τα παιδιά μπορεί να εκδηλώσουν γενικευμένο άγχος και φοβίες. Αντιδρούν στο σύντομο αποχωρισμό από τους γονείς, κυρίως από την μητέρα, είναι ευερέθιστα και ευαίσθητα, κλαίνε εύκολα, παρουσιάζουν ξεσπάσματα νεύρων, εκδηλώνουν προβλήματα αποχωρισμού κατά το βραδινό ύπνο και σχετίζονται δύσκολα με άλλα παιδιά. Συχνό φαινόμενο αυτής της περιόδου της ζωής είναι οι συγκεκριμένοι φόβοι. Τα παιδιά έχουν τη τάση να δημιουργούν φόβους από διαφορετικά συναισθήματα, ενώ ο φόβος κάποιων ξένων μπορεί να είναι έντονος. Στον 3^{ο} χρόνο της ζωής εμφανίζονται φόβοι σχετικά με τα ζώα και το σκοτάδι. Το παθολογικό των καταστάσεων αυτών καθορίζεται από τη σοβαρότητα, τη διάρκεια και την κοινωνική δυσλειτουργία που προκαλούν. Κατά τη μέση παιδική ηλικία, μεταξύ των 5 και 12 χρόνων, το άγχος και ο φόβος μπορεί να προσεγγίσουν υψηλά επίπεδα και να αποτελέσουν δυσπροσαρμοστική αντίδραση, ικανή να παρεμποδίσει ή να περιορίσει την αναπτυξιακά κατάλληλη προσαρμοστική και συναισθηματική συμπεριφορά του παιδιού (Παπαγεωργίου, 2005).

Βασικό χαρακτηριστικό των αγχώδων διαταραχών είναι το έντονο και χρόνιο άγχος του ατόμου απέναντι σε μια αληθινή ή υποτιθέμενη απειλή. Μερικές από τις πιο συνηθισμένες αντιδράσεις του άγχους είναι το κλάμα, η τρεμούλα ή ονυχοφαγία καθώς και τα συναισθήματα τρόμου και αμηχανίας που νιώθει, ο φόβος του θανάτου, η αγωνία για μια επικείμενη απειλή, η ταχυκαρδία, ο πονοκέφαλος, η τάση για εμετό. Το άτομο αντιλαμβάνεται ότι οι αντιδράσεις του είναι υπερβολικές και πολλές φορές δεν έχουν ακριβή αιτιολογία, καθώς έχει πλήρη επαφή με την πραγματικότητα και υποφέρει έντονα από τα συμπτώματα του, τα οποία ωστόσο δεν επηρεάζουν τους κοινωνικούς κανόνες (Wenar & Kerig, 2000, παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.170).

Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη φοβίας ή άγχους παίζει η επίδραση του περιβάλλοντος στη ζωή του ατόμου από την γέννηση του. Η αντιμετώπιση που θα λάβει το παιδί από το οικογενειακό περιβάλλον παίζει καθοριστικό ρόλο, αφού μέσα από την επίδραση των λέξεων, των φράσεων ή της συμπεριφοράς αυτών των ατόμων, δίνονται διάφορα μηνύματα στο παιδί, έτσι ώστε να αρχίσει κι αυτό να αντιδρά και να συμπεριφέρεται ανάλογα.

Μια σχετική ερευνητική μελέτη που έγινε στην Σουηδία, από τους Lichtenstein & Annas, (2000), είχε σκοπό την μελέτη της εμπλοκής των περιβαλλοντικών ή των γενετικών παραγόντων, έτσι ώστε τα παιδιά να εκδηλώσουν φοβίες αργότερα. Στην έρευνα έλαβαν

μέρος 1106 ζευγάρια από δίδυμα παιδιά 8-9 χρόνων μονοζυγωτικά και δυζυγωτικά. Οι μετρήσεις που έγιναν για τις φοβίες και τις αγχώδης διαταραχές ήταν βασισμένες σε ένα ερωτηματολόγιο που διαμόρφωσε ο Fredriksson και η ομάδα του (Fredriksson et al, 1996, παραπομπή στο Lichtenstein & Annas, 2000, σελ.928).

Μέσα από τις πληροφορίες του DSM-IV για τις φοβίες, οι ερευνητές ρώτησαν τους γονείς των παιδιών 3 ερωτήσεις:

- Μήπως το παιδί σας αποφεύγει να κάνει κάποια δραστηριότητα που να εμπλέκει και την φοβία του …;
- Μήπως το παιδί σας έχει μια μεγαλύτερη φοβία και δεν μπορεί να προσδιορίσει συγκεκριμένα ποια είναι …;
- Μήπως το παιδί σας έχει κάποια φοβία στην οποία αυτός/ αυτή δεν μπορεί να ελέγξει …;

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι φοβίες σε συγκεκριμένα αντικείμενα (αράχνες, φίδια κλπ.) και αιτίες (σκοτάδι, ψηλά κτίρια κλπ) (specific phobias) ήταν 7.3 % για τα αγόρια και 10.0 % για τα κορίτσια. Τα κορίτσια εκδήλωναν περισσότερες φοβίες για τα περισσότερα αντικείμενα που ήρθαν αντιμέτωπα παρά τα αγόρια. Σύγκριναν τις απαντήσεις των γονέων με αυτές των παιδιών τους και είδαν ότι και οι δυο ομάδες συμφωνούσαν στα περισσότερα στοιχεία.

Μέσα από αυτά τα αποτελέσματα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, και οι δύο παράγοντες περιβαλλοντικοί και γενετικοί επιφέρουν διάφορες συνέπειες όπως τραύματα, παραπληροφόρηση ή πληροφορίες που επιδρούν αρνητικά στην ψυχολογία του παιδιού και δημιουργούν συναισθήματα δειλίας, ανησυχίας και φοβίας (Lichtenstein & Annas, 2000).

Επίσης, διάφορες άλλες μελέτες που έγιναν, έδειξαν ότι οι αγχώδεις διαταραχές είναι από τις πιο συχνές συναισθηματικές διαταραχές στην παιδική ηλικία. Μια έρευνα, διάρκειας 12 μηνών, έδειξε ότι το 10% - 12 % των παιδιών εκδηλώνει κάποια αγχώδη διαταραχή και το 8% του πληθυσμού μπορεί να χρειαστεί κλινική και ιατρική φροντίδα για να αναρρώσει (Anderson, Williams, McGee & Silvia, 1987, παραπομπή στο Dadds & Barrett, 2001, σελ.1000).

Αναφορικά με τις φοβίες, παρατηρήθηκε ότι τείνουν να παρουσιάζονται νωρίς στη ζωή του ανθρώπου. Η διαταραχή πανικού σπάνια θα εμφανιστεί πριν την εφηβική ηλικία,

αλλά, μπορεί να κρατήσει και μετά τα 40 χρόνια του ατόμου, ενώ, η κοινωνική φοβία εμφανίζεται κατά την εφηβική ηλικία, αλλά τείνει να εξαφανίζεται μέχρι την πρώτη ενηλικίωση και συχνά προκαλείται από αισθήματα ντροπής του ατόμου. Στη γενικευμένη – αγχώδη διαταραχή έχει παρατηρηθεί ότι, στο 50% των ατόμων τείνουν να αναρρώνουν πιο γρήγορα πριν την ηλικία των 20 χρονών (Dadds & Barrett, 2001)

Το άγχος και οι φοβίες στην παιδική ηλικία μπορεί να είναι ένα παροδικό πρόβλημα, αν αντιμετωπιστεί έγκαιρα και με τους κατάλληλους τρόπους. Ωστόσο, μπορεί και μετά την θεραπεία το παιδί να εξακολουθεί να παρουσιάζει κάποια στοιχεία της διαταραχής που είχε πριν, π.χ. το 70% των παιδιών με ηλικία 6 – 12 χρονών, που έχουν διαγνωστεί με υπεραγχώδη διαταραχή, έχουν βρεθεί να διατηρούν ενδείξεις αυτής της διαταραχής 2 χρόνια αργότερα από την ανάρρωση τους (Pfeffer, Lipkins, Plutchik & Mizruchi, 1988, παραπομπή στο Dadds & Barrett, 2001, σελ.1000).

Παρόλα αυτά, δεν είναι όλες οι έρευνες που επιβεβαιώνουν την πιθανότητα ότι ένα παιδί θα εκδηλώσει και αργότερα μια αγχώδη διαταραχή (Last, Perin, Hersen & Kazdin, 1996, παραπομπή στο Dadds & Barrett, 2001, σελ.1000). Για τον κλινικό γιατρό, είναι σημαντικό να εκτιμήσει σωστά το πρόβλημα και τους μετέπειτα κίνδυνους του αλλά και τους προστατευτικούς παράγοντες που είναι μοναδικοί για κάθε παιδί έτσι ώστε να τον βοηθήσει να κάνει όσον το δυνατόν πιο ακριβής την διάγνωση του (Dadds & Barrett, 2001).

Για να καταλάβουμε τι συμβαίνει με τις φοβίες του ενηλίκου, είναι απαραίτητο να κατανοήσουμε αυτό που το παιδί καλείται να αντιμετωπίσει όταν ενώ ήταν ένα με τη μητέρα του, εγκαταλείπει την οικογενειακή κυψέλη και εφοδιασμένο ανάλογα, από τις διαδοχικές ανακαλύψεις της ταυτότητας του, συνεχίζει με τη σειρά του την ιστορία του ανθρώπινου γένους. Εξαιτίας της κατάστασης του, αμέσως μόλις έρθει στον κόσμο, το παιδί, έχει τη ζωτική ανάγκη της μητέρας του ή κάποιου προσώπου, το οποίο μπορεί να την αντικαταστήσει αποτελεσματικά. Ο χωρισμός από την μητέρα δημιουργεί ψυχικές διαταραχές, οι οποίες έχουν συχνά αντίκτυπο και στην σωματική κατάσταση του βρέφους (Bey – Janaud & Foubert, 1985). Το μωρό π.χ. μετά το εξάμηνο φοβάται τα ξένα πρόσωπα. Αργότερα, φοβάται τα ζώα και στη σχολική ηλικία την αποτυχία ή την αντίδραση των γονέων γι'αυτή.

Το παρακάτω σχεδιάγραμμα μας δείχνει την φυσιολογική και την παθολογική εξέλιξη των φόβων στις διάφορες ηλικίες, (Πίανος, 1998, πίνακας σελ. 148):

	Έτη
Υπαρξιακό Άγχος	18
	17 κατάθλιψη, αυτοκτονίες
	16
	15
	14
	13 κρίσεις εφηβείας
Άγχος Ωρίμανσης	12 νευρική ανορεξία
	11 άγχος και ψυχαναγκασμός
	10 υποχόνδρια
Πραγματικοί Φόβοι	9 φόβους θανάτου
	8 άρνηση σχολείου, σχολικό άγχος
Άγχος Κοινωνικοποίησης	7 σχολική φοβία, σκασιαρχείο
	6
	5 φόβος για το σκοτάδι, κακοκαιρία
	4 φαντάσματα, ζωοφοβίες
	3 νυχτερινοί εφιάλτες
Άγχος χωρισμού	2 νυχτερινό σύνδρομο
Άγχος του οκταμήνου	1 ξενοφοβία
	0 ψυχοτοξικές διαταραχές

Αγχώδεις Διαταραχές - Φοβίες

Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική άποψη, το βρέφος είναι προσκολλημένο στο άμεσο οικογενειακό του περιβάλλον από όπου και δέχεται τροφή, περιποιήσεις, φροντίδες, στοργή, δηλαδή, τα πάντα. Όταν αυτές οι φροντίδες και κυρίως η τροφή είναι κανονικές, τότε υπάρχει ενστικτική ικανοποίηση κι ένα συναίσθημα, απροσδιόριστο ακόμα για το βρέφος, ασφάλειας. Όταν όμως για έναν οποιοδήποτε λόγο, οι ιδανικές αυτές συνθήκες διαταραχτούν, τότε πλέον προκαλείται ένα αίσθημα ανικανοποίητης τάσης, που αργότερα με την ανάπτυξη του παιδιού και τη διαμόρφωση της πρώτης συγκινησιακής – συναισθηματικής του ζωής, στη διακοπή κυρίως του θηλασμού, μπορεί να πάρει τη μορφή μιας έντονης αγχώδης κατάστασης. Όταν η διακοπή είναι απότομη τότε η κατάσταση αυτή γίνεται ακόμα εντονότερη. Αυτό συμβαίνει γιατί η προσφορά γάλακτος από το μητρικό στήθος δημιουργεί στο παιδί μια βιολογική εσωτερική σταθερότητα και ταυτόχρονα συναισθήματα ασφάλειας και ικανοποίησης που συνδέονται άμεσα με την παρουσία της μητέρας. Η διακοπή όμως του θηλασμού «ερμηνεύεται» στην αναπτυσσόμενη παιδική σκέψη και συναισθηματικότητα σαν στέρηση στοργής και αγάπης, σαν απάρνηση και απώλεια του πιο αγαπημένου του αντικειμένου που είναι η μητέρα. Το παιδί ερμηνεύει και αντιλαμβάνεται αυτή την κατάσταση σαν μια περιφρόνηση, μια μείωση, μια τιμωρία που του επιβάλλεται από το περιβάλλον και του δημιουργεί συναισθήματα τιμωρίας, φόβου, απειλής και τελικά άγχους (Γαλανού, 1977).

Κατά κανόνα, η προσκόλληση και η εξάρτηση του παιδιού από τη μητέρα δεν θεωρείται ότι αποτελεί πρόβλημα που πρέπει να μας ανησυχήσει. Στην πραγματικότητα, στα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού, η εξάρτηση είναι απολύτως απαραίτητη, γιατί το ανθρώπινο βρέφος, αντίθετα από ότι συμβαίνει με τα μικρά των άλλων ζωικών ειδών, δεν είναι επαρκώς προετοιμασμένο να εξυπηρετήσει τις ανάγκες του, χωρίς την παρουσία των μεγάλων (Herbert, 1989).

Αμέσως μόλις έρθει στον κόσμο, το παιδί, έχει τη ζωτική ανάγκη της μητέρας του ή κάποιου προσώπου, το οποίο να μπορεί να την αντικαταστήσει αποτελεσματικά. Ήδη, από αυτή την περίοδο της ανάπτυξης, διαπτυστώθηκε ότι, ο χωρισμός από την μητέρα,

δημιουργούσε ψυχικές διαταραχές, οι οποίες είχαν συχνά αντίκτυπο και στην σωματική ανάπτυξη του βρέφους. Η παρακολούθηση βρεφών, τα οποία παρέμειναν στο νοσοκομείο για μεγάλο χρονικό διάστημα, έδειξε ότι αυτά υποφέρουν, γεγονός που το εκδηλώνουν με κλάμα και στεναγμούς απελπισίας. Στο τέλος, καταλήγουν στην άρνηση τροφής και στην διαταραχή της ψυχοκινητικής ανάπτυξης. Γι'αυτό το λόγο σήμερα, πολλοί παιδίατροι αν κρίνεται απαραίτητη η παραμονή ενός βρέφους στο νοσοκομείο ενθαρρύνουν και την παραμονή της μητέρας (Bey – Janaud & Foubert, 1985).

Κατά συνέπεια, βλέπουμε ότι, το παιδί ήδη από τον 7^{ο} μήνα της ζωής του, αναπτύσσει έναν ισχυρό συναισθηματικό δεσμό με τη μητέρα του. Το φαινόμενο αυτό λέγεται προσκόλληση του παιδιού στο μητρικό πρόσωπο. Απόρροια της προσκόλλησης αυτής είναι ότι το παιδί νιώθει το λεγόμενο άγχος του αποχωρισμού, φοβάται και ανησυχεί μήπως η μητέρα του το εγκαταλείψει και φύγει. Το άγχος αυτό κορυφώνεται μεταξύ του 13^{ου} και του 18^{ου} μήνα και ύστερα υποχωρεί σταδιακά. Τα περισσότερα παιδιά ξεπερνούν το άγχος του αποχωρισμού και χωρίς διαμαρτυρίες, μπορούν να βρεθούν μακριά από τη μητέρα τους και με άγνωστα πρόσωπα (Herbert, 1989).

Δυστυχώς όμως, μερικά παιδιά συνεχίζουν να βιώνουν έντονο άγχος αποχωρισμού και πέραν του 3^{ου} έτους, στις μεγαλύτερες ηλικίες. Οι εκδηλώσεις του παρατεταμένου αυτού άγχους του αποχωρισμού ποικίλουν από τις ήπιες διαμαρτυρίες που προβάλλονται όταν π.χ. το παιδί πρέπει να πάει σχολείο τη Δευτέρα ή όταν οι γονείς το αφήνουν για να πεταχτούν στο γειτονικό σπίτι, ως τις έντονες πιεστικές παρορμήσεις για να παραμείνει συνεχώς κοντά στη μητέρα του. Το παιδί λοιπόν που έχει έντονο, παρατεταμένο άγχος αποχωρισμού θεωρείται ότι είναι υπερεξαρτημένο (Herbert, 1989).

Στις σχέσεις μητέρας - βρέφους αναπτύσσονται τρεις διαφορετικές κατηγορίες προσκόλλησης: η ασφαλής, η απορριπτική και η αγχώδης. Μέσα από αυτές φαίνεται η συμπεριφορά και η αντιμετώπιση που δείχνει η μητέρα προς το παιδί της και κατά πόσο βρίσκεται στο πλάι του βοηθώντας το και καλύπτοντας του όλες τις ανάγκες που μπορεί να προκύψουν. Η μορφή προσκόλλησης που δημιουργείται μεταξύ μητέρας και βρέφους είναι κυρίως αποτέλεσμα της ποιότητας φροντίδας από την πλευρά της μητέρας (Παπαδάκη – Μιχαηλίδη, 1995, παραπομπή από τους Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκη, 2001, σελ. 120). Όπως υποστηρίζουν οι Izard, Haynes, Chisholm & Baak, 1991 και Calkins & Fox, 1992, (παραπομπή από τους Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκη, 2001,

σελ. 120) η μορφή προσκόλλησης επηρεάζεται ως ένα βαθμό και από την ιδιοσυγκρασία του βρέφους (ευέξαπτο, οξύθυμο, κοινωνικό, ιδιότροπο, δύσκολο).

Όταν η μητέρα είναι ευαίσθητη στις ανάγκες του βρέφους, τις αποδέχεται και ανταποκρίνεται σε αυτές θετικά και σταθερά, όταν είναι διαθέσιμη, ζεστή και συνεργάσιμη και του παρέχει σιγουριά και υποστήριξη, τότε αναπτύσσεται ο δεσμός της *ασφαλούς προσκόλλησης* (Ainsworth, 1979, παραπομπή από τους Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκη, 2001, σελ.121). Τα παιδιά που αναπτύσσουν ασφαλή προσκόλληση γίνονται ανεξάρτητα, επειδή αισθάνονται ασφάλεια, εμπιστοσύνη και αυτοπεποίθηση. Έχουν λιγότερες αναστολές, είναι ζωηρά στο παιχνίδι, εξερευνούν με άνεση και περιέργεια το περιβάλλον τους και υποφέρουν λιγότερο από έντονους και χρόνιους πόνους. Επίσης, συχνά, εκδηλώνουν θετικά συναισθήματα, εμπιστεύονται τους ανθρώπους, είναι κοινωνικά και συνεργάσιμα και δημιουργούν ικανοποιητικούς φιλικούς δεσμούς (Youngblade & Belsky, 1992, παραπομπή από τους Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκη, 2001, σελ.121).

Αντίθετα, οι μητέρες που είναι ψυχρές, απορριπτικές, άκαμπτες, επιθετικές, αυστηρές και ανίκανες να ανταποκριθούν στις ανάγκες του βρέφους αναπτύσσουν μαζί του *απορριπτική προσκόλληση*. Τα παιδιά με απορριπτική προσκόλληση είναι φοβισμένα, εμφανίζουν έντονη εξάρτηση και δείχνουν έλλειψη εμπιστοσύνης. Επιπλέον, χαρακτηρίζονται από επιφυλακτικότητα ή πλήρη αποφυγή όσον αφορά τις κοντινές, ζεστές επαφές και συχνά εκδηλώνουν ανυπακοή και επιθετικότητα (Erikson, Sroufe & Egeland, 1985, παραπομπή από τους Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκη, 2001, σελ.122).

Μια τρίτη κατηγορία είναι αυτή της *αγχώδης προσκόλλησης*. Αυτή η μορφή προσκόλλησης δημιουργείται από την ασυνεπή συμπεριφορά της μητέρας, που ανταποκρίνεται άλλοτε θετικά και άλλοτε αρνητικά στις ανάγκες του παιδιού της. Οι μητέρες που δημιουργούν αυτό το είδος προσκόλλησης με το παιδί τους συχνά χαρακτηρίζονται από έλλειψη ευαισθησίας και αδιάκριτες παρεμβάσεις (Isabella, 1993, παραπομπή από τους Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκη, 2001, σελ.123).

Σε μια κλινική έρευνα του Wood (2006), έλαβαν μέρος 40 οικογένειες οι οποίες είχαν παιδιά ηλικίας 6-13 χρόνων. Αντικείμενο μελέτης της έρευνας, ήταν η παρατήρηση της συμπεριφοράς των γονέων απέναντι στα παιδιά τους σε διάφορες δραστηριότητες (π.χ. παιχνίδι, αν τα βοηθούσαν, αν τα άφηναν μόνα τους κλπ.), αλλά και οι αυτό - αναφορές

των γονέων σχετικά με τις μεθόδους που χρησιμοποιούσαν για το μεγάλωμα των παιδιών τους, δηλαδή, τι πίστευαν είναι το καλύτερο για τα παιδιά τους. Ο Wood, ήθελε να μελετήσει, αν η συνεχής φροντίδα των γονέων που μερικές φορές ξεπερνά τα φυσιολογικά όρια και γίνεται υπερπροστατευτική μπορεί να οδηγήσει το παιδί να αναπτύξει συμπτώματα άγχους αποχωρισμού. Μέσα από διάφορες μετρήσεις, βρέθηκε ότι, οι γονείς παρέμβαιναν συχνά σε κάθε δραστηριότητα των παιδιών τους, με αποτέλεσμα η διαρκής επέμβαση στις ασχολίες τους και η στέρηση δημιουργίας και φαντασίας των παιδιών να φτιάξουν κάτι από μόνα τους οδηγεί στην ανάπτυξη συμπτωμάτων άγχους αποχωρισμού. Η εξάρτηση που δημιουργείται ανάμεσα στις σχέσεις γονέα – παιδιού δύσκολα μπορεί να ξεπεραστεί αργότερα .

Πυρήνας αυτών των φόβων από τους οποίους διακατέχονται τα παιδιά με τη διαταραχή αυτή, είναι η ανησυχία τους μήπως πάθει κάτι κακό αυτός που τα φροντίζει και χάσουν το πρόσωπο στο οποίο έχουν προσκολληθεί. Φοβούνται, για παράδειγμα, μήπως οι γονείς τους πέσουν θύματα ατυχήματος ή μήπως τα ίδια χαθούν κάπου και δεν μπορέσουν μετά να ξαναβρούν τους γονείς τους. Επίσης, συχνά έχουν νυχτερινούς εφιάλτες με θέμα τις φοβίες τους (Bell-Dolan & Brazeal, 1993, παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.171).

Όπως αναφέρουν οι Shaver και Hazan, 1988, (παραπομπή από τους Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκη, 2001, σελ.123) η αγχώδης μορφή προσκόλλησης αναπτύσσεται κυρίως λόγω της ασυνεπούς απρόβλεπτης, παρείσακτης και παρεμβατικής μορφής της γονεικής φροντίδας. Η απρόβλεπτη συμπεριφορά της μητέρας προκαλεί έντονη ανασφάλεια και άγχος, με αποτέλεσμα το παιδί να εμφανίσει χαμηλή ενεργητικότητα, έντονη καταστροφικότητα και συναισθηματικές ή κοινωνικές δυσλειτουργίες. Τα παιδιά με αγχώδη προσκόλληση εκδηλώνουν επίσης πολλές αγχώδεις συμπεριφορές όπως το συχνό και έντονο κλάμα και τη μεγάλη εξάρτηση από τη μητέρα.

Η διαταραχή άγχους του αποχωρισμού είναι η μόνη διαταραχή η οποία διαγιγνώσκεται για πρώτη φορά στην παιδική ηλικία σύμφωνα με το DSM-IV. Για τη διάγνωση της διαταραχής θα πρέπει το άγχος να είναι δυσανάλογο της χρονολογικής ηλικίας και του προσδοκώμενου αναπτυξιακού επιπέδου του παιδιού, να εκδηλώνεται με ασυνήθη βαρύτητα και να σχετίζεται με προβλήματα κοινωνικής λειτουργικότητας. Όπως γνωρίζουμε από την αναπτυξιακή ψυχολογία, το άγχος του αποχωρισμού θεωρείται ένα

φυσιολογικό αναπτυξιακό φαινόμενο για τις ηλικίες των 7 μηνών έως 6 περίπου ετών (Bernstein & Borchardt, 1991, παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.171). Η μητέρα φυσικά και μπορεί να βοηθήσει το παιδί της να ξεπεράσει τους φόβους του, γιατί πριν βγει αυτό στον κόσμο, ζούσε μέσα της, το αισθάνθηκε να κινείται στην κοιλία της, να αντιδρά στους εξωτερικούς θορύβους, άρα ξέρει τι ακριβώς χρειάζεται. Το βρέφος είναι μια ανώριμη ύπαρξη με την έννοια ότι η νευροφυσιολογική του ωρίμανση και συναισθηματική του ανάπτυξη δεν έχει ακόμα ολοκληρωθεί κατά συνέπεια έχει απόλυτη ανάγκη ένα πρόσωπο που θα βρίσκεται συνεχώς κοντά του διαθέσιμο, να του υποδεικνύει πράγματα που γι'αυτό είναι πρωτόγνωρα και το παιδί να ανακαλύπτει πράγματα διαμέσου αυτής (Bey – Janaud & Foubert, 1985).

Κοινωνική Φοβία (Κοινωνική Αγχώδης Διαταραχή)

Το κοινωνικά διστακτικό παιδί έχει μια ανεπάρκεια σε φυσική διεκδητική – παρρησιαστική συμπεριφορά, σε παρόρμηση να επιχειρεί, να αποτολμά. Το παιδί αυτό ικανοποιείται με το χαμηλό επίπεδο αποδοτικότητας. Δεν νιώθει την ανάγκη να επιλύει προβλήματα, να συναγωνίζεται και να φθάνει τα άλλα παιδιά στο παιγνίδι, στην εργασία και σε οποιαδήποτε άλλη δραστηριότητα. Όταν συναντάει κάποια δυσκολία, δεν έχει την απαιτούμενη εμπιστοσύνη στον εαυτό του και όπως χαρακτηριστικά λέει και ο δάσκαλος του «ξαναχώνεται πίσω στο καβούκι του» (Herbert, 1989).

Στην έκδοση του DSM-IV, η διαγνωστική κατηγορία της κοινωνικής φοβίας συμπεριλαμβάνει την αποφευκτική διαταραχή, η οποία ήταν μια από τις τρεις αγχώδεις διαταραχές της παιδικής ηλικίας στο DSM-III-R (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Ειδικότερα, τα διαγνωστικά κριτήρια της κοινωνικής φοβίας σύμφωνα με το DSM-III-R είναι τα ακόλουθα:

- Βασικό χαρακτηριστικό της κοινωνικής φοβίας είναι ο έντονος φόβος και ο επίμονος φόβος που διακατέχει το άτομο σε μια ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες το άτομο εκτίθεται σε πιθανό εξονυχιστικό έλεγχο από μέρους άλλων ατόμων και φοβάται μήπως κάνει κάτι ή ενεργήσει με τρόπο ταπεινωτικό ή αμήχανο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005) π.χ. αδυναμία του ατόμου να συνεχίσει την ομιλία του ενώ μιλά δημόσια, αίσθημα να πνίγεται με την τροφή του ενώ τρώει μπροστά σε άλλους, αδυναμία να ουρήσει σε δημόσια τουαλέτα, τρέμουλο του χεριού όταν γράφει μπροστά σε άλλους και το να λέει ανοησίες ή να μην μπορεί ν'απαντήσει ερωτήσεις σε κοινωνικές καταστάσεις (Μάνου, 1988).
- Κατά την διάρκεια κάποιας φάσης της διαταραχής, έκθεση στο συγκεκριμένο φοβικό ερέθισμα (ή ερεθίσματα) σχεδόν πάντα προκαλεί άμεση απάντηση άγχους.
- Η φοβική κατάσταση (ή φοβικές καταστάσεις) αποφεύγεται (ονται) ή υπομένεται (όνται) με έντονο άγχος.
- Η συμπεριφορά αποφυγής παρεμποδίζει την επαγγελματική λειτουργία ή τις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες ή σχέσεις με τους άλλους ή υπάρχει έντονη υποκειμενική ενασχόληση που το άτομο έχει το φόβο.
- Το άτομο αναγνωρίζει ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός ή παράλογος (Μάνου, 1988).

Η Κοινωνική Φοβία αρχίζει στην όψιμη παιδική ηλικία ή στην πρώτη εφηβεία, συχνά συνυπάρχει με διαταραχή πανικού και απλή φοβία και είναι πιο συχνή σε άνδρες απ'ότι σε γυναίκες (Μάνου, 1988). Το άγχος εκδηλώνεται τόσο σε σχέση με συνομηλίκους, όσο και με ενήλικες και δεν οφείλεται σε διαταραγμένη κοινωνικότητα (Παπαγεωργίου, 2005).

Τα παιδιά ηλικίας 6 μηνών μέχρι 3 χρονών εκδηλώνουν αγχώδη διαταραχή στα πλαίσια του άγχους του αποχωρισμού από την μητέρα ή τον πατέρα αλλά και στα άγνωστα γι'αυτά πρόσωπα. Η αυτό-συνείδηση είναι το κεντρικό προαπαιτούμενο στοιχείο για να δημιουργηθεί η κοινωνική φοβία. Οι ικανότητες να κατανοήσουν τον εαυτό τους και να βιώσουν κοινωνική ντροπή λαμβάνει χώρα στην ηλικία των 4 – 5 ετών (Buss, Iscoe & Buss, 1979, παραπομπή στο Velting & Albano, 2001, σελ.128). Κυρίως στην ηλικία των 8 χρονών αναπτύσσουν ικανότητες όσον αφορά τις προσδοκίες των άλλων και να τις αποδέχονται έτσι ώστε να κατανοούν το ενδιαφέρον των γύρω τους (Bennett & Gillingham, 1991, παραπομπή στο Velting & Albano, 2001, σελ.128).

Η εκδήλωση της κοινωνικής φοβίας, στην εφηβεία, εξαρτάται κυρίως από τις γνωσιακές προσδοκίες της ανάπτυξης τους που συμβαίνουν κυρίως πρώτον, στην επίγνωση που έχει το άτομο για την εμφάνιση και την συμπεριφορά του και πιστεύει ότι όλοι οι άλλοι (συμμαθητές, γνωστοί) θα τον κρίνουν αλλά και η γνώση που έχει το άτομο ότι οι γύρω του έχουν άλλες απόψεις που δεν συμβαδίζουν μαζί του και θα τον απορρίψουν (Crozier & Burnham, 1990, παραπομπή στο Velting & Albano, 2001, σελ.128).

Έτσι, στο τέλος της παιδικής ηλικίας και αρχές της εφηβικής ηλικίας οι κοινωνικοί και επικριτικοί φόβοι βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της ζωής κάθε παιδιού. Η κοινωνική φοβία περιλαμβάνει συνήθως φυσιολογικές αγχώδεις συμπεριφορές οι οποίες όμως τείνουν να μεγεθύνονται από τις κοινωνικές απαιτήσεις στις αρχές της προεφηβείας (Amies, Gelder, & Shaw, 1983, παραπομπή στο Velting & Albano, 2001, σελ.128).

Σ'αυτή την ηλικία, ζητούνται από τα παιδιά να ασχοληθούν με κοινωνικές δραστηριότητες στο σχολείο όπως να απαντούν σε ερωτήσεις μέσα στην τάξη, να γράφουν εργασίες καθημερινά για το μάθημα, να λαμβάνουν μέρος σε ομάδες, να γράφουν διαγωνίσματα κλπ. Ακόμα, οι γονείς στην εφηβεία παύουν πλέον να είναι υπεύθυνοι για τις κοινωνικές ενασχολήσεις των παιδιών τους κι έτσι η καθοδήγηση για την κοινωνικοποίηση τους, συμπεριλαμβανομένου και του ραντεβού με το άλλο φύλο,

βρίσκεται εξολοκλήρου στα χέρια των νεαρών έφηβων. Αυτό απαιτεί τον συνδυασμό των γνωσιακών κατορθωμάτων του ατόμου και τις προοπτικές της αυτό - επίγνωσης έτσι ώστε να εκπληρώνονται μέχρι την εφηβεία και να μην εμφανίσουν κοινωνική φοβία (Velting & Albano, 2001).

Συναισθήματα όπως το τρακ, η ντροπή, ή ο φόβος των εξετάσεων, που όλοι μας τα νιώθουμε μερικές φορές, δεν αποτελούν κοινωνικές φοβίες όσο δεν μας βασανίζουν υπερβολικά και δεν γίνονται εμπόδιο στη ζωή μας (Leidig & Glomp, 2003).

Προκειμένου να τεθεί η διάγνωση της κοινωνικής φοβίας στους ενήλικες, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η αναγνώριση και παραδοχή εκ μέρους τους ότι ο φόβος και το άγχος που βιώνουν είναι αδικαιολόγητα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Τα παιδιά με κοινωνική φοβία πολλές φορές εκδηλώνουν συμπεριφορές κοινωνικής φοβίας στο σπίτι. Αποφεύγουν να απαντήσουν το τηλέφωνο ενώ συχνά απομονώνονται όταν έχουν επισκέπτες στο σπίτι. Πολλές φορές προσπαθούν να περνούν απαρατήρητα αλλά αυτό συνήθως έχει αντίθετα αποτελέσματα, αφού γίνονται το επίκεντρο της προσοχής των άλλων και αυτό επιδεινώνει την κατάσταση τους. Τα παιδιά αυτά κυρίως έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους ενώ ταυτόχρονα βιώνουν το συναίσθημα της απόρριψης (Albano, et al, 1995, παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.174).

Το γενικό συμπέρασμα, είναι ότι τα άτομα με κοινωνική φοβία τείνουν να έχουν πολλαπλά προβλήματα, ως αποτέλεσμα της κοινωνικής φοβίας τους (Barlow, 1988, Rapee, 1995, παραπομπή στο Rachman, 1998, σελ.140). Σύμφωνα με τον Rapee, περίπου το 50% των ατόμων που έχουν έντονη κοινωνική φοβία υποφέρουν επίσης κι από άλλες συσχετιζόμενες διαταραχές, δύο είναι πολύ γνωστές, η κατάθλιψη και η κατάχρηση ουσιών. Μαζί με τους κοινωνικά φοβικούς ανθρώπους, συχνά ακολουθούν κι άλλες διαταραχές όπως οι αγοραφοβία, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και η ιδεοψυχαναγκαστική αγχώδης διαταραχή (Rachman, 1998).

Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Εξαιτίας των διάφορων κινδύνων που αντιμετωπίζουμε ζώντας σ'αυτόν τον κόσμο, όλοι κατά βάθος έχουμε διαρκώς αφορμές να ανησυχούμε. Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή είναι ένας αδιάκοπος φόβος, συχνά παράλογος και υπερβολικός σε σύγκριση με τις ανησυχίες των περισσότερων ανθρώπων. Οι άνθρωποι που πάσχουν από αυτή την διαταραχή, ανησυχούν μονίμως ότι οποιαδήποτε στιγμή μπορεί να συμβεί κάτι κακό. Πολλοί από αυτούς αναφέρουν ότι σ'όλη τους τη ζωή έχουν άγχος και νευρικότητα. (Leidig & Glomp, 2003). Από την γνωσιακή οπτική σκοπιά, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή σχετίζεται με τις έννοιες της ανησυχίας, της αυτοαπασχόλησης και της προκατάληψης της προσοχής (Καλπάκογλού, 1997).

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, εκδηλώνεται κατά την όψιμη παιδική ηλικία και συνυπάρχει συνήθως, με άλλες διαταραχές. Χαρακτηρίζεται από πολλαπλές, υπερβολικές, μη ρεαλιστικές ανησυχίες για διαφορετικές καταστάσεις, όπως η απόδοση στο σχολείο, η εμφάνιση του παιδιού ή η ανησυχία για το μέλλον του, που διαταράσσουν την άνεση και τη λειτουργικότητα του. Το άγχος δεν περιορίζεται σε κάποιο συγκεκριμένο ερέθισμα ή κατάσταση. Το παιδί ανησυχεί για τη σχολική του απόδοση στο παρελθόν και στο παρόν, για πιθανές ατυχίες ή μελλοντικά γεγονότα, όπως οι εξετάσεις στο σχολείο και χαρακτηρίζεται από υπερβολική υπευθυνότητα, μεγάλη ανάγκη για επιβεβαίωση, είναι ανήσυχο, νευρικό και αδυνατεί να χαλαρώσει. Άλλου είδους ανησυχίες είναι, π.χ. ο θάνατος ή ασθένεια κάποιου μέλους της οικογένειας, κ.α. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Η διαταραχή μπορεί να συνοδεύεται και από σωματικά συμπτώματα, όπως διαταραχές ύπνου, εφίδρωση, ταχυκαρδία, επιγαστρική δυσφορία, ζάλη και δυσκολία συγκέντρωσης (Παπαγεωργίου, 2005).

Τα παιδιά με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή συνήθως υπερεκτιμούν το ενδεχόμενο των αρνητικών συνεπειών ορισμένων καταστάσεων σε βαθμό που πολλές φορές βιώνουν συνθήκες επερχόμενης καταστροφής, ενώ ταυτόχρονα νιώθουν αδύναμα και ανήμπορα να αντιμετωπίσουν τις εξελίξεις που προβλέπουν ότι μπορεί να ακολουθήσουν (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Σύμφωνα με το DSM-IV, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή συμπεριλαμβάνει την υπεραγχώδη διαταραχή, η οποία ήταν η τρίτη διαταραχή της παιδικής ηλικίας στο DSM-

III-R. Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή χαρακτηρίζεται από επίμονο, ελευθέρα διακυμαινόμενο άγχος και από ένα πλήθος ποικίλων οργανικών αντιδράσεων. Για τη διάγνωση της διαταραχής αυτής στους ενήλικες απαιτείται η παρουσία τριών τουλάχιστον από τα έξι συμπτώματα που αναφέρονται στο DSM-IV, ενώ για τα παιδιά είναι αρκετή η παρουσία ενός μόνο συμπτώματος από τα παρακάτω:

1) νευρικότητα ή αίσθημα αγωνίας ή τεντωμένα νεύρα
2) εύκολη κόπωση
3) δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής ή αίσθημα πως το μυαλό είναι άδειο
4) ευερεθιστότητα
5) μυϊκή τάση
6) διαταραχή ύπνου
7) τρεμούλα
8) φόβος (Μάνου, 1988, Καλπάκογλου, 1997, Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Το DSM-III-R (παραπομπή στο Μάνου, 1988, σελ.241-242) περιγράφει τα παρακάτω κριτήρια για τη διάγνωση της Γενικευμένης Αγχώδης Διαταραχής:

- Μη ρεαλιστικό ή υπερβολικό άγχος και ανησυχία (φοβισμένη προσδοκία) για δύο ή περισσότερες περιστάσεις της ζωής π.χ. ανησυχία για πιθανό κακό που μπορεί να συμβεί στο παιδί (που δε βρίσκεται σε κίνδυνο) και ανησυχία για τα οικονομικά του (χωρίς ουσιαστικό λόγο), για μια περίοδο έξι μηνών ή περισσότερο κατά τη διάρκεια της οποίας το άτομο έχει ενοχληθεί τις περισσότερες μέρες της περιόδου αυτής από αυτές τις έγνοιες. Σε παιδιά και εφήβους, αυτό μπορεί να πάρει τη μορφή άγχους και ανησυχίας για σχολική αθλητική και κοινωνική απόδοση.
- Η διαταραχή δεν συμβαίνει μόνο κατά τη διάρκεια της πορείας μιας Διαταραχής της Διάθεσης ή μιας ψυχωτικής διαταραχής.
- Τουλάχιστον 6 από τα παρακάτω 18 συμπτώματα είναι συχνά παρόντα όταν το άτομο έχει άγχος:

<u>Κινητική Τάση</u>:

1) Τρεμούλα, τρεμουλιάσματα ή αίσθηση να τρέμει
2) Μυϊκή τάση, μυϊκά άγλη ή μυϊκή επώδυνη ευαισθησία

3) Κινητική ανησυχία
4) Εύκολη κόπωση

Υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος :

5) Κοντανάσεμα ή αίσθημα πλακώματος στο στήθος
6) Αίσθημα παλμών ή επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού (ταχυκαρδία)
7) Εφίδρωση ή ψυχρές και υγρές παλάμες
8) Στεγνό στόμα
9) Ζαλάδα ή αίσθημα άδειου στο κεφάλι
10) Ναυτία, διάρροια ή άλλη επιγαστρία δυσφορία
11) Ξαφνικά αισθήματα ζέστης ή ρίγη
12) Συχνοουρία
13) Δυσκολία στην κατάποση ή «κόμπος στο λαιμό»

Υπεραγρύπνηση και Υπερπροσεξία:

14) Νιώθει τεντωμένος/ η ή «σ'αναμμένα κάρβουνα»
15) Αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος
16) Δυσκολία στη συγκέντρωση ή στο μυαλό αδειάζει λόγω άγχους
17) Δυσκολία στο να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος/ η
18) Ευερεθιστότητα

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (ή «αγχώδης νεύρωση») μπορεί να συνοδεύει άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως ψυχωτικές διαταραχές, καταθλιπτικές διαταραχές, διαταραχή πανικού, υποχονδρίαση, ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή, ψυχογενή ανορεξία, οπότε επιπλέον διαγνώσεις μπορούν να τεθούν εφόσον πληρούνται τα κριτήρια της κάθε διαταραχής. Τα λεπτομερειακά κριτήρια του DSM-III-R επιτρέπουν τη διαφοροδιάγνωση ή την ταυτόχρονη διάγνωση όλων των παραπάνω διαταραχών, όπως και των Οργανικών Ψυχικών Διαταραχών, π.χ. σε υποθυρεοειδισμό και σε τοξίκωση από καφεΐνη που προκαλούν οργανικό αγχώδες σύνδρομο. Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι συχνές επιπλοκές της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής είναι η κατάχρηση αλκοόλ, καταπραϋντικών και αντιαγχώδων φαρμάκων, καθώς τα άτομα που υποφέρουν από

αυτήν προσπαθούν να θεραπεύσουν την διαταραχή με τις παραπάνω ουσίες (Μάνου, 1988).

Η ηλικία έναρξης της διαταραχής μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε περίοδο της παιδικής ηλικίας, αλλά σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, πρωτοεμφανίζεται συνήθως στις ηλικίες των 10 έως 12 ετών (Last, Strauss et al, 1987, παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.175) και η συχνότητα εμφάνισης της στον παιδικό πληθυσμό, κυρίως στα κορίτσια, κυμαίνεται γύρω στο 3%, ενώ στον πληθυσμό των εφήβων μπορεί να φτάσει και το 6-7% (Bell-Dolan & Brazeal, 1993, παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.175).

Όσον αφορά την Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή και την Κοινωνική Φοβία, έχουν κάποιες ομοιότητες όπου και οι δυο διαταραχές φανερώνουν τις δυσκολίες τους μονάχα ή κυρίως όταν βρίσκονται σε επαφή με άλλα άτομα. Τα άτομα που υποφέρουν χρόνια από την διαταραχή γενικευμένου άγχους και κοινωνικής φοβίας, βρίσκονται συνεχώς σε ένα παιχνίδι ρόλων με τους γύρω τους, προσπαθώντας να αντεπεξέλθουν στο γενικό πλαίσιο της κοινωνίας τους. Ωστόσο, είναι γνωστό ότι, τα άτομα με χρόνια γενικευμένη διαταραχή εκφράζουν τις γενικότερες ανησυχίες τους και είναι ικανοποιημένοι με το κοινωνικό τους πλαίσιο /σύστημα. (Rachman, 1998) Αντίθετα, με το Άγχος του Αποχωρισμού και την Ειδική Φοβία, η ανησυχία σε αυτές τις περιπτώσεις είναι γενικευμένη και δεν περιορίζεται στον αποχωρισμό ή σε ειδικές καταστάσεις και αντικείμενα. Τα περισσότερα απ'αυτά τα παιδιά είναι ιδιαίτερα δειλά, ντροπαλά, ανεπαρκή σε κοινωνικές δεξιότητες και κοινωνικά απομονωμένα (Strauss, Lease et al, 1988, παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.175).

Διαφορετικοί παράγοντες συμβάλλουν στην εκδήλωση της διαταραχής, όπως διαφορετικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος και της οικογένειας, η ψυχοπαθολογία των γονέων, τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά και η γενετική προδιάθεση (Klein et al., 2002, παραπομπή στο Παπαγεωργίου, 2005, σελ.209). Οι αγχώδεις διαταραχές, που εκδηλώνονται νωρίς στη ζωή, χαρακτηρίζονται από σημαντική σταθερότητα με την πάροδο της ηλικίας. Ο κίνδυνος εκδήλωσης κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή είναι υψηλότερος σε παιδιά με αγχώδεις διαταραχές (Παπαγεωργίου, 2005).

Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη και δράση καταναγκαστικών – παρορμητικών συναισθημάτων, ιδεών και πράξεων, που επιβάλλονται στο άτομο που τα νιώθει σαν κάτι ξένο, παράλογο και παρείσακτο και που αγωνίζεται εξαντλητικά να τα αποδιώξει από τη συνείδηση του και να τα υπερνικήσει, αλλά που τελικά αναγκάζεται να τα δεχτεί και να τους υποταχτεί, για να αποφύγει το άγχος που κρύβεται πίσω τους (Γαλανού, 1977).

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή αποτελεί συχνή αιτία δυσφορίας στα παιδιά και στους έφηβους. Τα παιδιά πίστευαν ότι τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της διαταραχής δε έχουν νόημα και είχαν την τάση να τα κρύβουν για μεγάλο χρονικό διάστημα, από τους γονείς και τους ειδικούς. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να υπάρχει ελλιπής γνώση και αναγνώριση της διαταραχής για τον παιδικό πληθυσμό. Σήμερα, μάλιστα, θεωρείτε ότι η διαταραχή είναι πιο συχνή κατά την παιδική ηλικία, απ'ότι παλαιότερα. Οι ψυχαναγκασμοί θεωρούνται ως εισβάλλουσες και ανεπιθύμητες σκέψεις, που προκαλούν σημαντική, ταχύτατη αύξηση του άγχους και της δυσφορίας, ενώ οι καταναγκασμοί θεωρούνται ως ιεροτελεστίες ή νοητικές ιεροτελεστίες, που μειώνουν τα αρνητικά συναισθήματα (Rapoport et al., 2002, Piacentini, 1999, παραπομπή στο Παπαγεωργίου, 2005, σελ.212).

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι οι υποτροπιάζοντες ψυχαναγκασμοί ή καταναγκασμοί. Οι ψυχαναγκασμοί είναι επίμονες ιδέες, σκέψεις, εικόνες ή παρορμήσεις, που το άτομο δεν τις θέλει, μοιάζουν σαν να έρχονται από μόνοι τους και να επιβάλλονται ενάντια στη θέληση του είναι δηλαδή δυστονικοί προς το εγώ. Το άτομο προσπαθεί να αγνοήσει ή να απωθήσει συνειδητά τους ψυχαναγκασμούς, τους οποίους αναγνωρίζει σαν παράλογους και στην προσπάθεια του αυτή η ένταση και το άγχος του ανεβαίνουν. Οι καταναγκασμοί είναι τα συμπεριφορικά ανάλογα των ψυχαναγκασμών δηλαδή, οι επανειλημμένες παρορμήσεις του ατόμου να εκτελέσει κάποιες στερεότυπες πράξεις. Οι πράξεις αυτές φαίνονται χωρίς νόημα, η εκτέλεση τους δεν είναι ευχάριστη, όμως ανακουφίζει την ένταση και το άγχος που ανεβαίνουν σε μεγάλο βαθμό αν το άτομο προσπαθήσει να τις αποφύγει (Μάνου, 1988).

Κοινά παραδείγματα ψυχαναγκασμών είναι επαναλαμβανόμενες σκέψεις βίας (π.χ. να σκοτώσει το παιδί του (της), μόλυνσης (μήπως μολυνθεί κάνοντας χειραψία) και αμφιβολίας (επανειλημμένη ενασχόληση με το αν έχει τραυματίσει κάποιον σε τροχαίο ατύχημα). Κοινά παραδείγματα καταναγκασμών είναι το επανειλημμένο πλύσιμο των χεριών ή το επανειλημμένο μέτρημα (χρημάτων), ο επανειλημμένος έλεγχος (π.χ. διακοπτών, φώτων κλπ.) (Μάνου, 1988).

Σε μερικές περιπτώσεις παιδιών η κλινική εικόνα της διαταραχής παραποιείται, λόγω της επίδρασης αναπτυξιακών παραγόντων. Αν και μερικά παιδιά δεν εκφράζουν τους ψυχαναγκασμούς, θεωρείται ότι ποσοστό 40% των παιδιών δεν παρουσιάζει τέτοιες σκέψεις (Swedo et al., 1998, παραπομπή Παπαγεωργίου, 2005, σελ.212).

Η Ιδεοψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή αρχίζει συνήθως στην εφηβεία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής. Μπορεί όμως, ν'αρχίσει και στην παιδική ηλικία. Η πορεία της είναι συνήθως χρόνια με επιδεινώσεις και υφέσεις και σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάσταση μπορεί να γίνει τόσο σοβαρή ώστε το άτομο να μην μπορεί να κάνει τίποτε άλλο εκτός από καταναγκασμούς (Μάνου, 1988).

Σύμφωνα με το DSM-IV APA 1994, (παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.176) τα βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής είναι οι επαναλαμβανόμενες ιδεοληψίες και οι ψυχαναγκασμοί με τους οποίους το άτομο ασχολείται τουλάχιστον για μια ώρα την ημέρα και οι οποίοι το καταπονούν και του δημιουργούν προβλήματα στη λειτουργικότητα του. Οι ιδεοληψίες ή εμμονές είναι επαναλαμβανόμενες και αθέλητες σκέψεις, εικόνες, ιδέες ή παρορμήσεις, τις οποίες το άτομο βιώνει ως ιδιαίτερα αγχογόνες. Τα παιδιά αναφέρουν συνήθως ιδεοληψίες οι οποίες έχουν σχέση με φόβους γύρω από διάφορες μολύνσεις ή σχετίζονται με θέματα που αφορούν τη σεξουαλικότητα και τη θρησκεία. Μερικές φορές τα παιδιά αυτά μπορεί να φοβούνται πως θα προσβληθούν από ανίατες ασθένειες, όπως για παράδειγμα τον καρκίνο ή το AIDS.

Παρά τις ομοιότητες μεταξύ παιδιών και ενηλίκων, ως προς την φαινομενολογία και την ανταπόκριση στις ψυχολογικές και φαρμακολογικές θεραπείες, σημαντικές διαφορές παρατηρούνται στην κατανομή της διαταραχής κατά το φύλο, στη συνοσηρότητα και στις θεωρίες σχετικά με τους παράγοντες που τη συντηρούν (Παπαγεωργίου, 2005).

Τα κριτήρια για τη διάγνωση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής στα παιδιά και στους έφηβους είναι τα ίδια με αυτά τα οποία έχουν καθοριστεί για τους ενήλικες, με τη μόνη

διαφορά ότι τα παιδιά δεν απαιτείται να μπορούν τα ίδια να αναγνωρίσουν την υπερβολή και το αδικαιολόγητο των συμπτωμάτων τους. Οι γονείς των παιδιών αυτών συνήθως αρχίζουν να ανησυχούν όταν πια τα συμπτώματα της διαταραχής επηρεάζουν την λειτουργικότητα του παιδιού ή της οικογένειας του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Η διαταραχή αναγνωρίζεται μόνο όταν οι ψυχαναγκαστικές ανησυχίες είναι πραγματικοί ψυχαναγκασμοί, παρά συμπτώματα άλλης διαταραχής, όπως οι επαναλαμβανόμενες καταθλιπτικές σκέψεις ή η φοβική αποφυγή (Παπαγεωργίου, 2005).

Οι ψυχαναγκασμοί των παιδιών αφορούν κυρίως σε θέματα που σχετίζονται με την καθαριότητα, τον έλεγχο και την τακτοποίηση πραγμάτων. Οι τελετουργίες οι οποίες έχουν σχέση με την καθαριότητα αποτελούν το πιο σύνηθες σύμπτωμα σε περισσότερες από το 85% των περιπτώσεων των παιδιών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Riddle et al., 1990, Swedo et al., 1989, παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.177).

Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή εμφανίζεται στο 2% του πληθυσμού των παιδιών και των εφήβων και τα συμπτώματα της εκδηλώνονται συνήθως για πρώτη φορά γύρω στην ηλικία των 10 ετών (Zohar, 1999, Albano et al., 1995, παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.178). Υπολογίζεται ότι το 30 - 80% των ενηλίκων εκδηλώνουν τα συμπτώματα τους πριν από το 18^{ο} έτος της ζωής (Shafran., 2001, παραπομπή στο Παπαγεωργίου, 2005, σελ.213).

Η διαταραχή αυτή εμφανίζεται συνήθως στην εφηβεία ή στην πρώτη ενηλικίωση και στις περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζεται πριν την ηλικία των 25 ετών. Γύρω στην ηλικία των 30, τα ¾ των υποθέσεων έχουν διαγνώσει ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και στις μισές υποθέσεις τα προβλήματα αναπτύσσονται σταδιακά, είναι φυσικά γνωστό, ότι το πρόβλημα σήμερα είναι πιο αναγνωρίσιμο απ'ότι ήταν δεκαετίες πριν (Rachman, 1998).

Πρόσφατες εξελίξεις υποστηρίζουν ότι η διαταραχή της παιδικής ηλικίας έχει σχέση με το ανοσοποιητικό σύστημα. Η νέα διαγνωστική κατηγορία PANDAS (Paediatric autoimmune neuropsychiatry disorders associated with streptococcal infection), αναγνωρίζεται σε παιδιά που παρουσιάζουν επανειλημμένες εξάρσεις διαταραχής τικ και ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, μετά από στρεπτοκοκκική λοίμωξη. Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του συνδρόμου περιγράφτηκαν σε μελέτη 50 παιδιών. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι αποκλίνουσες ανοσοποιητικές αντιδράσεις στις λοιμώξεις

μπορεί να παίζουν αιτιολογικό ρόλο στην ανάπτυξη της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (Garvey et al., 1998).

Υπάρχει μια στενή σχέση μεταξύ της ιδεοψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς, του υπέρμετρου άγχους και της φοβίας. Η σχέση μεταξύ καταναγκασμών που αφορούν την καθαριότητα με άγχος, είναι αρκετά συνυφασμένη, ενώ οι ψυχαναγκασμοί όπου τα άτομα αργούν να εκτελέσουν μια δραστηριότητα και την κάνουν όσο πιο προσεχτικά γίνεται έχει μειωμένη σχέση με το άγχος. Οι αντιδράσεις των ατόμων στην παρουσία ψυχαναγκαστικών ή φοβικών κινήτρων είναι οι ίδιες, και στις δύο περιπτώσεις, τα κίνητρα δημιουργούν μια εσωτερική αύξηση στις αυτόνομες αντιδράσεις και στη συνεχεία αυτές οι αντιδράσεις τείνουν να μειώνονται μετά από μια επιτυχημένη θεραπεία. Η υποκειμενική αντίδραση στις καταναγκαστικές και αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνουν υλικές προκλητικές συνήθειες όπως π.χ. μέτρημα χρημάτων, όπου στη συνέχεια, αυτή η συμπεριφορά συμβάλλει στην αύξηση της υποκειμενικής τους δυστυχίας. Ωστόσο, και αυτές οι αντιδράσεις τείνουν να μειώνονται μετά από μια επιτυχημένη θεραπεία (Rachman, 1985).

Ειδική Φοβία (Απλή Φοβία)

Ο φόβος των φιδιών, των ποντικιών, των αραχνών, δεν είναι άγνωστος στους περισσότερους ανθρώπους. Η Ειδική Φοβία είναι ο φόβος και η αποφυγή πολύ συγκεκριμένων πραγμάτων. Ο αριθμός των συγκεκριμένων φόβων είναι τεράστιος, όπως π.χ. τη ζωοφοβία, το φόβο του αίματος, των ενέσεων και των χειρουργικών επεμβάσεων, των φυσικών στοιχείων, όπως το νερό ή τα ύψη, ορισμένων χώρων ή καταστάσεων, όπως τα τούνελ, οι γέφυρες, τα ασανσέρ, τα ταξίδια με αεροπλάνο ή με αυτοκίνητο (Leidig & Glomp, 2003).

Οι πιο κοινές ειδικές φοβίες που ανευρίσκονται στο γενικό πληθυσμό (και που δεν συναντώνται αναγκαστικά ανάμεσα στα άτομα που ζητούν θεραπεία) περιλαμβάνουν ζώα, ιδιαίτερα σκύλους, φίδια, έντομα και ποντικούς. Άλλες ειδικές φοβίες είναι το να δει το άτομο αίμα ή τραυματισμό, η φοβία κλειστών χώρων (κλειστοφοβία), του ύψους (ακροφοβία ή υψοφοβία), η φοβία του αεροπλάνου. Μόνο όταν η συμπεριφορά αποφυγής παρεμποδίζει τη φυσιολογική λειτουργικότητα του ατόμου στην καθημερινή του ζωή, στις κοινωνικές του δραστηριότητες ή τις σχέσεις του ή του προκαλεί έντονη υποκειμενική ενόχληση, τότε βγάζουμε τη διάγνωση της Ειδικής Φοβίας (Μάνου, 1988).

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV, η ειδική φοβία (πρώην «απλή φοβία») αναφέρεται σε έκδηλο και επίμονο φόβο, ο οποίος είναι υπερβολικός και παράλογος και εκλύεται από την παρουσία ή την πρόβλεψη της παρουσίας ειδικού αντικειμένου ή ειδικής κατάστασης (π.χ. χρήση ασανσέρ, αεροπορικά ταξίδια, ύψη, θέα αίματος). Η έκθεση στο φοβικό ερέθισμα προκαλεί σχεδόν πάντα μια άμεση αντίδραση άγχους η οποία είναι πιθανό να εκδηλωθεί με τη μορφή μιας καταστασιακά συνδεόμενης ή εκλυόμενης προσβολής πανικού. Στα παιδιά το άγχος αυτό είναι πιθανό να εκδηλώνεται με κλάμα και νευρικότητα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Ένα άλλο διαγνωστικό κριτήριο σύμφωνα με το DSM-III-R είναι ότι, κατά τη διάρκεια κάποιας φάσης της διαταραχής, η έκθεση στο συγκεκριμένο φοβικό ερέθισμα (ή ερεθίσματα) σχεδόν πάντα προκαλεί άμεση απάντηση άγχους, το αντικείμενο ή η κατάσταση αποφεύγεται ή υπομένεται με έντονο άγχος. Ακόμα, ο φόβος ή η συμπεριφορά αποφυγής παρεμποδίζει σημαντικά την καθημερινή φυσιολογική ρουτίνα του ατόμου ή τις συνηθισμένες κοινωνικές του δραστηριότητες ή τις σχέσεις του με τους

άλλους ή υπάρχει έντονη υποκειμενική ενόχληση που το άτομο έχει το φόβο, αν και, το ίδιο το άτομο αναγνωρίζει ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός ή παράλογος. Τα παιδιά είναι πιθανό να μην αντιλαμβάνονται πάντα πότε οι φόβοι τους είναι υπερβολικοί ή αδικαιολόγητοι. Τέλος, το φοβικό ερέθισμα δε σχετίζεται με το περιεχόμενο των ψυχαναγκασμών της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής ή το τραύμα της Διαταραχής Μετά από Τραυματικό Στρες (Μάνου, 1988, Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Η ηλικία έναρξης της Ειδικής Φοβίας ποικίλει. Οι φοβίες ζώων σχεδόν πάντα αρχίζουν στην παιδική ηλικία. Οι φοβίες από τα ζώα, το σκοτάδι, τους κεραυνούς κ.λ.π., συνήθως εμφανίζονται πριν από την ηλικία των 7 ετών και στις πιο πολλές περιπτώσεις η πρώτη τους εκδήλωση δε συνδέεται με κάποια τραυματική εμπειρία. (Marks & Gelder, 1966, παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.179). Οι φοβίες αίματος αρχίζουν κυρίως στην εφηβεία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής. Οι φοβίες ύψους, οδήγησης, κλειστών χώρων, αεροπλάνων αρχίζουν πιο συχνά στην τέταρτη δεκαετία της ζωής. Η διαταραχή είναι πιο συχνή στις γυναίκες και γενικά είναι συχνή στο γενικό πληθυσμό (Μάνου, 1988).

Σε μια έρευνα τους οι Muris, Schmidt & Merckelbach, (1999), σύγκριναν ενήλικες μαζί με παιδιά και έφηβους, όσον αφορά τους φόβους που παρουσιάζει η κάθε ηλικία στην ειδική φοβία. Οι ενήλικες εκδηλώνουν ειδική φοβία συνήθως όταν έρθουν αντιμέτωποι σε κάποια κατάσταση από τις τρεις κύριες κατηγορίες: α) Φοβία για τα ζώα (ζωοφοβία), β) τραυματισμοί – αίματα, και γ) περιβαλλοντική φοβία (καταστάσεις του περιβάλλοντος που πρέπει να αντιμετωπίσουν άμεσα (π.χ. σεισμοί). Στην έρευνα έλαβαν μέρος 996 παιδιά ηλικίας 7 - 19 ετών και απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο που αναφερόταν στα συμπτώματα και τις αντιδράσεις τους στις φοβικές καταστάσεις. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα κορίτσια κυρίως και τα νεαρότερα παιδιά, είχαν καταγράψει υψηλότερα επίπεδα φόβου σε πολλές από τις απαντήσεις τους, σε αντίθεση με τα αγόρια και τα πιο μεγάλα σε ηλικία παιδιά που οι απαντήσεις τους βρίσκονταν σε φυσιολογικά επίπεδα. Έχει βρεθεί ότι, τις ίδιες καταστάσεις φόβου που ανέφερα πιο πάνω (φοβία για τα ζώα, τραυματισμοί – αίματα, περιβαλλοντική φοβία) φοβούνται τα παιδιά και οι έφηβοι όταν έρθουν αντιμέτωποι με αυτές όπως και με τους ενήλικες. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, υπάρχει αλληλοσυσχέτιση με τις κατηγορίες που φοβούνται τα άτομα σε σχέση με την ηλικία και το φύλο του κάθε ατόμου ξεχωριστά. Δηλαδή, το κάθε άτομο

οποιασδήποτε ηλικίας αντιδρά σε κάποια φοβική εμπειρία ανάλογα με την ηλικία του, το φύλο του και τις προσωπικές εμπειρίες του, π.χ. διαφορετικά αντιδρά ένα παιδί σ'ένα τραυματισμό με αίματα (κλάμα – φωνές) και διαφορετικά ένας ενήλικας (πιθανό να λιποθυμήσει στη θέα του αίματος από το φόβο του)

Τα παιδιά με ειδικές φοβίες συχνά διακατέχονται από το άγχος που τους δημιουργεί η σκέψη για το τι μπορεί να τους συμβεί αν εκτεθούν στο αντικείμενο ή την κατάσταση που τους προκαλεί το φόβο, π.χ. φόβος για τους κεραυνούς. Τα παιδιά με ειδικές φοβίες είναι πιθανό να βρίσκονται συνεχώς σε ετοιμότητα ώστε να διαπιστώσουν έγκαιρα την εμφάνιση του φοβικού ερεθίσματος. Γι'αυτό το παιδί το οποίο φοβάται τους κεραυνούς είναι πιθανό να παρακολουθεί συχνά στην τηλεόραση τα δελτία πρόβλεψης των καιρικών συνθηκών ή να κοιτά τον ουρανό προκειμένου να μπορεί να προβλέψει αν υπάρχει ενδεχόμενο να εκδηλωθούν κεραυνοί (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Διαταραχή Πανικού

Χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα, ακούσια επεισόδια σοβαρού άγχους και πανικού, τα οποία περιορίζουν σοβαρά την ανεξαρτησία του παιδιού και μπορεί να οδηγήσουν σε αγοραφοβία. Η έναρξη των επεισοδίων είναι ταχεία και απρόβλεπτη (Verhulst et al., 1997). Το άτομο με διαταραχή πανικού είναι συχνά ανήσυχο μεταξύ των προσβολών, καθώς έχει συνήθως το φόβο της πιθανής επανάληψης της προσβολής. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης και της αγοραφοβίας είναι ιδιαίτερα συχνά, ενώ το άγχος του αποχωρισμού, η ξαφνική αποκοπή της κοινωνικής υποστήριξης ή η λήξη μιας προσωπικής σχέσης μπορεί να συνιστούν προδιαθετικούς παράγοντες για την εκδήλωση της διαταραχής (Reid & Wise, 1989, παραπομπή στο Καλπάκογλου, 1997, σελ.45).

Μέχρι πρόσφατα, οι ειδικοί εκτιμούσαν πως η διαταραχή πανικού εκδηλώνεται μόνο σε ενήλικες και πως πολύ σπάνια μπορεί να παρουσιαστεί σε παιδιά και σε έφηβους. Αυτή η εντύπωση είχε επικρατήσει για αρκετό καιρό επειδή πιστευόταν πως για την εκδήλωση της διαταραχής απαιτούνται ορισμένες γνωστικές διεργασίες οι οποίες είναι αδύνατες για τα παιδιά (Kearney & Silverman, 1992, παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.180). Τα μικρά παιδιά μπορεί να παρουσιάσουν αντιδράσεις πανικού, αλλά η παρουσία συγκεκριμένων επεισοδίων αμφισβητείται. Κατά την προεφηβική ηλικία έχουν αναφερθεί μεμονωμένες περιπτώσεις (Verhulst et al., 1997).

Βασικό χαρακτηριστικό των επεισοδίων του πανικού είναι ο έντονος φόβος του επερχόμενου κινδύνου, που συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα, όπως η αύξηση του καρδιακού ρυθμού, αναπνευστική δυσφορία, εφίδρωση, φόβος θανάτου και απώλειας αυτοελέγχου, αποπροσωποποίηση και αποπραγματοποιήση.

Σε κάποια χρονική περίοδο της ζωής του ατόμου, κατά την διάρκεια της διαταραχής, μια ή περισσότερες προσβολές πανικού (διακριτές περίοδοι έντονου φόβου ή δυσφορίας) που ήταν (1) απρόσμενες, δηλ. συνέβησαν αμέσως πριν ή κατά την έκθεση σε μια κατάσταση που σχεδόν πάντα προκαλεί άγχος, και (2) δεν εκλύθηκαν από καταστάσεις στις οποίες το άτομο ήταν το επίκεντρο της προσοχής των άλλων.

Τα συμπτώματα αυτά είναι :

1. Αίσθημα παλμών, καρδιά που «σφυροκοπά» ή επιτάχυνση καρδιακού ρυθμού
2. Εφίδρωση

3. Τρεμούλα ή έντονος τρόμος
4. Αίσθημα λαχανιάσματος ή ασφυξίας
5. Αίσθημα πνιγμονής
6. Πόνος ή δυσφορία στο θώρακα
7. Ναυτία ή κοιλιακή ενόχληση
8. Αίσθημα ζάλης, αστάθειας ή τάση για λιποθυμιά
9. Αποπραγματοποιήση (αισθήματα μη πραγματικού) ή αποπροσωποποίηση (ότι αποσπάται από τον εαυτό)
10. Φόβος απώλειας ελέγχου ή ότι θα τρελαθεί
11. Φόβος θανάτου
12. Παραισθήσεις (μούδιασμα ή μυρμηγκιάσματα)
13. Ρίγη ή αίσθημα ζέστης (Μάνου, 1988, Καλπάκογλου, 1997).

Σπάνια, υπάρχει μια μόνο προσβολή ακολουθούμενη από επίμονο φόβο κι άλλης προσβολής. Η συχνότητα με την οποία επαναλαμβάνονται οι προσβολές ποικίλει και η πορεία της διαταραχής μπορεί να περιορίζεται σε μια και μόνο βραχεία περίοδο που να διαρκέσει βδομάδες ή μήνες ή η διαταραχή να υποτροπιάσει πολλές φορές ή πιο τυπικά να γίνει χρόνια, με περιόδους μερικής ή πλήρους ύφεσης και περιόδους παρόξυνσης (Μάνου, 1988).

Είναι σημαντικό όμως να σημειωθεί πως παρόλο που τα συμπτώματα αυτά είναι εξαιρετικά δυσάρεστα και ξαφνιάζουν το άτομο, δεν το εκθέτουν σε κίνδυνο να πάθει κάτι, δεν απειλούν δηλαδή τη ζωή του ή τη σωματική του υγεία. Τα άτομα τα οποία έχουν προσβληθεί αρκετές φορές από πανικό αναπτύσσουν συνήθως σε μεγάλο βαθμό άγχος το οποίο διατηρείται τις περισσότερες φορές ακόμη και όταν δεν εκδηλώνεται προσβολή πανικού. Τα άτομα αυτά ανησυχούν πάρα πολύ για το που και πότε θα εκδηλωθεί την επόμενη φορά η προσβολή πανικού και για το αν θα καταφέρουν ποτέ να επιβιώσουν (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Στα παιδιά και στους έφηβους, η διαταραχή πανικού έχει χρόνια διάρκεια και είναι συχνά συνυφασμένη με άλλες αγχώδης διαταραχές, όπως τις διαταραχές διάθεσης και της διασπαστικής συμπεριφοράς. Κυριαρχεί η άποψη ότι, ο παιδικός πανικός είναι προάγγελος της συμπεριφορικής απογοήτευσης που νιώθουν τα παιδιά (που μπορεί να εκδηλώσουν στο μέλλον κοινωνική φοβία) όταν οι γονείς τους συμπεριφέρονται με

πανικό σε διάφορες καταστάσεις κι ότι αυτοί τους μεταδίδουν το άγχος και την νευρικότητα με αποτέλεσμα να εκδηλώνουν τα παιδιά τους πανικό (Roy - Byrne, Craske & Stein, 2006). Θεωρείται ακόμα ότι, η Διαταραχή Άγχους του Αποχωρισμού στην παιδική ηλικία και ξαφνική απώλεια κοινωνικών υποστηρικτικών συστημάτων ή σοβαρή ρήξη σε σημαντικές διαπροσωπικές σχέσεις προδιαθέτουν στην ανάπτυξη της διαταραχής (Μάνου, 1988).

Οι Van Beek, Perna, Schruers, Muris & Griez, (2005), συμφωνούν με την άποψη ότι, οι γονείς με την συμπεριφορά τους ευθύνονται για την διαταραχή πανικού που εμφανίζουν τα παιδιά τους στην εφηβεία και προς την ενηλικίωση τους. Σε μια έρευνα τους, θέλησαν να μελετήσουν την πιθανότητα ότι το άγχος μπορεί να προκαλέσει σοβαρές σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες στη ζωή του ατόμου και να δημιουργήσει αργότερα διαταραχή πανικού. Γι'αυτό το σκοπό, σύγκριναν δύο ομάδες (παιδιά 6-17χρόνων και γονείς), όπου στην πρώτη συμμετείχαν παιδιά με υγιείς γονείς και στην δεύτερη συμμετείχαν παιδιά με γονείς που είχαν διαταραχή πανικού και οι δυο ομάδες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε τις καθημερινές τους συνήθειες και πως αντιδρά ο καθένας σε διάφορες καταστάσεις που αφορούν την οικογένεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, η ομάδα των παιδιών με γονείς που έχουν άγχος και πανικοβάλλονται εύκολα (2), σημείωσαν υψηλότερα σκορ στην κλίμακα άγχους που έθεσαν οι ερευνητές, σε αντίθεση με τα παιδιά που οι γονείς τους αντιδρούν πιο ήπια σε αγχώδεις καταστάσεις (1). Παρόλα αυτά, πρέπει να ξεκαθαριστεί ότι, αν και οι γονείς είναι αγχώδη άτομα δεν σημαίνει ότι είναι και τα παιδιά τους το ίδιο, αφού μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνας δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ των παιδιών και των γονέων τους. Η έρευνα αυτή, έρχεται να αποδείξει ότι, η συμπεριφορά και η αντίδραση των γονέων σε διάφορες καταστάσεις είναι ένας προδιαθετικός παράγοντας να εκδηλώσουν τα παιδιά τους αργότερα διαταραχή άγχους και πανικού.

Στην περίπτωση που η διαταραχή πανικού δεν αντιμετωπιστεί, τότε μπορεί να δημιουργήσει στο άτομο πολύ σοβαρά προβλήματα στις κοινωνικές του σχέσεις και τις καθημερινές του δραστηριότητες. Οι έφηβοι με διαταραχή πανικού συχνά αρχίζουν να αποφεύγουν καταστάσεις ή δραστηριότητες στις οποίες έτυχε στο παρελθόν να προσβληθούν από πανικό. Η τάση αποφυγής αυτών των καταστάσεων είναι πιο έντονη όταν το άτομο εκτιμά πως δεν έχει κοντά του κάποιο οικείο πρόσωπο το οποίο μπορεί να

το βοηθήσει αν χρειαστεί. Ορισμένοι έφηβοι με διαταραχή πανικού μπορεί να αποφεύγουν συστηματικά να πάνε στο σχολείο και να μην μπορούν να αποχωριστούν καθόλου τους γονείς τους. Σε σοβαρότερες περιπτώσεις διαταραχής πανικού το άτομο είναι πιθανό να υποψιάζεται πως οι καταστάσεις στις οποίες μπορεί να προσβληθεί από πανικό είναι τόσες πολλές, που τελικά αυτή του η αντίληψη να το κρατά καθηλωμένο συνέχεια στο σπίτι, κοντά στους δικούς του, έτσι ώστε να υποχρεώνεται να περιορίσει όλες του τις δραστηριότητες. Σε μια τέτοια περίπτωση το άτομο είναι πιθανό να αντιμετωπίζει και αγοραφοβία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Δεδομένου ότι, η διαταραχή πανικού εμφανίζεται προς το τέλος της εφηβείας κυρίως, καλό θα είναι η βοήθεια να δίνεται την στιγμή που εκδηλώνονται τα πρώτα συμπτώματα της διαταραχής όταν το άτομο δείχνει να είναι πανικοβλημένο, «χαμένο» στους φόβους του και να έχει εμφανείς αλλαγές στη συμπεριφορά του, και όχι αργότερα. Με αυτό τον τρόπο, μπορούμε να προλάβουμε την ραγδαία εξέλιξη της και να αποφύγουμε την μονιμοποίηση της στη ζωή του ατόμου, χρησιμοποιώντας διάφορους τρόπους που μπορούν να έχουν σημαντικά αποτελέσματα (Roy - Byrne, Craske & Stein, 2006).

Αγοραφοβία

Η Αγοραφοβία προέρχεται από τις λέξεις αγορά (που σήμαινε δημόσιο χώρο) + φόβος. Αναφέρεται σε αδικαιολόγητο φόβο, που αισθάνονται μερικά άτομα, όταν βρίσκονται σε δημόσιους χώρους και σε μεγάλες ανοικτές εκτάσεις. Συνήθως το άτομο πιστεύει ότι θα λιποθυμήσει ή θα παρουσιάσει κάποιο άλλο σωματικό πρόβλημα που θα απαιτεί άμεση ιατρική φροντίδα. Ο αγοραφοβικός πανικοβάλλεται στην ιδέα ότι πρέπει να διασχίσει μια πλατεία ή ένα δρόμο ή ακόμη να μπερδευτεί μέσα στο πλήθος. Προτιμά να μην βγει από το σπίτι και δικαιολογείται με το να επικαλείται διάφορες λογικοφανείς αιτίες (Παπαδόπουλος, 2005).

Σύμφωνα με το DSM-III-R, η αγοραφοβία ορίζεται ως ο φόβος του ατόμου να βρίσκεται σε μέρη ή καταστάσεις από όπου η φυγή μπορεί να είναι δύσκολη (ή να προκαλεί αμηχανία), ή όπου μπορεί να μην υπάρχει δυνατότητα βοήθειας σε περίπτωση προσβολής πανικού (συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων στις οποίες η επίμονη συμπεριφορά αποφυγής ξεκίνησε κατά τη διάρκεια μιας ενεργού φάσης διαταραχής πανικού, ακόμα κι αν το άτομο δεν αποδίδει την συμπεριφορά αποφυγής στο φόβο του να πάθει κάποια προσβολή πανικού). Ως αποτέλεσμα αυτού του φόβου το άτομο είτε περιορίζει τις μετακινήσεις και τα ταξίδια του, είτε χρειάζεται ένα συνοδό όταν βρίσκεται μακριά από το σπίτι, είτε αλλιώς υπομένει τις αγοραφοβικές καταστάσεις παρά το έντονο άγχος (Καλπάκογλου, 1997).

Σήμερα, γνωρίζουμε ότι, στην κλινική πράξη η Αγοραφοβία και η Διαταραχή Πανικού τόσο συχνά συμβαίνουν μαζί, που είναι λίγες οι περιπτώσεις που η κάθε μια από αυτές τις διαταραχές συναντιέται μόνη της. Δεχόμαστε λοιπόν, ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων αγοραφοβίας, τα φοβικά συμπτώματα είναι εμπλοκή της διαταραχής πανικού. Δηλαδή, το άτομο πρώτα υφίσταται μια ή περισσότερες προσβολές πανικού (άγχος πανικού), μετά αναπτύσσει το φόβο ότι θα ξανασυμβεί (άγχος αναμονής) και μετά αρχίζει ν'αποφεύγει καταστάσεις όπου η πιθανότητα να συμβεί κάποια προσβολή πανικού του δημιουργεί έντονο φόβο (αγοραφοβία), ιδιαίτερα αν πρόκειται για καταστάσεις – συνθήκες όπου είχε κάποια προσβολή πανικού στο παρελθόν. Έτσι λοιπόν, σύμφωνα με το DSM-III-R η Διαταραχή Πανικού έχει δύο Τύπους:

- Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία:

Α. Πληροί τα κριτήρια της Διαταραχής Πανικού.

Β. Αγοραφοβία: Φόβος του ατόμου να είναι σε μέρη ή καταστάσεις από όπου η φυγή μπορεί να είναι δύσκολη (ή να προκαλεί αμηχανία) ή στις οποίες μπορεί να μην υπάρχει η δυνατότητα βοήθειας σε περίπτωση προσβολής πανικού.

- Διαταραχή Πανικού χωρίς Αγοραφοβία:

Α. Πληροί τα κριτήρια της Διαταραχής Πανικού.

Β. Απουσία Αγοραφοβίας όπως ορίζεται παραπάνω.

Θεωρείται όπως ήδη αναφέραμε ότι η Διαταραχή Άγχους του Αποχωρισμού της παιδικής ηλικίας και ξαφνική απώλεια σημαντικού αντικειμένου προδιαθέτουν στην ανάπτυξη της Αγοραφοβίας (δηλαδή της Διαταραχής Πανικού με Αγοραφοβία). Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία είναι συχνή και στις παιδικές ηλικίες ενώ, η Διαταραχή Πανικού χωρίς Αγοραφοβία είναι σπάνια (Μάνου, 1988).

Η βαρύτητα της αγοραφοβικής αποφυγής μπορεί να ποικίλει ως προς το βαθμό της:

Ήπια: Υπάρχει κάποιου βαθμού αποφυγή (ή το άτομο υποφέρει με δυσφορία), αλλά ο τρόπος ζωής είναι σχετικά φυσιολογικός

Μέτρια: η αποφυγή έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό του τρόπου ζωής

Βαριά: Το άτομο εκδηλώνει τέτοιο βαθμό αποφυγής ώστε καταλήγει να είναι σχεδόν ή απόλυτα καθηλωμένο στο σπίτι, ή είναι ανίκανο να εγκαταλείψει το σπίτι χωρίς να συνοδεύεται.

Σε μερική ύφεση: Η αγοραφοβική αποφυγή δε είναι τρέχουσα, αλλά εκδηλώθηκε κάποια αποφυγή κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών

Σε πλήρη ύφεση: Καμιά αγοραφοβική αποφυγή δεν εμφανίστηκε κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών (Καλπάκογλου, 1997).

Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Στρες

Η Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Στρες (μετατραυματική = μετά από κλονισμό ή τραύμα) είναι μια φυσιολογική ανθρώπινη αντίδραση σε γεγονότα που βρίσκονται πέρα από το φυσιολογικό πεδίο των εμπειριών μας. Συμβαίνει στους ανθρώπους που έχουν υποστεί βιασμό, βασανιστήρια και βιαιοπραγίες, καθώς και εκείνοι που επιβιώσαν από καταστροφές (Leidig & Glomp, 2003).

Το άτομο που προσβάλλεται από τη διαταραχή αυτή επαναβιώνει το τραυματικό γεγονός μέσα από επανειλημμένες και αθέλητες αναμνήσεις του συμβάντος ή μέσα από επαναλαμβανόμενα όνειρα και εφιάλτες του συμβάντος ή κυριολεκτικά ξαναζεί το συμβάν με παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και διασχιστικές (flashback) καταστάσεις και επιδεικνύει παρόμοια με τότε συμπεριφορά. Επιπλέον, το άτομο μπορεί να βιώσει έντονη δυσφορία σε ανάλογες συμβολικά παρόμοιες καταστάσεις συμπεριλαμβανομένων των επετείων του συμβάντος. Τα επεισόδια της διαταραχής μπορεί να διαρκούν από λεπτά μέχρι πολλές μέρες (Μάνου, 1988).

Η διαταραχή αυτή περιλαμβάνει κάποιο είδος «ψυχικού μουδιάσματος» ή ελαττωμένης απαντητικότητας στο περιβάλλον, που βιώνεται από το άτομο σαν μείωση του ενδιαφέροντος για τις δραστηριότητες του, σαν αίσθημα απομάκρυνσης ή αποξένωσης από τους άλλους, σαν αδυναμία για τρυφερά συναισθήματα, σαν έλλειψη μελλοντικών σχεδίων κλπ. Επίσης το άτομο με τη διαταραχή αυτή προσπαθεί να αποφύγει κάθε σκέψη, αίσθημα δραστηριότητα, κατάσταση κλπ., που σχετίζεται ή μπορεί να του θυμίζει το τραυματικό γεγονός. Επιπλέον το άτομο παρουσιάζει επίμονα συμπτώματα αυξημένης διεγερσιμότητας (που δεν υπήρχαν πριν από το τραύμα), όπως δυσκολία να κοιμηθεί ή να διατηρήσει τον ύπνο του, ευερεθιστότητα ή εκρήξεις οργής, δυσκολία στη συγκέντρωση, υπερεπαγρύπνηση κλπ (Μάνου, 1988).

Η διαταραχή μετά από τραυματικό στρες αναγνωρίζεται όταν, μετά από έκθεση σε τραυματικό γεγονός, το άτομο εκδηλώνει διαφορετικά συμπτώματα σε τρεις τομείς: αναβίωση του γεγονότος με εισβάλλουσες σκέψεις ή όνειρα, αποφυγή χαρακτηριστικών του γεγονότος ή γενική θόλωση της απαντητικότητας και υπερδιέγερση στην παρουσία σχετικών ερεθισμάτων. Η απαιτούμενη διάρκεια των συμπτωμάτων ανέρχεται σ’ένα μήνα, τουλάχιστον. Στα παιδιά απαιτείται ένα, τουλάχιστον, από τα συμπτώματα

αναβίωσης, τρια αποφυγής ή θόλωσης και δύο, τουλάχιστον, συμπτώματα υπερδιέγερσης. (APA, 1980). Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η αναγνώριση του «συναισθηματικού μουδιάσματος» είναι δύσκολη στα παιδιά, ενώ σημαντική παράμετρος, ως προς τις συνέπειες τέτοιων γεγονότων, είναι η υποκειμενική εξήγηση του τραύματος (Pfefferbaum, 1997, παραπομπή στο Παπαγεωργίου, 2005, σελ.216).

Οι αντιδράσεις των παιδιών σε τραυματικά γεγονότα ποικίλουν και επηρεάζονται από την ηλικία και από το επίπεδο της ψυχολογικής ωριμότητας. Η κλινική εικόνα της διαταραχής μετά από τραυματικό στρες επηρεάζεται σημαντικά, από τους παράγοντες αυτούς και αλλάζει, καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν (Yehuda et al., 1998).

Τα βρέφη και τα νήπια μπορεί να παρουσιάσουν γενικευμένο άγχος ή άγχος αποχωρισμού, φόβο των ξένων ή των ζώων, αποφυγή καταστάσεων οι οποίες μπορεί να μην έχουν εμφανή σχέση με το αρχικό τραύμα, διαταραχές ύπνου και έντονη ανησυχία με συγκεκριμένες λέξεις ή σύμβολα, που δεν σχετίζονται φαινομενικά με το γεγονός. Το παιχνίδι είναι περιορισμένο και επαναληπτικό, αναπαριστά μέρος του τραύματος, αλλά δεν ανακουφίζει από το άγχος. Η αντικειμενική αξιολόγηση του παιχνιδιού στα παιδιά της προσχολικής ηλικίας είναι καθοριστική στην αναγνώριση της διαταραχής μετά από τραυματικό στρες (Scheeringa, et al., 1995, Fremont, 2004, Almqvist et al., 1997, παραπομπή στο Παπαγεωργίου, 2005, σελ.217).

Οι αντιδράσεις του παιδιού με τη διαταραχή αυτή περιλαμβάνουν έντονους και επίμονους φόβους, αίσθημα αβοήθητου ή τρόμο. Οι αντιδράσεις αυτές στα παιδιά συχνά μπορεί να εκφράζονται με αποδιοργανωμένη ή διεγερτική συμπεριφορά. Το τραυματικό γεγονός αναβιώνεται από το άτομο με διάφορους τρόπους, όπως:

α) επαναλαμβανόμενες και παρείσακτες ενοχλητικές ανακλήσεις του γεγονότος

β) επαναλαμβανόμενα ενοχλητικά όνειρα τα οποία σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός

γ) συναισθήματα αναβίωσης του γεγονότος

δ) έντονες ενοχλήσεις από νύξεις οι οποίες μπορεί να του θυμίζουν το τραυματικό γεγονός (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Τα παιδιά της σχολικής ηλικίας εκδηλώνουν, συχνά, φόβο στο σκοτάδι και διαταραχές ύπνου, εφιάλτες, κυρίως τις πρώτες εβδομάδες, καθώς και αναπαράσταση του τραύματος στο παιχνίδι και στη ζωγραφική. Πολλά παιδιά παρουσιάζουν ευερεθιστότητα και θυμό σε διαφορετικά περιβάλλοντα, δυσκολίες συγκέντρωσης και προβλήματα μνήμης. Κατά

την εφηβεία, τα συμπτώματα της διαταραχής είναι παρόμοια με εκείνα των ενηλίκων. Οι έφηβοι παρουσιάζουν εφιάλτες και αναβίωση του γεγονότος με παρεισφρητικές σκέψεις, που εισβάλλουν οποιαδήποτε στιγμή, κυρίως σε καταστάσεις ηρεμίας ή προκαλούνται από ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Έφηβοι με χρόνια διαταραχή τραύματος, που βίωσαν επαναλαμβανόμενα ψυχοτραυματικά γεγονότα, μπορεί να παρουσιάζουν χαρακτηριστικά διασχιστικής αντίδρασης, όπως αυτοπροσωποποίηση ή αυτοπραγματοποίηση, αυτοτραυματική συμπεριφορά, χρήση ουσιών ή επιθετική συμπεριφορά (Van der Kolk et al., 1996, Pynoos et al., 1995, παραπομπή στο Παπαγεωργίου, 2005, σελ.218).

Πολλοί γονείς και δάσκαλοι αναφέρουν ότι τα παιδιά δεν μιλούν εύκολα για το τραυματικό γεγονός. Ωστόσο, πρόσφατες αναφορές τονίζουν ότι πολλά παιδιά περιγράφουν με ευκολία τις εμπειρίες τους, καθώς και το βαθμό δυσφορίας που προκαλεί η ανάμνηση αυτών εμπειριών (Misch et al., 1993).

Στην έρευνα των Stallard, Velleman & Baldwin, (2001), έλαβαν μέρος 40 παιδιά, που είχαν βιώσει κάποια στιγμή αυτοκινητικό ατύχημα. Τα 10 από αυτά τα παιδιά υπέφεραν από σοβαρό μετατραυματικό στρες σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά και δέχτηκαν ιδιαίτερο χειρισμό όσον αφορά τα τραύματα τους. Οι ερευνητές τα παρακολουθούσαν για 8 μήνες και 6 βδομάδες καθημερινά και χρησιμοποιούσαν διάφορους τρόπους ώστε να τα κάνουν να μιλήσουν για την τραυματική τους εμπειρία αλλά και πώς να την ξεπεράσουν όσο πιο ανώδυνα γίνεται. Παρατηρήθηκε ότι, καθώς τα παιδιά άρχισαν να μιλούν για το τραυματικό γεγονός που στιγμάτισε τη ζωή τους, αυτόματα άρχισε και η ομαλή ανάρρωση τους αφού αισθάνονταν πολύ καλά και ήρεμα μιλώντας για το περιστατικό. Είναι σημαντικό να δίνεται η ευκαιρία στο άτομο να μιλά για το πρόβλημα που το απασχολεί, διότι μέσα από τη συζήτηση το άτομο ανακουφίζεται και παρεμποδίζει ή μειώνει έτσι το ψυχολογικό στρες.

Σημαντικό ρόλο στη διαταραχή μετά από τραυματικό στρες, έχουν οι γονείς και τα άτομα που φροντίζουν τα παιδιά, στην εκτίμηση των γεγονότων και στη θεραπεία του παιδιού από τα τραύματα. Η ανάμειξη των γονέων είναι πολύ σημαντική και εφοδιάζει τα παιδιά με υποστήριξη και θάρρος αλλά τα βοηθούν και με διάφορες στρατηγικές να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τους μαζί. Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι, δεν πρέπει να εστιάζουμε υπερβολικά και μόνο στις αναφορές των γονέων όσον αφορά

τα τραύματα του παιδιού τους, αλλά πρέπει να δίνουμε σημασία κατευθείαν στο παιδί για το τι έχει να πει για τις τραυματικές εμπειρίες του. Οι γονείς πολλές φορές δεν αντιλαμβάνονται έγκαιρα τα συμπτώματα της διαταραχής μετά από το τραυματικό στρες. Τα διάφορα γνωστικά μοντέλα υποστηρίζουν ότι, πρέπει να δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στα πιστεύω, στις υποθέσεις και στις εκτιμήσεις των παιδιών. Η κατανόηση όλων αυτών μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την απευθείας συνεννόηση του παιδιού και του ατόμου που βρίσκεται στο περιβάλλον του. Εάν στην προσπάθεια του ο γονέας να ρωτήσει απευθείας το παιδί για το τραύμα του αποτύχει, τότε πιθανότατα αυτό να αυξήσει τα συμπτώματα της διαταραχής μετά από τραυματικό στρες και τα συμπτώματα του παιδιού να παραμείνουν απροσδιόριστα και κατά συνέπεια δύσκολα στην επίλυση τους (Stallard, 2005).

Όλα τα παιδιά περνούν φάσεις υπερβολικών φόβων. Οι φόβοι είναι φυσιολογικοί και βοηθούν το παιδί να αντιμετωπίσει τις ωδίνες της ανάπτυξης του. Επίσης προσελκύουν την προσοχή των γονιών στη μάχη που δίνει το παιδί τους. Τους ωθούν να στηρίξουν το παιδί τους την ώρα που τους χρειάζεται. Από 3-6 ετών τα παιδιά αναπόφευκτα βιώνουν φόβους. Καθώς το παιδί συνειδητοποιεί τη δική του επιθετικότητα αρχίζει να φοβάται την εκδήλωση της στους άλλους. Καθώς φουντώνουν πρωτόγνωρα συναισθήματα ανεξαρτησίας μέσα του, έχει ανάγκη το φόβο για να τα δαμάσει. Αυτή η περίοδος μπορεί να συγκριθεί με τους αγώνες και τις αγωνίες της εφηβείας (Brazelton, 1998).

Σχολειοφοβία

Η μέρα που το παιδί αφήνει το σπίτι του για να φοιτήσει στο σχολείο αποτελεί γι'αυτό μια ιστορική καμπή στην ανάπτυξη του. Η μετάβαση και η φοίτηση στο σχολείο αποτελεί για το παιδί μια σημαντική μεταβολή που καλεί σε μια σχετική προσαρμογή προς τη νέα του ζωή (Χασάπη, 1976). Η φοίτηση στο σχολείο σφραγίζει με φυσιολογικό τρόπο τον πρώτο συνεχή αποχωρισμό του παιδιού από τους γονείς του. Το σχολείο είναι, επίσης, ο πρώτος χώρος κοινωνικοποίησης, που αντιμετωπίζουν τα παιδιά έξω από την οικογένεια. Ενώ οι καλοί δάσκαλοι, από τη μια μεριά, προσφέρουν βοήθεια και συναισθηματική συμπαράσταση στο παιδί, από την άλλη οι ίδιοι αποτελούν πηγές στρές, όταν χρειάζεται να διορθώσουν λάθη ή να τιμωρήσουν την απρεπή συμπεριφορά. Επειδή το παιδί πρέπει να μάθει ν'αναλαμβάνει πολλά καινούργια πράγματα και δύσκολα καθήκοντα που περιλαμβάνουν πάντα την αποτυχία μέσα τους, ο τρόπος που ένας δάσκαλος διορθώνει και πειθαρχεί το παιδί είναι ιδιαίτερα σημαντικός (Spielberger, 1982).

Στο νηπιαγωγείο αλλά και στο σχολείο αργότερα, εφαρμόζονται καινούργιοι τρόποι πειθαρχίας και κοινωνικοποίησης. Τα παιδιά είναι πολλά και πρέπει να μάθουν να σέβονται το ένα τις ανάγκες του άλλου, πράγμα που απαιτεί από αυτά να μάθουν να κινούνται μέσα στα πλαίσια της ομάδας, της τάξης. Απαιτείται από κάθε παιδί να εντείνει και να διατηρήσει σε κάποια διέγερση την προσοχή του, για να μάθει τα στοιχειώδη πράγματα όπως ότι πρέπει να κάθεται φρόνιμα μέσα στην τάξη, να συμπεριφέρεται κοινωνικά, ν'ανέχεται τα άλλα παιδιά και γενικά να συνηθίζει την ομαδική ζωή (Χασάπη, 1976).

Ο όρος σχολειοφοβία δηλώνει τον υπερβολικό φόβο ενός παιδιού να πάει στο σχολείο. Απροθυμία είναι δυνατόν να δείξουν όλα τα παιδιά κατά τις πρώτες μέρες, που θα φοιτήσουν στο σχολείο. Συνήθως σε μικρό χρονικό διάστημα και ανάλογα με την υποδοχή που θα τους γίνει, ξεπερνούν το πρόβλημα. Η σχολειοφοβία δεν περιορίζεται σε απλή απροθυμία για φοίτηση αλλά σε σθεναρή άρνηση, που υπογραμμίζεται από σωματικά συμπτώματα, όπως κακοδιαθεσία, πονοκέφαλο, ζαλάδες, τάση για εμετό, πονόλαιμο, βήχα και δυσκολία στην αναπνοή (άσθμα). Παρουσιάζεται σε παιδιά ηλικίας 5 μέχρι 17 ετών (Πίανος, 1998).

Το σχολειοφοβικό παιδί αρνείται να πάει στο σχολείο και παραμένει στο σπίτι κοντά στη μητέρα του. Σε μερικές περιπτώσεις φοβίας του σχολείου εμφανίζονται προμηνύματα αυτής της φοβίας: το παιδί παρουσιάζει συναισθηματική αναστάτωση, κάποια κατάθλιψη, κλείσιμο στον εαυτό του και διάφορους φόβους. Όταν φτάσει η ώρα της αναχώρησης για το σχολείο αρχίζει το παιδί να παραπονιέται ότι έχει πονοκέφαλο, κοιλόπονο, στομαχόπονο, πονόλαιμο, βήχα κλπ. Ύστερα, αρχίζει να κλαίει και να ξεφωνίζει. Κι όταν πεισθεί πολύ για να πάει στο σχολείο, καταλαμβάνεται από πανικό κι αρχίζει να χτυπά και να κλωτσά ανθρώπους και πράγματα. Συνήθως, η σχολειοφοβία αποτελεί συνηθέστερο φαινόμενο κοριτσιών της προεφηβικής ηλικίας. Η πρακτική όμως εμπειρία δείχνει ότι η σχολειοφοβία παρουσιάζεται στα δυο φύλα με την ίδια σχεδόν συχνότητα και ότι εμφανίζεται κατά την έναρξη της φοίτησης του παιδιού στο νέο του σχολείο, είτε είναι νηπιαγωγείο είτε είναι δημοτικό (Μπάμνιου, 1977).

Η άρνηση της φοίτησης στο σχολείο μπορεί να είναι *πρωτοπαθής,* να προσβληθεί δηλαδή από το παιδί πριν ακόμα αποκτήσει την εμπειρία του σχολείου. Άλλοτε πάλι το παιδί προβάλει αυτή την άρνηση αφού γνωρίσει το σχολείο οπότε μιλούμε για *δευτεροπαθή* άρνηση που αποτελεί και την πραγματική σχολειοφοβία. Η πρωτοπαθής άρνηση του παιδιού να πάει στο σχολείο μπορεί να οφείλεται σε ποικίλους λόγους. Μερικοί από αυτούς είναι:

α) Το άγχος του αποχωρισμού. Το παιδί για πολλούς λόγους δεν θέλει ν'αποχωριστεί από τη μητέρα του, όπως π.χ. λόγω ανασφάλειας, γιατί ζηλεύει ένα μικρότερο αδερφό του και δεν θέλει να τον αφήσει με τη μαμά του ή γιατί δεν είναι συναισθηματικά ώριμο για να αποχωριστεί από τη μητέρα του (Χασάπη, 1976).

β) Σχολειοφοβία παρουσιάζουν συνήθως τα παιδιά νευρωτικών, υπερπροστατευτικών μητέρων ή μητέρων που τους λείπει η σιγουριά και εφαρμόζουν αντιφατικά μέσα αγωγής (τη μια χαϊδεύουν το παιδί, την άλλη χειροδικούν και την Τρίτη στιγμή προκαλούν). Πολλοί δηλαδή δέχονται, ότι όχι μόνο το παιδί αλλά και η μητέρα φοβάται το χωρισμό (Πίανος, 1998).

γ) Διηγήσεις φοβερές γύρω από το σχολείο από άλλα παιδιά και ιδίως από τα μεγαλύτερα αδέρφια του.

δ) Σύνδεση του νηπιαγωγείου στο μυαλό του παιδιού με απειλές, κυρίως από τη μητέρα. «Θα πας σχολείο και θα σου πω εγώ, θα φωνάξω τη δασκάλα να σε τιμωρήσει».

ε) Ο πατέρας φαίνεται να παίζει μικρότερο ρόλο στη σχολειοφοβία, αν και δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις, όπου η σχολειοφοβία παρουσιάστηκε σε συνδυασμό με τις διαταραγμένες γενικά σχέσεις των συζύγων (Χασάπη, 1976).

στ) Στα παιδιά με σχολειοφοβία έχει κατά κανόνα εμποδιστεί η συναισθηματική εξέλιξη καθώς και η απόκτηση αισθήματος αυτονομίας (Πίανος, 1998).

Στη δευτεροπαθή άρνηση, το παιδί, αφού φοιτήσει για κάποιο χρόνο (μικρό ή μεγάλο) προβάλλει σε συνέχεια την άρνηση του. Πολλοί επίσης λόγοι υπάρχουν για τη δημιουργία φόβου γύρω από το σχολείο και άρνηση φοίτησης σ'αυτό. Οι κυριότεροι λόγοι είναι:

α) Η κακή στάση του δασκάλου απέναντι στα παιδιά. Αυταρχική συμπεριφορά (ευτυχώς σπάνια) του δασκάλου στην τάξη, επηρεάζει μερικά ευαίσθητα παιδιά που δεν θέλουν στη συνέχεια να πάνε στο σχολείο. Η τιμωρία κι όταν ακόμα απευθύνεται προς τρίτα παιδιά, αποθαρρύνει τα υπόλοιπα που χάνουν την όρεξη που είχαν αρχικά για το σχολείο, απογοητεύονται και αρνούνται να πάνε σ'αυτό.

β) Διάφορες κακές εμπειρίες που μπορεί να προέρχονται από τη διαμόρφωση του κτηρίου (π.χ. πολύ παλιό) ή από τη συμπεριφορά άλλων παιδιών. Αν υπάρχουν ραγισμένοι τοίχοι, διαλυμένες σκάλες ή διαλυμένες αίθουσες από παλαιότερους σεισμούς, τότε κάποια ευαίσθητα παιδιά αναπτύσσουν δυσάρεστες εμπειρίες για το σχολείο τους αφού φοβούνται να εισέλθουν σ'αυτό και πόσο μάλλον να κάνουν μάθημα σ'ένα περιβάλλον που δεν τους εμπνέει εμπιστοσύνη ή μέσα από τις φοβίες τους να γίνουν αντικείμενο κακής μεταχείρισης ή μέσα από τις παρέες των άλλων παιδιών να αισθανθούν ότι δεν τα θέλουν τα άλλα παιδιά με αποτέλεσμα να βιώνουν συναισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης. Από τις εμπειρίες αυτές τα παιδιά απογοητεύονται και αρνούνται να πάνε στο σχολείο (Χασάπη, 1976).

Η σχολειοφοβία δεν εκδηλώνεται πάντοτε με ανοικτή ανακοίνωση του παιδιού ότι δεν θέλει να πάει στο σχολείο. Σε πολλές περιπτώσεις το παιδί προβάλλει αρρώστιες ανύπαρκτες. Άλλοτε καταλαμβάνεται από εμετούς πρωινούς που συνοδεύονται από ανορεξία. Οι εμετοί αυτοί εξαφανίζονται τις Κυριακές ή στην εποχή των διακοπών. Σε άλλες περιπτώσεις το παιδί δε σηκώνεται από το κρεβάτι με διάφορα προσχήματα, κοιλόπονοι, φόβοι για τη μητέρα κλπ. Η σχολειοφοβία μπορεί να εμφανιστεί σε εντελώς φυσιολογικά παιδιά οπότε όμως είναι μικρής διάρκειας και επανορθώνεται αμέσως με

την αλλαγή της νηπιαγωγού ή του δασκάλου. Στην περίπτωση αυτή μιλούμε για *αντιδραστική σχολειοφοβία,* που αποτελεί μια μονοσυμπτωματική κατάσταση, που εύκολα αντιμετωπίζεται (Χασάπη, 1976).

Αν όμως η σχολειοφοβία συνυπάρχει με άλλα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, τότε πρόκειται για μια γενικότερη ψυχική διαταραχή του παιδιού και η σχολειοφοβία είναι ένα από τα πολλά άλλα συμπτώματα της βαθύτερης ψυχικής διαταραχής. Έτσι, υπάρχουν ψυχαναγκαστικά παιδιά που δεν θέλουν να πάνε στο σχολείο γιατί οι τουαλέτες είναι ακάθαρτες, φοβικά παιδιά που έχουν τη φοβία, ότι η νηπιαγωγός δεν θα τους επιτρέψει να επιτελέσουν τις σωματικές τους ανάγκες κλπ (Χασάπη, 1976).

Γενικότερα, το να έχει ένα παιδί καλές σχέσεις και να αισθάνεται άνεση και ασφάλεια με τους δασκάλους του και με τους άλλους συμμαθητές του, είναι ένα βασικό θεμέλιο για τη μελλοντική του μαθητεία. Τα νηπιαγωγεία και οι παιδικοί σταθμοί προσφέρουν ευκαιρίες στα παιδιά να μάθουν να προσαρμόζονται στα σχολικά περιβάλλοντα μέσα σε συνθήκες που είναι λιγότερο πιεστικές από εκείνες που συνήθως παρέχουν οι κανονικές σχολικές τάξεις. Σ'αυτές τις συνθήκες δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην κοινωνική και συναισθηματική προσαρμογή του παιδιού (Spielberger, 1982).

Οι Brazelton (1998), Παπαγεωργίου (2006) και Herbert, (1989), πιο κάτω αναφέρουν όλους εκείνους τους φόβους που είναι κοινοί για όλα τα παιδιά, καθώς επίσης και κάποιες συγκεκριμένες φοβίες που αποκτούν τα παιδιά από την γέννηση τους μέχρι την εφηβεία.

Φόβοι κοινοί σε όλα τα παιδιά

Ο φόβος της πτώσης ενυπάρχει σε κάθε νεογέννητο και εκδηλώνεται με το σφιχτό αγκάλιασμα, που αποκαλείται «αντανακλαστικό moro». Όταν ξεσκεπάσουμε απότομα το παιδί ή το ξαφνιάσουμε, ή το αφήσουμε απότομα να πέσει, τα χεράκια του τεντώνονται σε έκταση κι ύστερα αμέσως συγκλίνουν, σαν να θέλει να αρπαχτεί από κάτι, οτιδήποτε μπορεί να βρίσκεται μπροστά του (Brazelton, 1998).

Τα περισσότερα βρέφη πολιορκούνται κατά περιόδους από φόβους, τους οποίους οι γονείς είναι υποχρεωμένοι να κατανοήσουν. Διαφορετικά, είναι δυνατό να αιχμαλωτιστούν στα δίχτυα των φόβων αυτών και να αυξήσουν την επίδραση των φόβων στο παιδί. Ο φόβος παρουσιάζεται σε πολύ συγκεκριμένες στιγμές στην παιδική ηλικία. Προκαλεί έκρηξη αδρεναλίνης στον οργανισμό, με αποτέλεσμα το παιδί να μαθαίνει γρήγορα πώς να ελέγχει τον φόβο του. Αν όμως το παιδί είναι κυριευμένο από την αντίδραση του στο φόβο, αυτή η εποικοδομητική μάθηση αποτυχαίνει. Οι γονείς δε μπορούν να ξεριζώσουν τους φόβους από το παιδί μπορούν όμως να το βοηθήσουν να τους πάρει στα σοβαρά και να μάθει από αυτούς (Brazelton, 1998).

Οι φόβοι αναπόφευκτα εμφανίζονται σε περιόδους που το παιδί μαθαίνει γρήγορα πράγματα καινούργια. Η ανεξαρτησία που κερδίζει το παιδί σε κάθε καινούργια αναπτυξιακή περίοδο και οι νέες του δυνατότητες το αποδιοργανώνουν. Οι φόβοι ανακαλούν σε δράση την απαιτούμενη ενέργεια του παιδιού για την προσαρμογή του στη νέα κατάσταση. Καθώς το παιδί αντιμετωπίζει τους φόβους του, μαθαίνει πώς να ελέγχει τον εαυτό του και πώς να αντιμετωπίζει αυτή την ορμητική του είσοδο στα μονοπάτια της καινούργιας γνώσης (Brazelton, 1998).

Φόβος για άγνωστα πρόσωπα

Ο φόβος για τους ξένους είναι ένας από τους πρώτους εύκολα αναγνωρίσιμους φόβους κατά την νηπιακή ηλικία. Η ικανότητα του παιδιού να διακρίνει τις διαφορές ανάμεσα στους ξένους και τους γονείς υπάρχει ήδη από τις πρώτες τέσσερις ως έξι εβδομάδες της ζωής. Ο φόβος για τους ξένους, που εκδηλώνεται από τους πέντε ως τους οκτώ μήνες καθώς και στο πρώτο έτος, δεν είναι μια ξαφνική αντίληψη των διαφορών ανάμεσα στους ξένους και τους γονείς τους. Αντιπροσωπεύει μάλλον την αυξανόμενη ικανότητα των παιδιών να αντιλαμβάνονται τις πράξεις των άλλων, από το ένα μέρος και τη δική τους ικανότητα να αντιδρούν, από το άλλο. Το επόμενο σημαντικό βήμα στην εξοικείωση με τους άλλους γίνεται στην ηλικία των οκτώ μηνών περίπου. Αυτή τη φορά η εμπειρία είναι καταλυτική. Το μωρό θα ξεσπάσει όταν βρεθεί σε κάποιο άγνωστο μέρος ή αν το βλέμμα ενός αγνώστου καρφωθεί επάνω του. Στους δώδεκα μήνες αυτή η ίδια ευαισθησία του μωρού προς τα «οικεία πρόσωπα» και τον «προσωπικό χώρο» του ενισχύεται και πάλι. Όλο το δεύτερο έτος, καθώς το παιδί αρχίζει να περπατά και να γνωρίζει τον καινούργιο κόσμο που ξετυλίγεται μπροστά στα μάτια του, θα εκτιμήσει αλλά και θα φοβηθεί αυτή την καινούργια ανεξαρτησία που αποκτά (Brazelton, 1998).

Φόβος για τα σκυλιά και για άλλα ζώα που δαγκώνουν

Καθώς ένα παιδί μαθαίνει πώς να χειρίζεται τα ένστικτα του, ένα από τα οποία ήταν να δαγκώνει όποιον έβρισκε μπροστά του όταν ήταν σε υπερένταση, μπορεί να φοβηθεί οτιδήποτε θεωρεί πως μπορεί να δαγκώσει. Οτιδήποτε καινούργιο και παράξενο μπορεί να του προξενήσει το φόβο ότι θα το δαγκώσει (Brazelton, 1998).

Φόβος για ισχυρούς θορύβους

Η σειρήνα της πυροσβεστικής, του νοσοκομείου ή οι πόρτες που κλείνουν με πάταγο προκαλούν βίαιες αντιδράσεις τρόμου στο παιδί. Είναι δυνατό να του ξαναθυμίσουν τη

δική του απώλεια αυτοελέγχου και κατά κάποιο τρόπο να θεωρήσει τον εαυτό του ένοχο, αν αυτοί οι θόρυβοι εξακολουθούν (Παπαγεωργίου, 2006). Για τον ίδιο λόγο, αν δει επιθετικότητα στην τηλεόραση ή ακόμη και σε μεγαλύτερα παιδιά, το φάντασμα της δικής του έντονης επιθετικότητας ξυπνάει. Είναι κάτι που τρομάζει να το βλέπει και στους άλλους (Brazelton, 1998).

Φόβος για το σκοτάδι – τα φαντάσματα, τα τέρατα, τις μάγισσες

Πάρα πολλά παιδιά φοβούνται στο σκοτάδι και αυτό δημιουργεί προβλήματα στο βραδινό ύπνο (Herbert, 1989). Οι φόβοι αυτοί πάντα έρχονται στην επιφάνεια τη νύχτα. Τα τέρατα, που το παιδί φαντάζεται τη νύχτα γίνονται τρομακτικές εικόνες και αποκτούν γιγάντιες διαστάσεις στο σκοτάδι. Εμφανίζονται την εποχή που το παιδί κάνει άλματα προς την ανεξαρτησία του. Το παιδί το νιώθει αυτό και βρίσκεται σε σύγκρουση με την εξάρτηση του από τους γονείς του (Brazelton, 1998). Αν το παιδί έχει ήδη μάθει να φοβάται το σκοτάδι, επειδή άκουσε τρομακτικές ιστορίες από συνομήλικους του για φαντάσματα και ληστές, η τιμωρία είναι εντελώς απρόσφορη. Δεν είναι δυνατόν με τις απειλές και τις τιμωρίες να διώξεις τους φόβους του παιδιού (Herbert, 1989).

Φόβος για τα ύψη

Ο φόβος μην πέσει από τα έπιπλα ή από το παράθυρο (οι φαντασιώσεις του Πήτερ – Παν) μπορεί να εμφανιστούν γύρω στη παιδική ηλικία αλλά μπορεί να εμφανιστεί και σε μεγαλύτερες ηλικίες. Αφού, ακόμα και οι μεγάλοι διατηρούν συχνά το φόβο τους για τα ύψη και την εντύπωση ότι μπορεί να πέσουν από κάπου. Αυτοί οι φόβοι αυξάνονται όσο το παιδί συνειδητοποιεί όλο και καλύτερα τον πραγματικό κίνδυνο μιας πτώσης από ψηλά και καταλαβαίνει ότι είναι αρκετά ανεξάρτητο πια, ώστε να πρέπει το ίδιο να προστατεύσει τον εαυτό του (Brazelton, 1998).

Φόβος για το θάνατο των γονέων

Οι φόβοι για το θάνατο των γονέων αναζωπυρώνονται μέσα από τους φόβους του σχολείου ή το φόβο μήπως φύγουν από το σπίτι για μια επίσκεψη ή ένα πάρτι. Κατά ένα μέρος οφείλονται σε συστολή και στο φυσιολογικό φόβο της προσωπικής συντριβής του παιδιού. Είναι επίσης συνδεδεμένοι με οιδιπόδειες επιθυμίες. Ασυνείδητα μεν, βαθύτατα προσκολλημένο δε σε έναν από τους γονείς, το παιδί φοβάται την ίδια του την επιθυμία να «βγάλει» τον άλλο γονιό από την μέση. Ο φόβος ενός παιδιού για το δικό του θάνατο συνήθως εμφανίζεται σε ηλικία πέντε ετών περίπου. Μπορεί να οφείλεται στο φόβο μήπως τιμωρηθεί για τις ενδόμυχες «κακές» σκέψεις του. Παρόλο που αυτά τα συναισθήματα είναι ιδιαίτερα βαθιά ριζωμένα ώστε το παιδί δεν έχει επίγνωση τους, η κατανόηση ότι πρόκειται για φυσιολογικά συναισθήματα θα βοηθήσει τους γονείς (Brazelton, 1998). Όταν κάποιο αγαπημένο πρόσωπο ή ένα ζωάκι, πεθάνει τότε, οι γονείς θα πρέπει να σεβαστούν τα συναισθήματα και τους φόβους που θα προκαλέσει αυτό το γεγονός στο παιδί (Παπαγεωργίου, 2006).

Φόβος για τα επιθετικά παιδιά

Καθώς το παιδί μεγαλώνει, οι σχέσεις του με τα συνομήλικα παιδιά γίνονται όλο και πιο σύνθετες. Το παιδί ήδη από το δεύτερο έτος της ζωής του πρέπει να μάθει να συναναστρέφεται, αν δεν θέλουμε, όταν αργότερα πάει σχολείο, να γίνει μοναχικό, απομονωμένο παιδί (Brazelton, 1998).

Φόβος για την αποτυχία

Όλα τα παιδιά τρέμουν την αποτυχία. Είναι μια φυσιολογική κατάσταση για όλους μας. Ο φόβος αυτός μπορεί να είναι χρήσιμος και να τα οδηγήσει στην επιτυχία και στην τελειοποίηση. Μπορεί όμως να είναι και καταστροφικός. Αν ένα παιδί φαίνεται να συντρίβεται από το φόβο της αποτυχίας, ίσως χρειάζεται περισσότερη αυτοπεποίθηση.

Οι γονείς θα πρέπει να το προστατεύουν από τις μικρές αποτυχίες και να μην το σπρώχνουν να πετυχαίνει συνέχεια (Παπαγεωργίου, 2006). Μπορεί να έχει ανάγκη από ευκαιρίες για να πετύχει απλά πράγματα. Αν αυτό μπορεί να γίνει χωρίς να ασκηθεί πίεση πάνω στο παιδί, θα θεωρεί τον εαυτό του επιτυχημένο και σπουδαίο για τους γονείς του, θα αρχίσει να αποκτά την απαραίτητη αυτοπεποίθηση αργά και σταθερά. (Brazelton, 1998) Ο έπαινος και η επιβράβευση θα πρέπει να συνοδεύει τις πράξεις του. Η ενθάρρυνση των ιδιαίτερων ταλέντων και ικανοτήτων του θα το κάνουν ικανό να σταθεί ίσος προς ίσους στην παρέα του (Παπαγεωργίου, 2006).

Φόβος για τον γιατρό

Πολλά παιδιά στο άκουσμα και μόνο ότι θα πάνε στο γιατρό αντιδρούν κλαίγοντας, φωνάζοντας κλπ. Χρειάζεται κάποια προληπτική αγωγή των παιδιών, γιατί είναι άσχημο κάθε φορά να τον αντιμετωπίζουν με τόσο φόβο. Δεν πρέπει να απειλούμε το παιδί πως θα το πάμε στο γιατρό να του κάνει ένεση «αν δεν είναι καλό παιδί». Ακόμη, πολλές φορές κάποιες μητέρες που θέλουν να βγουν από το σπίτι λένε στα παιδιά ότι θα πάνε στο γιατρό απλά και μόνο για να μην έρθουν τα παιδιά μαζί τους αφού τον φοβούνται (Παπαγεωργίου, 2006).

Φτάνοντας στο τέλος αυτού του κεφαλαίου, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι είναι φυσιολογικό για κάθε παιδί να εκδηλώσει κάποια αγχώδη διαταραχή – φοβία. Πρέπει σαν γονείς, παιδαγωγοί και δάσκαλοι αλλά και οικεία άτομα που βρίσκονται στο περιβάλλον του παιδιού να επιτρέψουμε σ’αυτούς τους φόβους και τα άγχη να εκδηλωθούν ελεύθερα. Μονό όταν το υπερβολικό άγχος και ο φόβος του παιδιού υπερβαίνει ένα συγκεκριμένο όριο, είναι στ’αλήθεια μεγάλη ανάγκη να απευθυνθούμε σ’ένα ειδικό. Είναι σημαντικό, ο γονιός να βρίσκεται πάντα στο πλάϊ του παιδιού του, για να μπορέσει να ερμηνεύσει τα «προειδοποιητικά» σημάδια και να αναλάβει δράση γρήγορα και αποτελεσματικά.

Κεφάλαιο 3 Θεωρίες

Αφού μελετήσαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο τις αγχώδεις διαταραχές και τις φοβίες, είδαμε αναλυτικά τα χαρακτηριστικά και τα συμπτώματα τους, σ'αυτό το κεφάλαιο θα εστιάσουμε περισσότερο σε κάθε θεωρία που εμπλέκεται με κάποια αγχώδη διαταραχή ή φοβία.

Στην Ψυχαναλυτική Θεωρία, το άγχος είναι μια οδυνηρή συναισθηματική εμπειρία, που αντιπροσωπεύει για το άτομο μια απειλή ή ένα κίνδυνο. Σε μια κατάσταση διάχυτου άγχους, τα άτομα είναι ανίκανα να συνδέσουν την τεταμένη ψυχολογική τους κατάσταση με ένα εξωτερικό αντικείμενο. Αντίθετα, όταν βρίσκονται σε κατάσταση φόβου, γνωρίζουν ποια είναι η πηγή της έντασης. Ο Freud είχε δύο θεωρίες για το άγχος. Σύμφωνα με την πρώτη, αντιλαμβανόταν το άγχος ως αποτέλεσμα ανεκπλήρωτων σεξουαλικών παρορμήσεων – αποκλεισμένη λίμπιντο (Lawrence & Oliver, 2001). Αυτό οφείλεται στην απώθηση λιμπιντικών παρορμήσεων, με αφορμή απαγορεύσεις των γονιών του παιδιού, που προκαλούν άγχος, με το μηχανισμό της υποκατάστασης στρέφεται προς το φοβογόνο αντικείμενο. Το 1926 ο Freud αναθεώρησε την πρώτη θεωρία του (Χασάπη, 1976).

Στη δεύτερη, το άγχος αντιπροσωπεύει ένα οδυνηρό συναίσθημα, που λειτουργεί σαν σήμα επικείμενου κινδύνου για το Εγώ. Εδώ, το άγχος μια λειτουργία του εγώ, προειδοποιεί το εγώ για κάποιο κίνδυνο ώστε να είναι έτοιμο να δράσει (Lawrence & Oliver, 2001). Ο Freud αποδίδει το άγχος σε ενδοψυχική σύγκρουση. Το άγχος δηλαδή, θεωρείται ως απάντηση του εγώ σε απαγορευμένες ασυνείδητες ενορμήσεις που έρχονται σε σύγκρουση με το εγώ και το υπερεγώ ή την πραγματικότητα. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή έχουμε δύο είδη άγχους: το *προειδοποιητικό άγχος*, που κινητοποιείται από το εγώ για να προειδοποιήσει το άτομο για την επαπειλούμενη εισβολή στο συνειδητό απαγορευμένων ενορμήσεων, οπότε και ενδυναμώνονται οι αμυντικοί μηχανισμοί για τον έλεγχο τους και διατηρείται ψυχική ισορροπία και το *τραυματικό άγχος*, που όταν συμβεί, το άτομο το βιώνει σαν πανικό και που μπορεί να εμφανισθεί όταν οι απαγορευμένες ενορμήσεις (είτε επειδή αδυνάτισαν οι άμυνες του εγώ είτε επειδή δυνάμωσαν πολύ οι ενορμήσεις) εισβάλλουν στη συνείδηση. Οι ενδοψυχικές συγκρούσεις στην παιδική ηλικία μπορεί να είναι και συνειδητές, οπωσδήποτε όμως

καθώς το παιδί μεγαλώνει απωθούνται στο ασυνείδητο. Στην ενήλική ζωή, όμως διάφορες συνθήκες μπορεί να επανενεργοποιήσουν μια ασυνείδητη σύγκρουση και να προκαλέσουν άγχος. Συμβολικά οι συνθήκες αυτές προκαλούν άγχος γιατί κινητοποιούν παιδικούς φόβους, οι οποίοι ήταν η αναμενόμενη συνέπεια (συχνά με τη μορφή φαντασιωμένης τιμωρίας) της ύπαρξης της απαγορευμένης επιθυμίας (Μάνου, 1988).

Η Ψυχαναλυτική θεωρία για το άγχος, ακόμα, υποστηρίζει ότι κάποια στιγμή το άτομο βιώνει μια τραυματική εμπειρία, μια σωματική βλάβη ή μια αδικία. Το άγχος αντιπροσωπεύει μια επανάληψη της παλαιότερης τραυματικής εμπειρίας αλλά σε μικρογραφία. Το άγχος στο παρόν, συνδέεται με έναν παλαιότερο κίνδυνο. Το άγχος στο παρόν, λοιπόν, σχετίζεται με κάποιο κίνδυνο στο παρελθόν, π.χ. το παιδί μπορεί να τιμωρηθεί αυστηρά για κάποια σεξουαλική ή επιθετική του ενέργεια. Όταν αργότερα μεγαλώσει, το άτομο ενδέχεται να έχει άγχος σε σχέση με την τάση του να κάνει κάποια σεξουαλική ή επιθετική ενέργεια. Μπορεί να θυμάται ή να μη θυμάται την προηγούμενη τιμωρία (τραύμα). Από δομική άποψη, η ιδέα είναι ότι το άγχος αναπτύσσεται μέσα από μια σύγκρουση ανάμεσα στην ώθηση του Εκείνο και στην απειλή της τιμωρίας από το Υπερεγώ. Με άλλα λόγια, είναι σαν να λέει το Εκείνο «Το θέλω», το Υπερεγώ «Τι τρομερό» και το Εγώ «Φοβάμαι» (Lawrence & Oliver, 2001).

Στην Ψυχαναλυτική θεωρία, βλέπουμε ότι, γίνεται λόγος για νευρώσεις οι οποίες θεωρούνται ως το αποτέλεσμα των συγκρούσεων που βιώνει το παιδί μεταξύ των δικών του επιθυμιών και των προσδοκιών ή των απαιτήσεων που, κατά την εκτίμηση του, έχει ο κοινωνικός του περίγυρος. Το ειδικό περιεχόμενο της σύγκρουσης καθορίζεται από το στάδιο ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης στο οποίο βρίσκεται το παιδί. Βασικό στοιχείο της νεύρωσης είναι το άγχος, το οποίο είναι το αποτέλεσμα της απειλής που βιώνει το παιδί ότι θα τιμωρηθεί ή θα χάσει τη γονεική αγάπη. Στις περιπτώσεις όπου το άγχος είναι ιδιαίτερα έντονο, το άτομο καταφεύγει σε κάποιον από τους μηχανισμούς του εγώ, ο οποίος το προστατεύει από την ένταση. Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία, τα νευρωσικά συμπτώματα έχουν συμβολική σημασία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Αντίθετα, οι ψυχαναλυτές θεωρούν τις φοβίες ως την ορατή όψη ασυνείδητων ενδοψυχικών αιτιών ή /και συγκρούσεων. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, το άτομο με φοβία αυτό που πραγματικά φοβάται είναι να ενδώσει στον πειρασμό να εκφράζει βαθιά ριζωμένες, ασύνειδες, επιθυμίες. Αυτές οι επιθυμίες είναι ενστικτώδεις – πρωτόγονες και

απαγορευμένες. Οι φοβίες συχνά αναπτύσσονται για να προστατεύσουν το άτομο από καταστάσεις, στις οποίες διεγείρονται οι καταπιεσμένες επιθετικές ή ερωτικές ορμές. Δεν θέλει να ενδώσει σε αυτές του τις ορμές, αλλά αυτές τον βάζουν σε πειρασμό. Γι'αυτόν το λόγο μεταθέτει ή μεταβιβάζει το άγχος που του προκαλούν σε κάποιο συναπτόμενο – ουδέτερο αντικείμενο, όπως τα φίδια, οι αράχνες, το νερό ή το σκοτάδι. Ένα άτομο με ασυνείδητες ή ελάχιστα συνειδητοποιημένες τάσεις αυτοκτονίας, μπορεί ίσως να αναπτύξει μια φοβική αποφυγή για τα αιχμηρά μαχαίρια ή άλλα «δολοφονικά» αντικείμενα (Herbert, 1989).

Για την Klein, η φοβία είναι κάτι περισσότερο από μεταμφιεσμένο φόβο ευνουχισμού και αποτελεί επαναφορά ενός πρωτόγονου άγχους που προϋπάρχει και εμφανίζεται σε τροποποιημένη έκδοση. Γι'αυτήν ο φόβος καταστροφής του Υπερεγώ είναι πιο πρωτόγονος από το φόβο ευνουχισμού και η φοβία είναι στην πράξη μια τροποποίηση του άγχους στα περισσότερα πρώιμα στάδια ανάπτυξης (Χασάπη, 1976).

Κατά την A. Freud, υπάρχουν στα παιδιά άγχη με περισσότερο αρχαϊκή προέλευση (φόβος του σκότους, της μοναξιάς, των στοιχείων της φύσης κλπ.), πριν ακόμα εμφανιστούν οι πραγματικές φοβίες. Στα άγχη αυτά στηρίζονται οι φοβίες (Χασάπη, 1976).

Πολλοί ερευνητές, στο χώρο της πειραματικής ψυχολογίας, συγγραφείς όπως ο H. J. Eysenck και ο Joseph Wolpe, απορρίπτουν τους ψυχαναλυτικούς ισχυρισμούς και τις ψυχαναλυτικές θεωρίες. Πιστεύουν ότι η θεωρία της μάθησης, ο συμπεριφορισμός, κατέχει πολλά από τα μυστικά της νευρωσικής συμπεριφοράς. Ενώ συμφωνούν με τους ψυχαναλυτές ότι το άγχος παίζει έναν κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη των φοβιών, γι'αυτούς τα συμπτώματα είναι η πραγματική, η ίδια, η νεύρωση. Τα συμπτώματα δεν αντιπροσωπεύουν ένα είδος συμβολικής έκφρασης κάποιων δήθεν υποκειμενικών συγκρούσεων και ασυνείδητων ορμών. Τα νευρωσικά συμπτώματα, οι φοβίες μαθαίνονται (Herbert, 1989).

Σύμφωνα με τη θεωρία της συμπεριφοράς, οι αγχώδεις και φοβικές αντιδράσεις μαθαίνονται μέσω της διαδικασίας της κλασσικής υποκατάστασης, όπως το πείραμα του J. Watson με τον ηλικίας 11 μηνών Albert. Μάλιστα όταν αυτού του είδους οι αντιδράσεις παγιωθούν, τότε ενδέχεται να γενικευθούν και σε άλλα ερεθίσματα εκτός του αρχικού, π.χ. όταν ο Albert, αργότερα, άρχισε να φοβάται εκτός από το κουνέλι κι

άλλα ερεθίσματα παρόμοια σε όψη με αυτό, όπως τα γένια του ερευνητή ή άλλα ζώα. Επίσης, σύμφωνα με τη θεωρία της συμπεριφοράς, το άγχος αποτελεί ένα ασυνήθιστα ισχυρό κίνητρο αποφυγής γι'αυτό και κάθε συμπεριφορά η οποία οδηγεί στη μείωση ή εξάλειψη του άγχους αποτελεί ενίσχυση για το άτομο. Επομένως η διατήρηση της φοβικής και αγχώδους συμπεριφοράς πραγματοποιείται μέσω της διαδικασίας της συντελεστικής υποκατάστασης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Ο J. B. Watson, υιοθέτησε τη θέση ότι η σωματική εκδήλωση τρυφερότητας και οι εκδηλώσεις αγάπης εμποδίζουν την καλή ανάπτυξη. Η κρίση του για το τι ήταν καλό και τι κακό για τα παιδιά, βασιζόταν σε ένα μοντέλο, στο οποίο υποστήριζε ότι καλό είναι να περιορίζεται η επίδραση των συναισθημάτων στην συμπεριφορά και ότι τα παιδιά πρέπει να εκπαιδεύονται έτσι ώστε να μεγιστοποιούν την ανεξαρτησία τους και την απόκτηση δεξιοτήτων. Το ενδιαφέρον είναι ότι παραδεχόταν τις παρατηρήσεις του Freud, αναφερόταν σε Φροϋδικές έννοιες και πίστευε ότι μπορούσε πολύ εύκολα να τις αναλύσει σύμφωνα με τις αρχές της μάθησης. Με οποιοδήποτε κριτήριο ο περιβαλλοντισμός του ήταν αδιάλλακτος. Με κανένα τρόπο δεν έβλεπε τα κληρονομημένα χαρακτηριστικά να παίζουν, τελικά, καθοριστικό ρόλο στην έκβαση της ανάπτυξης. Δεν αρνιόταν τις γενετικές επιδράσεις αλλά πίστευε πως αυτό που παρείχε το περιβάλλον, μέσω των εμπειριών και της εξάσκησης, μπορούσε να υποσκελίσει τις οργανικές μεταβλητές και τελικά, να καθορίσει το αποτέλεσμα της ανάπτυξης (Κουγιουμουτζάκης, 1995).

Τα άτομα διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την ευαισθησία που επιδεικνύουν στα στρεσογόνα γεγονότα, την ερμηνεία που τους δίνουν και τις αντιδράσεις που εμφανίζουν. Για να κατανοήσουμε αυτές τις ατομικές διαφορές, είναι απαραίτητο να εξετάσουμε τις γνωστικές διεργασίες που παρεμβαίνουν ανάμεσα στο γεγονός που συνέβη και στην αντίδραση του ατόμου, καθώς και τους παράγοντες που επηρεάζουν την φύση αυτής της διαμεσολάβησης (Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκης, 2001). Οι Lazarus και Folkman, 1984,1987, (παραπομπή στους Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκης, 2001, σελ.166) ονόμασαν τις διεργασίες που παρεμβάλλονται διεργασίες γνωστικής εκτίμησης. (cognitive appraisal processes).

Η γνωστική – φαινομενολογική θεωρία των Lazarus και Folkman, 1984, 1987, (παραπομπή στους Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκης, 2001, σελ.166) ορίζει το

στρεσογόνο γεγονός ως ένα περιστατικό στο οποίο οι περιβαλλοντικές απαιτήσεις υπερβαίνουν το διαθέσιμο δυναμικό για την αντιμετώπιση του. Οι γνωστικές εκτιμήσεις διακρίνονται στην πρωτογενή και τη δευτερογενή γνωστική εκτίμηση, που είναι αλληλένδετες και αλληλοεξαρτώμενες. Η πρωτογενής γνωστική εκτίμηση αναφέρεται στο τι διακυβεύει το άτομο στη συγκεκριμένη κατάσταση. Η κατάσταση γίνεται αντιληπτή ως αδιάφορη, θετική ή στρεσογόνα, τα γεγονότα κατηγοριοποιούνται ως ψυχοπιεστικά και είναι δυνατόν να υποδιαιρεθούν περαιτέρω σε γνωστικά σχήματα φόβου και απώλειας. Η δευτερογενής γνωστική εκτίμηση αναφέρεται στην επίλυση των προβλημάτων (χρήση συγκεκριμένων στρατηγικών, όπως είναι η αναζήτηση πληροφοριών, η δράση κ.λ.π.) είτε με την αλλαγή μέρους της κατάστασης είτε με επαναπροσδιορισμό του άγχους που προκαλεί η συγκεκριμένη κατάσταση.

Η γνωστική θεωρία του Beck για το άγχος και την κατάθλιψη (Beck & Clark, 1988, παραπομπή στους Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκης, 2001, σελ.167) ακολουθεί την ίδια κατεύθυνση με την θεωρία των Lazarus και Folkman, (1984, 1987) τονίζει ότι ο φόβος ή η απειλή είναι το γνωστικό περιεχόμενο του άγχους και στην περίπτωση της κατάθλιψης τα άτομα τείνουν να ερμηνεύουν με λανθασμένο τρόπο τα γεγονότα της ζωής. Τα παιδιά με κατάθλιψη και άγχος κάνουν πολλά γνωστικά λάθη στην προσπάθεια τους να ερμηνεύσουν τα γνωστικά σχήματα.

Οι παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη γνωστική εκτίμηση ενός γεγονότος και να καθορίσουν το βαθμό σημαντικότητας του είναι:

α) αντιλαμβανόμενη αβεβαιότητα του ατόμου για τον τρόπο με τον οποίο χειρίζεται ή αντιμετωπίζει το γεγονός,

β) η απειλή προς τον εαυτό που προκαλείται από το ψυχοπιεστικό γεγονός, η οποία ενεργοποιεί την πρωτογενή εκτίμηση,

γ) η δυνατότητα πρόβλεψης του γεγονότος,

δ) ο βαθμός ελέγχου του στρεσογόνου γεγονότος,

ε) η συχνότητα εμφάνισης του γεγονότος (Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκης, 2001).

Όπως έχουν δείξει πολλές έρευνες, τα άτομα προτιμούν τις καταστάσεις στις οποίες μπορούν να προβλέψουν ότι είναι πιθανό να συμβεί κάτι στρεσογόνο, π.χ. σε ένα πείραμα των Epstein και Roupenian, (1970), Buunk, Pligt, Vander & Boer, (1991) (παραπομπή στους Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκη, 2001, σελ.167) διαπιστώθηκε πως

τα άτομα που γνώριζαν ότι υπήρχε μικρή πιθανότητα (5%) να δεχτούν ηλεκτρικό σοκ βιώσαν περισσότερο στρες από εκείνα στα οποία είχαν πει από την αρχή ότι υπάρχει η πιθανότητα για ηλεκτρικό σοκ κυμαινόταν από 50% ως 100%.

Ένα στρεσογόνο γεγονός μπορεί να οδηγήσει το άτομο να βιώσει πρόκληση, απειλή ή απώλεια. Οι διαδικασίες αυτές δεν θεωρούνται ξεχωριστές ομάδες εμπειριών, αλλά συνδεόμενες γνωστικές – συναισθηματικές καταστάσεις που συνυπάρχουν. Θα λέγαμε λοιπόν ότι, οι στρεσογόνες καταστάσεις είναι δυναμικές διαδικασίες που ξετυλίγονται και υποκρύπτουν πολύπλοκες ομάδες γνωστικών εκτιμήσεων, και όχι στατικά, μονοδιάστατα γεγονότα (Schwarzer & Jerusalem, 1992, παραπομπή στους Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκη, 2001, σελ.167).

Σε πολλές μελέτες σημαντικό μέρος της ερευνητικής δουλειάς έχει δείξει ότι οι σκέψεις που σχετίζονται με τον εαυτό είναι από τα βασικά στοιχεία για τη βίωση του άγχους, έχουν δε γίνει η μεταβλητή – κλειδί στην έρευνα για τη γνωστική διάσταση του. Το αγχωμένο άτομο ασχολείται συνεχώς με τον εαυτό του, τις αδυναμίες του, τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα που θεωρούνται απειλητικά και τους δυνητικούς κινδύνους. Οι σκέψεις αυτές παρεμβάλλονται στην καθημερινή δραστηριότητα και αποσπούν την προσοχή από την επιτέλεση του συγκεκριμένου έργου, με αρνητικές επιπτώσεις στην επίδοση. Η εστίαση στον εαυτό και η εστίαση στο γνωστικό έργο που επιτελείται θεωρούνται ασύμβατες διεργασίες, καθώς η εστίαση της προσοχής, συνιστά καθοριστικό παράγοντα για την επιμονή στο έργο και την επιτυχία (Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκη, 2001).

Η κοινωνική γνωστική θεωρία αναγνωρίζει τις σχέσεις μεταξύ ατόμου, περιβάλλοντος και συμπεριφοράς. Διατυπώνοντας την τριαδική αλληλενέργεια, ο Bandura , 1977, 1988, (παραπομπή στο Κουγιουμουτζάκης, 1995, σελ.551) υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά, το περιβάλλον και η γνώση, καθώς και άλλα προσωπικά στοιχεία, λειτουργούν ως αλληλενεργούντες καθοριστικοί παράγοντες με αμφίδρομη μεταξύ τους επίδραση.

Έτσι, οι προσδοκίες, οι αντιλήψεις για τον εαυτό, οι στόχοι και οι φυσικές δομές κατευθύνουν τη συμπεριφορά και τα αποτελέσματα της συμπεριφοράς αυτής έχουν αντίκτυπο στη γνώση και τις βιολογικές ιδιότητες. Τα γεγονότα του περιβάλλοντος, με τη μορφή της παροχής μοντέλων, της διδασκαλίας και της κοινωνικής πειθούς, επηρεάζουν το άτομο, και το άτομο με τη σειρά του, προκαλεί διαφορετικές αντιδράσεις στο

περιβάλλον, ανάλογα με την προσωπικότητα του και τα φυσικά του χαρακτηριστικά. Τέλος, η συμπεριφορά καθορίζει τις πλευρές του περιβάλλοντος στις οποίες εκτίθεται το άτομο και η συμπεριφορά με τη σειρά της, τροποποιείται από το περιβάλλον αυτό (Κουγιουμουτζάκης, 1995).

Παραπλήσια είναι η θεωρία για τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας, (Bandura, 1977, 1988, παραπομπή στους Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκη, 2001, σελ.168) σύμφωνα με την οποία το άγχος ορίζεται ως η κατάσταση προσδοκίας για πιθανά αρνητικά γεγονότα. Το διαφορετικό σε αυτή την προσέγγιση είναι ότι η προσδοκία της μειωμένης αυτοαποτελεσματικότητας γίνεται αντιληπτή ως γνωστική δομή από μόνη της, κάτι που έχει αντίκτυπο στη διαδικασία ενεργοποίησης του άγχους. Σε μια απαιτητική ή απειλητική κατάσταση το άτομο με χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα ασχολείται με τις ελλείψεις του, φαντάζεται σενάρια αποτυχίας, αποπροσανατολίζει την προσοχή του από το επιτελούμενο έργο με σκέψεις για πιθανές αρνητικές συνέπειες. Αντίθετα, τα άτομα με υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα δεν έχουν αμφιβολίες για τον εαυτό τους και οραματίζονται σενάρια επιτυχίας, τα οποία ενισχύουν την αποτελεσματική χρήση των δεξιοτήτων τους για την επίλυση των προβλημάτων. Οι μηχανισμοί αυτοί διαφέρουν από τους μηχανισμούς τους οποίους περιγράφει τυπικά η πλειονότητα των ερευνητών που ασχολούνται με το άγχος.

Ο Bandura (1988), θεωρεί ότι υπάρχει μια αλληλεπιδραστική α–συμμετρική σχέση ανάμεσα στην αντιλαμβανόμενη αυτοαποτελεσματικότητα και την εγρήγορση του άγχους, με τον πρώτο παράγοντα να έχει τη μεγαλύτερη επίδραση. Αυτή η προσέγγιση βρίσκεται σε συμφωνία με την υπόθεση ότι η ανησυχία, η γνωστική δηλαδή διάσταση του άγχους, είναι καλύτερος παράγοντας πρόβλεψης αρνητικών επιπτώσεων στη συμπεριφορά απ’ότι η συναισθηματικότητα. Εμπειρικά δεδομένα επιβεβαιώνουν τη σημαντικότητα των γνωστικών διεργασιών που έχουν σχέση με τον εαυτό για την εκδήλωση του άγχους. Το αγχωμένο άτομο είναι επιρρεπές στην επεξεργασία κυρίως αυτοκαταστροφικών ερεθισμάτων παρά πληροφοριών που είναι θετικές για τον εαυτό, και αντιλαμβάνεται απειλές για το εγώ του. Αυτή η διαδικασία μπορεί να επηρεάσει την επιλογή του προς εκτέλεση έργου αλλά και τη συνέχιση του.

Ωστόσο, ο Bandura, υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι καθορίζουν την πορεία της ζωής τους, επιλέγοντας, επηρεάζοντας και δημιουργώντας τις συνθήκες της (Κουγιουμουτζάκης, 1995).

Η κοινωνικογνωστική θεωρία του Bandura, αποτελεί μια εκτελεστική θεωρία μάθησης, αφού δανείζεται στοιχεία από δύο άλλες θεωρίες την «κοινωνική μάθηση» και την «γνωστική μάθηση» και προσπαθεί να τις συνδυάσει σε ένα ενιαίο όλο. Υποστηρίζει δηλαδή, ότι η συμπεριφορά του ατόμου δεν είναι αποτέλεσμα ούτε μόνο των περιβαλλοντικών (που διακονούν κυρίως οι συμπεριφοριστικές – περιβαλλοντικές θεωρίες) ή των ατομικών παραγόντων (που διακονούν κυρίως οι ψυχαναλυτικές και ανθρωπιστικές θεωρίες) ούτε και της αμφίδρομης επίδρασης τους (που διακονούν κυρίως υποθέσεις αλληλεπίδρασης του ατόμου και περιβάλλοντος στην οποία οι παράγοντες αυτοί κατανοούνται ως αλληλοεξαρτώμενες και αλληλοσυμπληρούμενες δυνάμεις, μια υπόθεση που παρατηρείται κυρίως από τις γνωστικές θεωρίες μάθησης), αλλά των παραγόντων αυτών και της δικής του συμπεριφοράς, των δικών του επιμέρους πράξεων, που εκδηλώνει κάθε φορά (Bandura, 1979, παραπομπή στο Μπασέτας, 2002, σελ.171).

Σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης, το παιδί μπορεί να υιοθετήσει αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις μέσα από τη διαδικασία της παρατήρησης της συμπεριφοράς ενός προτύπου. Έτσι, για παράδειγμα, αν η μητέρα ενός παιδιού αγχώνεται με τον παραμικρό θόρυβο και φοβάται ότι μπορεί να μπήκαν κλέφτες στο σπίτι, τότε είναι πιθανόν και το παιδί να εκδηλώσει ανάλογες αντιδράσεις σε παρόμοια ερεθίσματα. Η υιοθέτηση μιας φοβικής αντίδρασης μέσω της παρατήρησης του προτύπου αποτελεί ισχυρό παράγοντα για την επικράτηση της φοβίας. Επομένως, είναι δυνατόν ένα παιδί να μάθει να φοβάται ή να μη φοβάται ανάλογα με τη συμπεριφορά του προτύπου. Όσο πιο σημαντικό είναι το άτομο που αποτελεί πρότυπο για το παιδί, τόσο πιο σταθερή είναι η συμπεριφορά που υιοθετεί με την παρατήρηση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Σύμφωνα με τον Bowlby και την θεωρία του, (1973, 1980), (παραπομπή στους Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκη, 2001, σελ.120) η σταθερότητα της μορφής προσκόλλησης οφείλεται στην εμμονή των εικόνων του εαυτού και των άλλων, οι οποίες δημιουργούνται από τη συμπεριφορά των σημαντικών για το παιδί ανθρώπων. Τα νοητικά μοντέλα του εαυτού των άλλων παραμένουν αμετάβλητα επειδή αναπτύσσονται

και λειτουργούν στο σταθερό οικογενειακό περιβάλλον και αποτελούν κεντρικά δομικά στοιχεία της προσωπικότητας. Επιπλέον, ο τρόπος σκέψης που οδηγεί το άτομο στη διαμόρφωση των μοντέλων του εαυτού και των άλλων αυτοματοποιείται με την πάροδο του χρόνου, γίνεται συνήθεια και επομένως, μεταβάλλεται πολύ δύσκολα. Εκτός αυτού, τα εν λόγω μοντέλα λειτουργούν μακριά από τη συνειδητή εγρήγορση, γεγονός που τα καθιστά πολύ πιο ανθεκτικά στις αλλαγές. Τέλος, ισχυροποιούνται με την πάροδο του χρόνου γιατί δρουν αυτοπροφητικά. Αυτό σημαίνει ότι οι συνέπειες των πράξεων του ατόμου που υπακούει σε ένα συγκεκριμένο μοντέλο προσκόλλησης είναι τέτοιες ώστε να πιστοποιείται η αλήθεια του μοντέλου αυτού.

Στη δημιουργία νέων σχέσεων οι άνθρωποι αναπαράγουν τους ρόλους και τα πρότυπα αλληλεπίδρασης που έχουν βιώσει κατά το παρελθόν στις πρώτες τους σχέσεις, έστω κι αν αυτές ήταν δυσλειτουργικές, εκμεταλλευτικές ή και καταστροφικές. Παρόλο που η σταθερότητα των μοντέλων προσκόλλησης στις σχέσεις των ανθρώπων είναι δεδομένη, ορισμένα στοιχεία αυτών των μοντέλων είναι δυνατόν να μεταβληθούν, ειδικά μετά από θετικές εμπειρίες που πιθανώς να προσφέρουν οι νέες σχέσεις (Ricks, 1985, Sroufe & Fleeson, 1986, παραπομπή στους Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκη, 2001, σελ.120).

Ο Bowlby ισχυρίσθηκε ότι, στα πρώτα χρόνια της ζωής ενώ το παιδί αποκτά την ικανότητα αυτορύθμισης, η μητέρα είναι το εγώ και το υπερεγώ του παιδιού:

«Δεν είναι αξιοπερίεργο που, στη βρεφική και στην πρώτη παιδική ηλικία, οι λειτουργίες αυτές ή δεν υπάρχουν καθόλου ή βρίσκονται σε ατελέστατη μορφή. Σ'αυτή τη φάση της ζωής, επομένως, το παιδί εξαρτάται από τη μητέρα του, η οποία εκτελεί αντί αυτού τις εν λόγω λειτουργίες. Το προσανατολίζει στον χώρο και στον χρόνο, του παρέχει το περιβάλλον του, επιτρέπει την ικανοποίηση ορισμένων ενορμήσεων ενώ άλλες τις περιορίζει. Είναι το εγώ του και το υπερεγώ του. Σταδιακά το παιδί μαθαίνει μόνο του αυτές τις τέχνες και τότε ο επιδέξιος γονιός του μεταβιβάζει τους ρόλους του. Αυτή είναι μια αργή, ανεπαίσθητη και συνεχής διεργασία, που αρχίζει όταν το παιδί πρωτομαθαίνει να περπατά και να τρώει μόνο του και δεν ολοκληρώνεται πλήρως παρά όταν φτάσει στην ωριμότητα… Έτσι, η ανάπτυξη του εγώ και του υπερεγώ είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις πρώτες ανθρώπινες σχέσεις του παιδιού» (Bowlby, 1951, παραπομπή στο Κουγιουμουτζάκης, 1995, σελ.452).

Μέσα από το βιβλίο του Bowlby «Αποχωρισμός» (1973), αναθεωρεί τη θεωρία του Freud (1959), (παραπομπή στο Κουγιουμουτζάκης, 1995, σελ.468-469) περί σηματοδοτούντος άγχους, παρουσιάζει μια νέα προσέγγιση των θεωριών. Ο Bowlby, παρατηρεί ότι στο παιδί προκαλούν φόβο δύο τελείως ξεχωριστές ομάδες ερεθισμάτων: *η παρουσία μη μαθημένων* και αργότερα, *πολιτιστικά αποκτηθέντων ενδείξεων κινδύνου* ή/ και *η απουσία ενός προσώπου προσκόλλησης*. Αν και η διαφυγή από τον κίνδυνο και η καταφυγή σε ένα πρόσωπο προσκόλλησης συνήθως συμβαίνουν ταυτόχρονα, οι δυο τάξεις συμπεριφορών διέπονται από διαφορετικά συστήματα ελέγχου. Αν και ο Bowlby αντιμετώπιζε τα συστήματα που ελέγχουν τη διαφυγή και την προσκόλληση ως εννοιολογικά διαφορετικά, τα θεωρούσε και τα δυο μέλη μιας ευρύτερης οικογένειας συστημάτων συμπεριφοράς, των οποίων στόχος είναι να μειώνουν το άγχος και να προάγουν την ασφάλεια, ενώ η γενικότερη λειτουργία τους είναι να διατηρήσουν έναν οργανισμό μέσα σε μια καθορισμένη σχέση με το περιβάλλον του.

Μια πραγματική απώλεια προκαλεί απελπισία και κατάθλιψη, ενώ η απειλή της απώλειας προκαλεί άγχος. Το παιδί αντιδρά στον αποχωρισμό με παρόμοιο τρόπο. Η συμπεριφορά του χαρακτηρίζεται από απελπισία, αποθάρρυνση και τελικά, αποδέσμευση. Τα βρέφη και τα παιδιά βιώνουν το άγχος αποχωρισμού, όταν μια δεδομένη κατάσταση ενεργοποιεί τη συμπεριφορά της προσκόλλησης αλλά το πρόσωπο της προσκόλλησης δεν είναι διαθέσιμο. Το υπερβολικό άγχος αποχωρισμού μπορεί να πυροδοτηθεί από αντίξοες οικογενειακές συνθήκες, όπως εμπειρίες ή απειλές εγκατάλειψης ή απόρριψης από μέρους των γονέων. Αρνητικά γεγονότα ζωής όπως ασθένεια ή θάνατος ενός γονέα ή αδελφού ή διαζύγιο, συμβάλλουν στην έκφραση υπερβολικού άγχους αποχωρισμού (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2003).

Παράλληλα, η θεωρία του Bowlby, για τις φοβίες αναφέρει ότι, οι παιδικοί φόβοι έχουν βιολογική βάση και ερμηνεύονται με βάση την ποιότητα του δεσμού που έχει αναπτύξει το παιδί με το πρόσωπο που το φροντίζει. Το βρέφος, προκειμένου να ικανοποιήσει τις βιολογικές του ανάγκες, πρέπει να βρίσκεται κοντά στο πρόσωπο που το φροντίζει. Για τον λόγο αυτό, το κλάμα του παιδιού ή ο φόβος που εκδηλώνει προς τα ξένα πρόσωπα αποτελούν προσπάθειες που διευκολύνουν το παιδί να διατηρήσει ή να επανακτήσει την προσοχή του προσώπου που το φροντίζει. Στις περιπτώσεις όμως που για κάποιο λόγο η ανάπτυξη αυτού του συναισθηματικού δεσμού δεν γίνει ομαλά, τότε δημιουργείται ένα

είδος ανασφαλούς δεσμού, το οποίο εσωτερικεύεται από το παιδί με μορφή μοντέλου εργασίας. Αυτό το μοντέλο εργασίας θα αποτελεί στο μέλλον τη βάση για τον προσδιορισμό του τρόπου με τον οποίο το παιδί θα αντιλαμβάνεται και θα ερμηνεύει τον κόσμο γύρω του. Επομένως, τα παιδιά τα οποία καταλήγουν να αντιλαμβάνονται τον κόσμο γύρω τους ως απρόσιτο, εχθρικό και απειλητικό, είναι πιθανόν αργότερα να εκδηλώσουν συμπτώματα άγχους και αποφευκτικής συμπεριφοράς. Αυτές οι τόσο διαφορετικές προσεγγίσεις παραπέμπουν στην πολυπαραγοντική αιτιολογία του άγχους και των φοβιών στα παιδιά. Με μια και μόνο θεωρία φαίνεται να είναι αδύνατη η ερμηνεία όλων των περιπτώσεων διαταραχών άγχους καθώς επίσης και όλου του φάσματος των συμπτωμάτων με τα οποία μπορεί να εκδηλωθούν οι διαταραχές αυτές. Άλλωστε οι μηχανισμοί παθογένεσης ενδέχεται να είναι διαφορετικοί ανάλογα με το είδος της διαταραχής άγχους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Είναι γεγονός ότι, κάθε θεωρία πρεσβεύει τις δικές τις αρχές και τα δικά της πιστεύω όσον αφορά την ερμηνεία του άγχους και της φοβίας. Συνοπτικά, είδαμε την ψυχαναλυτική θεωρία, να ερμηνεύει το άγχος ως μια οδυνηρή εμπειρία που αισθάνεται το άτομο για μια απειλή ή κίνδυνο και τη φοβία ως κάποια απωθημένα του ατόμου που δε θέλει να ενδώσει σ'αυτά και να φανερώσει διάφορες απραγματοποίητες και ασυνείδητες επιθυμίες. Για την θεωρία της συμπεριφοράς, το άγχος δημιουργείται όταν το άτομο δε μπορεί να ξεφύγει από αυτό και ψάχνει διάφορους τρόπους αποφυγής παρά αντιμετώπισης για να μπορέσει να επιβιώσει. Στην κοινωνική – γνωστική θεωρία, υπάρχουν τρεις αλληλένδετοι παράγοντες το άτομο, το περιβάλλον και η συμπεριφορά. Όταν οι σχέσεις αυτές δεν επηρεάζονται και λειτουργούν ενιαία (συμπεριφορά – επίδραση στο περιβάλλον – άτομο) τότε το άτομο ζει φυσιολογικά και αρμονικά. Όταν έστω κι ένας από τους παράγοντες δεχτεί «επίθεση» τότε η αρμονία διαταράσσεται και επέρχονται αρνητικές συνέπειες στη ζωή του ατόμου. Στην θεωρία του άγχούς του αποχωρισμού, κύρια πηγή του άγχους θεωρείται, η προσκόλληση στο άτομο που φροντίζει το βρέφος και η πιθανή εγκατάλειψη του προκαλεί συναισθήματα φόβου και δυσφορίας.

Ανάμεσα στις θεωρίες μπορούμε να επισημάνουμε κάποιες ομοιότητες και διαφορές που θα μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε καλύτερα τις συμπεριφορές του παιδιού στην ηλικία που εκδηλώνει κάποια αγχώδη συμπεριφορά ή φοβία.

Μελετώντας την ψυχαναλυτική θεωρία του Freud και την θεωρία του άγχους του αποχωρισμού του Bowlby, κύρια ομοιότητα τους είναι η εγκατάλειψη της φροντίδας του βρέφους και η εκδήλωση άγχους και φοβίας ταυτόχρονα. Πιο συγκεκριμένα, στην ψυχαναλυτική θεωρία οι νευρώσεις οι οποίες είναι αποτέλεσμα των συγκρούσεων που νιώθει το παιδί μεταξύ των δικών του επιθυμιών ή απαιτήσεων που έχει, εκδηλώνονται ως συναισθήματα άγχους όταν πιστεύει ότι κάτι θα συμβεί και θα χάσει την γονεική φροντίδα και αγάπη. Το ίδιο συμβαίνει και με την θεωρία του άγχους του αποχωρισμού, όπου τα βρέφη και τα παιδιά βιώνουν άγχος αφού πιστεύουν ότι τα άτομα που τα φροντίζουν κάποια στιγμή θα φύγουν από κοντά τους και θα μείνουν μόνα τους. Τα βρέφη αναπτύσσουν ένα ιδιαίτερο δεσμό με την μητέρα ή το άτομο που το φροντίζει. Αν αντιληφθεί ότι αυτό το άτομο θα φύγει από κοντά του προσπαθεί με το κλάμα του να τραβήξει την προσοχή του και να το στέψει πάλι κοντά του.

Μια άλλη ομοιότητα αφορά την γνωστική – φαινομενολογική θεωρία των Lazarus και Folkman και την κοινωνική γνωστική θεωρία του Bandura, όπου και στις δύο θεωρίες σημαντικό ρόλο παίζουν τρεις παράγοντες το άτομο, το περιβάλλον και η συμπεριφορά. Εάν οι αντιδράσεις του ατόμου, η συμπεριφορά του καθώς και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και τα ερεθίσματα θεωρούνται απειλητικά, τότε προκαλούν άγχος στο άτομο επειδή δεν γνωρίζει πώς να αντιδράσει σ’αυτά τα γεγονότα. Για να βρούμε την αιτία πρόκλησης άγχους πρέπει να εξετάσουμε τις γνωστικές διεργασίες που εμπλέκονται στο γεγονός που συνέβη, στην αντίδραση του ατόμου και στις αρνητικές επιπτώσεις που έχει το γεγονός στην επίδοση του.

Σημαντική είναι η διαφορά που εντοπίζεται από τις θεωρίες των J. B. Watson και Bandura, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι διαφορετικές πηγές μεταβλητών μπορούν να επηρεάσουν την προέλευση των συναισθηματικών αντιδράσεων του παιδιού. Αρχικά ο J. B. Watson, υποστηρίζει ότι τα παιδία πρέπει να εκπαιδεύονται σε διάφορες καταστάσεις και μέσα από αυτές να μαθαίνουν δεξιότητες που θα τους βοηθήσουν να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση και θάρρος όταν έρθουν αντιμέτωπα με φοβικές καταστάσεις. Έχει αντίθετη άποψη με τον Freud, ότι για την απόκτηση δεξιοτήτων σημαντικό ρόλο παίζουν οι κληρονομικοί παράγοντες. Πιστεύει ότι, οι γενετικοί παράγοντες επηρεάζουν ως κάποιο βαθμό την ανάπτυξη του παιδιού αλλά το υπόλοιπο έργο το κατέχει εξολοκλήρου το περιβάλλον μέσω του οποίου το παιδί αναπτύσσει τον εαυτό και την προσωπικότητα

του. Αντίθετα ο Bandura πιστεύει ότι, το παιδί μπορεί να μάθει συμπεριφορές μόνο από την παρατήρηση προτύπων. Λόγω της ανώριμης σχετικά ηλικίας του δε μπορεί να μάθει από μόνο του δεξιότητες εκτός κι αν παρατηρεί κάποιο άλλο πρόσωπο να κάνει αυτή την δραστηριότητα. Αν το πρότυπο που ακολουθεί έχει θετικά συναισθήματα για μια δραστηριότητα π.χ. κολύμπι τότε το παιδί επιθυμεί κι αυτό να κολυμπήσει, αντίθετα, αν έχει αρνητικά συναισθήματα π.χ. φοβάται να πλησιάσει τη θάλασσα τότε το παιδί μιμείται την αντίδραση του προτύπου και αποφεύγει τη θάλασσα και την κολύμβηση. Το πρότυπο που θα επιλέξει το παιδί παίζει καθοριστικό ρόλο στις αντιδράσεις του παιδιού αν δηλαδή θα μάθει να φοβάται ή όχι.

Κατά την άποψη μου, ο κάθε ερευνητής αναλύει με τον δικό του τρόπο την δική του θεωρία πιστεύοντας ότι, περιλαμβάνει όλα εκείνα που μπορούν να εξηγήσουν την δημιουργία και την εκδήλωση του άγχους και φοβίας. Η κάθε θεωρία υποστηρίζει ότι, για την εμφάνιση αγχώδων διαταραχών και φοβίας οφείλονται προσωπικοί – ατομικοί παράγοντες, περιβαλλοντικοί παράγοντες καθώς και παράγοντες συμπεριφοράς έχοντας πάντα τον ένα παράγοντα να κυριαρχεί σε μεγαλύτερο βαθμό σε σύγκριση με τους άλλους.

Η θεωρία που υποστηρίζω πιο πολύ και βρίσκεται πιο κοντά στα δικά μου πιστεύω για την εκδήλωση διαταραχών άγχους και φοβίας είναι η θεωρία του άγχους αποχωρισμού ή θεωρία προσκόλλησης του Bowlby. Ένα παιδί που έρχεται στον κόσμο έχει την ανάγκη να νιώθει ασφάλεια και εμπιστοσύνη και να έχει κοντά του άτομα που το αγαπούν και το νοιάζονται. Επειδή, δεν είναι σε θέση να ικανοποίηση μόνο του τις βιολογικές και συναισθηματικές του ανάγκες αναζητά αυτή την φροντίδα στο πρόσωπο που βρίσκεται κοντά του συνεχώς. Με αυτό το άτομο αναπτύσσει ένα ισχυρό δεσμό και μια δυνατή σχέση αγάπης και εμπιστοσύνης. Το παιδί προσκολλάται πάνω στο άτομο αυτό είτε είναι η μητέρα, είτε ο πατέρας, είτε ένα πρόσωπο από το περιβάλλον του και νιώθει οικεία και όμορφα μαζί του. Σε περίπτωση που για οποιοδήποτε λόγο αυτό το άτομο απομακρυνθεί το παιδί αντιδρά με κλάμα προσπαθώντας να τραβήξει και πάλι την προσοχή του και να το στρέψει κοντά του. Αν επιτύχει το στόχο του το παιδί αντιλαμβάνεται ότι στην περίπτωση απομάκρυνσης το «όπλο» προσέγγισης είναι το κλάμα και τότε αρχίζει και για τους δυο ένας φαύλος κύκλος. Ωστόσο, υπάρχουν παιδιά που δεν έχουν την απαραίτητη αγάπη και φροντίδα και πιο πολύ βιώνουν συναισθήματα παραμέλησης και

αδιαφορίας. Για τα παιδιά αυτά ο ασφαλής δεσμός δεν αναπτύσσεται σε ικανοποιητικά επίπεδα με αποτέλεσμα να μη νιώθουν αποδεκτά. Όταν η μητέρα τα πλησιάσει νιώθουν ωραία και μόλις αυτή απομακρυνθεί από κοντά τους αποκτούν συναισθήματα άγχους και φόβου. Ο λόγος πρόκλησης του άγχους βρίσκεται στην αντιμετώπιση που έχει το βρέφος από τους πρώτους μήνες που έρχεται στη ζωή. Από εκεί το βρέφος θα αναπτύξει την αυτοπεποίθηση του και θα ενισχύσει τη συμπεριφορά του με το πέρασμα των χρόνων. Πιστεύω ότι, η προσοχή που θα λάβει το παιδί από την βρεφική, νηπιακή, παιδική του ηλικία θα το βοηθήσουν να ενισχύσει την προσωπικότητα του και να κτίση το χαρακτήρα του πάνω σε θεμέλια ασφάλειας, εμπιστοσύνης και αγάπης αφού θα νιώθει δυναμικό και ισχυρό να αντιμετωπίσει οποιαδήποτε δυσκολία βρεθεί στο δρόμο του. Κάθε αγχώδης διαταραχή ή φοβία που εκδηλώνεται σε μεγαλύτερη ηλικία οφείλεται στην αντιμετώπιση που είχε το παιδί όταν ήταν βρέφος και η φροντίδα που είχε λάβει.

Κεφάλαιο 4 Η αναπτυξιακή πορεία των παιδιών με αγχώδεις διαταραχές και φοβίες

Στο κεφάλαιο αυτό θα δούμε την αναπτυξιακή πορεία των παιδιών, έτσι όπως έχει καταγραφεί μέσα από διάφορες έρευνες, πως εκδηλώνονται οι διάφορες διαταραχές, ποιες διαταραχές και σε ποιες ηλικίες εμφανίζονται πιο συχνά και ποιοι παράγοντες εμπλέκονται στην εμφάνιση άγχους και φοβίας.

Στην διάρκεια της εξέλιξης του παιδιού συμβαίνουν ποσοτικές και ποιοτικές μεταβολές του φόβου. Από την ηλικία των οκτώ μηνών το παιδί δείχνει την δυσαρέσκεια του, όταν το πλησιάζει κάποιος άγνωστος. Στην συνέχεια εμφανίζονται οι νυχτερινοί φόβοι, που έχουν σχέση με τους φόβους οι οποίοι αποκτήθηκαν από πείρα και διαπαιδαγώγηση και αποτελούν πολύ πρώιμες εκδηλώσεις του άγχους (Bey – Janaud & Foubert, 1985).

Σύμφωνα με την έρευνα του Kagan (1997, παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, σελ.185) τα βρέφη τα οποία αντιδρούν με υπερβολική κινητική δραστηριότητα και δείχνουν να ενοχλούνται κατά την παρουσίαση καινούργιων ερεθισμάτων στην ηλικία των τεσσάρων μηνών, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν φοβίες κατά την νηπιακή ηλικία και αγχώδεις διαταραχές αργότερα. Αυτή η τάση αποφυγής των νέων ερεθισμάτων καθιστά ευάλωτα τα παιδιά αυτά για την ανάπτυξη διαταραχών άγχους.

Διαπρεπείς ψυχαναλυτές τόνισαν ιδιαίτερα τη σημασία της αγωνίας του παιδιού, από την βρεφική ηλικία. Ο Αμερικανός ψυχολόγος R. Spitz υποστήριξε, ύστερα μάλιστα από σχετικές έρευνες, ότι η αγωνία εμφανίζεται από τον 8^{ο} μήνα της ζωής του παιδιού, όταν η μητέρα απουσιάζει και άγνωστα πρόσωπα πλησιάζουν το βρέφος. Το παιδί τότε ανησυχεί, πράγμα που φαίνεται στις συσπάσεις του προσώπου του. Η αγωνία που νιώθει δεν είναι κάτι το παθολογικό αλλά μια φυσιολογική αντίδραση στο άγνωστο. Το παιδί μπορεί πλέον να διακρίνει το ξένο από το οικείο. Η κατάσταση αυτή, που πιστοποιείται με τους αγωνιώδεις μορφασμούς του παιδιού φανερώνει ότι η συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού ακολουθεί φυσιολογική πορεία. Γενικές μελέτες του φόβου έδειξαν ότι η μεγαλύτερη συχνότητα του εμφανίζεται κατά το 12^{ο} έτος της ηλικίας. Έδειξαν ακόμα ότι μετά το 16^{ο} έτος της ηλικίας οι φόβοι κάμπτονται, αλλά δεν εξαφανίζονται ποτέ. Όλοι οι άνθρωποι θα νιώθουν το συναίσθημα αυτό σε όλη τους τη ζωή. Ζωή χωρίς φόβους και αγωνίες δεν νοείται. Δεν υπάρχει φυσιολογικός άνθρωπος που να μη φοβάται, αλλά και

που να μη νιώθει μικρές ή μεγάλες αγωνίες. Κατά την εφηβική ηλικία, ο φόβος και το άγχος παίρνουν έντονη μορφή. Η ανάπτυξη της νοημοσύνης, η κατάκτηση της λογικής σκέψης, διαλύει πολλούς φόβους και πολλές αγωνίες (Κρασανάκης, 1988).

Στη συνέχεια, το παιδί των δυο χρόνων φοβάται συχνά μήπως το δαγκώσουν, μήπως το φάνε ή το κυνηγήσουν ζώα που έχει δει ή ζώα για τα οποία του έχουν μιλήσει. Στην ηλικία των τριών χρόνων εμφανίζονται τα φαντάσματα και οι μάγισσες στα όνειρα του και δυσκολεύεται να ξεφύγει από αυτά. Αργότερα, παρουσιάζονται φοβίες, αρχικά για τα μεγάλα οικιακά ζώα και στη συνέχεια για τα πιο μικρά. Το χαρακτηριστικό του φόβου για τα μικρά ζώα δε σχετίζεται τόσο με το μέγεθος τους, όσο με τα αηδιαστικά χαρακτηριστικά τους. Προκαλούν φόβο γιατί είναι απεχθή και η ιδέα της επαφής με αυτά προκαλεί άγχος (Bey – Janaud & Foubert, 1985).

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, τα παιδιά των οποίων οι γονείς παρουσιάζουν αγχώδη διαταραχή έχουν εφτά φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν την ίδια διαταραχή σε σχέση με άλλα παιδιά. Έχει επίσης διαπιστωθεί πως ακόμη και οι πρώτου βαθμού συγγενείς παιδιών με αγχώδεις διαταραχές έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάζουν παρόμοια προβλήματα σε σχέση με τους συγγενείς παιδιών χωρίς αγχώδεις διαταραχές, π.χ. το 20% των γονέων εφήβων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή παρουσιάζει την ίδια διαταραχή, ενώ το 50% των γονέων των εφήβων αυτών παρουσιάζει κάποια μεμονωμένα συμπτώματα της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (Bernstein & Borchardt, 1991, Last, et al., 1987, Piacentini & Graae, 1997, παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.185).

Ενδείξεις για το ρόλο της κληρονομικότητας στην εμφάνιση των διαταραχών άγχους έχουμε κι από έρευνες με διδύμους. Στις περιπτώσεις των μονοζυγωτικών διδύμων οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται σε μεγαλύτερα ποσοστά και στα δυο αδέλφια σε σχέση με τους διζυγωτικούς δίδυμους. Έχει διαπιστωθεί όμως, ότι σε περιπτώσεις διζυγωτικών διδύμων όπου γίνεται διάγνωση αγχώδους διαταραχής δεν είναι πάντα ο ίδιος και στα δύο αδέλφια. Η διαπίστωση αυτή ενισχύει την άποψη πως αυτό που κληρονομείται δεν είναι η ίδια η αγχώδης διαταραχή αλλά η προδιάθεση για την εκδήλωση άγχους σε κάποιο άτομο και πως οι περιβαλλοντικές επιδράσεις είναι αυτές οι οποίες τελικά θα καθορίσουν την μορφή με την οποία θα εκδηλωθεί η αγχώδης

διαταραχή (Andrews et al., 1990, παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.185).

Ο Biederman και οι συνεργάτες του, (2006), μελέτησαν το γεγονός ότι οι αγχώδεις διαταραχές των γονέων μπορεί να είναι αποτέλεσμα των διαταραχών άγχους των παιδιών τους και μάλιστα με υψηλό ρίσκο για την πρόκληση διαταραχής πανικού αργότερα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, η διαταραχή πανικού στους γονείς συμβάλει ώστε να προκληθεί αγοραφοβία και ιδεοψυχαναγκαστική – ψυχαναγκαστική διαταραχή στα παιδιά τους. Μέσα από αυτό δηλώνουν ότι, υπάρχουν διαφορετικοί παράγοντες ρίσκου και βαθμίδες κλίμακας (υψηλό – μέτριο – χαμηλό) που μπορούν να οδηγήσουν τα παιδιά να εκφράσουν κάποια αγχώδη διαταραχή. Κλινικά, αυτά τα αποτελέσματα, δίνουν έμφαση κυρίως στο ιστορικό της οικογένειας (για ειδικές φοβίες) και λειτουργούν σαν ένας προφητικός παράγοντας των ειδικών φοβιών που μπορεί να εκδηλώσει αργότερα το παιδί. Βρέθηκε ακόμα μέσα από τα αποτελέσματα ότι, το άγχος του αποχωρισμού των παιδιών είναι ξεκάθαρα συνδεδεμένο με το άγχος του αποχωρισμού τους από τους γονείς τους και κατά συνέπεια στην εμφάνιση διαταραχής πανικού κατά την πρώτη ενηλικίωση τους.

Σε μια έρευνα του Rao et al., (2007), σύγκριναν ομάδες παιδιών ηλικίας 7 – 12 και εφήβων ηλικίας 13 – 17 για να μελετήσουν την διαγνωση τους στην ψυχοπαθολογία των παιδιών όσον αφορά την κοινωνική αγχώδης διαταραχή (κοινωνική φοβία). Έλαβαν μέρος εκατό πενήντα παιδιά, (n= 74) παιδιά και (n= 76) έφηβοι. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι έφηβοι σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στην MASC Social Anxiety Scale και ανέφεραν περισσότερες ανησυχίες και φοβίες γύρω από την «γνωστική» άποψη. Δηλαδή, π.χ. άγχος αν τα άτομα γελούν σε βάρος τους, άγχος μήπως πρέπει να πουν μάθημα, άγχος για το τι σκέφτονται οι άλλοι γι'αυτούς. Έτσι, οι υψηλές βαθμολογίες στην MASC Social Anxiety Scale, μπορεί να έχουν αντίκτυπο και να αλληλεπιδρούν με την γνωστική ωριμότητα των εφήβων. Σε μια μεγάλη έρευνα στην Ολλανδία, (Westenberg, Drewes, Goedhart, Siebelink, & Treffers, 2004, παραπομπή στο Rao, Beidel, Turner, Ammerman, Crosby, Sallee, 2007, σελ. 1188) έχουν βρει ότι η γνωστική ωριμότητα συνδέεται άμεσα με την αύξηση του άγχους όσον αφορά την εκτίμηση των κοινωνικών φόβων κατά την διάρκεια της εφηβείας. Δηλαδή, όσο μεγαλώνει ένας έφηβος προσπαθεί όλο και περισσότερο να γίνει αποδεκτός απ'το

σύνολο, την κοινωνία, αν δεν νιώθει ότι τον δέχονται έτσι όπως είναι προσπαθεί με διάφορους τρόπους να γίνει αρεστός με αποτέλεσμα αυτή η διαρκής ανησυχία να του προκαλεί μεγάλο άγχος.

Αντίθετα, τα παιδιά με κοινωνική αγχώδη διαταραχή, είχαν ένα γενικότερο πρότυπο για την ψυχοπαθολογία σε σχέση τους έφηβους. Ανησυχούσαν περισσότερο αν έκαναν σωστά κάποια πράγματα και αγχώνονταν κυρίως για τον αποχωρισμό τους με τους γονείς τους. Ανάμεσα στην γενική κατανόηση των φοβίων και του άγχους στα παιδιά, υπήρχε μεγαλύτερη βαθμολογία ανάμεσα στα πιο νεαρά παιδιά από στους εφήβους (Beidel & Turner, 2005, παραπομπή στο Rao, Beidel, Turner, Ammerman, Crosby, Sallee, 2007, σελ. 1188).

Είναι φανερό, ότι τα παιδιά αρχικά φοβούνται – αγχώνονται για συγκεκριμένα πράγματα π.χ. αν έκαναν σωστά μια άσκηση αλλά καθώς μεγαλώνουν η έννοιες τους γενικεύονται σ'ένα ευρύ επίπεδο και αγχώνονται περισσότερο για την συνολική εικόνα και την εμφάνιση τους (Rao, Beidel, Turner, Ammerman, Crosby, Sallee, 2007).

Σε μια πιο πρόσφατη έρευνα του Kristensen και συνεργατών του, (2008), σύγκριναν ομάδες ατόμων με κοινωνική αγχώδη διαταραχή (SD) και διαταραχή πανικού (PD). Βασικό κριτήριο της έρευνας ήταν τα άτομα που θα λάμβαναν μέρος να είχαν παρουσιάσει πριν την ηλικία των 21 ετών κάποια αγχώδη διαταραχή. Από τους 491 εθελοντές οι 139 απορρίφθηκαν γιατί είχαν ξεπεράσει το όριο εμφάνισης κάποιας διαταραχής πριν του 21^{ου} έτους και δεν θα έδιναν σωστά αποτελέσματα στην έρευνα. Οι ερευνητές ήθελαν να ερευνήσουν κατά πόσο άτομα που έχουν κάποια αγχώδη διαταραχή ή φοβία από παιδιά την έχουν ακόμα και τώρα που είναι ενήλικες. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως δύσκολα ξεπερνάς μια τέτοια διαταραχή κι αν δεν καταφέρεις να την ξεπεράσεις μαθαίνεις να ζεις μ'αυτήν. Άτομα με διαταραχή πανικού αναφέρουν «οι κοινωνικοί μας φόβοι που προκαλούνται από το φόβο μήπως ντροπιαστούμε για κάτι μπορεί να μας οδηγήσει να πάθουμε πανικό μπροστά σε κόσμο». Το συμπέρασμα που προκύπτει μέσα από την παρούσα έρευνα είναι ότι, άτομα που εκδήλωσαν πριν την ηλικία των 21 ετών κάποια αγχώδη διαταραχή θα εξακολουθήσουν να την παρουσιάζουν και αργότερα στη ζωή τους.

Ενδεικτικά αναφέρεται η αναδρομική έρευνα του Lipsitz, (1994, παραπομπή στο Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2003, σελ.4) σε 252 ενήλικες ασθενείς που

παρουσίαζαν αγχώδεις διαταραχές. Η επίπτωση του άγχους του αποχωρισμού στην παιδική ηλικία ήταν μεγαλύτερη όταν υπήρχε συνοσηρότητα δύο ή περισσοτέρων αγχώδων διαταραχών στην ενήλικη ζωή, απ'ότι σε ασθενείς με μια αγχώδη διαταραχή. Γι'αυτό υποστηρίζεται ότι, το άγχος του αποχωρισμού της παιδικής ηλικίας αποτελεί παράγοντα κινδύνου για πολλαπλές αγχώδεις διαταραχές στην ενήλικη ζωή.

Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι το άγχος αποχωρισμού μπορεί να διαγνωστεί ως διαταραχή για πρώτη φορά στην ενήλικη ζωή, αλλά θεωρούν ότι προϋπάρχει διαταραχή των πρώιμων δεσμών στην νηπιακή ηλικία (Manicavasagar, Slove, Curtis, 1997, παραπομπή στο Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2003, σελ. 4).

Η εξέλιξη του άγχους του αποχωρισμού στην ενήλικη ζωή εντάσσεται σε μια ευρύτερη διαμάχη για την ταξινόμηση των αγχώδων διαταραχών. Εάν το άγχος αποχωρισμού συνδέεται αναπτυξιακά με τη διαταραχή πανικού ή την αγοραφοβία, προκύπτει η ανάγκη ταξινόμησης του άγχους σε διαφορετικές υποκατηγορίες. Αντίθετα, αν είναι γενικός παράγοντας κινδύνου για αγχώδεις διαταραχές, προάγεται η γενικότερη έννοια της «νεύρωσης», που εκδηλώνεται με ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων καθόλη τη διάρκεια της ζωής (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2003).

Για την προδιάθεση του παιδιού να εκδηλώσει άγχος και φοβία καθοριστικός παράγοντας είναι η ανατροφή του και είναι πιθανό να έχει ως αποτέλεσμα την ανασφαλή προσκόλληση του στο άτομο που το φροντίζει. Ταυτόχρονα, ο υπερβολικός έλεγχος, η υπερπροστατευτική συμπεριφορά και οι ανελέητες αντιλήψεις των γονέων τείνουν να αυξάνουν ολοένα τις πιθανότητες για να εκδηλώσει αργότερα το παιδί κάποια αγχώδη διαταραχή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Η μελέτη των φόβων ή της φοβίας, σε συνάρτηση με την ηλικία, μας δίνει ορισμένα σημεία αναφοράς. Όσο για την ιστορία της εξέλιξης η Άννα Φρόιντ πιστεύει ότι υπάρχουν στο παιδί παλιά άγχη, αποτέλεσμα της δυσκολίας του, αμέσως μετά τη γέννηση, στην προσπάθεια του να καταλάβει και να ελέγχει ορισμένες άγνωστες εντυπώσεις. Αυτές οι αγωνίες και οι φόβοι χάνονται, όσο το εγώ μεγαλώνει και η πραγματικότητα γίνεται κατανοητή. Το πέρασμα από την ανωριμότητα στην κυριάρχηση του άγχους, είναι αποτέλεσμα σημαντικής συνεργασίας παιδιού και μητέρας, στην οποία ο πατέρας είναι το τρίτο πρόσωπο (Bey – Janaud & Foubert, 1985).

Το παιδί νιώθει «ανάπηρο» να αντιμετωπίσει διάφορα γεγονότα στη ζωή του, νιώθει ότι απειλείται συνεχώς, δείχνει έλλειψη εμπιστοσύνης στις ικανότητες του να αντιμετωπίσει αυτούς τους κινδύνους που το καθιστούν ιδιαίτερα ευάλωτο σε πιεστικές και αγχογόνες καταστάσεις. Το παιδί αισθάνεται ότι ο κόσμος στον οποίο ζει δεν είναι ασφαλής και ελεγχόμενος. Έτσι λοιπόν, όταν εκτεθεί σε πιεστικές καταστάσεις, τότε ενεργοποιείται η τάση που το διακρίνει να αποφεύγει τις καταστάσεις αυτές. Επομένως, όταν το παιδί νιώσει φόβο την πρώτη φορά είναι πιθανό όταν μια παρόμοια κατάσταση εμφανιστεί να νιώσει και πάλι τα ίδια συναισθήματα. Στην προσπάθεια του να αποφεύγει ορισμένες καταστάσεις οδηγεί μοιραία στην επανάληψη της ίδιας συμπεριφοράς φόβου. Ωστόσο, δεν συνίσταται η βοήθεια κάποιου ειδικού αν η αντίδραση του παιδιού είναι σε φυσιολογικά όρια αλλά απαιτείται θεραπευτική αντιμετώπιση όταν η αποφυγή αυτών των καταστάσεων παίρνει μεγάλες διαστάσεις με αποτέλεσμα να παρεμποδίζει τη λειτουργικότητα του παιδιού και την ομαλή κοινωνική προσαρμογή του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Σύμφωνα με τις πιο πάνω έρευνες καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι, οι γενετικοί παράγοντες, οι κληρονομικοί παράγοντες, οι προσωπικές εμπειρίες και οι αγχώδεις συμπεριφορές να δημιουργήσουν άγχος και φοβίες στα παιδιά και τους έφηβους. Επίσης, είναι δύσκολο για ένα παιδί ή ένα έφηβο να ξεπεράσει την φοβία του μέχρι την ενηλικίωση του και δεν υπάρχει καμιά εγγύηση που να υποστηρίζει ότι όλες αυτές οι διαταραχές θα εξαφανιστούν μέχρι τότε. Οι γονείς και γενικότερα τα άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος έχουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη των παιδιών τους μέσα από τις δικές τους αρχές και εμπειρίες. Σαν καθοδηγητές βοηθούν τα παιδιά τους να βρουν το δρόμο τους αλλά και να αντιμετωπίσουν τυχόν δυσκολίες που θα βρουν σ’αυτόν. Αν η αντίδραση τους είναι υπερβολική αυτόματα επηρεάζει και το παιδί να αντιδρά έτσι. Για τον λόγο αυτό, πρέπει οι γονείς να αφήνουν ελεύθερα τα παιδιά τους να γνωρίσουν τον κόσμο και να ζήσουν εμπειρίες. Σε περίπτωση που χρειαστεί όμως να επέμβουν με τέτοιο τρόπο ώστε να μην είναι τραυματικός γι’αυτά και να αφήσει άσχημες αναμνήσεις που θα τις κουβαλούν μαζί τους μέχρι το τέλος της ζωής τους.

Συνοσηρότητα

Μέσα από αυτό το κεφάλαιο θα εξετάσουμε την σχέση που έχουν οι διαταραχές άγχους μεταξύ τους αλλά και σε σύγκριση με άλλες διαταραχές πόσο συχνά εμφανίζονται στην σύγχρονη βιβλιογραφία και έρευνα.

Έχουν αναφερθεί υψηλά ποσοστά συνοσηρότητας για τα παιδιά που υποφέρουν από αγχώδεις διαταραχές (Masi, Mucci, Favilla, Romano & Poli, 1999, παραπομπή στους Verduin & Kendall, 2003, σελ.290). Κάποιες μελέτες έχουν εξετάσει, αν μέσα από τα ποσοστά συνοσηρότητας, οι διαταραχές άγχους διαφέρουν αναμεταξύ τους και κάποιες άλλες έρευνες έχουν ερευνήσει το γεγονός, αν μέσα από τα ποσοστά συνοσηρότητας, μπορεί ο ειδικός να εντοπίσει κάποια διαταραχή η οποία κρίνεται ως «επικίνδυνη» και να μπορέσει στη συνέχεια να βοηθήσει στην θεραπεία της (Caron & Rutter, 1991, παραπομπή στους Verduin & Kendall, 2003, σελ.290).

Εξετάζοντας την συνοσηρότητα των διαταραχών σε ζευγάρια, (δυο διαταραχές μαζί), μπορεί συγχρόνως να συμβάλει στην νομιμοποίηση των τωρινών διακρίσεων και να ξεκαθαρίσει τι συμβαίνει ανάμεσα στις διαγνωστικές κατηγορίες ή στην ανάπτυξη νέων μεθόδων ταξινόμησης της ψυχοπαθολογίας των ατόμων. Επίσης, η αναγνώριση της συνοσηρότητας σε ζευγάρια δίνει την δυνατότητα να ανακαλυφθούν νέες θεραπείες για τις αγχώδεις διαταραχές (Verduin & Kendall, 2003).

Οι Verduin & Kendall (2003), στην προσπάθεια τους να ερευνήσουν τις διαφορές της συνοσηρότητας των αγχώδων διαταραχών ανάμεσα σε παιδιά ηλικίας 8 – 13 χρόνων, με αρχική διάγνωση γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, άγχος αποχωρισμού ή κοινωνική φοβία, βρέθηκε ότι, τα παιδιά με αρχική διάγνωση άγχος αποχωρισμού είχαν υψηλότερα ποσοστά συνοσηρότητας με τα παιδιά που είχαν αρχική διάγνωση γενικευμένη αγχώδης διαταραχή παρά με τα παιδιά με κοινωνική φοβία, ενώ όλες οι ομάδες διέφεραν πολύ από την ομάδα των παιδιών με αρχική διάγνωση γενικευμένη αγχώδης διαταραχή η οποία είχε τα υψηλότερα ποσοστά. Ακόμη, οι διαταραχές διάθεσης ήταν πιο συχνές σε παιδιά με γενικευμένη αγχώδης διαταραχή ή κοινωνική φοβία παρά στα παιδιά με άγχος αποχωρισμού. Ανάμεσα στις αγχώδης διαταραχές και σε άλλες διαταραχές η συνοσηρότητα μεταξύ τους κατέλαβε το 17% του δείγματος του τεστ, ωστόσο δεν είχε βρεθεί κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες διαταραχών των δυο

κατηγοριών. Οι πιο λειτουργικές επισημάνεις της έρευνας ήταν αυτές που αφορούσαν τα παιδιά με γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και τη συσχέτιση τους με τις άλλες διαταραχές, γι'αυτό το λόγο οι ερευνητές αργότερα συζήτησαν περαιτέρω τα αποτελέσματα για να βρουν πιο αποτελεσματικές και θεραπευτικές μεθόδους για τις διαταραχές (Verduin & Kendall, 2003).

Η διερεύνηση της συνοσηρότητας στις αγχώδεις διαταραχές της παιδικής ηλικίας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην κατανόηση του άγχους στα παιδιά. Σύμφωνα με την πλειονότητα των ερευνητικών δεδομένων τα ποσοστά συνοσηρότητας των διαταραχών άγχους με άλλες διαταραχές είναι πολύ υψηλά. Επιπλέον η πιθανότητα συνύπαρξης περισσότερων τύπων κατηγοριών άγχους σε ένα παιδί εκτιμάται μεταξύ .41 και .96 για τα παιδιά που έχουν παραπεμφθεί στους ειδικούς (Last et al., 1992, παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.186).

Έχει διαπιστωθεί πως υπάρχουν υψηλά ποσοστά συνοσηρότητας μεταξύ των διαταραχών άγχους και της κατάθλιψης. Οι Strauss, Last και συνεργάτες τους, 1988, (παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.186) χρησιμοποίησαν τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-III και διερεύνησαν την πιθανότητα συνύπαρξης των διαταραχών άγχους και κατάθλιψης σε 106 εξωτερικούς ασθενείς (παιδιά και έφηβους). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το 28% των παιδιών με διάγνωση διαταραχών άγχους παρουσίαζε επίσης και κατάθλιψη. Αυτά τα παιδιά παρουσίαζαν πολύ σοβαρότερα συμπτώματα άγχους σε σχέση με τα παιδιά χωρίς κατάθλιψη.

Σε μια άλλη έρευνα των Strauss και των συνεργατών τους, 1988, (παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.186) εξετάστηκαν 55 παιδιά στα οποία με βάση τα κριτήρια του DSM-III είχε διαγνωστεί υπεραγχώδης διαταραχή. Το ποσοστό των παιδιών στα οποία συνυπήρχε κατάθλιψη ήταν 50% για τα παιδιά ηλικίας 12-19 ετών και 20% για τα παιδιά 5-11 ετών. Τα στοιχεία αυτά δεν καταδεικνύουν απλά τη συνοσηρότητα των διαταραχών άγχους και της κατάθλιψης αλλά στηρίζουν την άποψη σύμφωνα με την οποία οι αγχώδεις διαταραχές οδηγούν στην κατάθλιψη.

Εκτός από τις αγχώδεις διαταραχές που έχουν ευδιάκριτα διαγνωστικά κριτήρια, υπάρχουν ωστόσο υψηλά επίπεδα συνοσηρότητας μεταξύ άλλων διαταραχών που αλληλεπικαλύπτονται μεταξύ τους. Σε κλινικούς πληθυσμούς, παιδία που παρουσιάζουν μια αγχώδη διαταραχή αποτελούν εξαίρεση, από αυτά που παρουσιάζουν πολλές

αγχώδεις διαταραχές με ποσοστό συνοσηρότητας 70% - 80% (Brady & Kendall, 1992, Last, Strauss & Francis, 1987, παραπομπή στο McLoone, Hudson & Rapee, 2006, σελ.224). Υψηλά επίπεδα συνοσηρότητας έχουν αναγραφεί στη βιβλιογραφία, όσον αφορά τις αγχώδεις διαταραχές με άλλες διαταραχές ανάπτυξης και κατάθλιψη. Σε μια έρευνα μεταξύ παιδιών και εφήβων που είχαν αγχώδεις διαταραχές έδειξαν σημαντικό ποσοστό συσχέτισης 39% αφού παρουσίασαν και στοιχεία άλλων αναπτυξιακών διαταραχών (Anderson et al., 1987, παραπομπή στο McLoone, Hudson & Rapee, 2006, σελ.224).

Τα αποτελέσματα αυτά οφείλονται σε υπέρμετρη ανησυχία, διότι πολλά αγχώδη παιδιά μπορεί να αναφέρουν δυσκολίες στη συγκέντρωση, ένα σύμπτωμα που συμπίπτει πολλές φορές με την διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα, ή προσπάθειες να αποφύγουν φοβικές καταστάσεις, εύκολα μπορούν να παρερμηνευτούν ως αντιθετική συμπεριφορά. Τα κριτήρια για την διάγνωση των αγχώδων διαταραχών και της κατάθλιψης μαζί, περιλαμβάνουν πολύ φτωχή συγκέντρωση σε διάφορα πράγματα, ευερεθιστότητα, κούραση σωματική και πνευματική, αϋπνίες και διαταραχές διατροφής. Είναι ξεκάθαρο ότι, χρειάζεται να γίνει μια πιο ξεκάθαρη και διαχωριστική διάγνωση για να εκτιμηθούν καλύτερα και πιο ποιοτικά οι ερμηνείες των διαταραχών και να μπορούν να τεκμηριωθούν σωστά αργότερα στην διάγνωση (McLoone, Hudson & Rapee, 2006).

Μια σημαντική επισήμανση δίνεται από τους Costello & Angold (1995, παραπομπή στους Ollendick, King & Muris, 2002, σελ.99), οι οποίοι αναφέρουν ότι η συνοσηρότητα ανάμεσα στις αγχώδεις διαταραχές είναι λιγότερο συχνή σε σχέση με τις φοβίες, ενώ οι αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά συνοσηρότητας στα δείγματα με τις άλλες αγχώδεις διαταραχές που αφορούν τα παιδιά και τους έφηβους. Αυτό συμβαίνει επειδή οι φοβίες είναι σχετικά «αγνές» σε αυτά τα δείγματα, ενώ οι αγχώδεις διαταραχές τείνουν να επικαλύπτονται και να συνυπάρχουν η μια με την άλλη. Επιπλέον, οι αγχώδεις διαταραχές πολλές φορές συνυπάρχουν με εσωτερικές (ειδικά κατάθλιψη) και με εξωτερικές (διαταραχή διαγωγής – συμπεριφοράς, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα) διαταραχές ενώ στα δείγματα ερευνών για τις φοβίες δεν συμβαίνει αυτό. Γενικά, φαίνεται να υπάρχει ένα σχετικά μέτριο επίπεδο εκδήλωσης άγχους (όσον αφορά τις αγχώδεις διαταραχές) στην παιδική ηλικία, ενώ πιο συγκεκριμένα στην ειδική φοβία η οποία φαίνεται να επηρεάζει το άτομο στην ηλικία

των 2-5 χρόνων (δηλαδή το 20% - 40% του πληθυσμού) υπάρχει ένα υψηλότερο επίπεδο. Αυτό σημαίνει ότι, το 30% των παιδιών έχουν εμφανίσει κάποια ειδική φοβία μέχρι στιγμής στην αρχή της νηπιακής ηλικίας τους ή στο τέλος της νηπιακής ηλικίας τους. Αυτό το συμπέρασμα βασίζεται σε έρευνες που έγιναν στην Νέα Ζηλανδία, στην Γερμανία, στον Καναδά και στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Αυτά τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι οι παιδικές φοβίες είναι σχετικά σταθερές και σχετικά «αγνές» στα δείγματα πληθυσμού που έχουν μελετηθεί. Δηλαδή, συνήθως δεν εμπλέκονται με άλλες διαταραχές ή φοβίες όπως συμβαίνει στις αγχώδεις διαταραχές, αλλά εκδηλώνονται συγκεκριμένοι τύποι φοβίας σε κάθε ηλικία.

Διαφορετικά συμπεράσματα έχουν αναφερθεί γα τα κλινικά αποτελέσματα από τους Brady & Kendall, (1992, παραπομπή στους Ollendick, King & Muris, 2002, σελ.99), οι οποίοι αναφέρουν ότι, η συνοσηρότητα ανάμεσα στις αγχώδεις διαταραχές και σε άλλες εσωτερικές και εξωτερικές διαταραχές είναι πολύ ψηλή 61.9% στις κλινικές περιπτώσεις. Μια πολύ ψηλή τιμή βρέθηκε σε μια ομάδα παρακολούθησης κλινικών ασθενών παιδιών και εφήβων, η οποία είχε εκδηλώσει σχολειοφοβία (άρνηση για να πάνε σχολείο) σημειώνοντας το ποσοστό των 55.2% στο δείγμα που μελετούσαν οι ερευνητές, 36.4% σε παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές και 31.5% σε ένα δείγμα παιδιών ηλικίας 8-13 χρόνων τα οποία είχαν προβλήματα υγείας. Στις μελέτες τους οι Brady & Kendall, (1992), δεν απομόνωσαν την επίδραση που έχει η συνοσηρότητα ανάμεσα στην ειδική φοβία και τις αγχώδεις διαταραχές.

Συγκεκριμένα, αυτά τα αποτελέσματα επισημαίνουν ότι έρευνες που αφορούν το δείγμα των ατόμων που παρακολουθούνται από κλινικούς σημειώνουν 15% ενώ τα άτομα του γενικού πληθυσμού παρουσιάζουν 5%. Επιπλέον, οι ασθενείς που βρίσκονται υπό ιατρική παρακολούθηση (παιδιά και έφηβοι) και έχουν εκδηλώσει ειδική φοβία είναι πιο κοντά στο να εκδηλώσουν κι άλλες διαταραχές ενώ τα άτομα του γενικού πληθυσμού που έλαβαν μέρος στην έρευνα όχι. Αδιαμφισβήτητα, αυτά τα αποτελέσματα έχουν σημαντικά συμπεράσματα που μπορούν να συντελέσουν θετικά στην εκτίμηση και θεραπεία αυτής της φοβικής νεολαίας (Brady & Kendall, 1992, King, Ollendick & Gullone, 1991, Seligman & Ollendick, 1998, παραπομπή στους Ollendick, King & Muris, 2002, σελ.100).

Το σημαντικότερο στοιχείο που μπορούμε να λάβουμε υπόψη από αυτό το κεφάλαιο είναι ότι, υπάρχουν έρευνες που φανερώνουν τη σχέση ανάμεσα στις διαταραχές άγχους ή φοβίας και δεν αποκλείουν το ενδεχόμενο μια διαταραχή άγχους να προκαλέσει μια άλλη, δηλαδή το παιδί να βρίσκεται αντιμέτωπο με δυο ή περισσότερες διαταραχές. Αυτή η διαπίστωση έρχεται να επιβεβαιωθεί μέσα από τις στατιστικές μελέτες και τα ποσοστά συνοσηρότητας που αναφέρονται πιο πάνω.

Παράλληλα υπάρχουν έρευνες οι οποίες αποδεικνύουν την σχέση μεταξύ διαταραχών άγχους και μιας άλλης διαταραχής διάθεσης (π.χ. κατάθλιψη) ή συμπεριφοράς (ελλειμματική προσοχή – υπερκινητικότητα) ή διαταραχή διαγωγής. Τα παιδιά καθώς μεγαλώνουν αφού εκδηλώσουν μια αγχώδη διαταραχή είναι πολύ πιθανό στη συνέχεια της αναπτυξιακής τους πορείας να εκδηλώσουν και μια άλλη διαταραχή.

Οι έρευνες αυτές είναι πολύ σημαντικές επειδή δίνουν την δυνατότητα μελέτης, έρευνας, σχολιασμού και ανεύρεσης μιας κατάλληλης θεραπείας και εφαρμογής για την φυσιολογική ανάπτυξη και την ομαλή εξέλιξη του παιδιού.

Κεφάλαιο 5 Θεραπεία

Μέσα από αυτό το κεφάλαιο θα δούμε πια είναι η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση που πρέπει να χρησιμοποιήσουμε στα παιδιά που έχουν αγχώδεις διαταραχές ή φοβίες και ποιες είναι οι πιο αποτελεσματικές μέθοδοι και τεχνικές. Στην συνέχεια, επισημαίνονται διάφορες συμβουλές για να βοηθήσουμε το παιδί να ξεπεράσει τους φόβους του αλλά και με ποιους τρόπους οι γονείς, οι παιδαγωγοί και οι δάσκαλοι μπορούν να του συμπαρασταθούν και να το βοηθήσουν να το ξεπεράσει όσο καλύτερα γίνεται. Τέλος, γίνεται αναφορά σε κάθε αγχώδη διαταραχή και φοβία ξεχωριστά έτσι ώστε να γνωρίζουμε πια είναι η κατάλληλη θεραπεία για κάθε περίπτωση.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του άγχους και των φοβίων δεν είναι ενιαία αλλά εξαρτιέται από την περίπτωση της κάθε διαταραχής ξεχωριστά. Το άγχος επιδεινώνεται σε διάφορα στάδια, ανάλογα με τους παθογεννητικούς μηχανισμούς που βρίσκονται στη βάση του, που το προκαλούν και που το προσδιορίζουν, επειδή αυτοί οι μηχανισμοί μπορεί να είναι οργανικοί, βιολογικοί, ψυχολογικοί, γι'αυτό πρέπει να έχουν ανάλογη αντιμετώπιση σε κάθε περίπτωση (ψυχοθεραπευτική, φαρμακολογική, ψυχολογική υποστήριξη, λύσεις και υποδείξεις για καλύτερη προσαρμογή κλπ.) (Γαλανού, 1977).

Είναι σημαντικό, να αναφέρουμε ότι, οι γονείς, οι δάσκαλοι και οι παιδαγωγοί, τα άτομα που βρίσκονται στο στενό περιβάλλον των παιδιών, οφείλουν να σέβονται όλους τους φόβους και τα άγχη των παιδιών και να συμπαραστέκονται σε αυτά όταν τους βιώνουν. Το να αναγκάζεις κάποιον να αντιμετωπίσει τους φόβους του είναι ανώφελο με αποτέλεσμα να τους δυναμώνει. Για να βοηθήσεις ένα παιδί ή έναν ενήλικα να ξεπεράσει ένα φόβο, χρειάζεται χρόνος μέχρι ο φόβος να δώσει τη θέση του στην επιθυμία αυτή. Όταν η απόφαση της αντιμετώπισης έρχεται από τους μεγάλους και τα άτομα του περιβάλλοντος τότε το παιδί τον αντιμετωπίζει από εξάρτηση κι όχι από επιλογή. Κατά αυτόν τον τρόπο, δεν κινητοποιεί δικά του μέσα, δεν αισθάνεται υπεύθυνο. Άλλωστε, όταν εξαρτάται κανείς από κάποιον, ο φόβος του μεγαλώνει δε χάνεται (Καραμανιάν, 2008).

Η επιλογή των κατάλληλων μεθόδων για την αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους σχετίζεται άμεσα με τη θεωρητική προσέγγιση που υιοθετεί ο ειδικός για την κατανόηση της αιτιολογίας τους. Ωστόσο, η πλειονότητα των ερευνητικών δεδομένων καταδεικνύει

ότι οι τεχνικές οι οποίες στηρίζονται την θεωρία της συμπεριφοράς είναι οι πιο αποτελεσματικές γι'αυτού του είδους τις διαταραχές (Barrios & O'Dell, 1998, King, 1993, παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.189).

Οι παιδικές φοβίες θεραπεύονται εύκολα και σχετικά γρήγορα. Για τη θεραπεία τους εφαρμόζονται διάφορες μέθοδοι με καλά αποτελέσματα. Οι δυο συνηθέστεροι τρόποι αντιμετώπισης της φοβίας είναι η ψυχαναλυτική θεραπεία και η θεραπεία της συμπεριφοράς. Η ψυχαναλυτική μέθοδος προσπαθεί πρώτα να ανεύρει την υπολανθάνουσα αιτία της φοβίας και μετά να τη θεραπεύσει. Στην προσπάθεια αυτή ο ψυχοθεραπευτής συνάπτει καλές σχέσεις με το παιδί, συνεργάζεται με την μητέρα, χρησιμοποιεί το παιχνίδι με την αυθόρμητη συζήτηση, παρατηρεί και ερμηνεύει. Στη διαδικασία της θεραπείας της φοβίας του παιδιού της προσχολικής ηλικίας παρευρίσκεται πάντα η μητέρα του παιδιού. Έτσι, πολλές εξηγήσεις δίνονται στη μητέρα κι αυτή τις μεταβιβάζει στο παιδί της ευκολότερα από τον οποιοδήποτε τρίτο. Η μητέρα, που από κάθε άλλο ασκεί την πιο μεγάλη επίδραση στο παιδί, στηρίζει τη θεραπεία και τη συνεχίζει φυσικά και αβίαστα στο σπίτι (Μπάμνιου, 1977).

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

- **<u>Τεχνική της σταδιακής έκθεσης</u>**

Το παιδί ενθαρρύνεται να πλησιάσει την κατάσταση η οποία το τρομάζει, ενώ παράλληλα ασκείται έτσι ώστε να αντιμετωπίζει αυτό που του προκαλεί φόβο και όχι να το αποφεύγει. Ο θεραπευτής μαζί με το παιδί κατασκευάζουν έναν κατάλογο στον οποίο ιεραρχούνται οι αγχογόνες καταστάσεις, ξεκινώντας από αυτή που προκαλεί λιγότερο άγχος καταλήγοντας σε αυτή που προκαλεί περισσότερο άγχος. Στη συνέχεια το παιδί εκτίθεται σταδιακά σε καθεμία από αυτές τις καταστάσεις ακολουθώντας την ίδια ιεράρχηση. Υπολογίζεται το 75% των παιδιών με αγχώδης

διαταραχές έχει βοηθήσει σημαντικά με αυτή την τεχνική (Silverman & Kurtines, 1996, παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.190).

- **<u>Η τεχνική της συστηματικής απευαισθητοποίησης</u>**

1. Εκπαίδευση του παιδιού στη χαλάρωση,
2. Κατασκευή κλίμακας στην οποία ιεραρχούνται οι αγχώδης καταστάσεις ανάλογα με την ένταση που προκαλούν στο παιδί και,
3. Σταδιακή προσέγγιση του αγχογόνου ερεθίσματος ενώ το παιδί παραμένει χαλαρωμένο.

Στη συνέχεια, και ενώ το παιδί παραμένει χαλαρωμένο, παρουσιάζεται ξανά και ξανά το ερέθισμα το οποίο προηγουμένως προκαλούσε στο παιδί άγχος.

Οι τεχνικές της έκθεσης και της συστηματικής απευαισθητοποίησης μπορεί να εφαρμοστούν στο επίπεδο της φαντασίας, σε πραγματικές συνθήκες, με τη χρήση προτύπων, με παιχνίδι ρόλων κ.λ.π. Τα τελευταία χρόνια έχουν επινοηθεί τεχνικές συστηματικής απευαισθητοποίησης όπου το άτομο με φοβίες εκτίθεται στην εικονική πραγματικότητα με την βοήθεια ηλεκτρονικών συστημάτων. Στο θεραπευτικό κέντρο Virtually Better – το οποίο δημιουργήθηκε το 1996 – με τη βοήθεια ενός ειδικού κράνους εικονικής πραγματικότητας, άτομα τα οποία φοβούνται να ταξιδέψουν με αεροπλάνα, κάνουν πτήσεις με εικονικά αεροπλάνα, ενώ ακροφοβικοί ανεβοκατεβαίνουν με γυάλινους ανελκυστήρες σε εικονικά 50ώροφα κτίρια και αγοραφοβικοί εκφωνούν λόγο ενώπιον εικονικού ακροατηρίου (Rothbaum et al., 1997, παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ.190).

- **<u>Έκθεση σε πραγματικές συνθήκες</u>**

Είναι η πιο αποτελεσματική διότι προσφέρει στα άτομα με αγχώδεις διαταραχές την πιο πειστική απόδειξη ότι είναι ικανά να αντιμετωπίσουν τις φοβίες τους. Επομένως, εφόσον το παιδί καταφέρει μια φορά να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά την κατάσταση η οποία του προκαλούσε άγχος, στη συνέχεια θα νιώθει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη ότι θα την αντιμετωπίσει και πάλι αποτελεσματικά αν τύχει να τη συναντήσει ξανά. Ωστόσο, η εφαρμογή αυτής της τεχνικής στην κλινική πράξη συναντά συνήθως αντικειμενικές δυσκολίες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

- **Γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία (CBT)**

Στόχος της μεθόδου αυτής είναι να βοηθήσει το παιδί να κατανοήσει τους μηχανισμούς με τους οποίους οι αντιλήψεις του, ο τρόπος δηλαδή με τον οποίο σκέφτεται, συμβάλλουν στην εκδήλωση των συμπτωμάτων άγχους. Στην συνέχεια, η Γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία (CBT) βοηθά το παιδί να τροποποιήσει τις δυσλειτουργικές του αντιλήψεις με σκοπό την μείωση των συμπτωμάτων του. Αυτή η τεχνική συχνά χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με τις τεχνικές θετικής ενίσχυσης, της έκθεσης στο αγχογόνο ερέθισμα και της χαλάρωσης (Kendall & Treadwell, 1996, παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, σελ. 191).

Η συμπεριφορική θεραπεία και η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία συνήθως εστιάζονται στην τρέχουσα κατάσταση και όχι στο παρελθόν. Επικεντρώνονται περισσότερο στις αντιλήψεις του ατόμου για την ζωή του και λιγότερο στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του. Η συμπεριφορική θεραπεία και η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία στοχεύουν στο να διευκολύνουν το άτομο να αλλάξει τον τρόπο που ζει στη ζωή του. Αυτό το επιτυγχάνουν βοηθώντας το άτομο να αλλάξει τον τρόπο που ζει – εφόσον αυτός καθίσταται προβληματικός – ενώ ταυτόχρονα το ενθαρρύνουν να εντοπίσει και να υιοθετήσει πιο λειτουργικές και αποτελεσματικές αντιλήψεις και μορφές συμπεριφοράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Πώς να συμπαρασταθούμε και να βοηθήσουμε ένα παιδί να ξεπεράσει τους φόβους του:

Καμιά φορά οι γονείς δεν υπολογίζουν τη σημασία των φόβων του παιδιού τους επειδή τους θεωρούν άτοπους τους προσπερνούν βιαστικά, π.χ. πετούν το παιδί στο νερό παρά τα ουρλιαχτά του, πιστεύοντας ότι έτσι θα μάθει καλύτερα και πιο γρήγορα κολύμπι, χωρίς να σκέφτονται την περίπτωση να αφήσουν το παιδί να δαμάσει με το δικό του ρυθμό αυτό το παράξενο στοιχείο το νερό. Η κακομεταχείριση ενός παιδιού δεν είναι αποτελεσματική μέθοδος για να το βοηθήσουμε να ξεπεράσει τους φόβους του και μπορεί μακροπρόθεσμα να έχει άσχημες επιπτώσεις. Ένας φόβος έχει λόγω ύπαρξης έστω κι αν είναι ακατανόητος για τον ενήλικα. Ο φόβος πρέπει να ακούγεται, να είναι σεβαστός και καλοδεχούμενος, θαρραλέος δεν είναι αυτός που δεν αισθάνεται φόβο, αλλά αυτός που το βιώνει μέσα του, τον αναγνωρίζει, τον αποδέχεται και παίρνει τις πληροφορίες που μεταφέρει, το επικίνδυνο είναι να μην νιώθεις φόβο. Τα παιδιά που ο θυμός τους περιφρονείται συστηματικά, δε γίνονται ειλικρινείς και θαρραλέοι ενήλικες. Μπορούν να αρνηθούν κάθε φορά το φόβο τους και να γίνουν ριψοκίνδυνα. Έχουν την τάση να διακινδυνεύουν όλο και πιο πολύ για να νιώσουν επιτέλους κάτι και να δοκιμάσουν τις ικανότητες του αυτοελέγχου και της αυτοκυριαρχίας τους (Καραμανιάν, 2008).

Στις παρακάτω συμβουλές των συγγραφέων, μαθαίνουμε τρόπους που μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά να ξεπεράσουν τα άγχη και τις φοβίες τους σταδιακά και σταθερά χωρίς να τους αφήσουν τραυματικές εμπειρίες από τις οποίες θα δυσκολευτούν να ξεφύγουν στο μέλλον. Οι συμβουλές αυτές είναι ένας χρήσιμος οδηγός όχι μόνο για τους γονείς, αλλά και για τους παιδαγωγούς, τους ψυχολόγους, τους δασκάλους και γενικότερα, όλους τους ενήλικους που θέλουν να βοηθήσουν ένα παιδί να αντιμετωπίσει τους φόβους του αλλά δεν ξέρουν πώς να το κάνουν σωστά και «ανώδυνα».

- Αρχικά, ακούστε πολύ προσεκτικά οτιδήποτε έχει να σας πει το παιδί για το φόβο του. Βοηθήστε το να καταλάβει ότι είναι φυσιολογικό να φοβάται και να ανησυχεί για μερικά πράγματα. Και μόνον αφού το ακούσετε, διαβεβαιώστε το ότι αυτό που τώρα φαίνεται τρομακτικό και συγκλονιστικό μπορεί να αντιμετωπιστεί, και πως όσο μεγαλώνει, θα μάθει να ξεπερνάει τους φόβους του.

(Brazelton, 1998). Ακούω δε σημαίνει ότι προσέχω μόνο τι λέει, σημαίνει επίσης ότι, βοηθάω το παιδί να εκφράσει την αλήθεια του. Το παιδί δε γνωρίζει τα πραγματικά κίνητρα του φόβου του. Ακούγοντας το θα το βοηθήσουμε να τα ανακαλύψει (Καραμανιάν, 2008).

- Μπορούμε να του μιλήσουμε παράλληλα για τα δικά μας βιώματα και συναισθήματα όταν ήμασταν και εμείς μικρό αγόρι ή μικρό κορίτσι. Εάν είχαμε τους ίδιους φόβους ή κάποιον άλλο. Να τα μοιραστούμε μαζί του (Καραμανιάν, 2008).
- Ικανοποιούμε την ανάγκη του παιδιού για πληροφόρηση. Το παιδί μας έχει έρθει σ'επαφή με τους δικούς του τρόπους αντίδρασης χρειάζεται όμως, και πληροφορίες, π.χ. αν ο σκύλος που φοβάται είναι επικίνδυνος ή όχι. Αυτός που φοβάται χρειάζεται να καθησυχάζεται, να ενθαρρύνεται και να ενημερώνεται (Καραμανιάν, 2008).
- Ταυτόχρονα, οι παιδαγωγοί και οι δάσκαλοι, πρέπει να αντιμετωπίζουν με ιδιαίτερο τρόπο τα παιδιά με φοβίες και άγχος και να μην τα αγνοούν ή να εξαναγκάζουν με διάφορους τρόπους να αντιμετωπίσουν εδώ και τώρα τον φόβο τους (Brazelton, 1998). Είναι πολύ βασικό να μην υπάρχει ίχνος πίεσης στην στάση μας, να μην επιθυμούμε να ξεπεράσει το παιδί το φόβο του μπροστά μας, γιατί θα νιώσει αναγκασμένο να εκπληρώσει την επιθυμία μας και ο καταναγκασμός γεννά φόβο. Μόνο η ελεύθερη επιλογή του δίνει την αίσθηση ότι εξουσιάζει τον περίγυρο του και δημιουργεί τις κατάλληλες συνθήκες για να ξεπεράσει τους φόβους του (Καραμανιάν, 2008).

Γονείς και δάσκαλοι πρέπει να αποφεύγουν να δημιουργούν φοβίες στα παιδιά αλλά να προσπαθούν να ενισχύουν τους φόβους του παιδιού για να το βοηθήσουν να τους ξεπεράσει, με τις πιο κάτω τεχνικές και διαδικασίες:

- Δεν το υπερπροστατεύουν, όταν δείχνει φόβο.
- Δεν προσπαθούν σε παιδιά με δυσκολίες μάθησης να λιγοστέψουν τον φόβο με περισσότερη άσκηση.
- Αποφεύγουν να δώσουν προσοχή στο παιδί, όταν εκδηλώνει τους φόβους του, ενώ αντίθετα δείχνουν μεγάλη προσοχή, αγάπη, τρυφερότητα και κατανόηση

προς το παιδί αυτό σ'όλες τις άλλες περιπτώσεις που δεν δείχνει φόβο (Πίανος, 1998).

Οι μέθοδοι και οι τεχνικές, που αποδείχτηκαν *πιο αποτελεσματικές*, για να βοηθηθεί το παιδί να ξεπεράσει τους φόβους του, συνίστανται παρακάτω:

► Να βοηθήσουμε το παιδί να *αναπτύξει δεξιότητες*, με τις οποίες να μπορεί να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το φοβικό αντικείμενο ή τη φοβική κατάσταση (π.χ. όταν φοβάται το σκοτάδι, να έχει ένα φακό δίπλα στο μαξιλάρι του και να τον ανάβει)

► Να φέρνουμε το παιδί *σταδιακά σε επαφή* και κατάλληλη αλληλεπίδραση με το φοβικό αντικείμενο.

► Να δώσουμε στο παιδί ευκαιρίες *να γνωρίσει, βαθμιαία*, το φοβικό αντικείμενο ή την φοβική κατάσταση κάτω από συνθήκες που το παιδί νιώθει απόλυτα ασφαλές (Herbert,1989).

Οι μέθοδοι που αποδείχτηκαν ότι βοηθούν *μερικές μόνο φορές* το παιδί να ξεπεράσει τους φόβους του, συνίστανται στα παρακάτω:

- Να εξηγούμε με λόγια στο παιδί και να το *διαβεβαιώνουμε* ότι το φοβικό αντικείμενο δεν αποτελεί απειλή και ότι δεν είναι επικίνδυνο (Herbert, 1989).
- Να εξηγούμε με λόγια, και ταυτόχρονα να του *δείχνουμε στην πράξη* ότι το φοβικό αντικείμενο δεν είναι επικίνδυνο (Herbert, 1989).
- Να συζητήσουμε μαζί του το πώς προσπαθεί να ριψοκινδυνέψει θέλοντας να στηριχθεί στις δικές του δυνάμεις και να φύγει από την αγκαλιά των γονιών του, και πόσο αναστατώνεται – και δικαιολογημένα – με όλα αυτά (Brazelton, 1998).
- Να αναφέρουμε στο παιδί *παραδείγματα θαρραλέας αντιμετώπισης* του φοβικού αντικειμένου. (Συχνά οι γονείς χρησιμοποιούν το παράδειγμα άλλων παιδιών που δεν έχουν φόβους) (Herbert, 1989).
- Να του προτείνουμε να ρωτήσει τους φίλους του πώς τα βγάζουν πέρα με τους δικούς τους φόβους. Να του μιλήσουμε τους για τους δικούς μας φόβους όταν ήμασταν στην ηλικία του και πως μάθαμε να τους ξεπερνούμε (Brazelton, 1998).
- Να οδηγήσουμε το παιδί, με την διαδικασία της τοποχρονικής συνεξάρτησης, να «πιστέψει» ότι το φοβικό αντικείμενο δεν είναι καθόλου επικίνδυνο, αλλά απεναντίας ότι είναι ευχάριστο (Herbert, 1989).

- Όταν επιτέλους κατανικήσει τους φόβους του, να υπογραμμίσουμε το γεγονός, ώστε να διδαχθεί από την επιτυχία του. Αν σχολιάζουμε τις επιτυχίες του, όχι μόνο θα το αποσπάσουμε από την σφαίρα του φόβου και θα το οδηγήσουμε στη σφαίρα της επιτυχίας, αλλά θα δημιουργηθεί κι ένα πρότυπο συμπεριφοράς και για τους δυο. (παιδί – γονέα) (Brazelton, 1998).
- Αν οι φόβοι αρχίσουν να κυριεύουν τη ζωή του παιδιού, αν οι φόβοι διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα (πάνω από έξι μήνες), αν επηρεάζουν την ικανότητα του να κάνει φίλους, τότε συνιστάται η βοήθεια κάποιου ειδικού. Αυτοί οι φόβοι ίσως είναι η κραυγή του παιδιού προς τους γονείς του που ζητάει απεγνωσμένα βοήθεια (Brazelton, 1998).

Γενικά οι παιδαγωγοί (γονείς και δάσκαλοι) θα πρέπει να δείχνουν κάποια εμπιστοσύνη στο παιδί και να δημιουργούν ευκαιρίες για ανάπτυξη πρωτοβουλιών του. Δεν θα πρέπει να παραφορτώνεται αλλά ούτε και να απαλλάσσεται από τις υποχρεώσεις του. Η απαίτηση να ξεπερνά το παιδί τα προβλήματα του μόνο του θα είναι φιλική αλλά σταθερή και επίμονη. Συνήθως ξεκινάμε με απλά και εύκολα προβλήματα και προχωρούμε σιγά σιγά στα δυσκολότερα. Παράλληλα μπορούν να δείχνουν και κάποιες τεχνικές και να συζητούν με το παιδί για διάφορες λύσεις και τρόπους αντιμετώπισης (Πίανος, 1998).

Ο Herbert, (1989), διαπίστωσε επίσης, ότι ακόμη και χωρίς καμία απολύτως βοήθεια, τα παιδιά κατορθώνουν να ξεπεράσουν τους φόβους τους και αυτό γίνεται είτε ως μέρος της γενικής πορείας προς την ωριμότητα είτε χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες τεχνικές:

- Κάνοντας συνεχή προσπάθεια να ξεπεράσουν τους φόβους τους, φέρνοντας στη σκέψη τους κάθε φορά τη βοήθεια που μπορούν οι ενήλικοι να τους προσφέρουν ή με το να σκέπτονται κάτι ευχάριστο, όπως π.χ. τα αγαπημένα τους παιχνίδια κ.λ.π.
- Συζητώντας με άλλους για τα πράγματα και τις καταστάσεις που τους προκαλούν φόβο.
- Συζητώντας με τον εαυτό τους και προσπαθώντας να διαπιστώσουν πόσο πραγματικός ή παράλογος είναι ο κίνδυνος που νιώθουν για τρομερά, ανύπαρκτα πλάσματα (φαντάσματα ή άγρια ζώα) ή για φαντασιώσεις ή για γεγονότα, όπως ο θάνατος, προς τα οποία νιώθουν έντονους φόβους.

Διαταραχή Άγχους του Αποχωρισμού

Σύμφωνα με τον Bowlby, (1988), και την θεωρία της προσκόλλησης στην ψυχοθεραπεία, ένας σημαντικός στόχος της ψυχοθεραπείας είναι η επανεκτίμηση των ανεπαρκών και αναχρονιστικών μοντέλων εργασίας του εαυτού σε σχέση με τα πρόσωπα της προσκόλλησης, ένα ιδιαίτερο δύσκολο έργο εάν οι σημαντικοί άλλοι, ιδίως οι γονείς, έχουν απαγορεύσει την αναθεώρηση τους. Όπως έχουν επανειλημμένως παρατηρήσει οι ψυχαναλυτές, ένα άτομο με ανεπαρκή, άκαμπτα μοντέλα εργασίας των σχέσεων προσκόλλησης, θα επιβάλει, τα μοντέλα αυτά στις συναλλαγές του με τον θεραπευτή (ένα φαινόμενο γνωστό ως μεταβίβαση). Το κοινό έργο θεραπευτή και πελάτη είναι να κατανοήσουν την προέλευση - αιτία των δυσλειτουργικών εσωτερικών μοντέλων εργασίας του εαυτού και των προσώπων προσκόλλησης. Για το σκοπό αυτό, ο θεραπευτής μπορεί να βοηθήσει πολύ λειτουργώντας ως αξιόπιστο, ασφαλές ορμητήριο από το οποίο το άτομο να αρχίσει το επίπονο έργο της εξερεύνησης και επανεξέτασης των εσωτερικών μοντέλων εργασίας.

Οι σύγχρονες συστηματικές αναφορές υποστηρίζουν ότι, η πιο αποτελεσματική θεραπεία για το άγχος του αποχωρισμού είναι η γνωστική – συμπεριφοριστική θεραπεία για άγχος σε μεγαλύτερα παιδιά σε σύγκριση με καθόλου θεραπεία (Cartwright – Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill, Harrington, 2004, παραπομπή στο Foley, Rowe, Maes, Silberg, Eaves & Pikles, 2008, σελ. 640).

Οι Foley, Maes, Silberg, Eaves & Pikles, (2004, παραπομπή στο Foley, Rowe, Maes, Silberg, Eaves & Pikles, 2008, σελ. 640) γενικά έχουν μελετήσει τα πρωτόκολλα της θεραπείας, τα οποία έχουν αναπτυχθεί, είτε έχοντας ως στόχο να μειώσουν συγκεκριμένα την συμπτωματολογία, είτε για να ελαττώσουν τα αποτελέσματα των κριτηρίων που συνδέονται με κάποιους συνδυασμούς πιο συγκεκριμένα μια τυπική διάγνωση. Τα αποτελέσματα τους αναφέρουν ότι καθώς ο στόχος της θεραπείας είναι να μειώσει το πρόβλημα, μπορεί να είναι το άμεσα ζητούμενο, αφού η θεραπεία μπορεί να μην έχει και τόσο μακροχρόνια επίδραση για το άγχος. Στόχος της θεραπείας είναι μειώσει τα συμπτώματα της διαταραχής, ως αποτέλεσμα για να βελτιωθούν όλα λειτουργικά στην πορεία της. Αυτό μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερα θετικά ψυχιατρικά ωφελήματα μιας και

τα αποδεικτικά στοιχεία των επίμονων συμπτωμάτων των αγχώδων διαταραχών είναι ένας ριψοκίνδυνος παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη αργότερα.
Γενικότερα, έχει εισηγηθεί ότι, οι αποφάσεις σε σχέση με την θεραπεία θα πρέπει να λαμβάνονται άμεσα και να βασίζονται στο κόστος της αποτελεσματικότητας της θεραπείας κυρίως παρά στην αυστηρότητα των σημερινών δεδομένων (Kessler et al., 2003, παραπομπή στο Foley, Rowe, Maes, Silberg, Eaves & Pikles, 2008, σελ. 640) όχι για κάτι το ιδιαίτερο απλά επειδή η θεραπεία ήπιων υποθέσεων μπορεί να προλαμβάνει μια ουσιώδη αναλογία για σοβαρότερες μελλοντικές υποθέσεις (Costello et al., 1999, Kessler et al., 2003, παραπομπή στο Foley, Rowe, Maes, Silberg, Eaves & Pikles, 2008, σελ. 640).

Ειδική Φοβία (Απλή φοβία)

Η θεραπεία της απλής φοβίας γίνεται με την θεραπεία της συμπεριφοράς, που είναι η θεραπεία εκλογής με ή χωρίς το συνδυασμό τρικυκλικών φαρμάκων. Η θεραπεία της συμπεριφοράς μπορεί να είναι βαθμιαία προοδευτική (κλιμακωτή) έκθεση στο φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση ή συνδυασμός προοδευτικής συστηματικής απευαισθητοποίησης στη φαντασία και βαθμιαίας (κλιμακωτής) έκθεσης (π.χ. πρώτα βλέπει με την φαντασία της ένα φίδι, μετά στη φωτογραφία, μετά βλέπει ένα ζωντανό φίδι). Παράλληλα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν βενζοδιαζεπίνες προσεκτικά και περιστασιακά για το άγχος αναμονής. Σε ορισμένες περιπτώσεις η δυναμική ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι χρήσιμη για την διερεύνηση και τη λύση παιδικών συγκρούσεων που σχετίζονται με το συμβολικό νόημα των φοβιών (Μάνου, 1988).

Κοινωνική Φοβία (Κοινωνική Αγχώδης Διαταραχή)

Για την κοινωνική φοβία πιο κατάλληλη είναι η ψυχολογική θεραπεία, κυρίως στη φόρμα των ελεγχόμενων θέσεων στην ενόχληση των κοινωνικών καταστάσεων, είναι μέτρια αποτελεσματική αλλά μπορεί να χρειαστεί κάποιο συμπλήρωμα από την εκπαίδευση των κοινωνικών δεξιοτήτων (Barlow, 1988, Heimberg et al., 1995, Juster & Heimberg, 1995, παραπομπή στο Rachman,1998, σελ.146). Δεδομένης της μεγάλης σύνθεσης της γνωστικής θεραπείας στην κοινωνική φοβία, είναι λογικό να ελπίζουν και να περιμένουν οι ερευνητές, ότι τα τωρινά μοντέρνα στοιχεία με τα πλήρη γνωστικά σχήματα της συμπεριφοριστικής θεραπείας θα αποδειχθούν πολύ αποτελεσματικά. Μια ποικιλία από φάρμακα έχει δοκιμαστεί για να θεραπεύσει την κοινωνική φοβία αλλά κανένα δεν είναι μόνιμα αποτελεσματικό και τα αντικαταθλιπτικά που φαίνονταν να βοηθούν έχουν πολλές φορές πισωγυρίσματα. Η εκπαίδευση και η έκθεση των κοινωνικών δεξιοτήτων (πιθανότατα με γνωστική θεραπεία) φαίνεται να είναι οι καλύτερες πρώτες επιλογές του κλινικού για την θεραπεία της κοινωνικής φοβίας. Δεδομένου όμως του ρίσκου που συνδέεται με την φαρμακοθεραπεία και την έλλειψη στοιχείων που είναι πιο αποτελεσματικά από τις ψυχολογικές θεραπείες, τα φάρμακα μπορούν να ληφθούν υπόψη καλύτερα σαν ένα δεύτερο σχέδιο (back- up plan) κάτω από τις περισσότερες συνθήκες (Hope, Holt & Heimberg, 1993, παραπομπή στο Rachman,1998, σελ.148).

Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Όπως και στις περισσότερες αγχώδης διαταραχές, η θεραπεία της γενικευμένης αγχώδης διαταραχής μπορεί να είναι φαρμακευτική ή ψυχολογική ή και τα δυο μαζί. Επιπλέον, μέχρι τώρα δεν έχει ανακαλυφθεί κάποιο συγκεκριμένο φάρμακο που να είναι αποτελεσματικό, ούτε κάποια αποδεικτικά στοιχεία που να υποστηρίζουν συγκεκριμένο τύπο θεραπείας (Rachman, 1998).

Στα παιδιά συνήθως, δεν συνίσταται να χορηγούνται φάρμακα εάν η περίπτωση του παιδιού δεν είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη και σοβαρή. Αν αποφασίσουμε να χορηγήσουμε αντιαγχώδη φάρμακα αυτό θα πρέπει να γίνει με μεγάλη προσοχή και για σύντομο χρονικό διάστημα (κίνδυνος εξάρτησης). Η ψυχοθεραπεία, είναι θεραπευτική προσέγγιση επιλογής, είτε υπό μορφή καθησύχασης, ενθάρρυνσης και υποστήριξης για να αντέξει το άτομο το άγχος έως ότου αυτό υποχωρήσει, είτε υπό μορφή αποκαλυπτικής ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας απευθυνόμενης σε συνειδητές συγκρούσεις που προκαλούν άγχος. Συχνά χρησιμοποιείται και η θεραπεία συμπεριφοράς και μπορεί να διδάξει τεχνικές χαλάρωσης ή και βιοανάδρση (Μάνου, 1988).

Παρόλα αυτά, υπάρχουν πολλά υποσχόμενα σημάδια ότι η γνωστική – συμπεριφοριστική θεραπεία μπορεί να προνοήσει μια μορφή που να επιφέρει μια ανώτερη θεραπεία. Στην πράξη οι ασθενείς που υποφέρουν από γενικευμένη αγχώδη διαταραχή είναι πιθανό να λαμβάνουν συμβουλές και επιβεβαίωση. Εάν η διαταραχή παρουσιάζεται ιδιαίτερα αυστηρή και παρεμβατική, μπορούν να προστεθούν αγχολυτικά φάρμακα και αν αποτύχουν κι αυτά, τότε περνάμε στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Η παραδοσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία είναι κυρίως καθοριστική στην ταυτοποίηση της πηγής της αγχώδης διαταραχής και προκύπτει με την θεραπεία της γενικευμένης αγχώδης διαταραχής. Περισσότερα γνωστικά δεδομένα έχουν συλλεχθεί για την ψυχοθεραπεία, και περισσότερα βήματα έχουν γίνει προς αυτή την κατεύθυνση από τους Wells και Butler, 1997, (παραπομπή στο Rachman,1998, σελ.154).

Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

Η αντιμετώπιση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής στηρίζεται στη λεπτομερή ενημέρωση και εκπαίδευση των γονέων, σχετικά με τη φύση της διαταραχής, στη συμβουλευτική και στην υποστήριξη, προκειμένου να χειριστούν τη συμπεριφορά του παιδιού, η οποία μπορεί να προκαλεί δυσλειτουργία σε όλη την οικογένεια. Η παρέμβαση στο σχολείο είναι επίσης σημαντική. Η συχνά παρατηρούμενη τάση για τέλεια γράμματα ή η ανάγκη για επανάληψη λέξεων ή προτάσεων, μπορεί να παρεμποδίσει τη λειτουργικότητα του παιδιού της τάξης. Ο δάσκαλος μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην εφαρμογή του συμπεριφορικού προγράμματος που σχεδιάζεται για το παιδί (Παπαγεωργίου, 2005).

Η επιλογή της θεραπευτικής παρέμβασης εξαρτάται από το πρότυπο και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Ο συνδυασμός συμπεριφορικής θεραπείας και φαρμακοθεραπείας είναι συχνός. Η γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία ή συνδυασμός με φαρμακευτική αγωγή συνίσταται ως θεραπεία εκλογής, ενώ στα μικρά παιδιά συνίσταται μόνο γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία. Περιλαμβάνει 20 συνεδρίες περίπου και εστιάζεται στην αλλαγή των λανθασμένων πεποιθήσεων και στην αμφισβήτηση των ψυχαναγκασμών και της αναγκαιότητας των καταναγκασμών. Οι τεχνικές χαλάρωσης είναι χρήσιμες, συνήθως, στο χειρισμό των συναισθημάτων κατά την έκθεση (March et al., 1997, παραπομπή στο Παπαγεωργίου, 2005, σελ.215).

Στις μέρες μας η γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία, έχει γίνει η πρώτη επιλογή θεραπείας για τα παιδιά, και πιο συγκεκριμένα, η θεραπεία της έκθεσης –απάντησης – πρόληψης (ERP), για τους έφηβους και τους ενήλικες με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Berg, Rapoport & Wolff, 1989, παραπομπή στο Adams, 2004, σελ. 48).

Ο March, (1995, παραπομπή στο Adams, 2004, σελ. 48), έχει βρει ότι παρ'όλες τις περιοδικές «προαγωγικές» συνεδρίες, τα παιδιά και οι έφηβοι θεραπεύονταν με επιτυχία μόνο με την θεραπεία της έκθεσης - απάντησης – πρόληψης (ERP) και παρέμεναν καλά για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι March, Mulle & Herbel, (1994, παραπομπή στο Adams, 2004, σελ.48) σημειώνουν ότι τα 2/3 της ομάδας των παιδιών και των εφήβων που έχουν ακολουθήσει τη θεραπεία της έκθεσης - απάντησης – πρόληψης (ERP) σε

συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή ήταν αρκετά ικανοί να παραμείνουν στους στόχους που έθεσαν στην αρχή και μετά το τέλος της φαρμακευτικής αγωγής.

Η ERP θεραπεία, (έκθεσης - απάντησης – πρόληψης), συνίσταται από πολλούς κλινικούς γιατρούς, όπου στην περίπτωση αυτή το παιδί εκτίθεται σε καταστάσεις που θέτουν σε ενεργοποίηση τα συμπτώματα της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Ο θεραπευτής αρχικά, δουλεύει με τα πράγματα – καταστάσεις που είναι λιγότερο αγχώδεις και στην συνέχεια, δουλεύει με τα περισσότερο αγχώδη πράγματα (έκθεση) και ενθαρρύνει το παιδί να αντισταθεί σ'αυτά τα πράγματα που του συμβαίνουν για ένα χρονικό διάστημα (απάντηση – πρόληψη), π.χ. ο θεραπευτής μπορεί να ζητήσει από ένα παιδί που οι συνήθεις φόβοι του έχουν να κάνουν με την καθαριότητα, να πάρει ένα σκουπίδι (ένα βρώμικο τενεκεδάκι) και να το κρατήσει για λίγο στα χέρια του. Να μην βιαστεί να πλυθεί αλλά να περιμένει τουλάχιστον μια ώρα. Στην πορεία, ο θεραπευτής ζητάει από το παιδί να το κρατάει περισσότερες ώρες έτσι ώστε να συνηθίζει στην έκθεση βρώμικων αντικειμένων. Μετά την επανάληψη της έκθεσης – απάντησης- πρόληψης, τα συμπτώματα μειώνονται και κάποιες φορές εξαφανίζονται εντελώς (March, 1995, παραπομπή στο Adams, 2004, σελ.48).

Τα φάρμακα συνήθως θεραπεύουν την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή με το να αφυπνίζουν τους νευροδιαβιβαστές της σεροτονίνης. Το Anafranil, ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό, ήταν το πρώτο φάρμακο που είχε θετικά αποτελέσματα στα παιδιά με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Επειδή, πολλά παιδία συνηθίζουν να έχουν συμπτώματα 12 βδομάδες μετά τη λήψη του φάρμακου οι ειδικοί δε συνηθίζουν να συστήνουν θεραπεία μόνο με φάρμακο (εκτός από τα παιδιά με σοβαρή ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και αυτά που έχουν και κάποια άλλη διαταραχή όπως κατάθλιψη) αλλά συστήνουν ένα συνδυασμό φαρμάκων και γνωστικής – συμπεριφοριστικής θεραπείας (March et al., 1997, παραπομπή στο Adams, 2004, σελ.48).

Διαταραχή Πανικού

Η θεραπεία της διαταραχής πανικού και της αγοραφοβίας απευθύνεται και στα τρία στοιχεία του συνδρόμου (ανάλογα με το βαθμό στον οποίο υπάρχει το καθένα):

- στις προσβολές πανικού,
- στο άγχος αναμονής και
- στην αγοραφοβία

Οι τεχνικές της γνωστικής – συμπεριφοριστικής θεραπείας (CBT) για τη διαταραχή πανικού άρχισαν να αναπτύσσονται σχετικά πρόσφατα. Οι λανθασμένες εκτιμήσεις του κινδύνου, οι καταστροφικές ερμηνείες των σωματικών συμπτωμάτων και οι σχετικές αυτόματες αρνητικές σκέψεις παίζουν σημαντικό ρόλο στους γνωστικούς φαύλους κύκλους που χαρακτηρίζουν το γνωσιακό μοντέλο της διαταραχής πανικού. Έτσι η αναγνώριση και η διόρθωση τους είναι τα δυο πιο σημαντικά μέρη της γνωστικής – συμπεριφοριστικής θεραπείας. Μαζί με τη γνωσιακή αναδόμηση, δυο άλλα σημαντικά μέρη είναι η εκπαίδευση στην αναπνοή και η τεχνική της έκθεσης, που μπορεί να είναι τόσο θεραπευτικά όσο και βοηθητικά στη γνωσιακή αναδόμηση (Rapee & Barlow, 1988, παραπομπή στο Καλπάκογλου, 1997, σελ.77).

Η μέθοδος της συμπεριφοριστικής θεραπείας ήταν σχετικά αποτελεσματική και λειτουργούσε σαν συμπλήρωμα σε πολλές υποθέσεις στην εκπαίδευση της χαλάρωσης, στις ικανότητες διαχείρισης του άγχους, κ.λ.π. Η επέκταση αυτής της τεχνικής είναι να συμπεριλαμβάνει μια μεγάλη σύνθεση από υποσχέσεις της γνωστικής θεραπείας που θα βελτιώνει την αποτελεσματικότητα και την αντοχή της θεραπείας (Clark et al., 1994, Margraf et al., 1993, παραπομπή στο Rachman, 1998, σελ.111).

Η θεωρία περιλαμβάνει δύο στοιχεία: την αναγνώριση των ακατάλληλων γνώσεων και την αντικατάσταση τους με ακριβής ευνοϊκές γνώσεις κι επιπλέον η πρόβλεψη της έκθεσης των ασκήσεων που έχουν σχεδιαστεί να διευκολύνουν τις γνωστικές αλλαγές (Hawton et al., 1989, παραπομπή στο Rachman, 1998, σελ.111).

Η θεραπεία συμπεριφοράς με τη μορφή βαθμιαίας (κλιμακωτής) έκθεσης του ατόμου στις αγοραφοβικές καταστάσεις είναι η θεραπεία εκλογής μόνη ή σε συνδυασμό με τρικυκλικά. Η δυναμική ψυχοθεραπεία μπορεί να χρειαστεί για τις περιπτώσεις εκείνες που το άγχος φαίνεται να οφείλεται ή να σχετίζεται με συγκρούσεις ή αντιδράσεις στο

περιβάλλον που πρέπει να διερευνηθούν για να είναι αποτελεσματική η θεραπεία (Μάνου, 1988).

Είναι γνωστό ότι, η πλειονότητα των ασθενών λαμβάνουν και μια εναλλακτική θεραπεία – τη φαρμακευτική. Οι προσβολές πανικού μπορεί να αποκλεισθούν αποτελεσματικά με τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών, ενώ το άγχος αναμονής αν χρειάζεται, μπορεί ν'αντιμετωπιστεί με διαλείπουσα χορήγηση μιας βενζοδιαζεπίνης (Μάνου, 1988). Η ημιπραμίνη (imipramine) είναι ένα φάρμακο που είναι γνωστό για την αποτελεσματική του δράση. Αυτό το φάρμακο καθώς και άλλα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, είναι ικανά να μειώσουν ή να εξαφανίσουν τον πανικό σε πολλές περιπτώσεις. Ωστόσο, προκαλούν πολλές παρενέργειες και πολλές φορές είναι δύσκολο να τα υποφέρει ο ασθενής (Clark et al., 1994, Lader, 1994, παραπομπή στο Rachman, 1998, σελ.111).

Παρόλο που η φροντίδα της ψυχολογικής θεραπείας είναι η καλύτερη εναλλακτική λύση, πρακτικά ή οι τελικοί περιορισμοί μπορεί να κυριαρχήσουν υπέρ αυτής της επιλογής. Για την ακρίβεια υπάρχουν πολλά περιστατικά τα οποία υποδεικνύουν ένα συνδυασμό ψυχολογικής και φαρμακευτικής θεραπείας (Rachman, 1998).

Αγοραφοβία

Ο ασθενής χρειάζεται για να καθησυχάσει το φόβο του την βοήθεια κάποιου τρίτου, ενός ζώου ή ενός αντικειμένου. Όσο πιο κοντινό είναι το πρόσωπο, τόσο πιο ισχυρό φαίνεται. Αν δεν έχει ένα τέτοιο στήριγμα, ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται ότι τον βοηθάει κάποιο άλλο αντικείμενο, π.χ. ένα βιβλίο, ένα μπαστούνι. Σε μερικές περιπτώσεις, η μετακίνηση με το αυτοκίνητο καθησυχάζει αυτά τα άτομα, τα οποία μπορούν, με αυτό τον τρόπο, να διασχίσουν χωρίς φόβο τους χώρους που τους τρομοκρατούν, καθώς αισθάνονται προστατευμένοι μέσα στο αυτοκίνητο. Είναι μικρά στηρίγματα στα οποία μπορούν να καταφύγουν, όταν δε βρίσκουν λύση στο πρόβλημα τους, όταν δε ξέρουν πώς να μειώσουν τη φοβία τους καταφεύγουν στα πρόσωπα ή αντικείμενα που νιώθουν ασφάλεια (Bey – Janaud & Foubert, 1985).

Η «παραδοσιακή» θεραπεία της αγοραφοβίας, πηγαίνοντας πίσω στην εισαγωγή της συμπεριφοριστικής θεραπείας, συνιστώνται σχεδιασμένες, ελεγχόμενες εκδρομές στα φοβισμένα μέρη του ασθενή. Μια συλλογή ερευνητικών αποτελεσμάτων αποδεικνύει ότι οι αγοραφοβικοί έρχονται σε αμηχανία όταν αντιμετωπίζουν στις καταστάσεις φόβου, αλλά μερικές φορές είναι αναγκαίο και συνήθως ωφέλιμο. Περίπου το 60-70% των ασθενών θεραπεύεται με μια καθημερινή έκθεση στις φοβικές καταστάσεις ή καταφέρνουν να μειώσουν τα συμπτώματα τους (Shapiro, Pollard & Carmin, 1993, παραπομπή στο Rachman, 1998, σελ.119).

Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Στρες

Η θεραπεία της διαταραχής μετά από τραυματικό στρες στα παιδιά στηρίζεται στη άμεση διερεύνηση του τραυματικού γεγονότος, στη χρήση ειδικών τεχνικών χειρισμού του άγχους, στη διερεύνηση και διόρθωση ακατάλληλων πεποιθήσεων σε σχέση με το τραυματικό γεγονός και στη συμμετοχή των γονέων (Pfefferbaum, 1997, παραπομπή στο Παπαγεωργίου, 2005, σελ.220).

Η θεραπεία που συνίσταται για την διαταραχή αυτή είναι η γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία που περιλαμβάνει δύο παραμέτρους: την εκπαίδευση, την αυτό-παρακολούθηση των συμπτωμάτων και την έκθεση (Werner, 1979, παραπομπή στο Gelder, Lopez – Ibor, Andearsen, 2008). Όλες οι εκδοχές της γνωσιακής – συμπεριφοριστικής θεραπείας περιλαμβάνουν κάποια μορφή εκπαίδευσης σχετικά με τα συμπτώματα της μετατραυματικής αγχώδης διαταραχής και το σκεπτικό της θεραπείας. Συνήθεις αντιδράσεις στο τραύμα εξηγούνται ώστε να απομυθοποιηθούν τα συμπτώματα της μετατραυματικής αγχώδης διαταραχής του ασθενούς. Οι θεραπευτές επεξηγούν την αναγκαιότητα της αντιμετώπισης της ανάμνησης του τραυματικού γεγονότος και της εγκατάλειψης συμπεριφορών που συντηρούν το πρόβλημα, όπως η αποφυγή και σε συμπεριφορές ασφάλειας. Οι περισσότερες γνωσιακές – συμπεριφοριστικές ψυχοθεραπείες περιλαμβάνουν κάποια μορφή αυτό – παρακολούθησης που μπορεί από μόνη της να είναι θεραπευτική. Οι θεραπείες έκθεσης αποτελούνται από δύο παραμέτρους: την φανταστική έκθεση, όπου ζητείται από τους ασθενείς να ξαναζήσουν το τραυματικό γεγονός στην φαντασία τους, συμπεριλαμβανομένων των σκέψεων και των συναισθημάτων τους την στιγμή εκείνη. Και την in vivo έκθεση που περιλαμβάνει την αντιμετώπιση (ασφαλών) καταστάσεων τις οποίες οι ασθενείς αποφεύγουν επειδή τους θυμίζουν το τραύμα. Η έκθεση επαναλαμβάνεται έως ότου οι ασθενείς να μη αντιδρούν πλέον με υψηλά επίπεδα δυσφορίας (Gelder, Lopez – Ibor, Andearsen, 2008).

Ταυτόχρονα, η συμμετοχή των γονέων στη θεραπευτική αντιμετώπιση βοηθά το παιδί να χειριστεί τα συμπτώματα και να μάθει τεχνικές χειρισμού της συμπεριφοράς, τόσο κατά τα μεσοδιαστήματα των θεραπευτικών συναντήσεων, όσο και μετά το τέλος της θεραπείας. Οι γονείς υποστηρίζονται για να χειριστούν την προσωπική τους συναισθηματική δυσφορία σε σχέση με το γεγονός, ώστε να είναι σε θέση να

αντιληφθούν και να ανταποκριθούν στις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού. Οι τεχνικές παρέμβασης σε κρίση για γονείς, δασκάλους και παιδιά εφαρμόζονται, συχνά, σε περιπτώσεις που το τραυματικό γεγονός αφορά το σχολείο, την κοινότητα ή την πόλη. Τα δεδομένα για τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής για τη θεραπεία της διαταραχής είναι περιορισμένα. Η χορήγηση φαρμάκων, γίνεται όταν θεωρείται αναγκαία και στηρίζεται στην κρίση του κλινικού, ανάλογα με τη συμπτωματολογία (Παπαγεωργίου, 2005).

Σχολειοφοβία

Όπως συμβαίνει και με άλλες ψυχολογικές διαταραχές της παιδική ηλικίας, η μακροπρόθεσμη πρόγνωση για τα σχολειοφοβικά παιδιά έχει καλές προοπτικές. Μερικά όμως σχολειοφοβικά παιδιά, που έμειναν χωρίς να τους παρασχεθεί καμιά θεραπευτική αγωγή ή τους παρασχέθηκε ανεπαρκής βοήθεια, συνέχισαν να αρνούνται όχι μόνο να πάνε στο σχολείο, αλλά ακόμη να πάνε στη δουλεία τους, όταν έγιναν νέοι ή όταν ενηλικιώθηκαν. Στα πολύ μικρότερα παιδιά το πρόβλημα έχει γενικώς μικρή διάρκεια. Στα μεγαλύτερα παιδιά, ωστόσο, το πρόβλημα μπορεί να είναι πιο ανησυχητικό και πιο επιβλαβές και πάλι, η πρόγνωση για τη μελλοντική εξέλιξη είναι αισιόδοξη. Μόνο σε πολύ λίγες, εξαιρετικά σοβαρές, διαταραχές – περιπτώσεις – κυρίως στα παιδιά που παρουσιάζουν το πρόβλημα κατά την εφηβεία – έχει αποδειχθεί ότι, ανεξάρτητα από τις ψυχοθεραπευτικές προσπάθειες που θα καταβληθούν, το πρόβλημα παραμένει σχετικά άλυτο (Herbert, 1989).

Η θεραπεία της σχολικής φοβίας έχει συνήθως καλά αποτελέσματα. Πρέπει όμως να αρχίζει αμέσως, γιατί όσο περισσότερο χρόνο παραμένει το παιδί μακριά από το σχολείο, τόσο μεγαλύτερη γίνεται η αντίδραση του να επιστρέψει σ'αυτό. Η θεραπεία της σχολειοφοβίας αρχίζει από το παιδί κι από την μητέρα του. Το παιδί πρέπει να βοηθηθεί στο να δημιουργήσει καλές σχέσεις με τους ανθρώπους του περιβάλλοντος του και να ενισχυθεί η αυτοπεποίθηση του. Η μητέρα πρέπει γρήγορα να κατανοήσει την κατάσταση του παιδιού και να ελαττώσει την υπερπροστασία και τη συντριπτική επιρροή που ασκεί στο παιδί (Μπάμνιου,1977).

Η διατήρηση της αρμονίας της οικογένειας είναι καθήκον όλων των μελών της, γιατί στην αρμονία αυτή κρύβεται μια εσωτερική αμυντική δύναμη, με την οποία γίνεται δυνατό να ξεπερνιούνται ευκολότερα οι συγκρούσεις και να λύνονται τα προβλήματα, να περιορίζονται οι φοβίες σε ορισμένα πλαίσια. Γι'αυτό το πρόγραμμα θεραπείας για παιδία δεν περιορίζεται μόνο στην μητέρα αλλά επεκτείνεται σ'όλα τα μέλη της οικογένειας που ζουν μαζί (Έμπαιρλαιν, 1980).

Ταυτόχρονα, η νηπιαγωγός, ο δάσκαλος ή ο καθηγητής πρέπει να πλησιάζουν το παιδί με αγάπη, να ικανοποιούν τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντα του και να ενισχύουν με κάθε τρόπο την αυτοπεποίθηση του. Εάν όμως σε μια – δυο βδομάδες δεν μείνει το παιδί στο

σχολείο, τότε πρέπει να αναζητηθεί η βοήθεια του ειδικού ψυχολόγου, του παιδοψυχίατρου ή του παιδίατρου (Μπάμνιου,1977).

Έχουν παρουσιαστεί, εφαρμοστεί και εκτιμηθεί τρια προγράμματα θεραπείας στο πρόγραμμα ενός σχολειού. Αυτά είναι α) το πρόγραμμα των δημοφιλή (cool) παιδιών, β) το πρόγραμμα των φίλων και γ) δεξιότητες για κοινωνική και ακαδημαϊκή επιτυχία (Misfud & Rapee, 2005, Lowry – Webster, Barrett & Dadds, 2001, & Fisher et al., 2004, παραπομπή στο McLoone, Hudson & Rapee, 2006, σελ. 227). Τα δυο προγράμματα, αυτά των δημοφιλή (cool) παιδιών και το πρόγραμμα των φίλων, είναι κατάλληλα για να θεραπεύσουν τις αγχώδης διαταραχές, ωστόσο, το πρώτο είναι ένα πρόγραμμα ειδικά σχεδιασμένο για μικρές ομάδες, ενώ το δεύτερο μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μεγαλύτερες ομάδες καθώς και σε όλα τα παιδιά για κάθε πρωτοβουλία του σχολειού. Το πρόγραμμα δεξιότητες για κοινωνική και ακαδημαϊκή επιτυχία χρησιμοποιείται κυρίως σε πιο συγκεκριμένες διαταραχές όπως, π.χ. κοινωνική φοβία. Μέσα από αυτά τα προγράμματα, τα παιδιά κάνουν παρέες κι έρχονται σε επαφή με πολλά παιδιά με διαφορετικούς χαρακτήρες άλλα πιο δημοφιλή κι άλλα λιγότερο και μέσα από τις συναναστροφές τους αρχίζουν να αισθάνονται όμορφα σε σχέση με το σχολείο, τα μαθήματα, τους δασκάλους με αποτέλεσμα στο τέλος να αποκτούν δική τους ταυτότητα και να νιώθουν ασφάλεια στο σχολικό περιβάλλον (McLoone, Hudson & Rapee, 2006).

Η θεωρητική προσέγγιση είναι παρόμοια και στα τρία προγράμματα και οι διαδικασίες της θεραπείας είναι βασισμένες στην γνωστική θεραπεία (CBT), η οποία έχει προσαρμοστεί κατάλληλα για να μειώσει τα συμπτώματα της σχολικής φοβίας σε παιδιά και έφηβους. Εμπειρικά δεδομένα αναφέρουν ότι 50%-80% των παιδιών που έλαβαν μέρος στην γνωστική θεραπεία κατάφεραν να περιορίσουν ή να παραμείνουν σταθερά τα συμπτώματα τους και μετά το τέλος της θεραπείας (Barrett, Duffy, Dadds & Rapee, 2001, Kendall, Safford, Flannery- Schroeder & Webb, 2004, παραπομπή στο McLoone, Hudson & Rapee, 2006, σελ. 228).

Τρόποι αντιμετώπισης της σχολειοφοβίας:

Καταρχήν, σε καμία περίπτωση δεν πρέπει το παιδί να βιαστεί να πάει στο σχολείο μόνο και μόνο από παρότρυνση από τους γονείς του. Θα πρέπει να αφήσουμε ήσυχο στο σπίτι το παιδί για μερικές μέρες και σε συνέχεια να βρούμε που οφείλεται η σχολειοφοβία του (Χασάπη, 1976).

Οι περισσότερες περιπτώσεις των παιδιών που αρνούνται να πάνε στο σχολείο είναι επιδεκτικές θεραπευτικής αγωγής. Πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι οι σχολικές ψυχολογικές υπηρεσίες είναι πλέον κατάλληλες να προσφέρουν, σε μια πλατιά βάση, μια πολύπλευρη και συντονισμένη θεραπευτική αγωγή που να περιλαμβάνει διορθωτική διδασκαλία και την ενδεδειγμένη ψυχοθεραπεία και συμβουλευτική. Η συνεργασία γονέων και σχολείου έχει, ασφαλώς, τεράστια σημασία. Ο τύπος του θεραπευτικού προγράμματος που θα εφαρμοστεί στο κάθε παιδί καθορίζεται με βάση την ακριβή φύση της διαταραχής του παιδιού. Οι πληροφορίες που θα συλλέγουν από μια πλήρη ψυχολογική και ψυχομετρική εξέταση θα υποδείξουν και τη θεραπευτική διαδικασία που θα πρέπει να ακολουθηθεί. Μπορεί να παρασχεθεί διορθωτική διδασκαλία, εφόσον βέβαια κριθεί απαραίτητο. Επιπλέον μπορεί να εφαρμοστεί κάποιο είδος ατομικής ψυχοθεραπείας (Herbert, 1989).

Το προσωπικό του σχολείου βρίσκεται στην πιο κατάλληλη θέση για να επιβλέπει και να βοηθά τα παιδιά, ειδικότερα αυτά που βρίσκονται σε «κίνδυνο», με το να παρέμβει άμεσα και να προτείνει προγράμματα κατάλληλα για την αντιμετώπιση του προβλήματος Για την ακρίβεια, η πλειονότητα των παιδιών που λαμβάνουν θεραπεία την λαμβάνουν από τα στελέχη του σχολείου. Επιπλέον, το στίγμα και η ντροπή που νιώθουν μερικά παιδιά είναι άμεσα συνδεδεμένα με την αναζήτηση βοήθειας από την ιατρική υπηρεσία που μπορεί να είναι λιγότερο φανερή από τις παρεμβάσεις των υπηρεσιών του σχολείου (Chavira, Stein, Bailey & Stein, 2004, Burns et al., 1995 & Rapee et al., 2004, παραπομπή στο McLoone, Hudson & Rapee, 2006, σελ.233).

Ακόμη, οι τεχνικές απευαισθητοποίησης μπορούν να προσφέρουν μια ικανοποιητική εξισορρόπηση ανάμεσα στα προβλήματα που θα δημιουργούσε από τη μια μεριά, ο εξαναγκασμός μιας άμεσης επανεισόδου του παιδιού στο σχολείο και από την άλλη, μια παρατεταμένη καθυστέρηση. Πολλές φορές υπάρχει διάσταση απόψεων, από τη μια μεριά μεταξύ γονέων - δασκάλων και από την άλλη, των ειδικών ψυχολόγων –

θεραπευτών, σχετικά με το αν πρέπει το παιδί να ξανάπαει στο σχολείο αμέσως ή όχι. Οι γονείς και οι δάσκαλοι ανησυχούν για τις πολλές αδικαιολόγητες απουσίες του παιδιού (Herbert, 1989). Ωστόσο, πολλοί γονείς ενθαρρύνουν τα παιδιά τους να δεχθούν να λάβουν θεραπεία και να μάθουν δεξιότητες όταν υπάρχουν κατάλληλα προγράμματα να τους βοηθήσουν να αποφύγουν το άγχος και το φόβο για το σχολείο (McLoone, Hudson & Rapee, 2006). Οι περισσότεροι ψυχολόγοι υποστηρίζουν ότι, για να φύγει η πίεση αυτή από τους γονείς, θα πρέπει να χορηγηθεί αμέσως ιατρική βεβαίωση, για να δικαιολογηθούν οι απουσίες. Μόνο αργότερα, όταν πλέον θα έχει αρχίσει συστηματικά η θεραπεία, μπορούν να σκεφθούν να εφαρμόσουν ένα πρόγραμμα σταδιακής επανεισόδου του παιδιού στο σχολείο (Herbert, 1989).

Όσο νωρίτερα αρχίζει η θεραπεία, τόσο καλύτερα είναι τα αποτελέσματα και τόσο γρηγορότερα εξαφανίζονται τα συμπτώματα. Η άμεση παρέμβαση, η αναζήτηση βοήθειας από τους ειδικούς, είναι πάντοτε σώφρων ενέργεια, γιατί οι νευρωσιακές διαταραχές με τα δευτερογενή κέρδη που προσπορίζουν στο παιδί τα ανεπιθύμητα επακόλουθα τους στην οικογένεια και στο σχολείο είναι της ανακυκλωτικής αυτό – συντηρούμενης σπειροειδούς μορφής. Τα άγχη του παιδιού κάνουν αγχωτικούς τους γονείς γεγονός, που με τη σειρά του, αυξάνει τους φόβους του παιδιού και πάει λέγοντας. Η ανησυχία των γονέων είναι τριπλή: α) έννοια για την τόσο προφανή δυστυχία του παιδιού τους και την δική τους αδυναμία να ελαφρύνουν τον τόσο φανερό του τρόμο για το σχολείο, β) ανησυχία για τις συνέπειες της παρατεταμένης απουσίας του από το σχολείο και τη σχολική εργασία, γ) φόβος για τη νομική τους ευθύνη να εξασφαλίσουν την τακτική φοίτηση του παιδιού τους στο σχολείο. Είναι αυτονόητο ότι είναι πολύ παρακινδυνευμένο να βασιστούμε στην έσχατη πιθανότητα της «αυτόματης υποχώρησης» των συμπτωμάτων, της αυτό – θεραπείας και να αφήσουμε το παιδί χωρίς συστηματική βοήθεια. Το πέρασμα του χρόνου «βοηθάει» σε ένα πράγμα μόνο: στην παγίωση της παθολογίας (Herbert, 1989).

Συμπερασματικά, οι πρακτικές συμβουλές που αναφέρθηκαν σ’αυτό το κεφάλαιο είναι μερικές προτάσεις για να αντιμετωπίσουμε μέρα με την μέρα, την κάθε ηλικία ξεχωριστά, τα διάφορα στάδια ανάπτυξης της διαταραχής, τα οποία προκαλούν φοβίες και άγχος στο παιδί.

Οι πιο συνηθισμένες θεραπείες που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους είναι: η γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία (CBT), η ψυχολογική θεραπεία, η φαρμακοθεραπεία, εκπαίδευση και έκθεση των κοινωνικών δεξιοτήτων, η θεραπεία της συμπεριφοράς, η συμβουλευτική υποστήριξη, αυτό – παρακολούθηση των συμπτωμάτων και θεραπεία σταδιακής έκθεσης στο φοβικό ερέθισμα.

Η κάθε θεραπεία χρησιμοποιείται ανάλογα με την κάθε περίπτωση ξεχωριστά και πολλές φορές γίνεται χρήση δυο ή περισσοτέρων θεραπειών στην προσπάθεια να πετύχουμε τα επιθυμητά αποτελέσματα. Για να είναι μια θεραπεία αποτελεσματική πρέπει να γίνουν αντιληπτά νωρίς τα συμπτώματα της διαταραχής έτσι ώστε, η αντιμετώπιση της να αρχίσει από τα πρώιμα στάδια, να εμποδίσουμε την εξάπλωση της και τέλος, να επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Κεφάλαιο 6 Επίλογος

Κάθε δημιουργία είναι κάτι καινούργιο, νέο και πρωτότυπο. Επομένως, για να κάνεις κάτι που δεν υπάρχει (είτε να γράψεις μυθιστόρημα, είτε να ζωγραφίσεις ένα πίνακα κλπ.) πρέπει πρώτα να το συλλάβεις νοητικά σαν μια δυνατότητα του ίδιου σου του Εγώ. Η σύλληψη όμως αυτή δε γίνεται αυτόματα και μηχανικά, αλλά προϋποθέτει μια παρόρμηση, ένα εσωτερικό κίνητρο, την απόρριψη πολλών άλλων. Μέχρι να ξεχωρίσει ο στρατηγικός στόχος μιας δημιουργίας, ο δημιουργός της βρίσκεται μπροστά σ'ένα χάος δυνατοτήτων, σε μια απειρία περιπτώσεων και πρέπει να σταθεί μπροστά τους για να διαλέξει τη μια και μοναδική. Αυτή όμως η διαδικασία της επιλογής μπροστά στην απειρία δεν είναι τίποτε άλλο από μια αγχώδη αναζήτηση, από μια εσωτερική πάλη στην οποία παίρνει μέρος κάθε στοιχείο και δύναμη του πνεύματος αλλά και του σώματος (Γαλανού, 1977).

Το άγχος και οι φοβίες, δυστυχώς δεν είναι μόνο «προνόμιο» των ενηλίκων. Η ύπαρξη του καταγράφεται και στη ζωή των παιδιών και αυτό πιστοποιείται όχι μόνο από την προσωπική, καθημερινή μας εμπειρία αλλά και από συστηματική επιστημονική έρευνα (Μπεζεβέγκης, 2001, παραπομπή στους Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκης, 2001, σελ.32).

Το αναπτυσσόμενο άτομο διαφέρει από τον ενήλικο, εκτός των άλλων, σε δύο βασικά χαρακτηριστικά: την εμπειρία και τα νοητικά - γνωστικά εφόδια. Το παιδί και ο έφηβος, λόγω του σύντομου ιστορικού τους, έχουν δοκιμάσει λιγότερες ευκαιρίες για συναλλαγή με το περιβάλλον τους και για την έκθεση τους σε περίπλοκες ή δύσκολες καταστάσεις. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η συσσωρευμένη τους εμπειρία, σε σύγκριση με εκείνη του ενήλικου, να διαφέρει δραστικά τόσο σε ποιοτική όσο και σε ποσοτική διάσταση. Από την άλλη μεριά, μέχρι τα πρώτα χρόνια της εφηβείας το αναπτυσσόμενο άτομο δεν έχει ακόμη συμπληρώσει τη γνωστική του ανάπτυξη. Σημαντικές γνωστικές διεργασίες και ικανότητες όπως η προσοχή, η αντίληψη (αναγνώριση και ερμηνεία περιβαλλοντικών ερεθισμάτων), ο συλλογισμός, η αφαιρετική λογική, η γλώσσα, η λύση προβλήματος και περισσότερο η μεταγνώση, δεν ολοκληρώνουν την ανάπτυξη τους παρά μόνο στο τέλος της εφηβικής ηλικίας (Παρασκευόπουλος, 1985).

Καθένας από τους δύο αυτούς περιορισμούς (περιορισμένη εμπειρία, ελλιπής νοητική ανάπτυξη), καθώς και οι δυο μαζί σε συνδυασμό, επηρεάζουν με τη σειρά τους δύο φαινόμενα - διαδικασίες που είναι άμεσα συνδεδεμένα με το άγχος: (α) την έκφραση και ρύθμιση του συναισθήματος και (β) τη γνωστική εκτίμηση μιας κατάστασης, ενός γεγονότος (Μπεζεβέγκης, 2001, παραπομπή στους Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκης, 2001, σελ.32).

Όσον αφορά το πρώτο, είναι γνωστό από την εξελικτική ψυχολογία ότι το συναίσθημα στο παιδί και στον έφηβο έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά (π.χ. ένταση, διάρκεια) έκφρασης από ότι αργότερα στην ενήλικη ζωή. Για διαφορετικούς λόγους (επελθούσα ήβη), οι διαφορές αυτές στη συναισθηματική έκφραση είναι ακόμη πιο εμφανείς στα χρόνια της εφηβείας. Επιπλέον, τα παιδιά αδυνατούν να ρυθμίσουν αποτελεσματικά το συναίσθημα που κάθε φορά βιώνουν διότι αυτό, ως γνωστική διεργασία, προϋποθέτει την ύπαρξη επαρκών και πλήρως ανεπτυγμένων νοητικών λειτουργιών. Όσον αφορά τη γνωστική εκτίμηση, ας υπομνησθεί ότι αυτή αποτελεί το ενδιάμεσο στάδιο ανάμεσα στην εμφάνιση ενός ερεθίσματος και στη δημιουργία άγχους στο άτομο. Σημειώνεται δηλαδή ότι, για να υπάρξει εμπειρία ψυχολογικού άγχους, το άτομο πρέπει: α) να αντιληφθεί ότι η σχέση του με το περιβάλλον μπορεί να είναι βλαπτική (να συνεπάγεται δηλαδή κάποια βλάβη, απώλεια ή απειλή) για το ίδιο (πρωτογενής εκτίμηση) και β) να εκτιμήσει ως ανεπαρκείς τις διαθέσιμες δυνατότητες του για την αντιμετώπιση της απειλής (δευτερογενής εκτίμηση) (Μπεζεβέγκης, 2001, παραπομπή στους Βασιλάκη, Τριλίβα & Μπεζεβέγκης, 2001, σελ.32).

Είναι πολύ πιθανό ότι το αναπτυσσόμενο άτομο, ακριβώς λόγω της περιορισμένης γενικής εμπειρίας και της σχετικά ελλιπούς νοητικής του ανάπτυξης, μειονεκτεί, σε σύγκριση με τους ενηλίκους, στη διεκπεραιώσει αυτής της σύνθετης γνωστικής διεργασίας που έχει σαφή και αξιόλογο χαρακτήρα. Ως παράδειγμα των παραπάνω, μπορεί να αναφερθεί η αντίληψη του παιδιού - εφήβου για τη δυνατότητα του να ελέγξει τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει ένας εξωτερικός παράγοντας (γεγονός, πρόσωπο) στο ίδιο το άτομο. Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι η αντίληψη αυτή εμφανίζει εξελικτικές αλλαγές από την παιδική μέχρι το τέλος της εφηβικής ηλικίας (Compas, Banez, Malcarne & Worsham, 1991).

Το άγχος και ο φόβος μπορεί να έχει τόσο θετικά όσο και αρνητικά αποτελέσματα στη ζωή ενός ανθρώπου ανάλογα πως διαχειρίζεται το κάθε άτομο την παρούσα στρεσογόνο κατάσταση. Ο καθένας έχει ανάγκη από κάποια τουλάχιστο διέγερση. Πολλοί άνθρωποι πλήττουν, όταν το επίπεδο του άγχους είναι εξαιρετικά χαμηλό και μερικοί θα αναζητήσουν πραγματικά να εκτεθούν σε στρεσογόνες καταστάσεις, όπως π.χ. να παρακολουθήσουν μια ταινία τρόμου, ν'ανεβούν στο τρενάκι του λούνα πάρκ, να κάνουν ορειβασία κλπ., απλά και μόνο για να νιώσουν την αδρεναλίνη στο σώμα τους να ανεβαίνει επικίνδυνα. Άλλοι πάλι μπορεί να προεκτείνουν την ανάγκη τους για διέγερση πιο μακριά, διαλέγοντας «επικίνδυνα» επαγγέλματα, όπως π.χ. δοκιμαστές αεροπλάνων, οδηγοί αγωνιστικών αυτοκινήτων κλπ., τα επαγγέλματα αυτά μπορεί να φαίνονται συναρπαστικά και διεγερτικά στους ανθρώπους που τα εκτελούν αλλά κάποιοι άλλοι μπορεί να τα αποφεύγουν (Spielberger, 1982).

Εκτός από τις αρνητικές επιδράσεις και συνέπειες του άγχους στο άτομο και στον οργανισμό του, που έχουμε δει μέχρι τώρα σ'αυτή την εργασία, υπάρχουν και κάποια θετικά στοιχεία του άγχους που βοηθούν το άτομο να αντεπεξέλθει καλύτερα σε διάφορες αγχογόνες καταστάσεις.

- ✓ Ετοιμάζει το άτομο για μια πιο αποτελεσματική απόδοση, αλλά μόνο όταν δεν ξεπερνά ένα ορισμένο σημείο.
- ✓ Τα άτομα χρειάζονται ένα ποσοστό άγχους που θα τους δώσει τα κίνητρα για να μάθουν δεξιότητες στο σχολείο και στο σπίτι.
- ✓ Ένα παιδί που δεν νιώθει έστω λίγο άγχος για να κάνει μια εργασία δεν θα δώσει τον καλύτερο του εαυτό με αποτέλεσμα να έχει μεγάλη δυσκολία στο να συγκεντρωθεί και να τελειώσει τη σχολική εργασία του. Επίσης, μπορεί χωρίς να το θέλει να απογοητεύσει τους γονείς και τους δασκάλους του ακόμα και τον ίδιο του τον εαυτό.
- ✓ Αν δεν έχει άγχος (ανησυχία) – τουλάχιστον σε κάποιο βαθμό- για τις σχέσεις με τους συνομηλίκους του μπορεί μέσα από την συμπεριφορά του να προσβάλει τους φίλους του και κατά συνέπεια να συναντήσει δυσκολίες στις σχέσεις του με τα άλλα παιδιά (Herbert, 1989).

Το άγχος ως αρνητικό φαινόμενο είναι μια κατάσταση την οποία όλοι προσπαθούν είτε να αποφύγουν είτε να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά. Στόχος είναι η καλύτερη

προσαρμογή στις περιβαλλοντικές απαιτήσεις που το προκαλούν. Οι τρόποι που το άτομο χρησιμοποιεί για την αντιμετώπιση του άγχους του αποτελούσαν παραδοσιακά αντικείμενο ενδιαφέροντος και μελέτης στο χώρο της κλινικής ψυχολογίας κατά τις δεκαετίες του 1940 και του 1950. Ο λόγος ήταν πως είχε ορθώς αναγνωριστεί ότι η επιτυχής αντιμετώπιση του άγχους αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ύπαρξη και διατήρηση της ψυχικής υγείας του ανθρώπου. Έτσι, οι ειδικοί, κλινικοί ψυχολόγοι και ψυχοθεραπευτές, προσπαθούν να εξουδετερώσουν ή να μειώσουν στους «ασθενείς» τους αναπαραγωγικούς τρόπους που εκείνοι χρησιμοποιούν για να αντιμετωπίσουν το άγχος τους (Goldfried, 1980).

Το άγχος και η αντιμετώπιση του είναι μια κυριολεκτικά πολύπλευρη ανθρώπινη συμπεριφορά που εμπλέκει, σε μια δυναμική σχέση, το γνωστικό στοιχείο (π.χ. γνωστική αξιολόγηση), το συναίσθημα και το πραξιακό στοιχείο. Συναφές σε αυτή τη διατύπωση είναι ότι, στο άγχος όπως και στην αντιμετώπιση του παρεμβαίνει μια μεγάλη πληθώρα παραγόντων (που αναφέρονται στο άτομο ή στο περιβάλλον), γεγονός που καθιστά την προγραμματική μελέτη τους ιδιαίτερα δυσχερή. Επίσης, το άγχος και η αντιμετώπιση του στην παιδική - εφηβική ηλικία καλύπτονται θεωρητικά από μοντέλα τα οποία προέρχονται από τη σχετική μελέτη στον ενήλικο πληθυσμό (Μπεζεβέγκης, 2001, παραπομπή στους Βασιλάκη, Τριλίβα, Μπεζεβέγκης, 2001, σελ.54).

Το άγχος, σε μαζικές δόσεις ή αυτό που διαρκεί για μεγάλα χρονικά διαστήματα, μπορεί να είναι εξαιρετικά επώδυνο. Όταν γίνεται τόσο έντονο, ώστε να διαπερνά τα πάντα στη ζωή του παιδιού, η ομαλή δραστηριότητα του παιδιού παρεμποδίζεται και το παιδί μπορεί να καταρρεύσει (Herbert, 1989).

Όσον αφορά την φοβία, από την μια πλευρά, είναι ένα υγιές συναίσθημα που μας πληροφορεί για την παρουσία ενός κινδύνου, ενεργοποιεί το σώμα μας για να τον αντιμετωπίσει και μας μαθαίνει να προετοιμαζόμαστε μπροστά στο άγνωστο. Είναι κάτι το φυσικό, πρέπει να τον χρησιμοποιήσουμε προς όφελος μας. Είναι εύλογο και φυσιολογικό να φοβάται ένα παιδί και είναι πολύ σημαντικό οι ενήλικες να μην ωθούν τα παιδιά τους να επιδείξουν «υπερβολικό θάρρος». Βέβαια, υπάρχουν και υπερβολικοί φόβοι, άκαιροι και άτοποι, απαγορευμένοι που σε παραλύουν, οι οποίοι είναι άχρηστοι συναισθηματικά. Χρειάζεται, ωστόσο, να εκλαμβάνονται ως μηνύματα που ίσως να λένε

«κάτι για το παιδί μας» ή «το παιδί μας να προσπαθεί να μας πει κάτι μέσω αυτών»! (Καραμανιάν, 2008).

Από την άλλη πλευρά όμως, πέρα από ένα συγκεκριμένο ανώτερο όριο, το συναίσθημα της φοβίας έχει την τάση να υπερδιεγείρει το παιδί και αντί να ενισχύει την απόδοση του, να την διαταράσσει. Στην πρωτοβάθμια και στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση, έχει διαπιστωθεί ότι, τα παιδιά με υψηλό άγχος έχουν κατά κανόνα χαμηλότερη επίδοση από τα μη αγχώδη παιδιά. Το έντονο άγχος φαίνεται ότι διαταράσσει τις σύνθετες πνευματικές εργασίες, όπως είναι αυτές που εκτελούνται σε μια σχολική τάξη, ενώ αντίθετα, διευκολύνει την επιτυχή ολοκλήρωση των απλών εργασιών, όπως είναι αυτές που είναι τόσο εύκολες, ώστε να έχουν γίνει μηχανικές, εργασίες ρουτίνας (Herbert, 1989).

Οι κοινωνικές επιπτώσεις του άγχους έχουν σαν αποτέλεσμα, οι μαθητές που υποφέρουν από υπερβολικό άγχος να μην είναι δημοφιλής ανάμεσα στους συμμαθητές τους. Τα αγχώδη παιδιά, κατά κανόνα, υποτιμούν τον εαυτό τους και η εικόνα του εαυτού τους φαίνεται πολύ αρνητική. Η εξάρτηση είναι, ένα άλλο χαρακτηριστικό των παιδιών με έντονο άγχος (αυτό ισχύει κυρίως για τα αγχώδη αγόρια). Όσο πιο αγχώδες είναι το παιδί, τόσο λιγότερο ικανό είναι να εκφράζει την επιθετικότητα του προς τους άλλους και αν πραγματικά παρουσιάζει ενδείξεις επιθετικών συναισθημάτων, νιώθει μεγάλη ανησυχία γι'αυτά. Τέλος, η αναποφασιστικότητα, η επιφυλακτικότητα και η ακαμψία ή ότι θα μπορούσε να ονομαστεί μειωμένη ελευθερία δράσης, συνοδεύουν το άγχος. Όσον αφορά τώρα, μια έντονη φοβική αντίδραση, μπορεί να γίνει περισσότερο σοβαρή καθώς περνάει ο χρόνος, ακόμη κι αν τα γεγονότα που προκαλούν φόβο δεν επαναλαμβάνονται. Αυτό το φαινόμενο της αυτοανάπτυξης του φόβου καλείται «επώαση του άγχους». Σε αυτή την περίπτωση, το άγχος του παιδιού για τον παλικαρά συμμαθητή του αυξάνει, εξαιτίας και μόνο του «περιορισμού» του παιδιού στο αγχογόνο σχολικό περιβάλλον. Επιπρόσθετα, μπορεί να εξαπλωθεί σε όλο και περισσότερα στοιχεία της σχολικής ζωής («γενίκευση του ερεθίσματος»). Μπορεί να αναπτυχθεί σε σημείο που μόνο η αποφυγή της σχολικής κατάστασης μπορεί να φέρει στο παιδί ανακούφιση από το ανυπόφορο άγχος. Το άγχος, καθώς έχει συνδεθεί χωροχρονικά με διάφορα ερεθίσματα, χωρίς να είναι κάτω από συνειδητό έλεγχο, ενεργοποιείται παρά τις καλύτερες προσπάθειες του παιδιού να το πολεμήσει. Τα συναισθήματα του απλώς «συμβαίνουν», και στην

περίπτωση αυτή δεν είναι καλό να βάζουμε τις φωνές στο παιδί και να του λέμε να συνέλθει (Herbert, 1989).

Το άγχος είναι στενά συνυφασμένο με την ανθρώπινη φύση και την ελευθερία, αποτελεί ένα αντιφατικό αγαθό, με την έννοια πως μόνο αν το κάνουμε βίωμα και επιδιώξουμε να το αναγνωρίσουμε και όχι να το αποφύγουμε, μπορούμε να πούμε πως έχουμε γνωρίσει τη ζωή σε όλο της το βάθος και τη μεγαλειώδη προοπτική της. Ο άνθρωπος θα κινείται πάντα ανάμεσα στο παρόν που προσπαθεί να τον κρατήσει δέσμιο του και σε μια τάση που τον σπρώχνει εξακολουθητικά προς το μέλλον του και η συνειδητοποίηση αυτής της πάλης που ξεσκίζει το είναι του είναι το άγχος. Οι συνήθειες, τα εξαρτημένα από την επανάληψη αντανακλαστικά, η συμβατικότητα, το καθιερωμένο, το παλιό, το γνωστό, η ασφάλεια, η άνεση είναι εχθροί του άγχους, από την άλλη η δημιουργική πνοή, η ανανέωση, η εξάπλωση, ο πόθος για το καινούργιο, η προσπάθεια για το άνοιγμα του επιστημονικού και πνευματικού ορίζοντα είναι φορείς του άγχους που εμποδίζουν το άτομο να αποφασίσει να παλέψει και να αντιμετωπίσει τα άγχη και τους φόβους του (Γαλανού, 1977).

Μέσα από την παρούσα εργασία, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι, οι αγχώδεις διαταραχές και οι φοβίες, είναι μια φυσιολογική αντίδραση σε διάφορα άγνωστα ερεθίσματα. Για τα μικρά παιδιά είναι πιο συνηθισμένες δεδομένου ότι, ο κόσμος για αυτά αποτελεί κάτι το πρωτόγνωρο, το παράξενο και αποτελούν ένα ερέθισμα για την ανάπτυξη τους, αφού καταφέρνουν να τα προετοιμάζουν για τους πιθανούς κινδύνους που μπορεί να συναντήσουν αργότερα στη ζωή τους. Ωστόσο, η φοβία αυτή μπορεί να παγιωθεί και να εξελιχθεί σε παθολογική φοβία – άγχος, όταν το άτομο δεν ανταποκρίνεται στα ερεθίσματα φυσιολογικά αλλά αντιδρά παράλογα και μερικές φορές επικίνδυνα απέναντι σ’αυτά. Είναι απαραίτητο, να αναγνωριστεί έγκαιρα και γρήγορα η αιτία που προκαλεί την διαταραχή και το ίδιο το άτομο να παραδεχτεί ότι οι αντιδράσεις του είναι παράλογες. Αν δεν μπορεί το παιδί λόγω μικρής ηλικίας να το αντιληφθεί τότε το άτομο που το φροντίζει να είναι σε θέση να ξεχωρίζει τους φυσιολογικούς φόβους από αυτούς που το τρομάζουν και να τους αντιμετωπίσει κατάλληλα. Έχουν ειπωθεί πολλές θεωρίες για τις αγχώδεις διαταραχές, αλλά ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης είναι να κατανοήσουμε τους φόβους και το άγχος του παιδιού και μετά να προσπαθήσουμε να τους γιατρέψουμε.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

Βασιλάκη, Ε., Τριλίβα, Σ. & Μπεζεβέγκης, Η. (2001). Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπιση τους. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Γαλανού, Γ. Γ. (1977). Εφαρμοσμένη ψυχολογία: το άγχος στο σημερινό κόσμο. Πέμπτη έκδοση. Αθήνα: Μπουκομάνη.

Δημητρίου – Χατζηνεοφύτου, Λ. (2001). Τα έξι πρώτα χρόνια της ζωής. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2005). Αγχώδεις Διαταραχές (πρώην νευρώσεις). Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: αναπτυξιακή προσέγγιση, σελ.165-195. Αθήνα: τυπωθητώ Γιώργος Δαρδάνος.

Καλπάκογλου, Θ. (1997). Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και διαταραχή πανικού: γνωσιακές διαστάσεις. Άγχος και πανικός: γνωσιακή θεωρία και θεραπεία, σελ.35-87. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καραμανιάν, Α. (2008). Ο Φόβος. Παράθυρο στην εκπαίδευση του παιδιού. Τεύχος 52, σελ.78-81. Αθήνα: Ωρίων.

Κουγιουμουτζάκης, Γ. (1995). Αναπτυξιακή Ψυχολογία: παρελθόν, παρόν, μέλλον. Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.

Κρασανάκης, Γ. Ε. (1988). Ο φόβος, η ανησυχία, η αγωνία και το άγχος. Ψυχοπαιδαγωγικά προβλήματα της εφηβικής ηλικίας, σελ.68-74. Αθήνα: Σμυρνιωτάκης.

Λαζαράτου, Ε. & Αναγνωστόπουλος, Δ. Κ. (2003). Η κλινική σημασία του άγχους του αποχωρισμού και η θεωρία της «προσκόλλησης». Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων, Ψυχιατρική Κλινική. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 20 (2), σελ.138-141.

Μάνου, Ν. (1988). Αγχώδεις Διαταραχές (ή αγχώδεις και φοβικές νευρώσεις). Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, σελ.222-243. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Μιχαηλίδη, Μ. Ε. (1999). Υπέρβαση του άγχους. Βιβλιοπωλείο: ο Άγιος Νικόλαος.

Μπάμνιου, Κ. (1977). Παιδικές νευρώσεις. Ψυχοπαθολογία του παιδιού, σελ.11-17. Δεύτερο μέρος. Θεσσαλονίκη: Γιαχούδη – Γιαπούλη.

Μπασέτας, Κ. (2002). Συμπεριφοριστικές θεωρίες μάθησης. Ψυχολογία της μάθησης, σελ.82-85. Αθήνα: Άτροπος.

Μπεζεβέγκης, Η. (άρθρο σε προετοιμασία). Αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων σε παιδιά και εφήβους: κατασκευή και ψυχομετρικά χαρακτηριστικά της κλίμακας coping.

Νέστορος, Ι. Ν., Ζγαντζούρη, Κ. Α. & Λαμπρόπουλος, Γ. Κ. (1999). Συνθετική ψυχοθεραπεία: Από τη θεωρία στην εφαρμογή. Στο Π. Ασημάκης (επιμέλεια) Σύγχρονες Ψυχοθεραπείες στην Ελλάδα: Από τη θεωρία στην εφαρμογή. Αθήνα: εκδόσεις University of Indianapolis, Athens Press.

Παπαγεωργίου, Β. Α. (2005). Αγχώδεις και φοβικές διαταραχές. Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Παπαγεωργίου, Γ. (2006). Παιδικοί φόβοι στα παιδιά προσχολικής εκπαίδευσης. Αναρτήθηκε από: papageorgioup@junior.gr

Παπαδάκη – Μιχαηλίδη, Ε. (1995). Η σιωπηλή γλώσσα των συναισθημάτων. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παπαδόπουλος, Γ. Ν. (2005). Λεξικό Ψυχολογίας. Αθήνα: Σύγχρονη Ψυχιατρική.

Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1985). Εξελικτική Ψυχολογία. Πρώτος τόμος. Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Πίανος, Χ. Κ. (1998). Φόβοι και φοβίες. Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και η αντιμετώπιση τους, σελ.147-159. Τρίτη έκδοση. Αθήνα: εκδόσεις Έλλην.

Χασάπη, Γ. Ι. (1976). Ψυχαναγκαστικές Νευρώσεις. Ψυχοπαθολογία της νηπιακής ηλικίας, σελ.64-68. Αθήνα: Στέφανος Βασιλόπουλος.

Ξένη Βιβλιογραφία

Adams, G. B. (2004). Identifying, Assessing and Treating Obsessive – Compulsive Disorder in school aged children: the role of school personal social skills. Teaching Exceptional Children, 2, pp.46-53.

Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant – Mother attachment. American Psychology, 34, pp.932-937.

Albano, A. M., Dibartolo, P. M., Heimberg, R. G. & Barlow, D. H. (1995). Children and adolescents: Assessment and Treatment. In R. G. Heimberg, M. R. Leibowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier (Eds.), Social Phobia: Diagnosis, assessment and treatment (pp. 387-425) New York: Guilford Press.

Albano, A. M., Chorbita, B. F. & Barlow, D. H. (1996). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), Child Psychopathology (pp.196-241). New York: Guilford Press.

Almqvist, F., Brandell – Forsberg, M. (1997). Refugee children in Sweden: post – traumatic stress disorder in Italian preschool children exposed to organized violence. Child Abuse and Neglect, 21, pp.336-351.

American Psychiatric Association, (1952). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association, (1968). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd edition).Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association, (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edition). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association, (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). Washington, DC: Author.

Amies, P., Gelder, M. & Shaw, P. (1983). Social Phobia: A comparative clinical study. British Journal of Psychiatry, 142, pp.174-179.

Anderson, D. J., Williams, S., McGee, R. & Silvia, P.H. (1987). DSM-III: Disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. Achieves of General Psychiatry, 44, pp.69-76.

Andrews, G., Stewart, G., Allen, B. & Henderson, S. (1990). The genetics of six neurotic disorders: A twin study. Journal of Affective Disorders, 19, pp.23-29.

Bandura, A. (1977). Self – efficacy. Toward a unifying theory of behavior change. Psychological Review, 84, pp.191-215.

Bandura, A. (1979). Social learning theory, N. J.: Prentice Hall, 1977 (USA).

Bandura, A. (1988). Self – efficacy conception of anxiety. Anxiety Research: An International Journal, 1, pp.71-98.

Barlow, D. H. (1988). Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford Press.

Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R. & Rapee, R. M. (2001). Cognitive – behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long – term (6-year) follow up. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, pp.135-141.

Barrios, A. & O'Dell, L. (1998). Fears and Anxieties. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), Treatment of Childhood Disorders (pp.249-337). New York: Guilford Press.

Beck, A. T. & Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression. An information processing perspective. Anxiety: an International Journal, 7 (1), pp.23-26.

Beidel, D. C. & Turner, S. M. (2005). Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia. American Psychological Association: Washington, DC.

Bell – Dolan, D. & Brazeal, T. J. (1993). Separation anxiety disorder, over - anxious disorder and school refusal. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2, pp.563-580.

Bennett, M. & Gilligham, K. (1991). The role of self – focused attention in children's attributions of social and emotions to the self. Journal of Genetic Psychology, 152, pp.303-309.

Berg, C., Rapoport, J. L. & Wolff, R. (1989). Behavioral treatment for obsessive – compulsive disorder in children and adolescents (pp.169-188). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Bernstein, G. A. & Borchardt, C. M. (1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, pp.519-532.

Bey – Janaud, E. & Foubert, J. M. (1985). 101 συμβουλές για να κατανικήσετε φόβους και φοβίες. Μετάφραση: Γαλάνη, Σ. Αθήνα: Φυτράκης.

Biederman, J., Petty, C., Faraone, S. V., Hein, A., Hirshfeld – Becker, D., Pollack., H.M., DeFigueiredo, S., Feeley, R. & Rosenbaum, J. F. (2006). Effects of parental anxiety disorders in children at risk for panic disorder: A controlled study. Journal of Affective Disorders, 94, pp.191-197.

Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. World Health Organization Monograph (Serial, No.2)

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Vol.1. Attachment. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Vol.2. Separation. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Vol.3. Loss Sadness and Depression. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). A secure base: Parent – child attachment and healthy human development. New York: Basic Books.

Brandy, E. U. & Kendall, p. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. Psychological Bulletin, 111, pp.244-255.

Brazelton, T. B. (1998). Φόβοι. Τα αναπτυξιακά προβλήματα του βρέφους και του νηπίου: η ιατρό – ψυχολογική αντιμετώπιση τους, σελ.61-73. Επόπτης ελληνικής έκδοσης: Παρασκευόπουλος, Ι. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Bunk, B. P., Pligt, J., Vander, D. & Boer, D. J. (1991). Social cognition and stress. Αναφορά στο: M. C. W. Peeters, Cognitive appraisal of daily stressors. Anxiety Research: An international Journal, 8, 2, (1995)

Burns, B. J., Costello, E. J., Angold, A., Tweed, D. L., Stangl, D. K. & Farmer, E. M. (1995).Children's mental health service use across service sectors. Health Affairs, 14, pp.147-159.

Buss, A. H., Iscoe, I. & Buss, E.H. (1979). The development of embarrassment. British Journal of Psychiatry, 142, pp.174-179.

Calkins, S. D. & Fox, N. A. (1992). The relations among infant temperament, security of attachment and behavioral inhibition at twenty – four months. Child Development, 63, pp.1456-1472.

Caron, C. & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 32, pp.1063-1080.

Cartwright – Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C. & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behavior therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. British Journal of Clinical Psychology, 43, pp.421-436.

Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K. & Stein, M. T. (2004). Child anxiety in primary care: Prevalent but untreated. Depression and Anxiety, 20, pp.55-164.

Clark, D. M., Salkovskis, P., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P. & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. British Journal of Psychiatry, 165, pp.557-559.

Cole, M. & Cole, R. S. (2002). Η αρχή της ζωής: εγκυμοσύνη, τοκετός, βρεφική ηλικία. Μετάφραση: Σόλμαν Μ., επιμέλεια: Παπαληγούρα, Ζ. & Βορρία, Π. Πρώτος τόμος. Αθήνα: Γιώργος Δαρδάνος.

Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V. & Worshan, N. (1991). Perceived control and coping with stress: A developmental perspective. Journal of Social Issues, 47 (4), pp.23-34.

Costello, E. J., Angold, A. J. (1995). Epidemiology. In J. S. March (Eds). Anxiety Disorders in Children and Adolescents, pp. 109-122. New York: Guilford.

Costello, E. J., Angold, A. J. & Keeler, G. P. (1999). Adolescent outcomes of childhood disorders: the consequences of severity and impairment. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, pp.121-128.

Craske, M. (1997). Fear and anxiety in children and adolescents. Bulletin of the Menniger Clinic, 61 (2), pp.4-36.

Crotti, E. & Magni, A. (2006). Τι και Γιατί φοβούνται τα παιδιά μας; Μετάφραση: Τραϊκογλου, Μ. Ρ. Αθήνα: Εκδοτικών & Πολιτισμικών Δραστηριοτήτων.

Crozier, W. R. & Burnham, M. (1990). Age – related differences in children's understanding of shyness. British Journal of Developmental Psychology, 8, pp.171-185.

Dadds, M. R. & Barrett, P. M. (2001). Psychological management of Anxiety disorders in childhood. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42, (8), pp.999-1011. Cambridge University Press.

Darwin, C. (1965). Expression of emotions in man and animals. Chicago: University of Chicago Press.

Emberlain, G. (1980). Φοβίες και άγχη στα παιδιά. Εκδόσεις NOTOS – ΕΠΕ Αθήνα.

Epstein, S. & Roupenian, A. (1970). Heart rate and skin conductance during experimentally induced anxiety? The effects of uncertainty about receiving a noxious stimulus. Journal of Personality and Social Psychology, 16, pp.20-28.

Erikson, M. F., Sroufe, L. A. & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high – risk sample. Monographs of the society of research in Child Development, 50 (1&2), pp.146-166.

Fisher, P. H., Masia – Warner, C., Klein, R. G. (2004). Skills for social and academic success: a school based intervention for social anxiety disorders in adolescents. Clinical Child and Family Psychology Review, 7, pp.241-249.

Frediksson, M., Annas, P., Fischer, H. & Wik, G. (1996). Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. Behavior Research and Therapy, 34, pp.33-39.

Fremont, W. P. (2004). Childhood reactions to terrorism – induced trauma: a review of the past 10 years. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43 (4), pp.381-392.

Freud, S. (1909). Analysis of a phobia in a five – year old. Standard edition, 10, pp.3-149. London: Hogarth Press (1955).

Freud, S. (1959). Inhibitions, symptoms and anxiety. In J. Strachey (Eds and Trans.). The standard edition of the Sigmund Freud vol.18, p.p. 145-172. London: Hogarth Press. (Original work published in 1920)

Foley, D. L., Maes, H., Silberg, J., Eaves, L. & Pickles, A. (2004). Course and short – term outcomes of separation anxiety disorder in a community sample of twins. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43, pp.1107-1114.

Foley, D. L., Rowe, R., Maes, H., Silberg, J., Eaves, L. & Pickles, A. (2008). The relationship between separation anxiety and impairment. Journal of Anxiety Disorders, 22, pp.635-641.

Fong, G. & Garralda, E. (2005). Anxiety disorders in children and adolescents. The medicine publishing company LTD, Psychiatry, 4 (8), pp.77-81.

Garrvey, M. A., Giedd, J. & Swedo, S. E. (1998). PANDAS: The research for environmental triggers of pediatric neuro – psychiatric disorders. Lessons from rheumatic fever. Journal of Child Neurology, 13, pp.413-423.

Gelder, M. G., Lopez – Ibor, J. J. & Andersen, N. (2008). Oxford: Σύγχρονη Ψυχιατρική. Επιμέλεια έκδοσης: Αγγελόπουλος, Ν., Καπρίνης, Γ., Λειβαδίτης, Μ., Λύκουρας, Ε., Μαυρέας, Β. & Σολδάτος, Κ. Ιατρικές εκδόσεις: Π. Χ. Πασχαλίδης.

Graham, P., Turk, J. & Verhulst, F. (1999). Child Psychiatry. A developmental approach, 3rd edition. Oxford.

Goldfried, M. R. (1980). Psychotherapy as coping skill therapy. In M. J. Mahoney (Eds.), Psychotherapy process: current issues and future directions. New York: Plenum.

Hawton, K., Salkovskis, P., Kivk, J. & Clark, D. M. (1989). Cognitive behavior therapy for psychiatric problems. Oxford: Oxford University Press.

Heimberg, R. G., Leibowitz, M. R., Hope, D. A. & Schneier, F. R. (1995). Social phobia: diagnosis, assessment and treatment. New York: Guilford Press.

Herbert, M. (1989). Ψυχολογικά προβλήματα της παιδικής ηλικίας: πλήρης οδηγός για όλους τους ενδιαφερόμενους. Επόπτης ελληνικής έκδοσης: Παρασκευόπουλος, Ι. πρώτος τόμος. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Hope, D. A., Holt, C. S. & Heimberg, R. (1993). Social phobia. In T .R. Giles (Eds.), Handbook of Effective Psychotherapy. New York: Plenum Press.

Isabella, R. A. (1993). Origins of attachment: Maternal interactive behavior across the first year. Child Development, 64, pp.605-621.

Izard, C. E., Haynes, O. M., Chisholm, G. & Baak, K. (1991). Emotional determinants of mother – infant attachment. Child Development, 62, pp.906-917.

Juster, H. R. & Heimberg, R. G. (1995). Social phobia. Longitudinal course long-term outcome of cognitive – behavioral treatment. Psychiatric Clinics of North America, 18, pp.821-842.

Kagan, J. (1997). Temperament and the reactions of unfamiliarity. Child Development, 68, pp.139-143.

Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1991). Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences. Clinical Psychiatry 6th edition. Baltimore, Williams & Wilkins.

Kearney, C. A. & Silverman, W. K. (1992). Let's not push the «panic» button: the critical analyses of panic and panic disorder in adolescents. Clinical Psychology Review, 12, pp.293-305.

Kendall, P. C. & Treadwell, K. H. (1996). Cognitive – behavioral treatment for childhood anxiety disorders. Psychological treatments for child and adolescent disorders: in E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.). Empirically – based strategies for clinical practice (pp.23-41). Washington DC: American Psychological Association.

Kendall, P. C., Safford, S., Flanney – Schroeder, E. & Webb, A. (2004). Child anxiety disorder treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7 year follow up. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, pp.276-287.

Kessler, R. C., Merikangas, K. R., Berglund, P., Eaton, W. W., Kortez, D. S. & Walters, E. E. (2003). Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. Archives of General Psychiatry, 60, pp.1117-1122.

King, J., Ollendick, T. H. & Gullone, E. (1991). Negative affectivity in children and adolescents: relations between anxiety and depression. Clinical Psychology Review, 11, pp.441-459.

King, J. (1993). Simple and social phobias. In T. H. Ollendick & F. J. Prinz (Eds.). Advances in Clinical Child Psychology, vol.15, (pp.305-341). New York: Plenum.

Klein, R. G. & Pine, D. S. (2002). Anxiety disorders. In M. Rutter & E. Taylor (Eds). Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Blackwell Publishing – Oxford, pp.486-509.

Kristensen, A. S., Mortensen, E. L. & Mors, O. (2008). Social phobia with sudden onset – post panic social phobia? Journal of Anxiety Disorders, 22, pp.684-692.

Lader, M. (1994). Treatment of anxiety. British Medical Journal, 309, pp.321-324.

Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, E., Finkelstein, R. & Strauss, C. (1987). Comparison of DSM-III separation anxiety and overanxious disorders: demographic characteristics and patterns of comorbidity. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26, pp.527-531.

Last, C. G., Strauss, C. C. & Francis, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorders. Journal of Nervous and Mental Disease, 175, pp.726-730.

Last, C. G., Perin, S., Hersen, M. & Kazdin, A. E. (1992). DSM –III-R anxiety disorders in children: sociodemographic and clinical characteristics. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31, pp.1070-1076.

Last, C. G., Perin, S., Hersen, M. & Kazdin, A. E. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, pp.1502-1510.

Lawrence, A. P. & Oliver, P. J. (2001). Θεωρίες προσωπικότητας: έρευνα και εφαρμογές. Μετάφραση: Αλεξανδροπούλου, Α. & Δασκαλοπούλου, Ε. . Αθήνα: τυπωθητώ Γιώργος Δαρδάνος.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress appraisal and coping. New York: Springer.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. European Journal of Personality, 1, pp.141-170.

Leidig, S. & Glomp, I. (2003). Γιατί φοβόμαστε; Αίτια – Συμπτώματα και Τρόποι αντιμετώπισης. Μετάφραση από τις εκδόσεις «Θυμάρι». Αθήνα: Θυμάρι.

Lichtenstein, P. & Annas, P. (2000). Heritability and prevalence of specific fears and phobias in childhood. Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol.41 (7), pp.427-937. Cambridge University Press.

Lipsitz, J., Martin, L., Mannuzza, S. (1994). Childhood separation anxiety disorders. Journal of Psychiatry, 151, pp.927-929.

Lowry – Webster, H. M., Barrett, P. M. & Dadds, M. R. (2001). Auniversal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: preliminary data from an Australian study. Behavior Change, 18, pp.36-50.

Manicavasagar, V., Solve, D., Curtis, J. (1997). Separation anxiety in adulthood: a phenomenological investigation. Psychiatry, 38, pp.274-282.

March, J. S., Mulle, K. & Herbel, B. (1994). Behavioral psychotherapy for children and adolescents with obsessive – compulsive disorder: an open trial of a new protocol driven treatment package. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33, pp.333-341.

March, J. S. (1995). Cognitive – behavioral psychotherapy for children and adolescents with OCD: a review and recommendations for treatment. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, pp.7-18.

March, J. S., Frances, A., Carpenter, D. & Kahn, D. A. (1997). The expert consensus series: treatment of obsessive – compulsive disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 58 (4), pp.1-72.

Margraf, J., Barlow, D. H., Clark, D. M. & Telch, M. J. (1993). Psychological treatment of panic: working progress on outcome, active ingredients and follow-up. Behavior Research and Therapy, 31, pp.1-8.

Marks, I. M. & Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. American Journal of Psychiatry, 123, pp.218-221.

Marks, I. M. (1987). The development of normal fear: a review. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 28, pp.667-698.

Masi, G., Mussi, M., Farilla, L., Romano, R. & Poli, P. (1999). Symptomatology and comorbidity of general anxiety disorder in children and adolescents. Comprehensive Psychiatry, 40, pp.210-215.

McLoone, J., Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2006). Treating anxiety disorders in school setting. Education of Treatment and Children, vol.27 (2), pp.219-242.

Misch, P., Phillips, M., Evans, P. & Berelowitz, M. (1993). Trauma in preschool children: clinical account. In G. Forrest (Eds) Trauma and Crisis Management, pp. 11-18, ACPP Occasional Papers, 8.

Muris, P., Merckelbach, H., Van Brakel, A., Mager, B., Danden, L. (1998). The screen for child anxiety related emotional disorders (scared): relationship with anxiety and depression in normal children personal in divided differences, 24 (4), pp.451-456.

Muris, P., Schmidt, H. & Merckelbach, H. (1999). The structure of specific phobia symptoms among children and adolescents. Behavior Research and Therapy, 37, pp.863-868.

Ollendick, T. H. & King, N. J. (1994). Diagnosis, assessment and treatment of internalizing problems in children: the role of longitudinal data. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, pp.918-927.

Ollendick, T. H. & Hersen, M. (1998). Handbook of Child Psychopathology (3rd edition). New York: Plenum.

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), pp.98-106.

Pfeffer, C. R., Lipkins, R., Plutchik, R. & Mizruchi, M. (1988). Normal children at risk of suicidal behavior: a two year follow-up study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27, pp.34-41.

Pfefferbaum, B. (1997). Post – traumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, pp.1503-1511.

Piacentini, J. (1999). Cognitive behavioral therapy of childhood OCD. Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America, 8, pp.559-616.

Piacentini, J. & Graae, F. (1997). Childhood OCD. In E. Hollaander & D. Stein (Eds.). Obsessive – compulsive disorders: diagnosis, etiology, treatment, pp.23-46. New York: Plenum.

Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. & Wraich, R. (1995). A developmental model of childhood traumatic stress. In D. Cicchetti, D. Cohen (Eds). Manual of developmental psychology, Risk, Disorder, and Adaption, Wiley, New York, 2, pp.72-95.

Rachman, S. (1985). The treatment of anxiety disorders: a critique of the implications of psychopathology. In A. Tuma and J. Maser (Eds.), Anxiety and Anxiety Disorders. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Association Inc.

Rachman, S. (1998). Anxiety: Clinical Psychology: a modular course. Psychology Press.

Rao, A. P., Beidel, C. D., Turner, S. M., Ammerman, R. T., Crosby, E. L. & Sallee, R. F. (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: descriptive psychopathology. Behavior Research and Therapy, 45, pp.1181-1191.

Rapee, R. M., (1995). Psychological factors influencing the affective response to biological challenge procedures in panic disorder. Journal of Anxiety Disorders, 9, pp.291-300.

Rapee, R. M. & Barlow, D. H. (1988). Cognitive – behavioral treatment (Panic Disorder). Psychiatric Annals, 18 (8), pp.473-477.

Rapee, R. M., Wignally, A., Sheffield, J. K., Kowalen, K. N., Davis, A., McLoone, J., & Spence, S. H. (2004). Consumer reported stigma and program satisfaction following universal and indicated prevention programs for adolescent depression. Manuscript submitted for publication.

Rapoport, J. L. & Swedo, S. (2002). Obsessive – compulsive disorder. In M. Rutter & E. Taylor, (Eds), Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition, pp. 571-592. Blackwell Publishing – Oxford.

Reid, W. H. & Wise, M. G. (1989). DSM-III-R training guide. Burner Mazel, New York.

Ricks, M. H. (1985). The social transmission of parental behavior: attachment across generations. Monographs of the society of research in Child Development, 50, (1&2), pp.211-227.

Riddle, M. A., Schahill, L., King, R., Hardin, M., Towbin, K., Ort, S., Leckman, J. & Cohen, D. (1990). Obsessive – compulsive disorder in children and adolescents: phenomenology and family history. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, pp.766-772.

Rothbaum, O., Hodges, F. & Kooper, R. (1997). Virtual reality exposure therapy. The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 6 (3), pp.219-226.

Roy- Byrne, P. P., Craske, M. G. & Stein, B. M. (2006). Panic disorder. Seminar. Archives of General Psychiatry, 368, pp.1023-1032.

Scheerigna, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J. & Lavriew, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of post – traumatic stress disorder in infancy and early childhood. Journal of American Academy of Child and Adolescent, 34, pp.191-200.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1992). Advances in anxiety theory: a cognitive process approach. In K. A. Hagtvet & T. B. Johnson (Eds.). Test Anxiety Research, vol.7.

Seligman, L. D. & Ollendick, T. H. (1998). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: an integrative review. Clinical Child and Family Psychology Review, 1, pp.125-144.

Shafran, R. (2001). Obsessive – compulsive disorder in children and adolescents. Child Psychology and Psychiatry Review, 6 (2), pp.50-58.

Shapiro, L. E., Pollard, C. A. & Carmin, C. N. (1993). Treatment of agoraphobia. In T. R. Giles (Eds.). Handbook of Effective Psychotherapy. New York: Plenum Press.

Shaver, P. R. & Hazan, C. (1998). A biased overview of the study of love. Journal of Social and Personal Relationships, 5, pp.47-501.

Silverman, W. K. & Rabian, B. (1993). Simple phobias. Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America, 2, pp.603-622.

Spielberger, C. (1982). Ο κύκλος της ζωής: Άγχος – Στρες και πώς να το αντιμετωπίσουμε. Μετάφραση: Κωστόπουλος, Ι. Αθήνα: Ψυχογιός.

Sroufe, L. & Fleeson, J. (1986). Attachment and construction of relationships. In W. W. Hartup & Z. Rubin (Eds.). Relationships and Development (pp.51-71). Hillsdale NJ: Lawrence Eribaum.

Stallard, P., Velleman, R. & Baldwin, S. (2001). Recovery from post – traumatic stress disorder in children following road traffic accidents: the role of talking and feeling understood. Journal of Community & Applied Social Psychology, 11, pp.37-41.

Stallard, P. (2005). Interventions for post – traumatic stress disorder in children and adolescents, Alan Carv: Clinical Implications. Pediatric Rehabilitation, 8, (1), pp.29-31.

Strauss, C. C., Lease, C. A., Last, C. G. & Francis, G. (1988). Overanxious disorder: an examination of developmental differences. Journal of Abnormal Child Psychology, 16, pp.433-443.

Strauss, C. C., Last, C. G., Hersen, M. & Kazdin, A. E. (1998). Association between anxiety and depression in children and adolescents with anxiety disorders. Journal of Abnormal Child Psychology, 16, pp.57-68.

Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Leonard, H., Lenane, M. & Cheslow, D. (1989). Obsessive – compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases. Archives of General Psychiatry, 46, pp.335-341.

Swedo, S. E. & Leonard, H. (1998). Pediatric autoimmune neuropsychiatry disorders associated with streptococcal infections: clinical descriptions of the first 50 cases. American Journal of Psychiatry, 155, pp.264-271.

Van Beek, N., Perna, G., Schruers, K., Muris, P. & Griez, E. (2005). Anxiety sensitivity in children of panic disorder patients. Child Psychology and Human Development, 35 (4), pp.315-324.

Van der Klok, B. & McFarlaine, A. (1996). The black hole of trauma. In a: Van der Klok, B., McFarlaine, A. & Weisaeth, L. (Eds). Traumatic Stress, pp.3-23. New York: Guilford.

Velting, O. N. & Albano, A. M. (2001). Current trends in the understanding and treatment of social phobia in youth. Journal of Psychology and Psychiatric, vol.12, 1, pp.127-140. Cambridge: University Press.

Verduin, L. T. & Kendall, C. P. (2003). Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32 (2), pp.290-295.

Verhulst, F. C., Van Der Ende, J., Ferdinand, R. F. & Kasius, M. C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of adolescents. Achieves of General Psychiatry, 54, pp.329-336.

Watson, J. B. & Rayner, P. (1920). Conditioned emotional reactions. Journal of Experimental Psychology, 3, pp.1-14.

Wells, A. & Bulter, G. (1997). Generalized anxiety disorder. In D. M. Clark and C. Fairburn, (Eds.). Science and practice of cognitive behavior therapy. Oxford: University Press.

Wenar, C. H. & Kerig, P. (2000). Developmental Psychopathology, (4th edition), USA: McGraw – Hill.

Werner, R. (1979). Die behandlung von malaysischen drogenavjhangigen mit den methonden der traditionellen medizin. Offentiches Gesundheitswesen, 412, pp.332-343.

Westenberg, P. M., Drewes, M. J., Goedhart, A. W., Siebelink, B. M. & Treffers, P. D. A. (2004). A developmental analysis of self – reported fears in late childhood through mid – adolescence: social evaluative fears on the rise? Journal of Child Psychopathology and Psychiatry, 45, pp.481-495.

Wood, J. J. (20060. Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample. Children Psychiatry Human Developmental, 37, pp.73-87.

World Health Organization, (1992). International statistical classification of diseases and related health problems (10th edition). Genera Switzerland: Author.

Yehuda, R., McFarlone, A. C. & Shaler, A. Y. (1998). Predicting the development of post – traumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. Biological Psychiatry, 44, pp.1305-1313.

Youngblade, L. M., Belsky, J. (1992). Parent – child antecedents of 5 year old close friendships: a longitudinal analysis. Developmental Psychology, 28, pp.700-713.

Zohar, A. H. (1999). The epidemiology of obsessive – compulsive disorder in children and adolescents. Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America, 8, pp.445-460.