

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ 2016

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

## ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ

ΜΙΓΚΟΥΛΗ ΣΟΦΙΑ

ΑΜ:2583

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : Κ. ΧΑΤΗΡΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	5
ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΕΣ.....	5
1.1 Ορισμός άγχους.....	8
1.2 Ιστορική αναδρομή.....	9
1.3 Θεωρητικές προσεγγίσεις άγχους.....	9
1.4 Κλασσικές θεωρητικές προσεγγίσεις των διαταραχών άγχους.....	9
1.5 Σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις των διαταραχών άγχους.....	11
1.6 Στατιστικά στοιχεία.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	14
ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΑΓΧΟΥΣ.....	14
2.1 Κοινωνική φοβία.....	15
2.2 Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή.....	19
2.3 Διαταραχή μετα απο ψυχοτραυματικό στρες.....	22
2.4 Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή.....	27
2.5 Διαταραχή απο οξύ στρες.....	30
2.6 Διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία.....	31
2.6.1 Διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία.....	34
2.6.2 Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία.....	34
2.7 Ειδική φοβία.....	35
2.8 Αγχώδης διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση.....	37
2.9 Αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη απο ουσίες.....	38
2.10 Αγχώδης διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	41
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΣΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΑΓΧΟΥΣ.....	41
3.1 Σύνδεση σχολείου και οικογένειας.....	41
3.2 Συνεργασία εκπαιδευτικών με επαγγελματίες ψυχικής υγείας.....	44
3.3 Συμβουλές προς γονείς και εκπαιδευτικούς.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	47

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΑΓΧΟΥΣ.....	47
4.1 Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία.....	48
4.2 Γνωστική Ψυχοθεραπεία.....	50
4.3 Γνωστική-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία.....	51
4.4 Χαλάρωση.....	53
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	55

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τους γρήγορους ρυθμούς της σύγχρονης κοινωνίας παρατηρείται ολοένα αύξηση του άγχους. Μερικές φορές το άγχος είναι δύσκολο να αντιμετωπιστεί, καθώς υπερβαίνει τη δυνατότητα του κάθε ατόμου και έτσι γίνεται μια απειλή τόσο στη σωματική όσο και στη συναισθηματική ευημερία του.

Τα παιδιά, αναπόσπαστα μέλη της “εποχής του άγχους” (20ός αιώνας), που μόλις η κοινωνία μας διένυσε (Νέστορος, 2002), βιώνουν εμπειρίες όπως π.χ., αυξανόμενη επιτάχυνση των ρυθμών ζωής, εγκληματικότητα, αβεβαιότητα, ανασφάλεια, ασθένειες-μάστιγες κ.λπ. (Μαρίνος & Ανθόπουλος, 1999), οι οποίες οδηγούν σε διάφορες συναισθηματικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, οι φοβικές διαταραχές και οι αγχώδεις καταστάσεις-νευρώσεις (Τσοβίλη, 2003).

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν τις πιο συχνά εμφανιζόμενες διαταραχές κατά την παιδική ηλικία. Συγκεκριμένα, η συχνότητα εμφάνισής τους στον παιδικό πληθυσμό κυμαίνεται μεταξύ 3-18%. Οι διαταραχές άγχους χαρακτηρίζονται από έντονο και χρόνιο άγχος, και γίνεται κατανοητό ως ένα πολύπλοκο μοτίβο κινητικών, γνωσιακών και φυσιολογικών αντιδράσεων απέναντι σε μια αληθινή ή υποτιθέμενη απειλή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Παρόλα αυτά τα περισσότερα παιδιά βιώνουν άγχος και φόβους κατά τη διάρκεια της ομαλής ανάπτυξής τους. Συγκεκριμένα, το άγχος αποτελεί ένα φυσιολογικό σύμπλεγμα αντιδράσεων που όλοι οι άνθρωποι εμφανίζουν όταν έρχονται αντιμέτωποι με καταστάσεις που θεωρούν τρομακτικές ή δύσκολες. Επομένως, το άγχος αποτελεί μία λειτουργική και θεμιτή αντίδραση, αφού θέτει το άτομο σε κατάσταση ετοιμότητας (Μάνος, 1997). Ένα παιδί που αντιμετωπίζει κάποια φοβία κατακλύζεται από έντονα συμπτώματα άγχους. Το άγχος αυτό πυροδοτείται από συγκεκριμένες καταστάσεις που φοβίζουν το υποκείμενο με αποτέλεσμα να τείνει να τις αποφύγει (RoyalCollegeofPsychiatrists, 2008). Το συναίσθημα του άγχους σε αυτήν την περίπτωση έχει μεγάλη ένταση, που όμως είναι δυσανάλογο σε σχέση με το ερέθισμα που το προκαλεί και επιπλέον χαρακτηρίζεται και από μεγαλύτερη διάρκεια στο χρόνο. Έτσι, το άγχος γίνεται ανασταλτικό με αποτέλεσμα το παιδί να προσπαθεί συνεχώς να αποφύγει την κατάσταση που το προκαλεί. Το γεγονός αυτό οδηγεί στην κορύφωση και τη γενίκευση του άγχους, ακόμη και όταν η κατάσταση αυτή απουσιάζει. Τα παιδιά, είναι πιθανόν να μην αντιλαμβάνονται πάντα τότε οι φόβοι τους είναι υπερβολικοί και αδικαιολόγητοι. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Στρεσογόνα γεγονότα, όπως το να ξεκινήσει ένα παιδί να πηγαίνει στο σχολείο, μια μετακόμιση, ο θάνατος ενός συγγενή ή ο χωρισμός των γονιών μπορούν να προκαλέσουν την απαρχή αυτών των διαταραχών, αλλά χρειάζεται και κάποιος συγκεκριμένος στρεσογόνος παράγοντας, που συνεπικουρεί ώστε να αναπτυχθεί η διαταραχή. Αν οι διαταραχές άγχους δεν αντιμετωπιστούν, τότε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος το παιδί να αποτύχει στο σχολείο, να μην αναπτύξει πλήρως τις κοινωνικές δεξιότητές του ή ακόμα και να οδηγηθεί στο μέλλον στην κατάχρηση ουσιών (RoyalCollegeofPsychiatrists, 2008).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΕΣ

### Ορισμός άγχους

Το άγχος είναι ένα συναίσθημα το οποίο μας διευκολύνει συχνά στην αντιμετώπιση των δυσκολιών της ζωής, θέτοντας τον οργανισμό σε κατάσταση ετοιμότητας. Υπο αυτό το πρίσμα το άγχος αποτελεί φυσιολογικό στοιχείο της αναπτυξιακής πορείας ενός οργανισμού. Όταν όμως γίνεται υπερβολικό σε ένταση και δυσανάλογο σε σχέση με το ερέθισμα που το προκαλεί, τότε ενδέχεται να αποτελεί ένδειξη κάποιας αγχώδους διαταραχής. Το επίμονο χρονικά άγχος χάνει τον λειτουργικό του σκοπό και μετατρέπεται σε στοιχείο που παρεμποδίζει την ομαλή προσαρμογή του ατόμου. Αντί να προετοιμάζει τον οργανισμό για την αντιμετώπιση της δύσκολης κατάστασης, τον προτρέπει στην αποφυγή της. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Το άγχος θεωρείται παθολογικό μόνο όταν δημιουργεί πρόβλημα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη των επιθυμητών στόχων ή στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου. Σε αυτή την περίπτωση αναφερόμαστε σε κάποια Αγχώδη Διαταραχή. (Μάνος, 1988)

Ωστόσο δεν υπάρχει ένας ενιαίος ορισμός που να χαρακτηρίζει το άγχος καθώς έχουν ειπωθεί πολλοί και διαφορετικοί μεταξύ τους ορισμοί. Παρακάτω θα αναφερθούν μερικοί ορισμοί του άγχους που κατά καιρούς έχουν δοθεί από διάφορους ερευνητές.

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική εταιρία «Το άγχος είναι μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ένα έντονο αρνητικό συναίσθημα, από σωματικά συμπτώματα έντασης και από ανησυχία για το μέλλον». (American Psychiatric Association, 1994).

Ο Μάνος (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».

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.). (Μάνος, 1988)

Οι Ollendick & Hersen (1998), 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».(Barlow & Durand, 2000)

Ο Kelly (1955),όρισε ότι το άτομο αισθάνεται άγχος όταν τα γεγονότα που αντιμετωπίζει βρίσκονται έξω από το πεδίο καταλληλότητας του συστήματος των νοητικών του κατασκευών. Δηλαδή το άτομο αντιλαμβάνεται ένα γεγονός ως αγχογόνο όταν “κρίνει” ότι αυτό ξεπερνά τις ψυχοσωματικές, κοινωνικές ή συναισθηματικές του ικανότητες.(Pervin & John, 1999). Ο Γαλανού (1977), υποστηρίζει ότι το άγχος είναι η οδυνηρή, καταθλιπτική, ανυπόφορη και βασανιστική κατάσταση όπου το άτομο αναμένει έναν επερχόμενο κίνδυνο. Το κύριο χαρακτηριστικό του άγχους είναι ότι, παρόλο που ο κίνδυνος βρίσκεται κάπου απροσδιόριστα στο απόμακρο, κοντινό ή άμεσο μέλλον, η αγχωμένη συνείδηση του ατόμου «ζει τώρα αυτή τη στιγμή» σε όλη τη δραματική μοιραιότητά της αυτόν τον ίδιο κίνδυνο και τις συνέπειες του.

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

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

Ο Otto Rank, (1924), έδωσε μεγάλη σημασία στο λεγόμενο πρωταρχικό άγχος, το οποίο προκαλείται από τον αρχικό αποχωρισμό του βρέφους από την μήτρα. Για τον Rank το άτομο προσπαθεί να ικανοποιήσει ταυτόχρονα δύο επιθυμίες, την τάση του για επιστροφή στην μήτρα και την τάση του για ανεξαρτητοποίηση και απομάκρυνση από αυτή. Κάθε προσπάθεια να επιστρέψει το άτομο στην πρωταρχική κατάσταση ασφάλειας, συγκρουόμενη με την αντικειμενική πραγματικότητα, προκαλεί έντονο άγχος. Όταν το άτομο δεν καταφέρει να λύσει το πρωταρχικό άγχος του αποχωρισμού αναπτύσσει μια νευρωσική, αγχώδη προσωπικότητα. Για το βασικό άγχος κάνει λόγο και η Karen Horney, η οποία ωστόσο το αποδίδει στην αίσθηση ασφάλειας που θα αναπτύξει το άτομο ήδη από τη βρεφική ηλικία. Για την Horney το βασικό άγχος που αναπτύσσει ένα άτομο λόγω της ανεπαρκούς ασφάλειας που έχει βιώσει στη βρεφική ηλικία ορίζει τη συμπεριφορά του και το οδηγεί σε συνεχή αναζήτηση της επιβεβαίωσης από τους άλλους. Οι νευρώσεις αποτελούν αποτέλεσμα της προσπάθειας του ατόμου να ξεφύγει από το βασικό άγχος που δημιουργείται από την απομόνωση του πραγματικού εαυτού. (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1996) Όπως αναφέραμε και παραπάνω το άγχος μπορεί να διαχωριστεί σε δυο κατηγορίες το φυσιολογικό και το παθολογικό άγχος. Το άγχος υπό μια έννοια μπορεί να θεωρηθεί ως απόλυτα χρήσιμο για την επιβίωση του ανθρώπου εφόσον χωρίς αυτό δεν θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν οι πραγματικές απειλές της ζωής. Ήδη από το 1908, οι Yerkes και Dodson δυο ερευνητές του Harvard , έδειξαν με τα πειράματά τους την θετική πλευρά του. Σύμφωνα με αυτά τα πειράματα, ένα συγκεκριμένο επίπεδο στρες είναι απαραίτητο για να μεγιστοποιηθεί η απόδοσή μας. Πολύ λίγο στρες οδηγεί σε έλλειψη κινήτρου, απάθεια, κόπωση και φτωχή απόδοση. Καθώς το επίπεδο του στρες ανεβαίνει, η απόδοση αυξάνεται. Αυτό όμως γίνεται μέχρι ενός σημείου. Από αυτό το κρίσιμο σημείο και πέρα αρχίζει μια θεαματική πτώση της απόδοσης. Από εκεί και πέρα αρχίζουν οι αρνητικές επιδράσεις του στρες. Κάθε άνθρωπος έχει τα δικά του όρια, δηλαδή υπάρχουν ατομικές διαφορές στην αντίδραση του στρες. Άλλοι χρειάζονται φυσιολογικά περισσότερο στρες για να αποδώσουν και άλλοι λιγότερο. Όλες οι δραστηριότητες δεν συνδέονται με το ίδιο βέλτιστο επίπεδο στρες. Απλές δραστηριότητες



απαιτούν πολύ λιγότερο στρες για να μεγιστοποιηθεί η απόδοση του ατόμου σε αυτές, ενώ πιο περίπλοκες δραστηριότητες απαιτούν υψηλότερα επίπεδα στρες.

ORachman (1998), υποστηρίζει ότι το άγχος είναι η έντονη αναμονή ενός απειλητικού και ταυτόχρονα αόριστου γεγονότος. Επειδή το άγχος έχει συναισθηματική, γνωστική και συμπεριφορική - σωματική διάσταση κάποιοι θεωρητικοί το προσδιορίζουν ως μια γενική «κατάσταση αγωνίας, ανησυχίας και αβεβαιότητας». Κατά τον Hallamm, το άγχος δεν είναι παρά ένας τρόπος που έχουμε επινοήσει για να εκφράσουμε διάφορα φαινόμενα που συμβαίνουν κατά την αλληλεπίδρασή μας με μια κατάσταση. Το άγχος ως έννοια και ως λέξη μπορεί να αναφέρεται στη συμπεριφορική και φυσιολογική αντίδραση σε ένα ερέθισμα, σε μια εκτίμηση των αντιδράσεων και των αποτελεσμάτων τους, τις προθέσεις ενός ατόμου σχετικά με μια κατάσταση και την εκτίμηση των διαθέσιμων δυνάμεων. Η προσέγγιση αυτή είναι σημαντική στο ότι προσδιορίζει το άγχος αναφορικά με τη λειτουργία της έννοιας στην καθημερινότητα, καθώς και στην απεμπλοκή της από την προσπάθεια συνεπούς ορισμού. (Χουντουμάκη&Πατεράκη, 1989).

## **Ιστορική αναδρομή**

Η μελέτη του άγχους περιγράφεται στη διεθνή βιβλιογραφία εδώ και πολλές δεκαετίες. Ο Freud (1909), στην κλασική μελέτη της περίπτωσης του μικρού Hans, περιέγραψε βασικές ασυνείδητες διεργασίες (απόθησης-μετάθεσης), οι οποίες λειτουργούν κατά τη διαδικασία της ανάπτυξης της φοβίας.

Οι Watson & Rayner (1920), στη μελέτη της περίπτωσης του μικρού Albert, συνέβαλαν στη μελέτη της διαδικασίας εγκατάστασης των φόβων μέσα από τη διαδικασία της συντελεστικής μάθησης.

Στην πρώτη έκδοση του DSM (1952) οι φοβίες παρουσιάζονταν ως ψυχονευρωτικές αντιδράσεις, ενώ στο DSM-II (1968) ως φοβικές νευρώσεις.

Στο DSM-III (1980) η μελέτη των φοβιών δεν επικεντρώνεται σε μεμονωμένες περιπτώσεις, όπως γινόταν μέχρι τότε, και υιοθετείται ο γενικότερος όρος 'διαταραχή' αντί

του όρου 'νεύρωση'. Για πρώτη φορά γίνεται ουσιαστική προσπάθεια ταξινόμησης των διαταραχών του άγχους στα παιδιά με βάση αναπτυξιακά διαγνωστικά κριτήρια.

Στο DSM-III-R (1987) διακρίνονται τρεις διαταραχές άγχους για τις οποίες γίνεται διάγνωση στην παιδική και εφηβική ηλικία: α) διαταραχή άγχους του αποχωρισμού, β) αποφευκτική διαταραχή της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, και γ) υπεραγχώδης διαταραχή.

Στο DSM-IV μόνο η διαταραχή του άγχους του αποχωρισμού περιλαμβάνεται στην ομάδα των διαταραχών για τις οποίες συνήθως γίνεται διάγνωση κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Η αποφευκτική διαταραχή ενσωματώθηκε στην κοινωνική φοβία και η υπεραγχώδης διαταραχή της παιδικής ηλικίας στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2005).

Το άγχος αποτελεί την κύρια εκδήλωση του συνόλου των ψυχικών διαταραχών οι οποίες κατατάσσονται, σύμφωνα με το DSM-IV, στις αγχώδεις διαταραχές (Νέστορος, 2002).

### **Θεωρητικές προσεγγίσεις άγχους**

Για τη γένεση και την επίδραση του άγχους υπάρχουν ποικίλες θεωρίες, που διαφέρουν σημαντικά η μία από τη άλλη (Παπαδόπουλος, 1994). Οι θεωρητικές προσεγγίσεις διακρίνονται σε κλασσικές και σύγχρονες.

#### *Κλασσικές θεωρητικές προσεγγίσεις των διαταραχών άγχους*

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία, το άγχος είναι μια οδυνηρή συναισθηματική εμπειρία, που αντιπροσωπεύει για το άτομο μια απειλή ή ένα κίνδυνο. Ο Φρόιντ είχε δύο

θεωρίες για το άγχος. Σύμφωνα με την πρώτη, αντιλαμβανόταν το άγχος ως αποτέλεσμα ανεκπλήρωτων σεξουαλικών προτιμήσεων –αποκλεισμένη libido. Στη δεύτερη, το άγχος αντιπροσωπεύει ένα οδυνηρό συναίσθημα, που λειτουργεί σαν σήμα επικείμενου κινδύνου για το εγώ. Σ' αυτή την περίπτωση το άγχος, μια λειτουργία του εγώ, προειδοποιεί το εγώ για κάποιο κίνδυνο, ώστε να είναι έτοιμο να δράσει (Pervin & John, 1999, Φρόιντ, 1990). Στην περίπτωση του παιδιού ο κίνδυνος αφορά την απειλή που βιώνει ότι θα τιμωρηθεί ή θα χάσει τη γονεϊκή αγάπη, γιατί δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους (σύγκρουση μεταξύ των επιθυμιών του παιδιού και των προσδοκιών ή των απαιτήσεων που έχουν θέσει οι γονείς του ή ο ευρύτερος κοινωνικός περίγυρός τους). Στις περιπτώσεις που το άγχος είναι ιδιαίτερα έντονο, το παιδί καταφεύγει σε κάποιον από τους μηχανισμούς άμυνας του εγώ, ο οποίος το προστατεύει από την ένταση (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2005).

Οι ψυχολόγοι της μάθησης (θεωρία της συμπεριφοράς) αποδίδουν το άγχος στη σύνδεση μεταξύ έμφυτων προστατευτικών αντιδράσεων με αρχικά ουδέτερα ερεθίσματα. Με βάση την αρχή της γενίκευσης των ερεθισμάτων και της ενίσχυσης σε παρόμοια ερεθίσματα, το άγχος παγιώνεται. Η εξάλειψη-απαλλαγή γίνεται με αποσύνδεση και συνδυασμό τεχνικών ευαισθητοποίησης και ηρεμίας (Παπαδόπουλος, 2005). Κάθε συμπεριφορά η οποία οδηγεί στη μείωση ή εξάλειψη του άγχους αποτελεί ενίσχυση για το άτομο (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2005).

Οι γνωστικές θεωρίες (θεωρία της κοινωνικής μάθησης) είδαν το άγχος ως αποτέλεσμα εκτίμησης καταστάσεων όπου παρουσιάζεται αδύνατη η διευθέτηση και υπερνίκηση κινδύνου ή απειλής με τις διατιθέμενες γνώσεις και συμπεριφορές (Παπαδόπουλος, 2005). Για παράδειγμα, αν η μητέρα ενός παιδιού αγχώνεται με τον παραμικρό θόρυβο και φοβάται ότι μπορεί να μπήκαν κλέφτες στο σπίτι, τότε είναι πιθανό και το παιδί να εκδηλώσει ανάλογες αντιδράσεις σε παρόμοια ερεθίσματα. 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 (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2005).

Σύμφωνα με τη θεωρία του δεσμού, 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. Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες για κάποιο λόγο η ανάπτυξη αυτού του συναισθηματικού δεσμού δεν γίνει ομαλά, τότε δημιουργείται ένα είδος ανασφαλούς δεσμού, ο οποίος εσωτερικεύεται από το παιδί με τη μορφή μοντέλου εργασίας. Αυτό το μοντέλο 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. Τα παιδιά που θα αντιλαμβάνονται τον κόσμο γύρω τους ως απρόσιτο, εχθρικό και απειλητικό, είναι πιθανόν αργότερα να εκδηλώσουν συμπτώματα άγχους (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2005). Ενώ μελετήθηκε συστηματικά ο δεσμός που αναπτύσσεται από τα παιδιά προς τους γονείς και προς άλλα σημαντικά πρόσωπα αναφοράς, λιγότερο διερευνήθηκε ο δεσμός των γονιών προς τα παιδιά τους (Μπίμπου-Νάκου & Στογιαννίδου, 2002).

### **Σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις των διαταραχών άγχους**

Τα σύγχρονα μοντέλα περιγραφής των διαταραχών του άγχους δίνουν συνήθως ιδιαίτερη έμφαση στην αλληλεπίδραση των βιολογικών με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Τα παιδιά των οποίων οι γονείς παρουσιάζουν αγχώδη διαταραχή έχουν επτά φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν την ίδια διαταραχή σε σχέση με άλλα παιδιά. Επίσης, τα παιδιά που έχουν συγγενείς πρώτου βαθμού με αγχώδεις διαταραχές έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν παρόμοια προβλήματα σε σχέση με άλλα παιδιά.

Για το ρόλο της κληρονομικότητας στην εμφάνιση διαταραχών άγχους ενδείξεις προκύπτουν και από έρευνες με διδύμους. Στις περιπτώσεις των μονοζυγωτικών διδύμων οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται σε μεγαλύτερα ποσοστά και στα δύο αδέρφια σε σχέση με τους διζυγωτικούς διδύμους. Στην περίπτωση, όμως, που στους διζυγωτικούς διδύμους γίνεται διάγνωση αγχώδους διαταραχής, ο τύπος της αγχώδους διαταραχής δεν είναι ίδιος. Αυτό σημαίνει ότι είναι πιθανό να μην κληρονομείται η ίδια η αγχώδης διαταραχή, αλλά η προδιάθεση για την εκδήλωση άγχους σε κάποιο άτομο και ότι οι περιβαλλοντικές αντιδράσεις είναι αυτές οι οποίες τελικά θα καθορίσουν τη μορφή με την οποία θα εκδηλωθεί η αγχώδης διαταραχή. Αυτή η προδιάθεση για την εκδήλωση άγχους φαίνεται ότι είναι εμφανής από τη βρεφική ηλικία με τη μορφή ενός ιδιαίτερου στοιχείου της προσωπικότητας, το οποίο οι ειδικοί ονομάζουν ‘ανασταλτική συμπεριφορά’. Η ανασταλτική συμπεριφορά περιγράφεται ως η έμφυτη τάση ορισμένων ανθρώπων να αποφεύγουν να έρθουν αντιμέτωποι με καινούριες καταστάσεις. Τα βρέφη τα οποία αντιδρούν με υπερβολική

κινητική δραστηριότητα και δείχνουν να ενοχλούνται κατά την παρουσίαση καινούριων ερεθισμάτων στην ηλικία των τεσσάρων μηνών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν φοβίες κατά τη νηπιακή ηλικία και αγχώδεις διαταραχές αργότερα (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2005).

Η ποιότητα των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των γονιών και των δασκάλων φαίνεται να είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την εκδήλωση διαταραχών άγχους. Όταν οι σχέσεις των γονέων χαρακτηρίζονται από ένταση και ανασφάλεια (οι γονείς αγωνιούν για το επόμενο βήμα τους, την έκβαση των υποθέσεών τους, την υγεία τη δική τους και των παιδιών τους, και αντιδρούν με συναισθηματικές υπερβολές σε ορισμένες δυσχέρειες ή κινδύνους), τότε φυσικό είναι μια τέτοια ατμόσφαιρα να μεταδίδει μια εναγώνια αναμονή στα παιδιά, που έχουν την τάση να ταυτίζονται με τους γονείς τους. Ακόμα, η συνεχής υπερπροστατευτική στάση των γονιών με φροντίδες για πιθανούς κινδύνους που μπορούν να διατρέξουν τα παιδιά έχει άμεση επίπτωση σε αυτά. Τα παιδιά γίνονται διστακτικά και ανασφαλή, και τους δημιουργείται μια υπερβολική εξάρτηση από τους γονείς και ιδιαίτερα από τη μητέρα. Επίσης, οι αυστηρές αρχές και πεποιθήσεις των γονιών καθώς και οι υπέρμετρες προσδοκίες από τα παιδιά τους δημιουργεί άγχος στα παιδιά, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν σε αυτές (Ιεροδιακόνου, 1988). Ό,τι παρέχεται με υπερβολή έχει πάντα επιπτώσεις. Η αλόγιστη διατροφή οδηγεί σε παχυσαρκία. Η παχυσαρκία έχει συνέπειες, ακόμη και τραγικές, στην αρμονική εξέλιξη του παιδιού. Γίνεται κομπλεξικό, μοναχικό, κλειστό και εσωστρεφές, με μειωμένη κινητικότητα και επιδόσεις. Προκαλείται διαταραχή στο φυσικό μεταβολισμό και παρεμπόδιση της ελεύθερης, συγκινησιακής και συναισθηματικής εξέλιξής του (Μαρίνος & Ανθόπουλος, 1999).

### **Στατιστικά στοιχεία**

Από έρευνα της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών προκύπτει ότι το 18% των παιδιών και των εφήβων εμφανίζουν σοβαρή συναισθηματική διαταραχή (Παρασκευόπουλος, 2002). Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν το 10-15% των ψυχικών διαταραχών των παιδιών, ποσοστό μικρότερο απ' ό,τι στους ενήλικες (Ιεροδιακόνου, 1988).

Σύμφωνα με την Μπίμπου-Νάκου (2004), το άγχος του αποχωρισμού παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συχνότητα στα παιδιά και τους εφήβους (6-12%). Το γενικευμένο άγχος

παρουσιάζεται στο 3-6% των παιδιών και των εφήβων. Όσον αφορά τις φοβίες, η πιο συχνή είναι η ειδική φοβία (2-4%). Ακολουθούν η κοινωνική και η σχολική φοβία, με ποσοστά 1-3% και 1-2% αντίστοιχα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΑΓΧΟΥΣ

Η ψυχική υγεία είναι εξίσου σημαντική με τη σωματική υγεία για την συνολική ευεξία ατόμων, κοινωνιών και χωρών. Εντούτοις, μόνο ένα μικρό τμήμα των 450 εκατομμυρίων ανθρώπων που υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές λαμβάνουν κάποια θεραπεία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό υγείας η ψυχική υγεία ορίζεται ως : "ως μια κατάσταση ευεξίας στην οποία το άτομο πραγματοποιεί τις δυνατότητές του/της, μπορεί να αντιμετωπίσει τα κανονικά άγχη της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα, και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητά του/της" (WorldHealthOrganization, 2001).

Πρόοδοι στις νευροεπιστήμες και στη συμπεριφορική ιατρική έχουν αποδείξει ότι, όπως πολλές σωματικές ασθένειες, έτσι και οι ψυχικές διαταραχές είναι το αποτέλεσμα μίας σύνθετης αλληλεπίδρασης μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Παρόλο που έχουμε πολλά ακόμα να μάθουμε, ήδη έχουμε τη γνώση και τη δυνατότητα να μειώσουμε την επιβάρυνση που προκαλούν στην υγεία οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές παγκοσμίως. (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2004a).

Περισσότερο από το 27% των ενήλικων Ευρωπαίων υπολογίζεται ότι τουλάχιστον μια φορά υπέφεραν από κάποια ψυχική διαταραχή κατά τη διάρκεια οποιουδήποτε έτους (Lethinen, E., et.al., 2002). Σύμφωνα με πρόσφατες αναλύσεις του Π.Ο.Υ, οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές της συμπεριφοράς αντιπροσωπεύουν το 12% της παγκόσμιας επιβάρυνσης της δημόσιας υγείας από νοσήματα (WorldHealthOrganization, 2004a). Τις επόμενες δεκαετίες η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών εκτιμάται ότι θα αυξηθεί και η προβολή για το 2020 δείχνει ότι θα ξεπεράσει το 15% των απολεσθέντων ετών ζωής σταθμισμένων ως προς την ανικανότητα, ώστε σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, το 10% του ενήλικου πληθυσμού θα υποφέρει από αυτά τα νοσήματα (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2005).

Σε αυτές τις ψυχικές διαταραχές συμπεριλαμβάνονται και οι αγχώδεις διαταραχές όπου κατά τον Hilgard περιλαμβάνουν μια ομάδα διαταραχών όπου το άγχος είτε είναι το κύριο σύμπτωμα (γενικευμένο άγχος, διαταραχές πανικού), είτε βιώνεται όταν το άτομο

προσπαθεί να ελέγξει κάποια δυσπροσαρμοστικά είδη συμπεριφοράς (φοβικές και ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές) ..

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία, DSM-IV-TR το 2000, οι αγχώδεις διαταραχές διαχωρίζονται ως εξής:

Κοινωνική φοβία

Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες

Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

Διαταραχή από οξύ στρες

Διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία

Ειδική φοβία

Αγχώδης διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση

Αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες

Αγχώδης διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

## **Κοινωνική Φοβία**

Η κοινωνική φοβία χαρακτηρίζεται από έναν έντονο και επίμονο φόβο ταπείνωσης, αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις ή σε καταστάσεις που το άτομο πρέπει να επιτελέσει κάτι παρουσία κοινού (Μάνος , 1988).

Ο φόβος στις καταστάσεις αυτές εστιάζεται γύρω από την αίσθηση του ατόμου ότι είναι εκτεθειμένο στην παρατήρηση, την κριτική ή τον εξουχιστικό έλεγχο των άλλων, ιδιαίτερα αν αυτοί είναι άγνωστοι (για αυτό και η διαταραχή αυτή ονομάζεται εναλλακτικά Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους). Το άτομο κατ' αυτόν τον τρόπο φοβάται ότι οι άλλοι θα διακρίνουν ότι έχει άγχος είτε ότι θα κριθεί ως αδύνατο και «τρελό» . Εάν το άτομο φοβάται να μιλήσει δημόσια, ο φόβος του πηγάζει από το γεγονός ότι το ακροατήριό του θα δει ότι τρέμουν τα χέρια του ή η φωνή του, πως φοβάται ότι θα λιποθυμήσει ή ότι θα πανικοβληθεί. Αν φοβάται να συνομιλήσει με άλλους, ο φόβος του μπορεί να είναι ότι δεν θα μπορέσει να



μιλήσει. Αν φοβάται να φάει, να πει, να γράψει δημόσια, ο φόβος του μπορεί να είναι ότι θα βρεθεί σε δύσκολη θέση καθώς οι άλλοι θα δουν τα χέρια του να τρέμουν κ.ο.κ. Γενικά, άτομα που πάσχουν από κοινωνική φοβία φοβούνται όλες τις κοινωνικές επαφές εκτός από εκείνες που έχουν να κάνουν με το στενό οικογενειακό περιβάλλον. (Μάνος , 1988).

Συχνό φαινόμενο επίσης αποτελεί το έντονο άγχος αναμονής όπως π.χ. πριν από ένα προγραμματισμένο κοινωνικό ή δημόσιο γεγονός. Τα άτομα με κοινωνική φοβία έχουν συνήθως πολύ λίγους φίλους, είναι απρόθυμοι να συμμετέχουν σε ομαδικές δραστηριότητες και θεωρούνται ήσυχοι και συνεσταλμένοι. Στο σχολείο τα παιδιά με κοινωνική φοβία, εμφανίζονται ιδιαίτερα φοβισμένα, όταν πρόκειται να διαβάσουν δυνατά, να πάρουν το λόγο μέσα στην τάξη κ.α. Συχνά αποφεύγουν τις σχολικές εκδρομές ενώ χρειάζονται πολλή ενθάρρυνση και υποστήριξη για να συμμετάσχουν σε ομαδικές εκδηλώσεις. Χαρακτηρίζονται ως πιο μοναχικά και απομονωμένα από τα υπόλοιπα παιδιά της ηλικίας τους και ενδεχομένως να παρουσιάζουν τις ίδιες συμπεριφορές και στο σπίτι. Προτιμούν να είναι κάπου παράμερα ώστε να μην έχουν οποιαδήποτε συναναστροφή με τους υπολοίπους. Πιστεύουν έτσι, πως θα μείνουν απαρατήρητα, αυτή η συμπεριφορά τους όμως έχει τα αντίστροφα αποτελέσματα καθώς τα παιδιά γίνονται το επίκεντρο της προσοχής και αυτό κάνει την κατάστασή τους χειρότερη. Γενικά, άτομα που πάσχουν από κοινωνική φοβία τείνουν να έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους, μειωμένη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση ενώ μπορεί συχνά να βιώνουν έντονα το συναίσθημα της απόρριψης. (Μπάλης , 2000).

Κατά το DSM-IV (1994) τα διαγνωστικά κριτήρια για την κοινωνική φοβία είναι τα εξής: (Μάνος , 1988)

- ✓ Ένας έντονος και επίμονος φόβος μιας ή περισσότερων κοινωνικών καταστάσεων ή καταστάσεων στις οποίες το άτομο είτε πρέπει να επιτελέσει κάτι, είτε εκτίθεται σε άγνωστο κόσμο, είτε θεωρεί ότι δέχεται εξονυχιστικό έλεγχο από μέρος των άλλων. Το άτομο φοβάται ότι θα ενεργήσει με τρόπο τέτοιο που θα είναι ταπεινωτικός ή αμήχανος. Σημείωση: Στα παιδιά, πρέπει να αποδεκνύεται ότι έχουν την ικανότητα για κατάλληλες κοινωνικές σχέσεις, ανάλογα με την ηλικία τους, με γνωστά τους άτομα ενώ το άγχος πρέπει να συμβαίνει σε περιβάλλον συνομιλητών και όχι μόνο σε κοινωνικές επαφές με ενηλίκους.

- ✓ Η έκθεση στην επίφοβη κοινωνική κατάσταση προκαλεί σχεδόν πάντοτε άγχος που μπορεί να παίρνει τη μορφή μιας κατάστασης όπως αυτής της Προσβολής Πανικού.  
Σημείωση: Στα παιδιά, το άγχος μπορεί συχνά να εκφράζεται με κλάματα, εκρήξεις θυμού, αμηχανία ή με το να αποτραβιέται το παιδί από κοινωνικές καταστάσεις με άγνωστα πρόσωπα.
- ✓ Το άτομο γνωρίζει ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός ή παράλογος. Σημείωση: Στα παιδιά, το στοιχείο αυτό ενδέχεται να απουσιάζει.
- ✓ Οι επίφοβες κοινωνικές καταστάσεις ή καταστάσεις όπου το άτομο θα πρέπει να επιτελέσει κάποια ενέργεια αποφεύγονται ή αλλιώς αναμένονται με έντονο άγχος ή υποκειμενική ενόχληση.
- ✓ Η αποφυγή, αγχώδης αναμονή ή υποκειμενική ενόχληση κατά την επίφοβη κοινωνική κατάσταση ή την κατάσταση όπου το άτομο θα πρέπει να επιτελέσει κάτι, παρεμποδίζει σημαντικά την καθημερινή φυσιολογική ρουτίνα του ατόμου, την επαγγελματική λειτουργικότητά του, τις κοινωνικές του δραστηριότητες ή τις σχέσεις του.
- ✓ Σε άτομα κάτω των 18 ετών, η διάρκεια είναι τουλάχιστον 6 μήνες.
- ✓ Ο φόβος ή η αποφυγή δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης και δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή ( π.χ. Διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, διαταραχή άγχους αποχωρισμού, σωματοδυσμορφική διαταραχή της προσωπικότητας).
- ✓ Αν κάποια γενική ιατρική κατάσταση ή κάποια άλλη ψυχική διαταραχή είναι παρούσα, ο φόβος σαν πρώτο κριτήριο δεν σχετίζεται με αυτήν, π.χ. ο φόβος δεν είναι μήπως τραυλίσει, μήπως τρέμει απο νόσο του Πάρκινσον ή μήπως δείξει παθολογική συμπεριφορά στην πρόσληψη τροφής σε Ψυχογενή Ανορεξία.

Τα παιδιά ηλικίας απο 6 μηνών εως 3 χρονών εκδηλώνουν αγχώδη διαταραχή στα πλαίσια του άγχους του αποχωρισμού απο την μητέρα ή τον πατέρα αλλά και στα άγνωστα για αυτά πρόσωπα. Η ολοκληρωμένη συνείδηση του εαυτού αποτελεί τη βάση 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). Στην ηλικία των 8 χρονών τα παιδιά αναπτύσσουν ικανότητες όσον αφορά τις προσδοκίες των άλλων και κατ'αυτό τον τρόπο κατανοούν το ενδιαφέρον των γύρω τους για αυτά (Bennett&Gillingham, 1991, παραπομπή στο Velting&Albano, 2001, σελ.128).

Η εκδήλωση της κοινωνικής φοβίας στην εφηβεία, εξαρτάται κυρίως από τις γνωσιακές προσδοκίες της ανάπτυξής τους που συμβαίνουν κυρίως, καταρχήν στην επίγνωση που έχει το άτομο για την εμφάνιση του και την συμπεριφορά του, καθώς πιστεύει οτι το κοινωνικό του περιβάλλον (συμμαθητές, γνωστοί) θα τον κρίνουν αλλά και η γνώση που έχει το άτομο ότι οι γύρω του έχουν απόψεις διαφορετικές απο τις δικές του, γεγονός το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε απόρριψη (Crozier&Burnham, 1990, παραπομπή στο Velting&Albano, 2001, σελ.128).

Έτσι, στο τέλος της παιδικής ηλικίας και αρχές της εφηβικής ηλικίας οι κοινωνικοί 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, ζητείται 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 συνεργάζονται μεταξύ τους, κλπ. Επιπροσθέτως, οι γονείς στην εφηβεία παύουν να ασχολούνται με τις κοινωνικές ενασχολήσεις των παιδιών τους και την καθοδήγηση για την κοινωνικοποίηση τους, όπως και τις όποιες σχέσεις που ενδέχεται να αναπτύξουν με το άλλο φύλο. Αυτό απαιτεί απο τα παιδιά εναν συνδυασμό των γνωσιακών δεξιοτήτων τους καθώς και ανεπτυγμένη αυτοεπίγνωση ώστε τα παιδιά να περάσουν την εφηβεία και να μην εμφανίσουν κοινωνική φοβία (Velting&Albano, 2001)

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).Μαζί με τους κοινωνικά φοβικούς ανθρώπους, συχνά ακολουθούν κι άλλες διαταραχές όπως η αγοραφοβία, η γενικευμένη

αγχώδης διαταραχή και η ιδεοψυχαναγκαστική αγχώδης διαταραχή (Rachman, 1998). 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.

### **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). 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 ανακουφίζουν την ένταση και το άγχος που ανεβαίνουν σε μεγάλο βαθμό αν το άτομο προσπαθήσει να τις αποφύγει. (Μάνος , 1988).

Κοινά παραδείγματα ψυχαναγκασμών είναι επαναλαμβανόμενες σκέψεις βίας (π.χ. να σκοτώσει το παιδί του/ της), μόλυνσης (π.χ. μήπως μολυνθεί κάνοντας χειραψία) και αμφιβολίας (π.χ. 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. διακοπών φώτων κλπ.) (Μάνος ,1988).

Κατά το DSM-IV(1994) τα διαγνωστικά κριτήρια είναι τα εξής: (Μάνος , 1988).

### Ορισμός Ψυχαναγκασμών :

Επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που βιώνονται, κάποια στιγμή στη διάρκεια της διαταραχής, ως εισβολή και ως ακατάλληλες και που προκαλούν έντονο άγχος ή υποκειμενική ενόχληση. Οι σκέψεις, οι παρορμήσεις ή οι εικόνες είναι υπερβολικές ανησυχίες τις οποίες το άτομο προσπαθεί να αγνοήσει ή να καταστείλει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη. Το άτομο αναγνωρίζει ότι οι ψυχαναγκαστικές σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες είναι προϊόν του μυαλού του ( δεν επιβάλλονται απέξω όπως στην τοποθέτηση σκέψης).

### Ορισμός Καταναγκασμών:

Επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (π.χ πλύσιμο χεριών, τακτοποίηση, έλεγχος), νοητικές πράξεις (π.χ προσευχή, μέτρημα, επανάληψη λέξεων σιωπηλά) τις οποίες το άτομο νιώθει αναγκασμένο να τις εκτελέσει ως απάντηση σε ένα ψυχαναγκασμό σύμφωνα με κανόνες που πρέπει να τηρηθούν αυστηρά. Οι συμπεριφορές ή οι νοητικές πράξεις έχουν σαν σκοπό να αποτρέψουν ή να μειώσουν την υποκειμενική ενόχληση ή να αποτρέψουν κάποιο γεγονός ή κατάσταση που το άτομο φοβάται, εντούτοις αυτές οι συμπεριφορές ή νοητικές πράξεις είτε δεν είναι συνδεδεμένες κατά κάποιο ρεαλιστικό τρόπο με αυτό που είναι σχεδιασμένες να εξουδετερώσουν ή να αποτρέψουν, είτε είναι σαφώς υπερβολικές.

- ✓ Σε κάποιο σημείο στην πορεία της διαταραχής το άτομο έχει αναγνωρίσει ότι οι ψυχαναγκασμοί ή οι καταναγκασμοί είναι υπερβολικοί ή παράλογοι.
- ✓ Οι ψυχαναγκασμοί ή οι καταναγκασμοί προκαλούν έντονη υποκειμενική ενόχληση, καταναλώνουν χρόνο ή παρεμποδίζουν σημαντικά την καθημερινή ρουτίνα του ατόμου, την επαγγελματική λειτουργικότητά του ή τις συνηθισμένες κοινωνικές του δραστηριότητες ή σχέσεις.
- ✓ Αν είναι παρούσα κάποια άλλη διαταραχή το περιεχόμενο των ψυχαναγκασμών ή καταναγκασμών δεν περιορίζεται σε αυτήν (π.χ ενασχόληση με τροφή σε παρουσία διαταραχής πρόσληψης τροφής, τράβηγμα τριχών σε παρουσία τριχοτιλλομανίας, ανησυχία για την εμφάνιση σε παρουσία σωματοδυσμορφικής διαταραχής,

ενασχόληση με φάρμακα- ουσίες σε παρουσία Διαταραχής Χρήσης Ουσιών, ενασχόληση με σεξουαλικές παρορμήσεις ή φαντασιώσεις σε παρουσία παραφιλίας ή σκεπτικούς ενοχικούς “μηρυκασμούς” σε παρουσία μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής).

- ✓ Η διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μίας ουσίας (π.χ κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή αποτελεί συχνή αιτία δυσφορίας και παραπόνων στα παιδιά και στους έφηβους. Τα παιδιά πιστεύουν ότι τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της διαταραχής δεν έχουν νόημα και έχουν την τάση να τα κρύβουν για μεγάλο χρονικό διάστημα, από τους γονείς και τους ειδικούς. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να υπάρχει ελλιπής γνώση και αναγνώριση της διαταραχής για τον παιδικό πληθυσμό. Σήμερα, μάλιστα, θεωρείται ότι η διαταραχή είναι πιο συχνή κατά την παιδική ηλικία, από ότι παλαιότερα.

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 τείνει να αποκαλύπτει τις όποιες σκέψεις του γύρω από την διαταραχή σε γονείς και ειδικούς (Swedo et al., 1998, παραπομπή Παπαγεωργίου, 2005, σελ.212).

Η Ιδεοψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή αρχίζει συνήθως στην εφηβεία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής. Υπάρχει όμως περίπτωση, να 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 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 συμπτώματά τους πριν από το 18ο 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 3/4 των υποθέσεων έχουν διαγνώσει ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και στις μισές

υποθέσεις τα προβλήματα αναπτύσσονται σταδιακά, είναι φυσικά γνωστό, ότι το πρόβλημα σήμερα είναι πιο αναγνωρίσιμο απο ότι ήταν δεκαετίες πριν (Rachman, 1998).

### **Διαταραχή Μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες**

Η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες είναι μια φυσιολογική αντίδραση όταν συμβαίνουν γεγονότα που βρίσκονται πέρα από το φυσιολογικό επίπεδο των εμπειριών μας. Η κύρια ώθηση για την αναγνώριση και την ερμηνεία αυτής της διαταραχής δόθηκε από την ανάγκη των Αμερικανών ψυχιάτρων και κλινικών ψυχολόγων να διαχειριστούν τις ψυχολογικές ανάγκες των βετεράνων του πολέμου του Βιετνάμ. Η διαταραχή μετά απο ψυχοτραυματικό στρες αναπτύσσεται σε άτομα που τους έχει συμβεί ένα ακραίο τραυματικό γεγονός, το οποίο περιλαμβάνει το να βιώσει κανείς, να γίνει μάρτυρας ή να έρθει αντιμέτωπος με πραγματικό ή απειλούμενο θάνατο, με σοβαρό τραυματισμό ή με απειλή της σωματικής ακεραιότητας της δικιάς του ή των άλλων. (Brometetal., 1998).

Το άτομο που προσβάλλεται από αυτήν την διαταραχή αναβιώνει το τραυματικό γεγονός μέσα από επανειλημμένες αναμνήσεις του συμβάντος ή μέσα από επαναλαμβανόμενα όνειρα και εφιάλτες του συμβάντος, σε νοητικό επίπεδο δηλαδή, ή κυριολεκτικά ξαναζεί το συμβάν με παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και διασχιστικές καταστάσεις και επιδεικνύει μια παρόμοια με τότε συμπεριφορά. Ακόμα το άτομο μπορεί να βιώσει έντονη δυσφορία σε ανάλογες καταστάσεις συμπεριλαμβανομένων των επετειών του συμβάντος. Τα επεισόδια της διαταραχής μπορεί να διαρκούν από μερικά λεπτά μέχρι πολλές μέρες. (Μάνος, 1998).

Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της ΔΜΨΣ είναι η επαναβίωση του τραύματος μέσα από όνειρα ή επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του συμβάντος που εισβάλλουν στη σκέψη του ατόμου και το ταράζουν, ένα συναισθηματικό μούδιασμα και μια αίσθηση απομάκρυνσης-αποστασιοποίησης και αποξένωσης από τους άλλους, όπως επίσης και συμπτώματα διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος όπως ευερεθιστότητα και αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος. (Μάνος, 1998).

Ως τραυματικά γεγονότα, που το άτομο τα βιώνει άμεσα, μπορεί να είναι πολεμικές μάχες, βίαιες επιθέσεις (σεξουαλικές ή σωματικές), απαγωγές, ομηρία, τρομοκρατικές επιθέσεις, βασανιστήρια, φυλακίσεις ή στρατόπεδα συγκεντρώσεως, φυσικές ή τεχνητές

καταστροφές, σοβαρά αυτοκινητιστικά ατυχήματα ή η διάγνωση μιας θανατηφόρας αρρώστιας.(Μάνος ,1998).

Η κακοποίηση οδηγεί πολύ συχνά σε ΔΜΨΣ (Kurchik, 2007). Ιδιαίτερα στα παιδιά, άμεσα τραυματικά γεγονότα μπορεί να είναι και αναπτυξιακά απρόσφορες σεξουαλικές εμπειρίες χωρίς βία, τραυματισμό ή απειλή (Μπάλης, 2000). Τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα επίσης συνδέονται πολύ συχνά με ΔΜΨΣ, όπως και με σύνοδες διαταραχές (φοβία, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ή ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή. (Atkinson etal., 2004).

Άλλα τραυματικά γεγονότα, στα οποία το άτομο μπορεί να ήταν μάρτυρας, μπορεί να είναι αν υπήρξε αυτόπτης μάρτυρας σε κάποιο σοβαρό τραυματισμό ή ακόμα και θάνατο ενός ατόμου που να προήλθε από βίαιη επίθεση, ατύχημα, πόλεμο ή φυσική καταστροφή ή να δει ξαφνικά ένα νεκρό ή μέλη ενός νεκρού ατόμου. Τραυματικά γεγονότα, που τα βίωσαν άλλοι και για τα οποία έμαθε το άτομο, μπορεί να είναι βίαιες επιθέσεις, σοβαρά ατυχήματα ή σοβαροί τραυματισμοί κάποιου μέλους της οικογένειας ή κάποιου στενού φίλου, ο ξαφνικός θάνατος ενός μέλους της οικογένειας ή ενός στενού φίλου, ή η πληροφόρηση ότι το παιδί του έχει μια θανατηφόρο αρρώστια. Ίσως η ΔΜΨΣ είναι πιο σοβαρή όταν το τραυματικό γεγονός προέρχεται από ανθρώπινο σχεδιασμό, όπως βασανιστήρια ή βιασμοί και αυτό συμβαίνει για δυο λόγους :(Μάνος , 1998).

- ✓ Πρώτον, αυτού του είδους οι επιθέσεις κλονίζουν τις βασικές μας πεποιθήσεις σχετικά με την καλοσύνη των άλλων ανθρώπων και τις αρετές της ζωής.
- ✓ Δεύτερον, οι καταστροφές που προκαλούνται από ανθρώπους, συχνά πλήττουν συγκεκριμένα άτομα και όχι ολόκληρες κοινότητες. Όταν βιώνεις μόνος σου το τραύμα, φαίνεται ότι αυξάνεται ο κίνδυνος ΔΜΨΣ (Μάνος , 1998).

Συχνά τα άτομα με ΔΜΨΣ έχουν και άλλα σύνοδα συμπτώματα, ιδιαίτερα αν το τραυματικό γεγονός είχε διαπροσωπική υφή (π.χ. σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση, ομηρία, βασανισμός, αιχμαλωσία πολέμου ). Τέτοια είναι αισθήματα ενοχής (απο αυτόν ο οποίος τα βίωσε) , αυτοκαταστροφική και παρορμητική συμπεριφορά, διασχιστικά συμπτώματα, αισθήματα ντροπής, εχθρικότητας, κοινωνική απόσυρση, σωματικά ενοχλήματα κ.ά. Επίσης, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για σύνοδες διαταραχές όπως διαταραχή πανικού, αγοραφοβία, ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή, κοινωνική φοβία, ειδική φοβία, καταθλιπτική διαταραχή, σωματοποιητική διαταραχή και διαταραχές



σχετιζόμενες με ουσίες (δεν είναι σαφές, όμως, σε ποιο βαθμό οι διαταραχές αυτές προηγούνται ή έπονται της ΔΜΨΣ).

Επιπλοκές της ΔΜΨΣ μπορεί να είναι βίαιες επιθέσεις του ατόμου, η αυτοκτονία, κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών και συζυγικές διαμάχες, διαζύγια ή απώλεια της εργασίας (λόγω της φοβικής αποφυγής καταστάσεων ή δραστηριοτήτων που μοιάζουν ή συμβολίζουν το αρχικό τραύμα).(Μάνος , 1998).

Κατά το DSM-IV (1994) τα διαγνωστικά κριτήρια είναι τα εξής:(Μάνος , 1998).

- ✓ το άτομο βίωσε, ήταν μαρτυράς ή ήλθε αντιμέτωπο με ένα γεγονός ή γεγονότα τα οποία συνεπαγόταν πραγματικό ή απειλούμενο θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού του ή των άλλων. Η απάντηση του ατόμου περιείχε έντονο φόβο, αίσθηση ανημποριάς ή τρόμο/ φρίκη. Σημείωση: Στα παιδιά, αυτό μπορεί να εκφράζεται με αποδιοργανωμένη ή διεγερτική συμπεριφορά.
- ✓ Το τραυματικό γεγονός επαναβιώνεται επίμονα με έναν (ή περισσότερους) από τους παρακάτω τρόπους: επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του γεγονότος που εισβάλλουν και προκαλούν υποκειμενική ενόχληση και αναταραχή. Σημείωση: Σε μικρά παιδιά, μπορεί να γίνονται επαναλαμβανόμενα παιχνίδια στα οποία εκφράζονται θέματα ή πτυχές που αφορούν το τραύμα.
- ✓ Επαναλαμβανόμενα όνειρα του γεγονότος που προκαλούν υποκειμενική ενόχληση και αναταραχή. Σημείωση: Τα παιδιά μπορεί να υπάρχουν τραυματικά όνειρα χωρίς αναγνωρίσιμο περιεχόμενο.
- ✓ το άτομο δρα ή νιώθει σαν να ξανασυμβαίνει το τραυματικό γεγονός (περιλαμβάνει αίσθηση αναβίωσης της εμπειρίας, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και διασχιστικά flashback επεισόδια, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που συμβαίνουν στην αφύπνιση ή όταν το άτομο βρίσκεται σε τοξίκωση).
- ✓ έντονη ψυχολογική ενόχληση και αναταραχή κατά τη έκθεση σε εσωτερικές ή εξωτερικές νύξεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος.

- ✓ φυσιολογική αντιδραστικότητα (διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος) κατά την έκθεση σε εσωτερικές ή εξωτερικές νύξεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος.
- ✓ Επίμονη αποφυγή των ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραύμα και μούδιασμα της γενικής ανταπόκρισης (που δεν είναι παρόντα πριν από το τραύμα), όπως φαίνεται από τρία (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:
  - προσπάθειες να αποφεύγει σκέψεις, συναισθήματα ή συζητήσεις που συνδέονται με το τραύμα.
  - προσπάθειες να αποφύγει δραστηριότητες, μέρη ή ανθρώπους που ξυπνούν αναμνήσεις του τραύματος.
  - ανικανότητα να θυμηθεί μια σημαντική πλευρά του τραύματος.
  - έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της συμμετοχής σε σημαντικές δραστηριότητες.
  - αίσθημα απομάκρυνσης-αποστασιοποίησης ή αποξένωσης από τους άλλους.
  - περιορισμένο εύρος συναισθήματος ( π.χ ανικανότητα του ατόμου να έχει συναισθήματα αγάπης).
  - αίσθηση βράχυνσης του μέλλοντος (π.χ το άτομο δεν περιμένει ότι θα κάνει καριέρα, θα παντρευτεί, ότι θα κάνει παιδιά ή ότι θα έχει μια φυσιολογική διάρκεια ζωής).

Επίμονα συμπτώματα αυξημένης διεγερσιμότητας ( που δεν είναι παρόντα πριν από το τραύμα) όπως φαίνεται από δυο ή περισσότερα από τα παρακάτω:

- δυσκολία να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος
- ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού
- δυσκολία στη συγκέντρωση
- υπεραγρύπνηση.
- αυξημένηαντίδρασηξαφνιάσματος
- Η διάρκεια της διαταραχής είναι μεγαλύτερη από ένα μήνα.
- Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

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

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 παρεισφορητικές 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 αντίδραση, όπως αυτοπροσωποποίηση ή αυτοπραγματοποίηση, αυτοτραυματική συμπεριφορά, χρήση ουσιών ή επιθετική συμπεριφορά (VanderKolketal., 1996, Rynoosetal., 1995, παραπομπή στο Παπαγεωργίου, 2005, σελ.218),

Στην έρευνα των Stallard, Velleman&Baldwin, (2001), έλαβαν μέρος 40 παιδιά, που είχαν βιώσει κάποια στιγμή αυτοκινητιστικό 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 τραύματά τους. Οι ερευνητές τα παρακολουθούσαν για 8 μήνες και 6 εβδομάδες σε καθημερινή βάση 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 ανάρρωσή 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 προβλήματά 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.

Όλα τα παιδιά περνούν φάσεις υπερβολικών φόβων. Οι φόβοι είναι φυσιολογικοί και βοηθούν το παιδί να αντιμετωπίσει τις οδύνες 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).

### *Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή*

Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή ανήκει και αυτή στις αγχώδεις διαταραχές και το κύριο χαρακτηριστικό της είναι το υπερβολικό άγχος, η στενοχώρια και η έντονη ανησυχία που το άτομο θεωρεί δύσκολο να ελέγξει (Μάνος , 1998). Όλοι οι άνθρωποι κάποια στιγμή στη ζωή μας έχουμε νιώσει άγχος για διάφορες καταστάσεις, η διαφορά όμως με τα άτομα που πάσχουν από ΓΑΔ βρίσκεται στο ότι ανησυχούν διαρκώς ότι οποιαδήποτε στιγμή της ζωής τους μπορεί να συμβεί κάτι κακό με αποτέλεσμα να ζουν μια ζωή μέσα στη νευρικότητα και το άγχος. Οι φόβοι τους είναι μη ρεαλιστικοί και παράλογοι ενώ το άγχος δεν περιορίζεται σε κάποιο συγκεκριμένο ερέθισμα ή κατάσταση. Μερικές από αυτές τις ανησυχίες που μπορεί να έχει το άτομο είναι για παράδειγμα ο θάνατος ή η ασθένεια του ίδιου ή κάποιου μέλους της οικογένειάς του( Μπάλης , 2000). Σύνοδα σωματικά συμπτώματα με την διαταραχή μπορεί να είναι η εφίδρωση, η ταχυκαρδία, η επιγαστρική δυσφορία, η ζάλη καθώς επίσης και η αδυναμία συγκέντρωσης, (Παπαγεωργίου, 2005), ενώ οι συχνότερες επιπλοκές είναι η κατάχρηση ουσιών (αλκοόλ και αγχολυτικών φαρμάκων) και η κατάθλιψη. (Μάνος , 1988).

Κατά το DSM-IV(1994) τα διαγνωστικά κριτήρια της Γενικευμένης Αγχώδης Διαταραχής είναι τα εξής:(Μάνος , 1988).

- ✓ Υπερβολικό άγχος και ανησυχία, που συμβαίνει τις περισσότερες μέρες για 6 τουλάχιστον μήνες, για έναν αριθμό γεγονότων ή δραστηριοτήτων ( όπως δουλειά ή σχολική επίδοση).
- ✓ Το άτομο βρίσκει δύσκολο να ελέγξει την ανησυχία.
- ✓ Το άγχος και η ανησυχία συνδέονται με τρία ή περισσότερα από τα παρακάτω έξι συμπτώματα (τουλάχιστον κάποια απο αυτά τα συμπτώματα να είναι παρόντα τις περισσότερες μέρες για τους τελευταίους έξι μήνες).

1. εσωτερική ανησυχία ή νιώθει “τεντωμένος” ή “σε αναμμένα κάρβουνα”
2. εύκολη κόπωση
3. δυσκολία στη συγκέντρωση ή νιώθει το μυαλό του άδειο
4. ευερεθιστότητα
5. μυική τάση
6. διαταραχή του ύπνου (δυσκολία να κοιμηθεί ή παραμένει «κοιμισμένος» ή ανήσυχος, μη ικανοποιητικός ύπνος).

Ο εστιασμός του άγχους και της ανησυχίας δεν περιορίζεται σε στοιχεία μιας άλλης διαταραχής π.χ το άγχος ή η ανησυχία δε αφορά το να έχει το άτομο μια προσβολή πανικού, το να νιώσει αμηχανία δημοσίως, το να μολυνθεί, το να είναι μακριά από το σπίτι του ή τους στενούς συγγενείς, το να βάλει βάρος, το να έχει πολλαπλά σωματικά ενοχλήματα ή το να έχει κάποια σοβαρή ασθένεια.

Το άγχος και η ανησυχία ή τα σωματικά συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Η διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ υπερθυρεοειδισμός) και δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια κάποιας διαταραχής της διάθεσης, κάποιας ψυχωτικής διαταραχής ή κάποιας βαριάς εκτεταμένης διαταραχής της ανάπτυξης.

Εξαιτίας των διάφορων κινδύνων που αντιμετωπίζουμε ζώντας σε αυτόν τον κόσμο, όλοι κατά βάθος έχουμε 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 σε 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 (Καλπάκογλου, 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).

## Διαταραχή από Οξύ Στρες

Η διαταραχή από οξύ στρες από την άλλη συμβαίνει σαν απάντηση σε ένα ακραίο τραυματικό γεγονός και συνοδεύεται από διάφορα συμπτώματα όπως μούδιασμα, αποπραγματοποίηση, αποπροσωποποίηση και αμνησία και χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος και επαναβίωση του γεγονότος . Όπως αναφέρεται η διαταραχή αυτή μοιάζει με την διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες τόσο στον τρόπο που αυτή εμφανίζεται όσο και στους αιτιολογικούς της παράγοντες και η θεραπευτική προσέγγιση που ακολουθείται είναι η ίδια με την ΔΜΨΣ (Μάνος, 1988)

Κατά το DSM-IV (1994)τα διαγνωστικά κριτήρια για την Διαταραχή Από Οξύ Στρες είναι τα εξής (Μάνος, 1988).Το άτομο έχει εκτεθεί σε ένα τραυματικό γεγονός κατά το οποίο και τα δυο από τα παρακάτω ήταν παρόντα :

- ✓ το άτομο βίωσε, ήταν μάρτυρας ή ήρθε αντιμέτωπο με ένα γεγονός ή γεγονότα τα οποία συνεπάγονταν πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο ή σοβαρά τραυματισμό ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού του ή των άλλων.
- ✓ η απάντηση του ατόμου περιείχε έντονο φόβο, εστίαση ανημπόριας ή τρόμο/φρίκη.

Είτε ενώ το βίωσε είτε μετά την βίωση του έντονα ενοχλητικού γεγονότος το άτομο έχει τρία ή περισσότερα από τα παρακάτω διασχιστικά συμπτώματα :

- ✓ μια υποκειμενική αίσθηση απομάκρυνσης-αποστασιοποίησης, ή απουσίας-μουδιάσματος,
- ✓ μείωση της αντίληψης του περιβάλλοντος
- ✓ αποπραγματοποίηση
- ✓ αποπροσωποποίηση
- ✓ διασχιστική αμνησία (δηλαδή ανικανότητα να θυμηθεί μια σημαντική πλευρά του τραύματος).

Το τραυματικό γεγονός επαναβιώνεται επίμονα με τουλάχιστον έναν από τους παρακάτω τρόπους :

- ✓ επαναλαμβανόμενες εικόνες, σκέψεις, όνειρα, παραισθήσεις, επεισόδια flashback ή μια αίσθηση επαναβίωσης της εμπειρίας ή υποκειμενική ενόχληση και αναταραχή κατά την έκθεση σε κάτι που υπενθυμίζει το τραυματικό γεγονός.
- ✓ Έντονη αποφυγή ερεθισμάτων που ξυπνούν αναμνήσεις του τραύματος ( π.χ σκέψεις, συναισθήματα, συζητήσεις, δραστηριότητες, μέρη, άνθρωποι).
- ✓ Έντονα συμπτώματα άγχους ή αυξημένης διεγερσιμότητας (π.χ δυσκολία να κοιμηθεί, ευερεθιστότητα, ελλιπής συγκέντρωση, επαγρύπνηση, αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος, κινητική ανησυχία).

Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό τομέα ή σε άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας ή παραβλάπτει την ικανότητα του ατόμου να επιδιώξει έναν απαραίτητο στόχο, όπως να πάρει την απαραίτητη βοήθεια ή να κινητοποιήσει προσωπικές πηγές βοήθειας με το να μιλήσει σε μέλη τις οικογένειας για την τραυματική εμπειρία.

Η διαταραχή διαρκεί το λιγότερο δυο μέρες και το περισσότερο τέσσερις εβδομάδες και συμβαίνει μέσα σε τέσσερις εβδομάδες από το τραυματικό γεγονός. Δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης, δεν εξηγείται καλύτερα ως βραχεία ψυχωτική διαταραχή και δεν είναι απλά μια παρόξυνση μιας υπάρχουσας διαταραχής.

### **Διαταραχή Πανικού Με ή Χωρίς Αγοραφοβία**

Ορισμένες φορές παρατηρούνται απότομες εισβολές σοβαρού και έντονου άγχους. Αυτό το φαινόμενο ονομάζεται πανικός. (Μάνος, 1988). "Οι προσβολές πανικού εμφανίζονται ξαφνικά και απότομα και συνοδεύονται από ένα αίσθημα κινδύνου ή επικείμενης καταστροφής μαζί με μια εσωτερική παρόρμηση διαφυγής" (Μάνος, 1988, σελ.252). Όταν οι προσβολές πανικού είναι απροσδόκητες και έχουν υπάρξει τουλάχιστον δύο επεισόδια προσβολών τότε πρόκειται για την Διαταραχή Πανικού. (Μάνος, 1988).



Τα επεισόδια εκείνα που σχετίζονται με διάφορες καταστάσεις αποτελούν πιο πολύ χαρακτηριστικό της ειδικής και της κοινωνικής φοβίας, ενώ εκείνα που εμφανίζονται σε προδιαθεσικές καταστάσεις χαρακτηρίζουν τη συγκεκριμένη διαταραχή αλλά εμφανίζονται επίσης και σε άτομα με τα δύο παραπάνω είδη φοβίας(AmericanPsychiatricAssociation 1994, Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2005).

Οι προσβολές πανικού κορυφώνονται μέσα σε λίγα λεπτά και διαρκούν από πέντε έως τριάντα λεπτά. Η συχνότητα τους ποικίλει, ενώ σε κάποια άτομα συμβαίνει μια φορά την εβδομάδα για κάποιους μήνες σε άλλους μπορεί να συμβαίνει κάθε μέρα για μια εβδομάδα. Τα άτομα που πάσχουν από αυτήν τη διαταραχή ζητούν βοήθεια σε διάφορους γιατρούς νομίζοντας ότι πρόκειται για κάποια οργανική ασθένεια.(Μάνος , 1988).

Κατά το DSM-IV (1994) τα διαγνωστικά κριτήρια για την Προσβολή Πανικού είναι τα εξής:(Μάνος , 1988).

Πρόκειται για διακεκριμένες περιόδους εντόνου φόβου ή δυσφορίας, οπού τέσσερα ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα αναπτύσσονται απότομα και φτάνουν στο αποκορύφωμα τους μέσα σε δέκα λεπτά:

- ✓ αίσθημα παλμών, αίσθημα ότι η καρδιά πάει να σπάσει ή επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού
- ✓ εφίδρωση
- ✓ τρεμούλα ή έντονος τρόμος
- ✓ αίσθημα δύσπνοιας ή πλακώματος στο στήθος
- ✓ αίσθημα πνιγμονής
- ✓ πόνος ή δυσφορία στο στήθος
- ✓ ναυτία ή επιγαστρία δυσφορία
- ✓ αίσθημα ζάλης, αστάθειας ή λιποθυμίας
- ✓ αποπραγματοποίηση ή αποπροσωποποίηση
- ✓ φόβος απώλειας ελέγχου η ότι τρελαίνεται
- ✓ φόβος ότι θα πεθάνει
- ✓ παραισθησίες (μουδιάσματα ή μυρμηγκιάσματα)
- ✓ ρίγη ή ξαφνικά αισθήματα ζέστης

Όπως αναφέραμε και σε παραπάνω κεφάλαιο η διαταραχή πανικού μπορεί να εμφανίζεται μαζί με ή χωρίς την αγοραφοβία χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι η τελευταία συνδέεται πάντα με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Αντίθετα η αγοραφοβία μπορεί να εμφανιστεί και χωρίς να υπάρχει ιστορικό διαταραχής πανικού.(AmericanPsychiatricAssociation 1994, Κάκουρος&Μανιαδάκη 2005).

Αγοραφοβία εννοείται το να μη θέλει κάποιος να συνωστίζεται με κόσμο και ο όρος προέρχεται από την λατινική λέξη “φόβος της αγοράς”. Η αγοραφοβία προκαλεί έντονο άγχος στο άτομο όταν αυτό βρίσκεται σε ένα μέρος από όπου η απόδραση θα ήταν δύσκολη (όπως λεωφορεία, ασανσέρ, μεγάλους και ανοιχτούς χώρους κ.λ.π). Οι άνθρωποι που έχουν βιώσει προσβολές πανικού συχνά ανησυχούν όταν βρίσκονται σε πολυσύχναστα μέρη μήπως πάθουν άλλη μια προσβολή και δεν θα μπορούν να λάβουν βοήθεια με αποτέλεσμα να τα αποφεύγουν. Πολλές φορές παρουσιάζουν μια ανησυχία σχετικά με τις πιθανές συνέπειες που μπορεί να έχει μια επόμενη κρίση.

Όταν αρχίζει και εμφανίζεται η συγκεκριμένη ασθένεια τα άτομα έχουν την αίσθηση ότι πάσχουν από κάποια ασθένεια οργανική και καταφεύγουν σε μια σειρά εξετάσεων ώστε να διερευνήσουν τα αίτια. Επίσης έχουν την αίσθηση ότι πρόκειται να τρελαθούν , κάτι το οποίο δεν ισχύει αφού τα αίτια και τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι τελείως διαφορετικά από αυτά της κρίσης πανικού (Μάνος , 1988).

Ο έντονος φόβος που αισθάνονται τα άτομα, τους αναγκάζει να απομονώνονται κοινωνικά και να καταφεύγουν σε ήσυχα και ασφαλή μέρη. Εάν δεν αντιμετωπιστούν άμεσα οι φόβοι του ατόμου αυξάνονται με αποτέλεσμα να φοβάται να κινηθεί μόνο του χωρίς τη συνοδεία ενός δικού του ατόμου όπου θα είναι διαθέσιμο να το βοηθήσει σε τυχόν κρίση πανικού. Αν και στην κλινική πράξη έχει αποδειχθεί ότι η αγοραφοβία και η διαταραχή πανικού συμβαίνουν σχεδόν πάντα μαζί υπάρχουν και ελάχιστες περιπτώσεις όπου η αγοραφοβία μπορεί να εμφανιστεί και μόνη της χωρίς την συνοδεία διαταραχής πανικού. Η αγοραφοβία πάντως επέρχεται αρκετούς μήνες μετά την εμφάνιση επαναλαμβανόμενων κρίσεων πανικού λόγω του ότι η νευρικότητα και ο φόβος πως θα ξανασυμβεί η προσβολή συνοδευμένη με όλα εκείνα τα επακόλουθα βασανιστικά συμπτώματα, δημιουργεί το αίσθημα της απώλειας ελέγχου και της ανικανότητας. Πολλές φορές φαίνεται να υποχωρεί μαζί με την αποχώρηση των κρίσεων πανικού άλλες φορές όμως συνεχίζεται παρόλο την υποχώρηση των κρίσεων πανικού και γίνεται χρόνια.(Μάνος , 1988).

Κατά το DSM-IV (1994) τα διαγνωστικά κριτήρια είναι τα εξής:(Μάνος , 1988).

### **Διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία**

- A) 1. επαναλαμβανόμενες απροσδόκητες προσβολές πανικού  
2. τουλάχιστον μία από τις προσβολές έχει ακολουθηθεί για ένα μήνα (ή περισσότερο) από ένα (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:  
3. επίμονη ανησυχία του ατόμου μήπως έχει και άλλες προσβολές  
4. στενοχώρια για τις επιπτώσεις της προσβολής ή της συνέπειες της  
5. σημαντική αλλαγή στη συμπεριφορά που σχετίζεται με τις προσβολές
- B) Απουσία αγοραφοβίας
- Γ) Οι προσβολές πανικού δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης
- Δ) Οι διαταραχές πανικού δεν εξηγούνται καλύτερα ως μια άλλη ψυχική διαταραχή όπως είναι η κοινωνική φοβία, η ειδική φοβία, η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή, διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες ή διαταραχή άγχους αποχωρισμού.

### **Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία**

- A) 1. επαναλαμβανόμενες απροσδόκητες προσβολές πανικού  
2. τουλάχιστον μία από τις προσβολές έχει ακολουθηθεί για ένα μήνα (ή περισσότερο) από ένα (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:  
α) επίμονη ανησυχία του ατόμου μήπως έχει και άλλες προσβολές  
β) στενοχώρια για τις επιπτώσεις της προσβολής ή της συνέπειες της  
γ) σημαντική αλλαγή στη συμπεριφορά που σχετίζεται με τις προσβολές
- B) Παρουσία αγοραφοβίας.
- Γ) Οι προσβολές πανικού δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.
- Δ) Οι διαταραχές πανικού δεν εξηγούνται καλύτερα ως μια άλλη ψυχική διαταραχή όπως είναι η κοινωνική φοβία, η ειδική φοβία, η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή , διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες ή διαταραχή άγχους αποχωρισμού.

## Ειδική Φοβία

Κατά το DSM-IV (2000) οι φοβικές διαταραχές χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες : τις απλές (ειδικές) φοβίες, τις κοινωνικές φοβίες και την αγοραφοβία.

Η ειδική φοβία είναι ένας έντονος και επίμονος φόβος κάποιων συγκεκριμένων αντικειμένων ή καταστάσεων. Το άτομο με ειδική φοβία βιώνει έναν έντονο, επίμονο, υπερβολικό και παράλογο φόβο στην παρουσία ή σε αναμονή της συνάντησης με κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση. Τέτοια αντικείμενα ή καταστάσεις μπορεί να είναι : ζώα και έντομα, καταιγίδες, ύψος, νερό, αίμα, ενέσεις, τραύματα και επίσης δημόσιες συγκοινωνίες, γέφυρες, πτήσεις με αεροπλάνα, οδήγηση αυτοκινήτου κ.α.(Μάνος , 1988).

Η Ειδική φοβία διακρίνεται στους πιο κάτω τύπους :

- Τύπος Ζώων
- Τύπος Φυσικού Περιβάλλοντος (π.χ. ύψη, καταιγίδες, νερό)
- Τύπος Αίματος – Ένεσης -Τραύματος
- Τύπος Καταστάσεων (π.χ. αεροπλάνα, ασανσέρ, κλειστά μέρη)
- Άλλος τύπος (π.χ. φοβική αποφυγή καταστάσεων που μπορεί να οδηγήσουν το άτομο σε πνιγμονή, εμετό, ή να κολλήσει μια αρρώστια στα παιδιά, αποφυγή δυνατών ήχων ή μεταμφιεσμένων προσώπων)(Μάνος , 1988).

Κατά το DSM-IV (1994) τα διαγνωστικά κριτήρια για την ειδική φοβία είναι τα εξής:(Μάνος N., 1988)

- ✓ Έντονος και επίμονος φόβος που είναι υπερβολικός ή παράλογος. Ελκυσόμενος από την παρουσία ή την αναμονή ενός συγκεκριμένου αντικειμένου ή κατάστασης (π.χ. πτήση, ύψη, ζώα, το να κάνει το άτομο ένεση, θέα αίματος.)
- ✓ Η έκθεση στο φόβο-ερέθισμα σχεδόν πάντα προκαλεί άμεση απάντηση άγχους, που μπορεί να παίρνει την μορφή μιας συνδεδεμένης με ή προδιατεθειμένης από την κατάσταση προσβολής πανικού. Σημείωση: Στα παιδιά, το άγχος μπορεί να εκφράζεται με κλάματα, εκρήξεις θυμού, πάγωμα ή προσκόλληση σε άλλους.
- ✓ Το άτομο αναγνωρίζει ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός ή παράλογος. Σημείωση: Στα παιδιά το στοιχείο αυτό μπορεί να απουσιάζει.

- ✓ Η φοβική κατάσταση(εις) αποφεύγεται ή αλλιώς υπομένεται με έντονο άγχος ή υποκειμενική ενόχληση.
- ✓ Η αποφυγή, η αγχώδης αναμονή ή η υποκειμενική ενόχληση κατά την(τις) επίφοβη(ες) κατάσταση(εις) παρεμποδίζει σημαντικά την καθημερινή φυσιολογική ρουτίνα του ατόμου, την επαγγελματική λειτουργικότητα του ή τις κοινωνικές του δραστηριότητες ή τις σχέσεις του ή υπάρχει έντονη υποκειμενική ενόχληση στο άτομο που έχει τη φοβία .
- ✓ Σε άτομα κάτω των 18 ετών, η διάρκεια είναι τουλάχιστον 6 μήνες .

Το άγχος, οι προσβολές πανικού ή η φοβική αποφυγή που συνδέονται με το συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση δεν εξηγούνται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή όπως ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή (π.χ. φόβος βρωμιάς σε κάποιο άτομο με ψυχαναγκασμό σχετικό με μόλυνση), διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες (π.χ. αποφυγή ερεθισμάτων που συνδέονται με ένα σοβαρό στρεσογόνο παράγοντα), διαταραχή άγχους αποχωρισμού (π.χ. αποφυγή του σχολείου), κοινωνική φοβία (π.χ. αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων εξαιτίας του φόβου αμηχανίας), διαταραχή πανικού με αγοραφοβία ή αγοραφοβία χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού.

Οι ασθενείς αναγνωρίζουν ότι ο φόβος τους είναι υπερβολικός αλλά δεν μπορούν να το αντιμετωπίσουν καθιστώντας τούς ευάλωτους και ανήμπορους μπροστά σε ένα επικείμενο αντικείμενο φόβου τους. Επίσης η αγωνία τους και ο φόβος τους κορυφώνεται καθώς πλησιάζουν και έρχονται πιο κοντά στο φοβικό αντικείμενο ο οποίος μετριάζεται και εξαφανίζεται καθώς απομακρύνονται από το φοβικό αντικείμενο και νιώσουν πλέον ασφάλεια.

Σε μια έρευνα τους οι Murs, Schmidt&Merkelbach, (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 με 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 αναφέρθηκαν 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 σε 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. Για 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).

### **Αγχώδης Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση**

Όπως και στις προηγούμενες διαταραχές έτσι και στην αγχώδη διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση, το άγχος είναι το σημαντικότερο χαρακτηριστικό της και οφείλεται σε μια γενική ιατρική κατάσταση. Σε αυτή την περίπτωση το άγχος μπορεί να παρουσιάζεται με την μορφή γενικευμένου άγχους, με την μορφή προσβολών πανικού, ή με την μορφή ψυχαναγκασμών και καταναγκασμών (Μάνος, 1988).

Οι ιατρικές καταστάσεις που μπορούν να οδηγήσουν στην συγκεκριμένη διαταραχή είναι πολλές όπως οι ενδοκρινολογικές, οι καρδιαγγειακές νόσοι, οι διαταραχές αναπνευστικού, οι μεταβολικές διαταραχές και οι νευρολογικές καταστάσεις. Για να γίνει η διάγνωση της διαταραχής θα πρέπει να παρατηρούνται κάποιοι παράγοντες όπως να υπάρχει όντως μια ιατρική κατάσταση και το άγχος να μην οφείλεται σε κάποια άλλη διαταραχή (διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, κτλ). (Μάνος, 1988).

Κατά το DSM-IV (1994) τα διαγνωστικά κριτήρια της αγχώδους διαταραχής οφειλόμενης σε γενική ιατρική κατάσταση είναι τα εξής: (Μάνος, 1988).

- ✓ Προεξάρχον άγχος, προσβολές πανικού ή ψυχαναγκασμοί ή καταναγκασμοί επικρατούν στην κλινική εικόνα.
- ✓ Υπάρχει απόδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα ότι η διαταραχή είναι η άμεση φυσιολογική συνέπεια μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.
- ✓ Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. Διαταραχή της προσαρμογής με άγχος, στην οποία ο στρεσογόνος παράγοντας είναι μια σοβαρή γενική ιατρική κατάσταση).
- ✓ Η διαταραχή δε συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας ενός παραληρήματος.
- ✓ Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

### **Αγχώδης Διαταραχή προκαλούμενη από Ουσίες**

Η αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες είναι αποτέλεσμα της δράσης μιας ουσίας. Η κατάχρηση μιας ουσίας, ενός φαρμάκου ή μιας τοξίνης μπορεί να οδηγήσει σε συμπτώματα έντονου άγχους που να έχουν την μορφή γενικευμένου άγχους, φοβιών, προσβολών πανικού ή ψυχαναγκασμών και καταναγκασμών. Μπορεί να εμφανιστεί είτε κατά την διάρκεια της τοξίνωσης είτε κατά την διάρκεια του στερητικού συνδρόμου (Μάνος, 1988).

Κάποιες από αυτές τις ουσίες που μπορούν να προκαλέσουν την διαταραχή είναι το αλκοόλ, οι αμφεταμίνες, η καφεΐνη, η κοκαΐνη, η κάνναβη, τα ψευδαισθησιογόνα, οι εισπνεόμενες ουσίες, η φαινκυκλιδίνη και άλλες άγνωστες ουσίες. Επίσης στα είδη των φαρμάκων που την προκαλούν συμπεριλαμβάνονται τα αναισθητικά, τα αναλγητικά, τα βρογχοδιασταλτικά, τα αντιχολινεργικά, η ινσουλίνη, τα φάρμακα για τον θυρεοειδή, τα αντιεπιληπτικά που λαμβάνονται από το στόμα, τα αντισταμινικά, τα αντιπαρκινσονικά, τα

κορτικοστεροειδή, τα αντιυπερστασικά και καρδιοαγγειακά φάρμακα, το ανθρακικό λίθιο, τα αντιψυχωτικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα .

Στις τοξίνες περιλαμβάνονται πτητικές ουσίες όπως η βενζίνη και οι μπογιές , τα οργανοφωσφορικά εντεμοκτόνα, τα αέρια που προσβάλουν το νευρικό σύστημα, το μονοξείδιο του άνθρακα και κάποια βαριά μέταλλα. (Μάνος, 1988).

Κατά το DSM-IV (1994)τα διαγνωστικά κριτήρια της Αγχώδης Διαταραχής Προκαλουμένη Από Ουσίες είναι τα έξης:(Μάνος, 1988).

- ✓ Προεξάρχον άγχος, προσβολές πανικού ή ψυχαναγκασμοί ή καταναγκασμοί επικρατούν στην κλινική εικόνα.

Υπάρχει απόδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα είτε του 1 είτε του 2 :

1.τα συμπτώματα του Κριτηρίου Α αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια ή μέσα σε ένα μήνα από την Τοξίκωση ή τη Στερητική Διαταραχή από Ουσίες.

2.χρήση φαρμάκων συνδέεται αιτιολογικά με τη διαταραχή.

Η διαταραχή δεν εξηγείται αλλιώς καλύτερα ως αγχώδης διαταραχή μη προκαλουμένη από ουσίες. Η απόδειξη ότι τα συμπτώματα εξηγούνται καλύτερα ως αγχώδη διαταραχή που δεν προκαλείται από ουσίες θα μπορούσε να περιλαμβάνει τα παρακάτω: τα συμπτώματα προηγούνται της έναρξης της χρήσης της ουσίας ( ή της χρήσης του φαρμάκου), τα συμπτώματα επιμένουν για ένα ικανό διάστημα (π.χ περίπου ένα μήνα) μετά τη λήξη οξέος στερητικού συνδρόμου ή σοβαρής τοξίκωσης ή ξεπερνούν σημαντικά τα αναμενόμενα, δεδομένου του τύπου ή της ποσότητας της ουσίας που χρησιμοποιήθηκε ή της διάρκειας της χρήσης ή υπάρχει άλλη απόδειξη που υποδεικνύει την ύπαρξη κάποιας ανεξάρτητης μη προκαλούμενης από ουσίες αγχώδους διαταραχής ( π.χ ιστορικό επαναλαμβανόμενων μη σχετιζόμενων με ουσίες, επεισοδίων).

Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας παραληρήματος. Επίσης η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.



## **Αγχώδης Διαταραχή μη Προσδιοριζόμενη αλλιώς**

Στην αγχώδη διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς περιλαμβάνονται διαταραχές οι οποίες χαρακτηρίζονται από έντονο άγχος ή φοβία αλλά δεν πληρούνται τα κριτήρια καμιάς από τις γνωστές διαταραχές άγχους. Μερικά παραδείγματα είναι: η μεικτή αγχώδης-καταθλιπτική διαταραχή όπου παρατηρείται άγχος και κατάθλιψη χωρίς όμως να πληρούνται τα κριτήρια για κάποια Αγχώδη διαταραχή ή διαταραχή διάθεσης, κάποια συμπτώματα κοινωνικής φοβίας που οφείλονται στο κοινωνικό πρόβλημα που μπορεί να έχει κάποιος λόγω μιας γενικής ιατρικής κατάστασης ή ψυχικής διαταραχής και σε καταστάσεις όπου ο ειδικός έχει διαγνώσει ότι υπάρχει μια αγχώδη διαταραχή αλλά δεν μπορεί να την προσδιορίσει και να την κατατάξει σε μια συγκεκριμένη κατηγορία. (Μάνος, 1988).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΣΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΑΓΧΟΥΣ

Μια από τις βασικές εξωτερικές λειτουργίες του σχολείου, σύμφωνα με τον Π. Μπουρντιέ, είναι η επιλογή, η οποία πραγματοποιείται κυρίως μέσω της αξιολόγησης και ειδικότερα της βαθμολόγησης των μαθητών (Πατερέκα, 1986).

Η σχολική επιλογή (ανάλογα με την έκταση και την έντασή της στις διάφορες εκπαιδευτικές βαθμίδες και τύπους σχολείου), σύμφωνα με έρευνες σε πολλές χώρες, σχετίζεται με το σχολικό άγχος (Καψάλης, 1998).

Οι επικριτές της αξιολόγησης τονίζουν ότι η βαθμολογία, οι επιβραβεύσεις και οι ποινές που συνεπάγεται δημιουργούν στους μαθητές άγχος, φοβίες και αρνητική αυτοεκτίμηση (Ματσαγγούρας, 2002). Ειδικότερα, οι εξετάσεις δημιουργούν στους μαθητές ψυχολογική ένταση και φόβο αποτυχίας και προκαλούν άγχος, το οποίο καταστρέφει την αυτοπεποίθηση του μαθητή και μειώνει ή ακόμη και εξαφανίζει τη χαρά που μπορεί να προκύπτει από τη μάθηση.

Στην περίπτωση, μάλιστα, που η αξιολόγηση συνδέεται με την αποτυχία του μαθητή, έχει σημαντικές συνέπειες στην ομαλή εξέλιξή του, καθώς αποτυχία σημαίνει μείωση, ματαίωση, συμπλέγματα και γενικότερα αρνητικές καταστάσεις (Δημητρόπουλος, 2001).

Με το άγχος της αποτυχίας οι μαθητές δημιουργούν ένα πρόσθετο άγχος στον εαυτό τους, το οποίο είναι γνωστό ως άγχος της εξέτασης. Παρόλο που ο μαθητής έχει «διαβάσει» το μάθημά του, κατά τη διάρκεια της εξέτασης είναι πιθανόν η σωστή απάντηση «να σταματάει στα χείλη του» και να τη βρίσκει όταν ο χρόνος της εξέτασης έχει περάσει. Δηλαδή, το άγχος της αποτυχίας δημιουργεί πρόσθετο άγχος (Παπαδόπουλος, 1993)

**Σύνδεση σχολείου και οικογένειας**

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

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

Υπάρχουν κάποια πράγματα που μπορεί να κάνει το σχολείο ώστε να αυξηθεί η συνεργασία με τους γονείς των παιδιών που αντιμετωπίζουν κάποια αγχώδη διαταραχή, όπως επίσης και άλλα προβλήματα ψυχικής φύσης. Αρχικά χρειάζεται να σχεδιάζονται δραστηριότητες στην αρχή της σχολικής χρονιάς, ώστε οι γονείς να γνωρίσουν το προσωπικό του σχολείου. Είναι χρήσιμο, δηλαδή οι γονείς να γνωριστούν με τους δασκάλους πριν το παιδί μεταφέρει τους φόβους του και το άγχος του στο σχολικό πλαίσιο. Επίσης, εφόσον το άγχος σχετίζεται μόνο με το σχολείο, θα είναι δυνατόν να γίνει αυτή η γνωριμία πριν την εμφάνιση ή την επιδείνωσή, συνέχεια οι δάσκαλοι μπορούν σε τακτά χρονικά διαστήματα να ενημερώνουν τους γονείς για τις δραστηριότητες της τάξης, για τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες τους σχετικά με το παιδί. Ακόμη, το σχολείο μπορεί να διοργανώσει σεμινάρια σχετικά με τις αγχώδεις διαταραχές, καθώς όπως προαναφέρθηκε είναι πολλά τα παιδιά που αντιμετωπίζουν άγχος. Επίσης, το προσωπικό του σχολείου, εφόσον καταρτιστεί κατάλληλα, μπορεί να παρέχει οδηγίες στους γονείς σχετικά με την αντιμετώπιση του άγχους

έξω από το σχολικό πλαίσιο καθώς επίσης και να τους προτείνει βιβλία που θα τους βοηθήσουν προς την ίδια κατεύθυνση.

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

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

## **Συνεργασία εκπαιδευτικών με επαγγελματίες ψυχικής υγείας**

Κατ' αρχήν, είναι απαραίτητη η μεταξύ τους συνεργασία ως ομάδα. Και τα δυο συστήματα πρέπει να συνεργάζονται ως ίσα. Η παρέμβαση έτσι μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματική, ιδιαίτερα σε προβλήματα που δεν είναι τόσο ξεκάθαρα. Επιπλέον η κάθε πλευρά πρέπει να σέβεται τα επαγγελματικά όρια της άλλης. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να απέχουν από τη διδακτική διαδικασία ή τις εκπαιδευτικές στρατηγικές και οι δάσκαλοι θα πρέπει να απέχουν από τη σύσταση θεραπείας ή τη διάγνωση. Ωστόσο αν και είναι σημαντικός ο σεβασμός των επίσημων ορίων, πρέπει επίσης να υπάρχει μια άτυπη διαδικασία, που να εκτείνεται πέρα από αυτούς τους περιορισμούς. (Talley&Short,1995). Όταν οι εκπαιδευτικοί «κλέβουν» χρόνο από το επίσημο πρόγραμμα, για να ακολουθήσουν μια θεραπευτική συνεδρία ενός μαθητή, τότε επιδεικνύουν μια σημαντική δέσμευση στη δουλειά ως ομάδα. Όταν ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας διαθέτει το χρόνο του, για να παρακολουθήσει μια ομαδική σχολική συνάντηση του μαθητή, τότε η δέσμευση για συνεργασία είναι ισότιμα ξεκάθαρη. Τέλος σημαντική είναι η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ τους και οι ειδικοί ψυχικής υγείας είναι χρήσιμο να είναι διαθέσιμοι μέσω τηλεφώνου, φαξ και e-mail. ( Shaw, S. R. Clayton M. C. Dodd J. L. and Ben T. Rigby, 2008)

## **Συμβουλές προς γονείς και εκπαιδευτικούς**

Πολλές φορές οι γονείς αγνοούν τους φόβους των παιδιών τους, τους προσπερνούν χωρίς να δώσουν την πρέπουσα σημασία η ακόμα τους θεωρούν άστοχους και αβάσιμους. Κατ' αυτό τον τρόπο μπορεί π.χ. να πιάσουν το παιδί τους να χαιδέψει ένα σκυλί το οποίο φοβάται και θα το δαγκώσει,μη δίνοντας έτσι την ευκαιρία στο παιδί να επεξεργαστεί απο μόνο του ένα ζώο που το θεωρεί παράξενο και επικίνδυνο.Η πίεση και η κακομεταχείριση ενός παιδιού με σκοπό να ξεπεράσει τα άγχη και τις φοβίες του ενδέχεται μακροπρόθεσμα να έχει αρνητικές επιπτώσεις ακόμα και στην ενήλικη του ζωή.

Ο φόβος έχει λόγο ύπαρξης ακόμα και όταν δεν είναι κατανοητός από τον ενήλικα. Τα παιδιά πρέπει να ενθαρρύνονται να αντιμετωπίσουν τους φόβους τους και όχι να τους παραμερίζουν, γιατί μόνο έτσι θα καταφέρουν να τους ξεπεράσουν κάποια στιγμή.

Οι γονείς σε αυτή την προσπάθεια των παιδιών τους να βιώσουν και να ξεπεράσουν τα άγχη και τις φοβίες τους με σταδιακά και σταθερά βήματα είναι εκείνοι που θα παίξουν τον σημαντικότερο ρόλο. Οι συμβουλές που ακολουθούν αποτελούν χρήσιμο εργαλείο για τους γονείς αλλά και για όσους εμπλέκονται με παιδιά, όπως ψυχολόγοι αλλά και παιδαγωγοί οποιασδήποτε φύσεως.

Αρχικά οι γονείς θα πρέπει να είναι έτοιμοι να ακούσουν οτιδήποτε έχει να πεί το παιδί τους γύρω από το άγχος και τη φοβία του, διαβεβαιώνοντας το ότι οι ανησυχίες του είναι λογικές και δικαιολογημένες. Έπειτα αφού το ακούσουν, να του εξηγήσουν ότι όλα εκείνα που του φαίνονται τρομακτικά μπορούν να αντιμετωπιστούν όσο μεγαλώνει αλλά και ότι μεγαλώνοντας θα μάθει πως να ξεπερνάει τους φόβους του. (Brazelton, 1998)

Θεμιτό θα ήταν να μοιραστούν οι γονείς δικές τους εμπειρίες από τη παιδική τους ηλικία, αν τυχόν είχαν και εκείνοι κάποιες φοβίες και με ποιο τρόπο τις ξεπέρασαν. Δηλαδή να μοιραστούν πράγματα με το παιδί τους. (Καραμανιάν, 2008). Το παιδί γνωρίζει αρκετά γύρω από το φοβικό αντικείμενο αλλά χρειάζεται συνεχής πληροφόρηση π.χ αν ένα ζώο που φοβάται είναι όντως επικίνδυνο. Ο καθησυχασμός, η πληροφόρηση και η ενθάρρυνση είναι απαραίτητα για αυτόν που φοβάται.

Οι παιδαγωγοί και οι δάσκαλοι καλό θα ήταν να αντιμετωπίζουν με ιδιαίτερη προσοχή τα παιδιά με άγχη και φοβίες. Ούτε να τα αγνοούν αλλά και ούτε να τα εξαναγκάζουν να υπερνικήσουν τους φόβους τους ενώπιόν τους, εκείνη τη στιγμή. Η πίεση που γεννά η επιθυμία ενός ενήλικα να ξεπεράσει το παιδί τους φόβους του μπροστά του γεννά περισσότερο φόβο (Brazelton, 1998). Εκείνο που βοηθά περισσότερο το παιδί να κυριαρχήσει του περίγυρού του είναι η ελεύθερη επιλογή, αυτή μόνο δημιουργεί τις κατάλληλες συνθήκες ώστε το παιδί να τονώσει την αυτοπεποίθησή του και να ξεπεράσει εν συνεχεία τους φόβους του.

Επίσης χρήσιμες είναι και οι παρακάτω οδηγίες που έχουν να κάνουν με τη συμπεριφορά γονέων και δασκάλων όταν το παιδί εκφράζει τους φόβους του.

- ✓ Φροντίζουν να μην το υπερπροστατεύουν, όταν εκφράζει φόβο.

- ✓ Σε παιδιά με δυσκολίες μάθησης οι δάσκαλοι θα πρέπει να γνωρίζουν ότι αυτές δεν λύνονται με περισσότερη άσκηση.
- ✓ Θα πρέπει να αποφεύγουν να δίνουν υπέρμετρη προσοχή όταν το παιδί εκδηλώνει τα άγχη και τις φοβίες του, ενώ αντίθετα θα πρέπει να αντιδρούν με αγάπη ,υποστήριξη και κατανόηση όταν το παιδί εκφράζει φόβο.

Όσον αφορά τις τεχνικές και τις μεθόδους που αποδείχτηκαν πιο αποτελεσματικές ώστε τα παιδιά να ξεπεράσουν τους φόβους του είναι οι εξής :

- ✓ Φέρνουμε το παιδί σταδιακά σε επαφή με το φοβικό αντικείμενο .
- ✓ Κάτω από ελεγχόμενο και ασφαλές περιβάλλον δίνουμε στο παιδί την ευκαιρία να γνωρίσει το αντικείμενο ή την κατάσταση που το φοβίζεται.
- ✓ Φροντίζουμε να αναπτύξουμε δεξιότητες που αφορούν τον φόβο και την αντιμετώπισή του.( π.χ αν ένα παιδί φοβάται ένα τη θάλασσα του δίνουμε ένα στρώμα θαλάσσης ).

Το σημαντικότερο από την πλευρά των γονιών και των παιδαγωγών είναι η εμπιστοσύνη που καλούνται να δείξουν στα παιδιά καθώς και η δημιουργία ευκαιριών ώστε τα παιδιά να αναπτύξουν πρωτοβουλίες. Η ισορροπία στη μεταχείριση των παιδιών είναι πολύ λεπτή, τα παιδιά δεν πρέπει να υπερφορτώνονται με υποχρεώσεις αλλά ούτε και να απαλλάσσονται από αυτές. Η συμπεριφορά των γονιών θα πρέπει να είναι φιλική και σταθερή ενώ τα προβλήματα πρέπει να αντιμετωπίζονται βαθμιαία από το εύκολο προς το δύσκολο. Ακόμη θεμιτή είναι η συζήτηση για τεχνικές και τρόπους αντιμετώπισης απευθείας με τα παιδιά.(Πίανος, 1998).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΑΓΧΟΥΣ

Η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους σχετίζεται με τη θεωρητική προσέγγιση που υιοθετεί ο ειδικός για την κατανόηση της αιτιολογίας τους.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους η οποία βασίζεται στη θεωρία της συμπεριφοράς χρησιμοποιεί διάφορες τεχνικές για τη συστηματική ιεράρχηση των φόβων και τη σταδιακή παρακίνηση του ατόμου για την απευθείας αντιμετώπισή τους με την παρουσία ή μη του θεραπευτή. Οι πιο διαδεδομένες από αυτές είναι οι τεχνικές της σταδιακής έκθεσης και της συστηματικής απευαισθητοποίησης.

Ένα άλλο είδος θεραπευτικής παρέμβασης είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, η οποία στοχεύει στο να βοηθήσει το παιδί να κατανοήσει τους μηχανισμούς με τους οποίους οι αντιλήψεις του (τρόπος σκέψης) συμβάλλουν στην εκδήλωση των συμπτωμάτων άγχους. Στη συνέχεια βοηθά το παιδί να τροποποιήσει τις δυσλειτουργικές του αντιλήψεις με σκοπό τη μείωση των συμπτωμάτων του. Αυτή η τεχνική χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με τις τεχνικές θετικής ενίσχυσης, της έκθεσης σε αγχογόνο ερέθισμα και της χαλάρωσης (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2005).

Από την πλευρά της ψυχαναλυτικής θεωρίας, το αγχώδες παιδί προσφέρεται για ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, καθώς η έλλειψη πολύπλοκων μηχανισμών άμυνας βοηθά την αξιοποίηση των σχέσεων ασθενή-γιατρού και μια καλύτερη και συντομότερη έκβαση. Η ψυχαναλυτική μέθοδος προσπαθεί πρώτα να ανακαλύψει την υπολανθάνουσα αιτία της φοβίας και έπειτα να τη θεραπεύσει. Σε αυτή τη προσπάθεια ο ψυχοθεραπευτής δημιουργεί σχέση εμπιστοσύνης με το παιδί, συνεργάζεται με τη μητέρα, παρατηρεί και ερμηνεύει. Έτσι πολλά από εκείνα που εξηγούνται, να μεταβιβάζονται στο παιδί και μέσω της μητέρας. Η μητέρα ( που ασκεί μεγάλη επιρροή στο παιδί ) στηρίζει την θεραπεία, ενισχύει το κλίμα εμπιστοσύνης και δίνει συνέχεια σε αυτή και στο σπίτι.



Η φαρμακοθεραπεία είναι βοηθητική στην ανακούφιση των συμπτωμάτων, ιδίως στις κρίσεις, αλλά μόνο συνδυαζόμενη με άλλες θεραπευτικές τεχνικές. Τα απλά ηρεμιστικά (αντιαγχώδη) είναι τα φάρμακα εκλογής, ιδιαίτερα η υδροξυζίνη, η μεπροβαμάτη και οι βενζοδιαζεπίνες. Τα βαρβιτουρικά είναι προτιμότερο να μη δίνονται, διότι στα παιδιά συχνά δημιουργούν μια παράδοξη αντίδραση, δηλαδή ανησυχία και υπερκινητικότητα (Ιεροδιακόνου, 1991).

## Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία

Στα τέλη της δεκαετίας του 1950 και στις αρχές του 1960 εμφανίστηκαν οι συμπεριφοριστικές μέθοδοι γνωστές με τον όρο “θεραπεία της συμπεριφοράς” ή αλλιώς “τροποποίηση της συμπεριφοράς”(Καλαντζή – Αζίζι, & Αναγνωστόπουλος 1998, Kennerley 1999, Ποταμιανός&etal., 1997).

Εφαρμόζονται πρακτικά οι βασικές αρχές των διαδικασιών μάθησης στην κατεύθυνση της αλλαγής της συμπεριφοράς του ατόμου (Ποταμιανός &etal. 1997). Δηλαδή κάθε μορφή συμπεριφοράς είναι επίκτητη, έχει «μαθευτεί», και άρα μπορεί να τροποποιηθεί μέσω μιας νέας διαδικασίας μάθησης (Ευθυμίουetal. 2006). Θεωρείται ότι το σύνολο της συμπεριφοράς ενός ανθρώπου επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ των διαφόρων ειδών της μαθησιακής του εμπειρίας και των γενετικών καταβολών του (Ποταμιανός&etal., 1997).

Η θεραπεία συμπεριφοράς (βραχεία ψυχοθεραπεία) είναι μια θεραπευτική προσέγγιση που απευθύνεται σε ειδικά προβλήματα ή συμπτώματα συμπεριφοράς όπως αγχώδεις καταστάσεις, φοβίες, κατάθλιψη, παχυσαρκία, αλκοολισμός, κάπνισμα, αϋπνία, κεφαλαλγία, ντροπαλότητα, πόνος (Μάνου, 1988) κ.α. Υπάρχουν διαφορετικά «είδη» συμπεριφοριστικών παρεμβάσεων. Όλα όμως τα είδη δίνουν έμφαση στη σημασία που έχει η μάθηση για την κατανόηση της συμπεριφοράς (Καλαντζή – Αζίζι, & Αναγνωστόπουλος, 1998).

Ένας τύπος θεραπείας της συμπεριφοράς είναι η συστηματική απευαισθητοποίηση με θεμελιωτή τον Joseph Wolpe, ενώ ένας ακόμη τύπος θεραπείας που μοιάζει αρκετά με τη τεχνική της συστηματικής απευαισθητοποίησης είναι η τεχνική της σταδιακής έκθεσης.

Η τεχνική της συστηματικής απευαισθητοποίησης βασίζεται στην αρχή ότι το άτομο μπορεί να αντιμετωπίσει αγχογόνες καταστάσεις εφόσον τις προσεγγίσει βαθμιαία και σε

κατάσταση χαλάρωσης, που αναστέλλει το άγχος (Μάνου, 1988). Η συστηματική απευαισθητοποίηση γίνεται σε τρία βήματα:

1) Εκπαίδευση του παιδιού στη χαλάρωση.

2) Κατασκευή κλίμακας, όπου τοποθετούνται ιεραρχικά οι αγχογόνες ή φοβικές καταστάσεις ανάλογα με την ένταση που προκαλούν στο θεραπευόμενο.

3) Σταδιακή προσέγγιση του ερεθίσματος όταν το παιδί νιώθει χαλαρωμένο.

Στην τεχνική της σταδιακής έκθεσης το παιδί ενθαρρύνεται να έρθει κοντά με την κατάσταση η οποία το τρομάζει, ενώ ασκείται στο να αντιμετωπίζει τον φόβο του και όχι να τον αποφεύγει. Το παιδί και ο θεραπευτής δημιουργούν μια λίστα όπου ιεραρχούν τις αγχογόνες καταστάσεις βαθμιαία από αυτή που δημιουργεί ήπιο άγχος έως αυτή που δημιουργεί σφοδρό άγχος. Στη συνέχεια το παιδί εκτίθεται σταδιακά σε αυτές όπως έχουν ιεραρχηθεί.

Οι τεχνικές της σταδιακής έκθεσης και της συστηματικής απευαισθητοποίησης μπορούν να εφαρμοστούν στο επίπεδο της φαντασίας αλλά και σε πραγματικές συνθήκες με τη χρήση προτύπων, παιχνίδια ρόλων κ.α. Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια έχουν επινοηθεί τεχνικές συστηματικής απευαισθητοποίησης όπου με τη βοήθεια ηλεκτρονικών συστημάτων το άτομο εκτίθεται στο φοβικό αντικείμενο ή στην αγχώδη κατάσταση σε περιβάλλον εικονικής πραγματικότητας.

Σαν πιο προχωρημένη τεχνική από πλευράς θεραπείας είναι και η τεχνική της έκθεσης σε πραγματικές συνθήκες. Αποτελεί μία από τις πιο αποτελεσματικές τεχνικές καθώς προσφέρει στα άτομα με αγχώδεις διαταραχές απτές αποδείξεις ότι είναι ικανά να αντιμετωπίσουν αγχώδεις καταστάσεις και φόβους «in vivo». Γίνεται εύκολα κατανοητό ότι σε περίπτωση που ένα παιδί αντιμετωπίσει μια αγχώδη κατάσταση αποτελεσματικά στον πραγματικό κόσμο, την επόμενη φορά που θα κληθεί να το κάνει θα έχει πολύ περισσότερη εμπιστοσύνη στον εαυτό του. Ωστόσο, η παραπάνω τεχνική συναντά αντικειμενικές δυσκολίες.

Άλλες τεχνικές είναι η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, η ενίσχυση (θετική ενίσχυση, απόσβεση, αρνητική ενίσχυση και θεραπεία αποστροφής), συμπεριφορική ιατρική (Μάνου, 1988) κλπ. Η συμπεριφορική ιατρική αποτελεί σχετικά πρόσφατο κλάδο της

ιατρικής που αφορά στην επίδραση των συνηθειών διατροφής, του στρες, της άσκησης, του καπνίσματος και άλλων συμπεριφορών που σχετίζονται με την ανθρώπινη υγεία (Kalat, 2003). Βρίσκεται σε εξέλιξη και αποτελεί σύνθεση της επιστήμης της συμπεριφοράς και της ιατρικής επιστήμης. Χρησιμοποιούνται τεχνικές όπως η βιοανάδραση, η προοδευτική χαλάρωση, η ύπνωση, η συντελεστική μάθηση (Μάνου , 1988) κλπ.

## **Γνωστική Ψυχοθεραπεία**

Στα τέλη της δεκαετίας του 1960 και στις αρχές του 1970, ο Αμερικάνος ψυχίατρος και καθηγητής Aaron T. Beck απογοητευμένος από την ψυχαναλυτική τεχνική ανέπτυξε μια ειδική θεραπεία για την κατάθλιψη η οποία ονομάστηκε «γνωστική ψυχοθεραπεία» (Kennerley, 1999, Ποταμιανός et al., 1997). Στο γνωστικό του μοντέλο για την κατάθλιψη, τονίζει ότι ο άνθρωπος που πάσχει από κατάθλιψη (Ποταμιανός et al., 1997): α) Συστηματικά προβαίνει στην κακή αξιολόγηση των εμπειριών του παρελθόντος και του παρόντος, β) αυτό έχει ως συνέπεια να θεωρεί τον εαυτό του αποτυχημένο και γ) να θεωρεί τον κόσμο γεμάτο ματαιώσεις και το μέλλον θλιβερό και σκοτεινό.

Αυτό το πρότυπο αρνητικών σκέψεων του ατόμου (γνωσίες), για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον του, ονομάζεται γνωστική τριάδα (Καλαντζή – Αζίζι & Αναγνωστόπουλος, 1998, Μάνου, 1988). Στη γνωστική τριάδα οδηγούν οι γνωστικές παραμορφώσεις ή λάθη και τα αρνητικά σχήματα που αποτελούν τους διαστρεβλωμένους τρόπους σκέψης του καταθλιπτικού ατόμου (Μάνου , 1988).

Η θεραπευτική τεχνική του Beck, αν και είναι περισσότερο γνωστή για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση ενός ευρύτερου φάσματος ψυχολογικών διαταραχών (Ποταμιανός et al., 1997). Έχει εφαρμοστεί σε διάφορες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις όπως φοβίες, άγχος, χρόνιος πόνος, παχυσαρκία, αλκοολισμός κ.α. Καλά αποτελέσματα έχει κυρίως στην κατάθλιψη (Μάνου, 1988). Τα γνωστικά σχήματα των ατόμων με προβλήματα άγχους αφορούν τον κίνδυνο, ενώ των ατόμων με κατάθλιψη αφορούν τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και την αποτυχία (Clark et al., 1989).

Πολλοί ψυχολόγοι βασίζονται στο γνωστικό μοντέλο για την κατανόηση και την θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών που σχετίζονται με το στρες. Σύμφωνα με την γνωστική προσέγγιση, το στρες δημιουργείται όταν το άτομο πιστεύει ότι δεν μπορεί να

αντεπεξέλθει στις απαιτητικές καταστάσεις τις οποίες βιώνει ως απειλητικές για την υγεία του. Υπάρχουν δύο στάδια. Στο πρώτο, το άτομο διερευνά εάν και τι διακυβεύεται και αξιολογεί την αξία του. Στο δεύτερο στάδιο ζυγίζει τις δυνάμεις που διαθέτει για να αντιμετωπίσει της επικείμενη απειλή. Οι διάφοροι τρόποι αντιμετώπισης του στρες και των καταστάσεων που το προκαλούν διακρίνονται (Ποταμιανός et al., 1997):

- ✓ Σε αυτούς που εστιάζονται στο πρόβλημα, π.χ. προσπάθειες τροποποίησης των ψυχοπιεστικών γεγονότων.
- ✓ Σε αυτούς που εστιάζονται στο συναίσθημα, π.χ. αναζήτηση υποστήριξης από το οικείο ή ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, τακτικές φυγής ή αποφυγής, η διατήρηση συναισθηματικής απόστασης κ.α.

Έρευνες που έγιναν σχετικά με την αντιμετώπιση του άγχους έδειξαν πόσο σημαντικό είναι για κάθε άνθρωπο να νιώθει ότι έχει κάποιο έλεγχο στη ζωή του. Οι αθλητές και οι άνθρωποι που κάνουν εξαιρετικά αγχώδεις δουλειές πρέπει να είναι αρκετά διεγερμένοι για να έχουν την καλύτερη δυνατή απόδοση. Εκτός από την σωματική άσκηση υπάρχουν κάποιες γνωστικές μέθοδοι ελέγχου (π.χ. νοερή απεικόνιση), οι οποίες αφορούν τον έλεγχο της σκέψης. Η εφαρμογή τους ενισχύει τις θετικές σκέψεις και όχι εκείνες που αυξάνουν το ήδη υπάρχον άγχος. Η θετική σκέψη βοηθάει πολύ. Όταν το μυαλό είναι γεμάτο με εικόνες επιτυχίας, δεν υπάρχει χώρος για αναμάσηση αποτυχιών και λαθών (Hayes, 1999). Όταν όμως η απαισιοδοξία αποτελεί μέρος μιας γενικότερης στρατηγικής αντιμετώπισης του στρες, επιβαρύνεται η υγεία του ανθρώπου (Ποταμιανός et al., 1997).

### **Γνωστική-Συμπεριφορική Θεραπεία**

Οι τεχνικές που είχαν αναπτυχθεί από τους θεραπευτές της συμπεριφοράς συγχωνεύτηκαν με τις γνωστικές τεχνικές που εισήγαγε ο Beck, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί η «γνωστική - συμπεριφορική θεραπεία» (Kennerley, 1999). Οι γνωστικές - συμπεριφορικές μέθοδοι έχουν ως στόχο την τροποποίηση των σκέψεων και των μορφών συμπεριφοράς που υποτίθεται ότι σχετίζονται με ενοχλητικές αντιδράσεις (Καλαντζή – Αζίζι & Αναγνωστόπουλος 1998, Μάνου, 1988).

Μερικές φορές μπορεί ο τρόπος σκέψης να μην είναι ρεαλιστικός ή λειτουργικός, οδηγώντας σε προβληματικές συμπεριφορές. Οι τρεις βασικές αρχές που υπάρχουν στο βασικό πυρήνα της γνωστικής – συμπεριφορικής θεραπείας είναι οι εξής (Ευθυμίου et al., 2006):

- ✓ Ο τρόπος σκέψης επηρεάζει τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά.
- ✓ Ο τρόπος σκέψης μπορεί να ελεγχθεί και να αλλάξει.
- ✓ Οι αλλαγές στον τρόπο σκέψης μπορούν να επιφέρουν τις επιθυμητές αλλαγές στο συναίσθημα και στη συμπεριφορά.

Η θεραπεία αυτή εστιάζεται στην ανεύρεση και την τροποποίηση των δυσλειτουργικών και μη ρεαλιστικών σκέψεων καθώς και στην εκμάθηση νέων συμπεριφορών. Έχει βραχεία διάρκεια και επικεντρώνεται στο παρόν. Υπάρχει συνεργασία μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. (Ευθυμίου et al., 2006). Η γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία χρησιμοποιεί τεχνικές αντιμετώπισης που βοηθούν τον θεραπευόμενο να μετριάσει τις ψυχολογικές και τις σωματικές του αντιδράσεις, και ταυτόχρονα να ελέγξει και να περιορίσει τις συμπεριφορές που σχετίζονται με το άγχος και το φόβο. Κάποιες από αυτές τις τεχνικές είναι το ημερολόγιο δυσλειτουργικών σκέψεων, η οργάνωση του χρόνου, η διαφραγματική αναπνοή, η νευρομυϊκή χαλάρωση, η έκθεση κ.α. (Ευθυμίου et al., 2006).

Οι γνωσιακές – συμπεριφορικές παρεμβάσεις βοηθούν τους ανθρώπους (Kelly et al., 1993):

- ✓ Να αποκτήσουν τις απαιτούμενες δεξιότητες για να ελέγξουν και να μειώσουν το άγχος.
- ✓ Να τροποποιήσουν τις αντιλήψεις που επιδεινώνουν την κατάθλιψη.
- ✓ Να αναπτύξουν προσαρμοστικές στρατηγικές συμπεριφοράς για την ελάττωση του υπερβολικού άγχους.

Η εφαρμογή της γνωστικής – συμπεριφοριστικής προσέγγισης στην θεραπεία των αγχωδών διαταραχών έχει να επιδείξει ενθαρρυντικά αποτελέσματα και αυξημένα ποσοστά θεραπευτικής αποτελεσματικότητας (Ευθυμίου et al., 2006).

Η διαχείριση του άγχους με την γνωστική-συμπεριφορική παρέμβαση με διάρκεια 10 εβδομάδες, σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού οι οποίες προσλήφθηκαν μετά τη χειρουργική επέμβαση συσχετίστηκε με βελτιώσεις στην ψυχοκοινωνική τους προσαρμογή (Antonietal., 2006b) καθώς και με μείωση της κορτιζόλης στον ορό (Cruessetal., 2000).

Σε μια έρευνα του JamesSoeffing και των συνεργατών του (2008), συμμετείχαν 47 ηλικιωμένοι ενήλικες με αϋπνία (51-58 ετών), που ήταν εξαρτημένοι από την χρήση υπνωτικού φαρμάκου. Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να θεραπευτούν με την χρήση της γνωστικής-συμπεριφορικής παρέμβασης χωρίς την διακοπή του φαρμάκου. Χωρίστηκαν τυχαία σε 2 ομάδες. Στην πρώτη ομάδα συμπεριλήφθηκαν ασκήσεις χαλάρωσης, οδηγίες για την υγιεινή του ύπνου και έλεγχος της διέγερσης.

Στην δεύτερη ομάδα, ελέγχου, έγινε εικονική θεραπεία με βιοανάδραση. Πραγματοποιήθηκαν συνολικά 8 ατομικές συνεδρίες ανά βδομάδα, διάρκειας 1 ώρας. Η πρώτη ομάδα παρουσίασε σημαντικές βελτιώσεις στην λανθάνουσα κατάσταση του ύπνου, στην ώρα αφύπνισης μετά την έναρξη του ύπνου, και στην αποτελεσματικότητα του ύπνου. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να αποτελέσει πολύτιμη θεραπεία σε ηλικιωμένους ενήλικες που είναι εξαρτημένοι στα υπνωτικά και δεν επιθυμούν να τα αποχωριστούν.

## **Χαλάρωση**

Οι άνθρωποι, για την αντιμετώπιση των συνεπειών του στρες, στη φυσιολογία του σώματος, συχνά διδάσκονται κάποια μέθοδο σωματικής χαλάρωσης όπως είναι η βιοανάδραση ή η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση (Καλαντζή – Αζίζι & Αναγνωστόπουλος , 1998). Κατά την χαλάρωση το άτομο μαθαίνει να αφήνει τους μύες να χαλαρώσουν χωρίς να σφίγγει κανένα σημείο του σώματός του, το οποίο σφίξιμο γίνεται ασυνείδητα. Δεν αφορά μόνο τη μυοσκελετική χαλάρωση αλλά και την ψυχική-πνευματική χαλάρωση. Στη συναισθηματική χαλάρωση υπάρχει αταραξία και ψυχική γαλήνη. Διανοητικά το άτομο αφήνει στην άκρη τις ανησυχίες του και δεν κάνει αρνητικές σκέψεις (Βαρβόγλη , 2006).

Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα ενεργοποιείται σε καταστάσεις stress (έντασης), που οδηγεί στην αύξηση της καρδιακής συχνότητας, της αρτηριακής πίεσης και της αιμάτωσης των λειτουργούντων μυών. Γενικά συμβαίνει μια αντίδραση συναγερμού και τάση για δράση (Guyton, 1992).

Κατά τον Sloman (1995), η χαλάρωση βοηθάει στην μείωση της υπερβολικής δράσης του νευρικού συστήματος ώστε το σώμα να γυρίσει στις φυσιολογικές του λειτουργίες εξουδετερώνοντας το άγχος. Ο ρόλος της έγκειται στην μείωση της συχνότητας των αναπνοών και κατανάλωσης οξυγόνου, την μείωση της μυϊκής έντασης και της καρδιακής συχνότητας και την μείωση ή επαναφορά της αρτηριακής πίεσης σε υπερτασικούς ή μη υπερτασικούς αντίστοιχα. Η χαλάρωση μπορεί να γίνει παντού, χωρίς να προϋποθέτει αναγκαστικά άνετο και ήσυχο περιβάλλον.

Σύμφωνα με τον Greenberg (1987), η χαλάρωση του σώματος επιφέρει χαλάρωση του πνεύματος και πλήθος αλλαγών, τόσο στην ψυχολογική κατάσταση, όσο και στην συμπεριφορά του ατόμου. Τα οφέλη της χαλάρωσης είναι τα παρακάτω (Βαρβόγλη, 2006):

- ✓ Μείωση του άγχους.
- ✓ Μείωση των φυσικών συμπτωμάτων που οφείλονται στο στρες.
- ✓ Απελευθέρωση από ανησυχίες, έμμονες ιδέες, αυτοκριτική και αρνητικές σκέψεις.
- ✓ Βελτίωση συναίσθησης, συγκέντρωσης και μνήμης.
- ✓ Αύξηση αυτοαποδοχής.
- ✓ Αύξηση απόδοσης και λειτουργικότητας.
- ✓ Βελτίωση του ύπνου.

## Βιβλιογραφία

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.

American Psychiatric Association, (1994). «Diagnostic and statistical manual of mental disorders», 4th edition, Washington.

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

Antoni, M.H., Lechner, S., Kazi, A., Wimberly, S., Sifre, T., Urcuyo, K., Phillips, K., Gluck, S. and Carver, C.S., (2006c). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer, *J. Consult. Clin. Psychol*, 74 : 1143–1152.

Atkinson R., Atkinson R. C., Smith E. E., Bem D. J., Nolen – Hoeksema S. (2004). Εισαγωγή στην ψυχολογία του Hilgard, Μετάφραση Σόλμαν Μαρία, Επιμέλεια Ντάβου Μπετίνα, 13η Αμερικάνικη έκδοση, Σειρά ψυχολογία, Τόμος Β, Εκδόσεις Παπαζήση: Αθήνα.

Βαρβόγλη Λ. (2006). *Η νευροψυχολογία του στρες στην καθημερινή ζωή*, 2η έκδοση, Κλινική ψυχολογία, Εκδόσεις Καστανιώτη : Αθήνα.

Barlow, D.H. & Durand, (2000). «Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μία σύνθετη Βιοψυχολογική Προσέγγιση», Αθήνα: ΕΛΛΗΝ, Σελ.13.



Bennett, M. & Gilligam, 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.

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.

Bromet E., Sonnega A., & Kessler R.C., (1998). Risk factors for DSM-III-R. Posttraumatic STRESS DISORDER: findings from the National Comorbidity Survey. *Amer. J. of Epidem.* 147, 353-361.

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

Γαλανού, Γ.Γ. (1997). *Εφαρμοσμένη ψυχολογία: το άγχος στο σημερινό κόσμο*, 5η Έκδοση, Μπουκομάνη: Αθήνα.

Canter, A. (2008) Parents and teachers :strategies for working together. National Association of School Psychologists.

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

Cruess, D.G., Antoni, M.H., McGregor, B.A., Kilbourn, K.M., Boyers, A.E.,Alferi S.M., Carver, C. S., & Kumar, M., (2000). Cognitive-behavioral stressmanagement reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being treated for early stage breast cancer, *Psychosom. Med*,62:304–308.

Δημητρόπουλος, Ευστ. (2001), *Εκπαιδευτική αξιολόγηση, Η αξιολόγηση του μαθητή, Θεωρία, πράξη, προβλήματα*, τόμος β', 6η έκδοση, Gutenberg: Αθήνα.

Φρόνιτ, Α. (1990), *Το εγώ και οι μηχανισμοί άμυνας*, Καστανιώτη, Αθήνα.

Guyton A.C. (1992). *Textbook of medical physiology*, (8th edition), Philadelphia, Saunders.

Ιεροδιακόνου, Χ. (1988). *Ψυχιατρική. Δ μέρος. Κοινωνική ψυχιατρική*. Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη.

Ιεροδιακόνου, Χ. (1991). *Ψυχικά προβλήματα στα παιδιά*. Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη.

Κακούρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2005). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων, Αναπτυξιακή προσέγγιση*, 4η εκδ., Τυποθήτω-Γ. Δαρδανός, Αθήνα.

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

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

Καψάλης, Αχ. (1998). *Αξιολόγηση και βαθμολογία στο δημοτικό σχολείο*, Gutenberg, Αθήνα.

Kelly, J. A., Murphy, D. A., Bahr, G. R., Kalichman, S. C., Morgan, M. G., Stevenson, Y., Koob, J. J., Brasfield, T. L., & Bernstein, B. M. (1993). *Outcome of Cognitive – Behavioral and Support Group Brief Therapies for the Depressed, HIV – Infected Persons*. *Amer J Psychiatry*, 150,(11):1679-1685.

Κρουσανάκης, Γ. Ε. (1998). *Ο φόβος, η ανησυχία, η αγωνία και το άγχος*, Σμυρνιωτάκης, Αθήνα.

Kupchik, M., Strous, R.D., Erez, R., Goren, N., Weizman, A. & Spirak, B., (2007). Demographic and clinical characteristics of motor vehicle accident victims in the community general health outpatient clinic: a comparison of PTSD and non-PTSD subjects. *Depress. and Anx.*, 24:244-250.

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

Lethinen, E., Sohlman, B. and Kovess-Masfety, V. (2005) Level of positive mental health in the European Union: results from the Eurobarometer 2002 survey. *ClinPractEpidemolMent Health*, 1:9.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής* (αναθεωρημένη έκδοση), UniversityStudioPress, Θεσσαλονίκη.

Μάνος Ν., (1988). *Βασικά στοιχεία ψυχιατρικής*, UniversityStudioPress, Θεσσαλονίκη.

Μαρίνος, Γ. & Ανθόπουλος, Στ. (1999). *Νευρώσεις: διάγνωση - θεραπεία, Υπνωση - Υπνοθεραπεία. Μύθος και πραγματικότητα. Θεραπευτικά μοντέλα*, Νέα Σύνορα-Α.Α Λιβάνη, Αθήνα.

Ματσαγούρας, Ηλ. (2002). *Στρατηγικές διδασκαλίας. Η κριτική σκέψη στη διδακτική πράξη*, τόμος β', ε' έκδοση, Gutenberg, Αθήνα.

Μπάλης, Θ., (2000). *Σύνοψη Κλινικής Ψυχιατρικής. Απλή πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπεία των ψυχικών παθήσεων*, Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, UniversityStudioPress, Θεσσαλονίκη.

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

Μπίμπου-Νάκου, Ι. (2004). *Το άγχος και η φοβία σε παιδιά*. Στο Καλαντζή-Αζίζι, Α. & Ζαφειροπούλου, Μ. (επιμ.): *Προσαρμογή στο σχολείο, Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 287-328.

Μπίμπου-Νάκου, Ι. & Στογιαννίδου, Α. (2002), Σύνδεση γονικής ψυχικής διαταραχής και ψυχοκοινωνικής υγείας παιδιών: εμπειρίες από την εφαρμογή ενός οικογενειακού μοντέλου προσέγγισης, στο Πολεμικός, Ν., Καΐλα, Μ. & Καλαβάσης, Φ. (επιμ.): Εκπαιδευτική, οικογενειακή και πολιτική ψυχοπαθολογία, τόμος β': Αποκλίνουσες διαστάσεις στο χώρο της οικογένειας, Ατραπός, Αθήνα, σελ. 164-185.

Νέστορος, Ι. (2002), Η ψυχοπαθολογία της σύγχρονης ζωής, στο Πολεμικός, Ν. - Καΐλα, Μ. & Καλαβάσης, Φ. (επιμ.): Εκπαιδευτική, οικογενειακή και πολιτική ψυχοπαθολογία, τόμος δ': Διαστάσεις παθολογίας στο κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο, Ατραπός, Αθήνα, σελ. 314-336.

Νέστορος, Ι.Ν. Βαλλιανάτου, Ν.Γ., (1996). «Συνθετική Ψυχοθεραπεία ( Με στοιχεία Ψυχοπαθολογίας)», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

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

Παπαγεωργίου, Α. (2005). «Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων», University Studio Press, Θεσσαλονίκη.

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

Παρασκευόπουλος, Ι. (2002), Η ψυχική υγεία των παιδιών και ο ρόλος του σχολείου, στο Πολεμικός, Ν., Καΐλα, Μ. & Καλαβάσης, Φ. (επιμ.): Εκπαιδευτική, οικογενειακή και πολιτική ψυχοπαθολογία, τόμος α': Θέματα ψυχοπαθολογίας σε παιδιά και εφήβους, Ατραπός, Αθήνα, σελ. 45-61.

Πατερέκα, Χρ. (1986), Βασικές έννοιες των P. Bourdieu και J.-Cl. Passeron σε θέματα κοινωνιολογίας της εκπαίδευσης, Αδελφοί Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη.

Pervin, L.A., & John, O.P. (1999). «Θεωρίες προσωπικότητας: έρευνα και εφαρμογές, Αθήνα :Γιώργος Δαρβάνος.

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

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. (1998). «Anxiety: Sussex. Psychology Press Ltd.

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

Shaw S. R. Clayton M. C. Dodd J. L. & Rigby B. T. (2004) National Association of School Psychologists. A guide for school leaders, *Principal leadership magazine*. 5, number 1.

Τσοβίλη, Θεοδώρα (2003), Δυσλεξία και άγχος: Μία σχέση ζωής; Το άγχος των δυσλεξικών εφήβων και ο ρόλος της μητέρας και του φιλολόγου καθηγητή, *Ελληνικά Γράμματα*, Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2004a.

Van derKlok, B. &McFarlaine, A. (1996). The black hole of trauma. In a: Van derKlok,

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.

World Health Organization (2001). The world health report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope, Copenhagen.

Χουντουμάκη, Α. & Πατεράκη, Λ. (1989). «Σύντομο ερευνητικό λεξικό ψυχολογικών όρων», Αθήνα: Δωδώνη.

Yehuda, R., McFarlane, 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.

Yerkes, R.M. & Dodson, J.D. (1908). The relation of strength of stimulus to the probability of habit formation. *Journal of Comparative and Neurological Psychology*. Στο *Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια Σύνθετη Βιοψυχολογική Προσέγγιση*, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 2000.

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.

