

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ



Πτυχιακή εργασία

« Σύγχρονες νευροψυχολογικές τεχνικές στη διάγνωση των διαταραχών του άγχους
σε παιδιά και εφήβους »

Ζορμπά Σοφία-Μαρία

A.M: 1009273

A' Επιβλέπων: Αργύρης Καραπέτσας

B' Επιβλέπουσα : Παναγιώτα Σταυρούση

ΒΟΛΟΣ, 2013



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ & ΚΕΝΤΡΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ «ΓΚΡΙΖΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ»**

Αριθ. Εισ.: 12246/1
Ημερ. Εισ.: 05-02-2014
Δωρεά: Συγγραφέα
Ταξιθετικός Κωδικός: ΠΤ - ΠΕΑ
2013
ZOP

“Current neuropsychological techniques in the assessment of anxiety disorders in children and adolescents”

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
1.ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ.....	7
2.ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΓΧΟΥΣ.....	10
2.1.ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	10
2.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ ΧΩΡΙΣ ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ	12
2.3. ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	14
2.4.ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ.....	16
2.5.ΦΟΒΙΕΣ.....	18
2.5.1 ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ.....	19
2.5.1.1. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ ΜΕ ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ.....	19
2.5.1.2. ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ ΧΩΡΙΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΠΑΝΙΚΟΥ.....	20
2.5.2. ΕΙΔΙΚΗ ΦΟΒΙΑ.....	20
2.5.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ.....	22
2.5.4.ΣΧΟΛΙΚΗ ΦΟΒΙΑ.....	24
2.6. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΓΧΟΥΣ ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΥ.....	25
2.7. ΟΞΕΙΑ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	27
2.8. ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΛΟΓΩ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	29
2.9.ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ.....	29
2.10.ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ.....	30

3.ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	31
3.1.Αιτίες του άγχους στην παιδική ηλικία.....	31
3.2.Συμπτώματα του άγχους στην παιδική ηλικία.....	32
4.ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	33
4.1.Πρόληψη του άγχους στην παιδική ηλικία.....	33
4.2.Αντιμετώπιση του άγχους από τους γονείς.....	34
4.3.Αντιμετώπιση του άγχους στην παιδική ηλικία από τον εκπαιδευτικό.....	36
5.ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	37
5.1.Αιτίες του άγχους στην εφηβεία.....	38
5.2.Συμπτώματα του άγχους στην εφηβεία.....	39
5.3.Αντιμετώπιση του άγχους στην εφηβεία από τους γονείς.....	40
5.4.Διαχείριση του άγχους στην εφηβεία από τον εκπαιδευτικό.....	42
6.ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ.....	42
6.1.Νευρικό σύστημα.....	43
6.1.α.Νευρώνες.....	43
6.1.β.Νευρογλοιακά κύτταρα.....	44
6.1.γ.Νευροδιαβιβαστές.....	44
6.2.Κεντρικό νευρικό σύστημα.....	46
6.3.Νωτιαίος Μυελός.....	47
6.4.Εγκέφαλος.....	47
6.5.Βιολογικές Θεωρίες ανάπτυξης του άγχους.....	50
7.ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΓΧΟΥΣ.....	51
8. ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ / ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ.....	57
8. 1 Βιοανάδραση και Νευροανάδραση.....	57
8. 1. 1 Βιοανάδραση / Νευροανάδραση και Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή	60
8.1.2 Η Βιοανάδραση / Νευροανάδραση και η Διαταραχή Πανικού.....	61
8.1.3. Νευροανάδραση και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.....	62
8.2 Τα Γνωστικά Προλητά Δυναμικά.....	63
8.2.1 Γνωστικά Προκλητά Δυναμικά και Αγχώδεις Διαταραχές.....	66
9. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ.....	68
10. Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	70

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	71
ΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	73

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Η Πτυχιακή διατριβή αφιερώνεται σε όσους βοήθησαν και στάθηκαν στο πλευρό μου κατά την εκπόνησή της.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαιτέρως:

Τον επιβλέποντα καθηγητή κύριο Αργύρη Καραπέτσα, καθηγητή Νευροψυχολογίας και Νευρογλωσσολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας για την ουσιαστική συνδρομή του κατά τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας πτυχιακής διατριβής. Θα ήθελα επίσης να τον ευχαριστήσω για τις γνώσεις που μου πρόσφερε τα τέσσερα αυτά χρόνια των σπουδών μου μέσα από την διδασκαλία του, οι οποίες με βοήθησαν σε μεγάλο βαθμό να συντάξω τούτη την πτυχιακή εργασία αλλά και να ενημερωθώ επιστημονικά πάνω σε θέματα που αφορούν το επάγγελμα του ειδικού παιδαγωγού.

Την επιβλέπουσα καθηγήτρια κυρία Παναγιώτα Σταυρούση η οποία με ευχαρίστηση δέχτηκε να επιβλέπει την πτυχιακή διατριβή μου καθώς και για την αμέριστη βοήθεια και συμπαράστασή της.

Τέλος τον διδάκτορα Κλινικής Νευροψυχολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κύριο Νίκο Ζυγούρη για την αμέριστη βοήθεια του σ' ό,τι αφορά την αναζήτηση των συναφών βιβλιογραφικών πηγών , τη διάταξη και τη συγγραφή του κειμένου. Επίσης θα ήθελα να τον ευχαριστήσω για την ηθική συμπαράσταση και το κουράγιο που μου έδινε όταν η εργασία μου φαινόταν ατελείωτη καθώς και για τη βοήθεια του στην υπερπήδηση των εμποδίων που μου παρουσιάζονταν.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το άγχος είναι μια συναισθηματική κατάσταση, η οποία επιδέχεται διάγνωση, αξιολόγηση και θεραπεία. Εκδηλώνεται με διάφορες σωματικές αντιδράσεις, ενώ σε ήπιες μορφές λειτουργεί ως μια προειδοποίηση για μια υποτιθέμενη επικίνδυνη κατάσταση. Ωστόσο, όταν το άγχος παίρνει πιο ακραίες μορφές, όπως είναι η περίπτωση των αγχώδων διαταραχών, αποτελεί σοβαρό κίνδυνο για την καλή ποιότητα ζωής του ατόμου. Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο να παρουσιάσει μια σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με το άγχος και τις αγχώδεις διαταραχές σε παιδιά και εφήβους, σε διάφορα πλαίσια, όπως στο οικογενειακό περιβάλλον και στο σχολείο. Επίσης, παρουσιάζεται μια σύντομη ανασκόπηση της νευροβιολογικής βάσης των αγχώδων διαταραχών. Το τελευταίο μέρος της μελέτης επικεντρώνεται στις σύγχρονες νευροψυχολογικές μεθόδους αξιολόγησης και παρέμβασης στον τομέα των διαταραχών του άγχους.

ABSTRACT

Stress is an emotional state, which is open to diagnosis, detection and treatment. It is manifested with various bodily responses, but in mild forms it functions as a warning for a supposed dangerous situation. However, when the anxiety takes more extreme forms, as is the case in anxiety disorders, it is a serious danger in the person's well being. The current study aims in presenting a brief review of the literature on stress and anxiety disorders in child and adolescents, in various contexts, like the family environment and the school. Also, a brief review of the neurobiological basis of anxiety disorders is presented. The last part of the study focuses on contemporary methods of neuropsychological assessment and intervention in the field of anxiety disorders.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το άγχος αποτελεί μια από τις συνηθέστερες δυσκολίες με τις οποίες έρχονται σήμερα αντιμετωπα τα παιδιά συνιστώντας μια φοβική αντίδραση που άλλοτε είναι από το άτομο εύκολα προσδιορίσιμη και άλλοτε όχι. Οι αιτίες του άγχους αφορούν σε όλο το εύρος των δραστηριοτήτων της ανθρώπινης υπόστασης και μπορεί να έχουν ψυχολογικό, κοινωνικο-πολιτικό και οικονομικό, πολιτισμικό υπόβαθρο ή να εδράζονται σε μια έντονη ή όχι γενετική – νευροβιολογική βάση. Το φαινόμενο του παιδικού άγχους, αλλά και του άγχους συνολικά ως ανθρώπινου χαρακτηριστικού αποτελεί μια πραγματικότητα πλέον, ένα στοιχείο ευρέως παρόν στις σημερινές ανεπτυγμένες χώρες και μια σειρά από επιστημονικούς τομείς θέτουν ως αντικείμενο τους την άμεση αντιμετώπισή του, κυρίως όσον αφορά τους νέους ανθρώπους (Μπίμπου – Νάκου, 2010),

Μια σειρά από προσεγγίσεις έχουν επιδιώξει να εξηγήσουν τις γενεσιουργές αιτίες του άγχους. Ο Freud περιέγραψε βασικές ασυνείδητες διεργασίες και συγκρούσεις οι οποίες λειτουργούν κατά την ανάπτυξη της φοβίας και έθεσε ως πρωταρχική σύγκρουση εκείνη ανάμεσα στις ασυνείδητες ορμές και τον Νόμο, τον πολιτισμό. Οι συμπεριφοριστές, όπως ο Watson, υποστήριζαν ότι οι εγκατάσταση της φοβίας και του άγχους γίνεται μέσω των αρχών της συντελεστικής μάθησης (Δερεδάκης & Θάνος, 2010).

Κατά την Μπίμπου – Νάκου (2010) τα συναισθήματα μπορούν να διαχωριστούν σε: υπαρξιακά και τα συναισθήματα εμπάθειας. Με βάση τη θεώρηση αυτή το άγχος, ο φόβος, η ενοχή και η ντροπή τοποθετούνται στην πρώτη κατηγορία, καθώς χαρακτηρίζονται ως συναισθήματα που απειλούν την ταυτότητα του ατόμου στην κοινωνία, ασκώντας καθοριστική επίδραση στη ζωή του και την προσωπική του ανάπτυξη. Έτσι, το άτομο που βρίσκεται υπό την επηρεια μιας αγχώδους διαταραχής αισθάνεται να απειλείται η προσωπική του ύπαρξη και η ατομική του υπόσταση, ενώ είναι πιθανό να ενοχοποιήσει τον εαυτό του για τη βίωση της συγκεκριμένης κατάστασης. Άλλοτε πάλι, το άγχος συνδέεται με την αλλαγή του περιβάλλοντος και

την διαδικασία (ή την δυσκολία) με την οποία το άτομο προσαρμόζεται σ' αυτό (Μπίμπου – Νάκου, 2010).

Από έρευνα της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, που αναφέρεται στο Δερεδάκης & Θάνος (2010: 81), προκύπτει ότι το 18% των παιδιών και των εφήβων εμφανίζουν σοβαρή συναισθηματική διαταραχή, ενώ το 10 – 15% των ψυχικών διαταραχών των παιδιών αναφέρεται σε αγχώδεις διαταραχές. Το άγχος του αποχωρισμού παρουσιάζει την μεγαλύτερη συχνότητα στα παιδιά και τους εφήβους (6-12%), ενώ η Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους παρουσιάζεται στο 3-6% των παιδιών. Η Ειδική Φοβία παρουσιάζεται στο 2-4%, η Κοινωνική Φοβία στο 1-3% και η Σχολική Φοβία στο 1-2% (Δερεδάκης & Θάνος, 2010).

Στη Παρούσα εργασία, αφού γίνει αρχικά ο προσδιορισμός της έννοιας του άγχους και ο διαχωρισμός του από τον φόβο (ψυχοπαθολογία- φυσιολογικό) ,θα αναπτυχθούν οι κατηγορίες των διαταραχών του άγχους σύμφωνα με το DSM-IV-TR. Έπειτα θα εξετάσουμε το Άγχος όπως αυτό παρουσιάζεται στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία (αιτίες- συμπτώματα- αντιμετώπιση) και θα προσπαθήσουμε να το προσεγγίσουμε από τη νευροβιολογική πλευρά του (άγχος -εγκέφαλος –ΚΝΣ). Τέλος θα αναφερθούμε στη διάγνωση – αξιολόγηση του γενικά αλλά και μέσω σύγχρονων νευροψυχολογικών τεχνικών αλλά και στην αντιμετώπιση της παθολογικής κατάστασης. Σημαντική θα είναι και η αναφορά μας στην χρησιμότητα της πτυχιακής τούτης εργασίας στην Ειδική Αγωγή.

1.ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ

Όπως αναφέρει ο Μπαμπινιώτης (2002) η ελληνική λέξη «άγχος» προέρχεται από το ρήμα «άγχω» που σημαίνει πνίγω ή στραγγαλίζω, όπως αντίστοιχα και ο αγγλικός όρος «anxiety» αναφέρεται στο αίσθημα πνιγμού, δυσκολίας της αναπνοής ή ψυχικής καταπίεσης. Οι όροι, λοιπόν, περιγράφουν ακριβώς την ουσία των συναισθημάτων που συνοδεύουν το παθολογικό άγχος.

Ο ορισμός του άγχους δεν είναι, φυσικά, εύκολη υπόθεση και μια σειρά ορισμών έχουν προταθεί κατά καιρούς. Οι Καραδήμας & Αζίζι (2002) αναφέρουν το άγχος ορίζεται, ουσιαστικά, κατά τρεις τρόπους, τουλάχιστον στο ακαδημαϊκό πλαίσιο της Ψυχολογίας:

Α) Το άγχος ως αντίδραση, ψυχική ή σωματική, σε ένα αρνητικό ερέθισμα

Β) Το άγχος ορίζεται το ίδιο ως ερέθισμα, ως χαρακτηριστικό του περιβάλλοντος, το οποίο επηρεάζει τα άτομα. Κατά αυτή την έννοια το άγχος ταυτίζεται με στρεσογόνα γεγονότα ή καταστάσεις (θάνατος, φυσικές καταστροφές) ή περιβαλλοντικά προβλήματα, όπως η μόλυνση ή η ηχορύπανση. Η ενεργητική επαφή και αλληλεπίδραση του ανθρώπου με το περιβάλλον αυτό έχει ως αποτέλεσμα το άγχος. Κατά αυτή την έννοια, το άγχος δεν είναι μόνο ένα ερέθισμα ή μια αντίδραση αλλά μια διαλεκτική διεργασία στην οποία ο άνθρωπος έχει ενεργητικό και ουσιαστικό ρόλο.

Γ) Το μοντέλο «διατήρησης των πόρων», σύμφωνα με το οποίο οι άνθρωποι προσπαθούν να προστατεύσουν ή να αυξήσουν τους διαθέσιμους πόρους τους και η τυχόν απώλεια των πόρων αυτών προκαλεί το άγχος, καθώς η απώλεια πόρων είναι η βασική απειλή και δίνεται μικρότερη έμφαση στου γνωστικούς παράγοντες.

Το άγχος αποτελεί μια από τις βασικότερες «δυσλειτουργίες» του ψυχισμού, που η έκφρασή της επηρεάζεται σημαντικά από ατομικούς παράγοντες, όπως τα βιώματα, η κοινωνικο-οικονομική και οικογενειακή κατάσταση και η ιδιοσυγκρασία, που αφορά κυρίως τα μικρότερα σε ηλικία παιδιά. Σε κάθε περίπτωση και παρά τις ατομικές διαφοροποιήσεις, η υπέρμετρη ανησυχία και έλλειψη ψυχικής ηρεμίας είναι κεντρικό χαρακτηριστικό του άγχους. Όπως αναφέρει η Μπίμπου – Νάκου (2011):

« Είναι αποδεκτό ότι το άγχος αφορά κυρίως μια ανησυχία, αφού χάνεται η ψυχική ηρεμία, η ψυχική ασφάλεια και κυριεύεται από αγωνία, οφειλόμενη σε εξωτερικά ή και παθολογικά αίτια. Μια έντονη έγνοια, ίσως, και στεναχώρια ή ακόμη και δυσφορία το συγκλονίζουν χωρίς εύκολα να προσδιορίζεται το σημείο αναφοράς του, αφού σε κάποιες ακραίες περιπτώσεις δεν ανιχνεύεται αν είναι υπαρκτό ή μη. Πρόκειται περισσότερο για μια απροσδιόριστη αίσθηση, ασαφή προς την προέλευσή της, η οποία έχει διάρκεια και είναι σαν να προετοιμάζει μια άβολη κατάσταση, στην οποία το άτομο θα επέλθει. Νιώθει να εγκλωβίζεται σε μια αγχώδη κατάσταση, εφόσον μπαίνει στη διαδικασία να σκεφτεί ότι δε θα πετύχει σε μια δοκιμασία ή σε ένα τεστ, που πρόκειται να πραγματοποιηθεί μελλοντικά ή -στο πλαίσιο των διαπροσωπικών του σχέσεων- ότι δε θα γνωρίσει κανένα φίλο και ότι θα μείνει μόνο του στη ζωή του. Ωστόσο, ο συγκεκριμένος κίνδυνος είναι άρρηκτα δεμένος με μια εξαιρετικά σημαντική επίπτωση στη ζωή του. Νιώθει πως είναι περιθωριοποιημένο και ότι υπονομεύεται η όλη διεργασία της συγκρότησης της ταυτότητάς του που το καθιστά μοναδικό.»

(Μπίμπου Νάκου, 2010 στο « προσαρμογή στο σχολείο- πρόληψη κι αντιμετώπιση δυσκολιών» Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα, κεφ.10, σελ.290, Καλαντζή Αζίζι-Ζαφειροπούλου»)

Σημαντικός όμως για την καλύτερη κατανόηση της έννοιας αλλά και για τη σωστή αντιμετώπιση της κατάσταση είναι ο διαχωρισμός του φυσιολογικού άγχους από την διαταραχή (ψυχοπαθολογία) όπως θα προσπαθήσουμε να κάνουμε παρακάτω.

1.1 Φυσιολογικό και Παθολογικό Άγχος

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά αφορούν, βεβαίως, στις παθολογικές περιπτώσεις άγχους. Το άγχος, όμως, αποτελώντας ένα βασικό χαρακτηριστικό, της ανθρώπινης κατάστασης μπορεί να λειτουργήσει και ως μέσο κινητοποίησης του ατόμου, ως παράωση για δράση, ώστε μέσω της ενεργοποίησης που προκαλεί το άτομο να αποφύγει κάποιον κίνδυνο ή να αντιμετωπίσει μια καινούργια / άγνωστη / απρόσμενη κατάσταση. Σε αντίθεση με το παθολογικό, που αποτελεί σπγχείο μη παράωσης για δράση, το λεγόμενο «δημιουργικό άγχος» έχει χαμηλή ένταση και διάρκεια και το γεγονός ότι απουσιάζει από την έκφρασή του η υπερβολή, το καθιστά ελεγχόμενο από το άτομο, που έτσι είναι σε θέση να αποφεύγει συμπτώματα του παθολογικού άγχους, όπως ευερεθιστότητα, νευρικότητα, επαγρύπνηση, απώλεια προσοχής και συγκέντρωσης, συναισθήματα λύπης ή σωματικά συμπτώματα. Το «φυσιολογικό» ή «δημιουργικό» άγχος, λοιπόν, είναι απολύτως διαφοροποιημένο από το αντίστοιχο παθολογικό, αφού οι επιπτώσεις του δεν επιφέρουν δυσλειτουργία στο άτομο, αλλά αντίθετα αποτελεί μέσο και κίνητρο προκειμένου το άτομο να κινητοποιηθεί και να αναλάβει δράση σε ποικίλους τομείς. (Μπίμπου – Νάκου, 2010).

Αξίζει, όμως, να αναφερθεί ότι ο διαχωρισμός αυτός δεν είναι απλός και εξαρτάται σημαντικά από το κοινωνικό-πολιτισμικό πλαίσιο, αφού μια σειρά

κοινωνικών παραγόντων (όπως προλήψεις, δυσειδεμονίες και πιστεύω) μπορούν να επηρεάσουν ένα άτομο προς την κατεύθυνση του παθολογικού άγχους ή να χαρακτηρίσουν με διαφορετικό τρόπο το είδος του άγχους ανάλογα με την κατάσταση (ως υπερβολικό ή μη). Αντίστοιχα, αρκετές φορές είναι κοινωνικά καθορισμένα και λεπτά τα όρια μεταξύ ραλιστικών φόβων και φοβιών (Rachman, 1978). Το άγχος όταν γίνεται παθολογική κατάσταση εντάσσεται στις διαταραχές και διαχωρίζεται στις κατηγορίες που θα εξετάσουμε στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο.

2.ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΓΧΟΥΣ

Ένας συνδυασμός παραγόντων, βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, πολιτισμικών και περιβαλλοντικών, αποτελεί την κυρίαρχη πηγή του άγχους. Ως προς τις διαταραχές του υπάρχουν ποικίλες μορφές εκδήλωσής του, καθώς εμφανίζονται συχνά στον πληθυσμό και περιλαμβάνουν τις κατηγορίες τις οποίες θα αναλύσουμε παρακάτω.

2.1 ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (ΓΑΔ) αφορά σε μια κατάσταση κατά την οποία το άγχος προσλαμβάνει μια γενικευμένη μορφή που «απλώνεται» σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας. Το γενικευμένο άγχος δεν αφορά σε συγκεκριμένες καταστάσεις, γεγονότα ή συνθήκες, αλλά έχει ως βασικό γνώρισμά του μια γενική ανησυχία, μη εστιασμένη, που οδηγεί το άτομο στο να βρίσκεται σε συνεχή και υπέρμετρη υπερένταση και έλλειψη ηρεμίας. Στην περίπτωση της ΓΑΔ, υπάρχει η πιθανότητα το άτομο να εμφανίσει καταθλιπτικό συναίσθημα, αισθήματα απογοήτευσης και απαισιοδοξίας για την ζωή, υποτίμησης της προσωπικής του αξίας και τη συνακόλουθη έλλειψη αυτοπεποίθησης. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά δρουν με καταλυτικό τρόπο στη λειτουργικότητα του ατόμου σε κάθε τομέα της ζωής του, κυρίως δε σε ό,τι αφορά τη σχολική – επαγγελματική επίδοση, τις καθημερινές λειτουργίες και την αποτελεσματικότητα στις κοινωνικές – διαπροσωπικές σχέσεις. Και αυτό είθισται να συμβαίνει, καθώς η ανησυχία για το μέλλον και το γενικευμένο – μη εστιασμένο άγχος ωθεί το άτομο στο να εμπλακεί σε μια συνεχή κατάσταση έντασης, ανησυχίας για το μέλλον, απουσίας χαλάρωσης και συνακόλουθης ανάγκης για συνεχή διασφάλιση από το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον, ενώ πολύ συχνά η ΓΑΔ ακολουθείται και από σωματοποιημένα συμπτώματα, που επιτείνουν ακόμα περισσότερο το άγχος (Beidel & Turner, 2005 , Μπίμπου – Νάκου, 2010). Η ΓΑΔ στην παιδική ηλικία έχει άμεση σύνδεση με την ιδιοσυγκρασία των παιδιών και

το αν μπορούν να ευρεθούν και να καλλιεργηθούν αποτελεσματικές ή όχι στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους. Το παιδί με ΓΑΔ αντιμετωπίζει εμφανείς δυσκολίες στο να προσαρμοστεί σε καινούργιες καταστάσεις, καθώς μένει προσκολλημένο στο παρόν. Η κατάσταση διαρκούς ανησυχίας στην οποία βρίσκεται το παιδί με ΓΑΔ υπονομεύει σημαντικά την ποιότητα της ζωής του, δρώντας αναπόδραστα αρνητικά στην σχολική επίδοση, στη δυνατότητα σύναψης κοινωνικών – φιλικών σχέσεων και διαμορφώνοντας μια κατάσταση διαρκούς ανησυχίας για το μέλλον, στο παιδί, οικοδομώντας μια ανθρώπινη προσωπικότητα η οποία διατρέχει υψηλό κίνδυνο να οδηγηθεί στο μέλλον στην χρήση αλκοόλ ή άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών (Μπεζεβέγκης, 2002 , Μπίμπου – Νάκου, 2010). Ως αιτιολογία της ΓΑΔ, έχουν προταθεί τόσο γενετικά, όσο και ψυχοκοινωνικά και γνωστικο-συμπεριφοριστικά μοντέλα. Όπως αναφέρουν οι Brown, O’Leary & Barlow (2001), έρευνες για την γενετική βάση της ΓΑΔ σε ομοζυγωτικούς διδύμους έδειξαν ότι αυτή υπάρχει σε ένα ποσοστό (κατά προσέγγιση) 30%, τονίζοντας ότι η γενετική βάση μπορεί να είναι προδιαθετικός παράγοντας, αλλά το περιβάλλον παίζει ακόμα πιο σημαντικό ρόλο. Τα ψυχοκοινωνικά μοντέλα αναφέρουν την πιθανότητα σύναψης μη-ασφαλών σχέσεων του παιδιού με τον γονέα, οι οποίες σε συνδυασμό με εμπειρίες απώλειας του ελέγχου ή τραυματικές εμπειρίες στα πρώτα χρόνια της ζωής, ενδέχεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση της εικόνας της διαταραχής. Τα γνωστικά μοντέλα τονίζουν την ύπαρξη εσφαλμένων – αρνητικών γνωστικών σχημάτων διάχυτου άγχους, κατά τα οποία το παιδί βλέπει τον κόσμο ως απειλητικό και αναπτύσσει μια αίσθηση ανυπέβλητης δυσκολίας σε σχέση με αυτόν (Brown, O’Leary & Barlow, 2001, Beidel & Turner, 2005).

Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000, First, M., Frances, A., Pincus, H. 2006):

A. Υπέρμετρο άγχος και ανησυχία που εμφανίζεται τις περισσότερες μέρες για ένα διάστημα 6 μηνών, για έναν αριθμό συμβάντων ή δραστηριοτήτων, όπως η εργασιακή ή η σχολική επίδοση.

B. Το άτομο αντιμετωπίζει δυσκολία στον έλεγχο της ανησυχίας.

Γ. Το άγχος ή η ανησυχία συνδέονται με τρία ή περισσότερα από τα παρακάτω έξι συμπτώματα, με κάποια από αυτά να εμφανίζονται τις περισσότερες μέρες για τους προηγούμενους 6 μήνες:

1. Ανησυχία ή αίσθηση υπερέντασης
2. Το άτομο κουράζεται εύκολα

3. Δυσκολία στην συγκέντρωση και την προσοχή
4. Ευαιρεθιστότητα
5. Μυϊκή ένταση
6. Διαταραγμένος ύπνος (δυσκολία στην έναρξη ή την διατήρηση του ύπνου ή ανήσυχος ύπνος)

Δ. Το επίκεντρο του άγχους δεν εστιάζεται σε χαρακτηριστικά άλλων διαταραχών άγχους, όπως η ανησυχία για την πιθανότητα επεισοδίου πανικού (Διαταραχή Πανικού), το αίσθημα αμηχανίας σε δημόσιο χώρο (Κοινωνική Φοβία), την πιθανότητα μόλυνσης (Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή), την απόσταση από το σπίτι ή από στενούς συγγενείς (Διαταραχή Αποχωρισμού), την απόκτηση βάρους (Νευρική Ανορεξία), την αίσθηση ότι το άτομο έχει κάποια σοβαρή ασθένεια (Υποχονδρίαση). Επίσης το άγχος δεν προκύπτει στα πλαίσια Διαταραχής Μετα-τραυματικού Άγχους.

Ε. Το άγχος ή τα σωματικά του συμπτώματα προκαλούν σημαντική δυσλειτουργία στο κοινωνικό ή επαγγελματικό πλαίσιο ή σε άλλους τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου.

ΣΤ. Το άγχος δεν οφείλεται στην χρήση ουσίας (ναρκωτικής ή φαρμακευτικής) ή σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση και δεν προκύπτει αποκλειστικά στα πλαίσια κάποιας Διαταραχής της Διάθεσης, Ψυχωσικής Διαταραχής ή Αναπτυξιακής Διαταραχής.

2.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ ΧΩΡΙΣ ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ

Η διαταραχή πανικού περιλαμβάνει επεισόδια σοβαρού άγχους και προσβολές πανικού, ενώ συχνά συνυπάρχει με συμπτώματα κατάθλιψης, αγοραφοβίας ή άγχους αποχωρισμού. Η διαταραχή πανικού προκαλεί έντονη ανησυχία του ατόμου μεταξύ των προσβολών πανικού, λόγω του φόβου της επανάληψης της προσβολής, επηρεάζοντας σοβαρά την αυτονομία του ατόμου και οδηγώντας σε κάποιες περιπτώσεις σε αγοραφοβία ή σχολική φοβία, στην περίπτωση των παιδιών. Η διαταραχή πανικού περιλαμβάνει μια σειρά σωματικά συμπτώματα (ταχυκαρδία, εφίδρωση, έντονος τρόμος, αίσθημα ασφυξίας / πνιγμού, πόνος / δυσφορία στον θώρακα, ναυτία, ζαλάδα / τάση για λιποθυμία) καθώς και ψυχολογικά συμπτώματα (αποπραματοποίηση / αποπροσωποποίηση, φόβος απώλειας ελέγχου ή «τρέλας», φόβος θανάτου, παραισθήσεις). Μέχρι πρόσφατα εκτιμούνταν ότι η Διαταραχή Πανικού εμφανίζεται κυρίως σε ενήλικες και πολύ πιο σπάνια σε

εφήβους, αλλά όχι σε παιδιά, καθώς πιστευόταν ότι για να εκδηλωθεί η διαταραχή απαιτούνται ορισμένες γνωστικές διεργασίες που δεν είναι παρούσες ή είναι υπό ανάπτυξη στα παιδιά (Μαυρομμάτη, 2008, Bouman, T.K., & Emmelkamp, P.M.G. (1996).). Αντίθετα με αυτή την άποψη, η Μαυρομμάτη (ο.π.) αναφέρει ότι η Διαταραχή Πανικού εμφανίζεται σε παιδιά και έφηβους, αλλά είναι συχνά συνυφασμένη με άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως διαταραχές της διάθεσης και διασπαστική συμπεριφορά. Μια από τις κύριες αιτίες της διαταραχής αυτής σε παιδιά είναι η συμπεριφορά των γονέων, όταν εκείνοι συμπεριφέρονται με έντονο άγχος σε διάφορες καταστάσεις / συνθήκες, ή διαμέσου του γονεϊκού τους ρόλου δεν ευνοούν την ανάπτυξη της αυτονομίας του παιδιού, το οποίο ενδέχεται να εμφανίσει άγχος αποχωρισμού. Έτσι, η συμπεριφορά των γονέων και οι δυναμικές των οικογενειακών σχέσεων αποτελούν προδιαθετικό παράγοντα για την Διαταραχή Πανικού (Μαυρομμάτη, ο.π. Bouman, T.K., & Emmelkamp, P.M.G. (1996)..). Ακόμα, η εμφάνιση διαταραχής πανικού στην παιδική ή εφηβική ηλικία είναι προδιαθετικός παράγοντας για την συνέχιση ή την επανεμφάνιση της διαταραχής στην ενήλικη ζωή (Biederman, (1997), Craske, M.G., Barlow, D.H., & Meadows, E.A. (2000).).

Διαγνωστικά κριτήρια της Διαταραχής Πανικού σύμφωνα με το DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000, First, M., Frances, A., Pincus, H. 2006):

A. Το (1) και το (2):

(1) Επαναλαμβανόμενα μη – αναμενόμενα επεισόδια πανικού

(2) Τουλάχιστον ένα από τα επεισόδια πανικού ακολουθήθηκε για έναν ή περισσότερους μήνες με ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω:

(α) Επίμονη ανησυχία για την πιθανότητα να προκύψουν και άλλα επεισόδια

(β) Ανησυχία για τις επιπτώσεις ή τις συνέπειες των επεισοδίων (καρδιακό επεισόδιο, απώλεια ελέγχου κτλ.)

(γ) Σημαντική διαφοροποίηση στην συμπεριφορά λόγω των επεισοδίων πανικού

B. Απώλεια Αγοραφοβίας

Γ. Τα επεισόδια πανικού δεν σχετίζονται άμεσα με την χρήση ουσιών ή με κάποια γενική ιατρική κατάσταση

Δ. Τα επεισόδια πανικού δεν εξηγούνται καλύτερα με την παρουσία κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής όπως η Κοινωνική Φοβία, οι Ειδικές Φοβίες, η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, η Διαταραχή Μετα-Τραυματικού Άγχους, ή η Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού

2.3 ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Ο όρος ιδεοληψία αναφέρεται στις ενδογενείς επίμονες ιδέες, σκέψεις, παρορμήσεις ή νοητικές εικόνες που το άτομο βιώνει ως παρεμβατικές, ως στοιχεία που «εισβάλλουν» στην σκέψη του ατόμου και αντιμετωπίζονται από αυτό ως κάτι από το οποίο οφείλει να αποστασιοποιηθεί με την ιδέα ότι η συνειδήσή της τις αναγνωρίζει ως λανθασμένες, νοσηρές ή ασύμφωνες με το Εγώ του. (Goodman, W., Rasmussen, S. & Leckman, J.F. ,1995) Έτσι, οι ιδεοληψίες επιφέρουν μεγάλο βαθμό άγχους στο άτομο, το οποίο επιχειρεί να τις εξοβελίσει με άλλες πράξεις, που συχνά προσλαμβάνουν τελετουργικό χαρακτήρα. Το άτομο αντιλαμβάνεται ότι οι σκέψεις, παρορμήσεις, ιδέες και εικόνες αυτές δεν επιβάλλονται στον ίδιο λόγω της συνέργεισας κάποιου εξωτερικού παράγοντα και αναγνωρίζει ότι η αντίδρασή του σε αυτές είναι υπερβολική ή παράλογη. Συχνά οι ιδεοληψίες αφορούν (αλλά όχι αποκλειστικά) σε φόβους μόλυνσης, επαναλαμβανόμενες αμφιβολίες, ανάγκη διατήρησης της ευταξίας και ελέγχου του περιβάλλοντος (Μπίμπου – Νάκου, 2010, Kozak, J. M. & Foa, B. E. 1997.). Αντίστοιχα, οι καταναγκασμοί ως όρος προσδιορίζονται ως επαναλαμβανόμενες πράξεις, συμπεριφορές ή νοητικές ενέργειες, που στοχεύουν στο να εξουδετερώσουν τις ιδεοληψίες και να περιορίσουν το άγχος του ατόμου σε σχέση με αυτές. Οι πράξεις αυτές συχνά λαμβάνουν τελετουργικό χαρακτήρα και η μη αυστηρή τήρησή τους επιφέρει πρόσθετο βαθμό άγχους στο άτομο. Η Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή εντοπίζεται από την ηλικία των δέκα χρόνων και μετά, ενώ τα συμπτώματα με τα οποία εμφανίζεται δεν διαφοροποιούνται είτε αναφέρονται στην παιδική είτε στην ενήλικη φάση της ζωής του ανθρώπου. (Kozak, J. M. & Foa, B. E. (1997).

Οι καταναγκασμοί μπορούν να εκδηλωθούν με διάφορες μορφές, όπως το συχνό πλύσιμο των χεριών, η διευθέτηση – τακτοποίηση αντικειμένων και του γενικότερου περιβάλλοντος του ατόμου, ο συνεχής και επαναλαμβανόμενος έλεγχος των πραγμάτων – αντικειμένων και η αυστηρή επανάληψη των πράξεων με τελετουργικό χαρακτήρα. (Zohar, A.H., & Bruno, R., 1997) Η Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή συνδέεται άμεσα με τον περιορισμό της λειτουργικότητας του ατόμου, καθώς εμπλέκεται σε κάθε δραστηριότητα της καθημερινότητάς του, απαιτώντας χρόνο για

την τέλεση των καταναγκασμών και δρώντας καταλυτικά στη σχολική – επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου, αλλά και διαμορφώνοντας με διαφορετικό τρόπο από τον φυσιολογικό τις οικογενειακές – κοινωνικές του σχέσεις (Beidel & Turner, 2005 , Μπίμπου – Νάκου, 2011).

Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000, First, M., Frances, A., Pincus, H. 2006):

A. Ιδεοληψίες ή Καταναγκασμοί

Ιδεοληψίες όπως ορίζονται από το (1), (2), (3) και (4):

(1) Επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που βιώνονται ως παρεμβατικές και ακατάλληλες και προκαλούν άγχος ή δυσαρέσκεια

(2) Οι σκέψεις ή οι παρορμήσεις δεν είναι απλά υπερβολική ανησυχία που σχετίζεται με πραγματικά προβλήματα της καθημερινότητας

(3) Το άτομο επιχειρή να αγνοήσει τις παρορμήσεις, σκέψεις ή εικόνες ή να τις εξουδετερώσει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη

(4) Το άτομο αναγνωρίζει πως οι ιδεοληπτικές σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες είναι προϊόντα του νου του

Καταναγκασμοί όπως ορίζονται από το (1) και το (2)

(1) Επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (π.χ. πλύσιμο χεριών, τακτοποίηση, έλεγχος) ή νοητικές πράξεις (π.χ. προσευχή, μέτρηση, επανάληψη λέξεων), τις οποίες το άτομο νιώθει υποχρεωμένο να κάνει ως απάντηση σε μια ιδεοληψία ή σύμφωνα με κανόνες που πρέπει να εφαρμοστούν *απαρέγκλιτα*

(2) Οι συμπεριφορές ή οι νοητικές πράξεις σκοπεύουν στην πρόληψη ή την αντιμετώπιση της ανησυχίας ή την πρόληψη κάποιου απευκταίου γεγονότος ή κατάστασης. Παρ' όλα αυτά, οι συμπεριφορές αυτές δεν συνδέονται με κάποιον λογικό ή ρεαλιστικό τρόπο με τις καταστάσεις που υποτείνεται προλαμβάνουν ή αντιμετωπίζουν.

B. Σε κάποιο σημείο της διαταραχής το άτομο αναγνωρίζει ότι οι ιδεοληψίες ή οι καταναγκασμοί είναι παράλογοι ή υπερβολικοί, κάτι που δεν ισχύει απαραίτητα στην περίπτωση παιδιών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.

Γ. Οι ιδεοληψίες ή οι καταναγκασμοί προκαλούν δυσλειτουργικότητα και απαιτούν πολύ χρόνο (πάνω από μία ώρα την ημέρα) ή επηρεάζουν σημαντικά την καθημερινότητα του ατόμου, την επαγγελματική ή σχολική λειτουργία ή τις κοινωνικές/ διαπροσωπικές του σχέσεις.

Δ. Η δυσλειτουργικότητα δεν οφείλεται ευθέως σε επιπτώσεις χρήσης ουσιών ή σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση.

2.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑ-ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Η Διαταραχή Μετα-Τραυματικού Άγχους (ΔΜΤΑ) χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος και έκπτωση της γενικής λειτουργικότητας που έπεται ενός τραυματικού γεγονότος, στο οποίο το άτομο βίωσε κάποια έντονη απειλή της ζωής, σοβαρό τραυματισμό, θάνατο ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας, της δικής του ή τρίτων. Η ΔΜΤΑ στην παιδική ηλικία αναφέρεται συχνότερα σε τραυματικές καταστάσεις όπως η ενδο-οικογενειακή βία (Mertin & Mohr, 2002), στην σεξουαλική κακοποίηση (McLeer et al. 1988, Aaron, J., Zaglul, H., & Emery, R. E. (1999).) και σε φυσικές καταστροφές (Green et al., 1991). Στην παιδική ηλικία, η ΔΜΤΑ περιλαμβάνει έντονο φόβο και συνεχή ανάκληση της τραυματικής εμπειρίας, η οποία προκύπτει ακούσια σε διάφορα πλαίσια, όπως με την μορφή έντονων παρεμβατικών σκέψεων, ψευδαισθήσεων – παραισθήσεων ή ακόμα και πάνω στο παιχνίδι (Beidel & Turner, 2005). Ο τρόπος με τον οποίο τα παιδιά αντιδρούν στις συνθήκες του τραυματικού γεγονότος που επαναβιώνεται, λειτουργεί ανασταλτικά για τα ίδια, επιφέροντας σοβαρά προβλήματα στη διαδικασία του ύπνου και στη συγκέντρωση της προσοχής, ενώ παραλλήλως προκαλεί έντονο θυμό και υπερδιέγερση. (Mertin, P and Mohr, P, 2002) 'Σε μικρότερες ηλικίες είναι συνηθέστερες οι σωματικές ενοχλήσεις που ακολουθούν την διαταραχή, ενώ γίνονται ατιληπτά και γενικότερα προβλήματα συμπεριφοράς, ενώ σε μεγαλύτερα παιδιά ο κίνδυνος εμφάνισης καταθλιπτικού συναισθήματος δεν είναι αμελητέος. Σε κάθε περίπτωση, τόσο οι γνωστικές όσο και οι κοινωνικές δεξιότητες επηρεάζονται σημαντικά από την διαταραχή, επιφέροντας δυσλειτουργικότητα τόσο στο σχολικό πλαίσιο, όσο και στις οικογενειακές – κοινωνικές σχέσεις (Μπίμπου – Νάκου, 2010, Aaron, J., Zaglul, H., & Emery, R. E. (1999).

Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000, First, M., Frances, A., Pincus, H. 2006):

A. Το άτομο έχει εκτεθεί σε κάποιο τραυματικό γεγονός στο οποίο ισχύουν τα δύο παρακάτω κριτήρια:

(1) Το άτομο βίωσε ή έγινε μάρτυρας ή βρέθηκε αντιμέτωπο με ένα γεγονός ή γεγονότα που περιλάμβαναν σημαντική απειλή κατά της ζωής, θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού ή άλλων

(2) Η αντίδραση του ατόμου περιλαμβάνει έντονο φόβο, αίσθημα απελπισίας ή τρόμου. Στα παιδιά, αυτό μπορεί να εκφραστεί με αποδιοργανωμένη συμπεριφορά,

Β. Το τραυματικό γεγονός επαναβιώνεται επίμονα με έναν ή περισσότερους από τους παρακάτω τρόπους:

(1) Επαναλαμβανόμενες και παρεμβατικές αναπολήσεις του γεγονότος, που περιλαμβάνουν σκέψεις και εικόνες. Τα παιδιά μπορούν να εμφανίσουν επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά παιχνιδιού στην οποία αντανακλώνται χαρακτηριστικά της τραυματικής εμπειρίας.

(2) Επαναλαμβανόμενα όνειρα που σχετίζονται με το γεγονός. Στα παιδιά μπορεί να είναι εφιάλτες χωρίς αναγνωρίσιμο περιεχόμενο.

(3) Συμπεριφορά ή συναισθήματα που κάνουν το άτομο να νομίζει ότι ξαναζεί το γεγονός (π.χ. ψευδαισθήσεις, αίσθηση επαναβίωσης του γεγονότος). Στα παιδιά μπορεί να προκύψει συγκεκριμένη αναπαράσταση του γεγονότος.

(4) έντονη ψυχολογική δυσαρέσκεια όταν εκτείθενται σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποιο σημείο / χαρακτηριστικό του τραυματικού γεγονότος.

(5) σωματικές αντιδράσεις όταν εκτείθενται σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποιο σημείο / χαρακτηριστικό του τραυματικού γεγονότος.

Γ. Έντονη αποφυγή ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός και γενική μείωση της αποκριτικότητας (μη παρούσα πριν το τραυματικό γεγονός), όπως υποδεικνύεται από τρία ή περισσότερα από τα παρακάτω:

(1) προσπάθειες αποφυγής σκέψεων, συναισθημάτων ή συζητήσεων που σχετίζονται με το τραυμα

(2) προσπάθειες αποφυγής δραστηριοτήτων, τόπων ή ανθρώπων που ξυπνούν μνήμες του τραύματος

(3) αδυναμία ανάκληση κάποιου σημαντικού στοιχείου του τραύματος

(4) σημαντικά μειωμένο ενδιαφέρον ή συμμετοχή σε σημαντικές δραστηριότητες

(5) αίσθηση απόσυρσης ή αποξένωσης από τους άλλους

(6) περιορισμός του εύρους και της έντασης των συναισθημάτων

(7) αίσθηση βραχυπρόθεσμου μέλλοντος

Δ. Επίμονα συμπτώματα αυξημένης εγρήγορσης – υπερδιέγερσης (μη παρούσας πριν το τραυματικό γεγονός), όπως υποδεικνύεται από τα παρακάτω:

- (1) δυσκολία έναρξης ή διατήρησης του ύπνου
- (2) ευεραιθηστότητα ή εκρήξεις θυμού
- (3) δυσκολία συγκέντρωσης
- (4) υπερεγρήγορση

Δ. Η διάρκεια των συμπτωμάτων υπερβαίνει τον 1 μήνα.

Ε. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική δυσκολία ή δυσλειτουργικότητα σε σχέση με την κοινωνική, επαγγελματική – σχολική ή άλλους τομείς της ζωής του ατόμου.

2.5 ΦΟΒΙΕΣ

Οι φοβίες συνιστούν μια γενική κατηγορία των καλουλένων διαταραχών του άγχους που κύριο χαρακτηριστικό τους είναι ο φόβος για συγκεκριμένα αντικείμενα, πρόσωπα, καταστάσεις (ή και γενικευμένο άγχος), από τον οποίο το άτομο, μολονότι αντιλαμβάνεται συνειδητά ότι η αντίδρασή του είναι υπερβολική ή παράλογη, εντούτοις δεν είναι σε θέση να απαλλαγεί και εφαρμόζει στρατηγικές αποστασιοποίησης από τα αντικείμενα ή τις καταστάσεις αυτές. Για αυτό τον λόγο, οι φοβίες επιδρούν έκδηλα στη διαμόρφωση της καθημερινότητας του ατόμου και στην περίπτωση των παιδιών εμπλέκονται με ζητήματα όπως η σχολική επίδοση, η κοινωνικοποίηση του παιδιού και οικογενειακές – διαπροσωπικές του σχέσεις, που κατά συνέπεια είναι εύλογο να χαρακτηρίζονται από δυσλειτουργικότητα λόγω των δυσπροσάμοστων μορφών συμπεριφοράς που απορρέουν από τον υπερβολικό φόβο (Μπίμπου – Νάκου, 2010).

2.5.1 ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ

Η αγοραφοβία αναφέρεται στην διαταραχή που κύριο γνώρισμά της είναι ο υπερβολικά έντονος φόβος του ατόμου, όταν αυτό βρίσκεται σε μέρη ή καταστάσεις από όπου δεν είναι σε θέση να διαφύγει εύκολα ή άμεσα ή υπάρχει περιορισμένη δυνατότητα βοήθειας, σε περίπτωση που το άτομο προσβληθεί από πανικό ή εμφανίσει δυσφορία λόγω του αυξημένου άγχους. Τα άτομα με αγοραφοβία αποφεύγουν να βρεθούν τα μέρη ή να εμπλακούν σε καταστάσεις όπου συνωστίζονται πολλοί άνθρωποι ή –στην περίπτωση που βρεθούν σε μια τέτοια

κατάσταση- βιώνεται από αυτούς εξαιρετικά έντονο άγχος και δυσφορία. Αποτέλεσμα του φόβου αυτού είναι ο περιορισμός σε μεγάλο βαθμό πιθανών μετακινήσεων και ταξιδιών και η συνακόλουθη ανάγκη ύπαρξης συνοδού που να τον ακολουθεί στην περίπτωση που βρεθεί μακριά από τον οικείο του χώρο. (Μπίμπου – Νάκου, 2010, Craske, M.G., Barlow, D.H., & Meadows, E.A. (2000).). Η Αγοραφοβία μπορεί να συνοδεύεται ή όχι από προσβολή πανικού. Στην κλινική πράξη, η Αγοραφοβία και η Διαταραχή Πανικού είναι στην πλειονότητα των περιπτώσεων παρούσες ταυτόχρονα. Έτσι επικρατεί η θεώρηση ότι «...στην πλειονότητα των περιπτώσεων αγοραφοβίας, τα φοβικά συμπτώματα είναι εμπλοκή της διαταραχής πανικού. Δηλαδή, το άτομο πρώτα υφίσταται μια ή περισσότερες προσβολές πανικού (άγχος πανικού), μετά αναπτύσσει το φόβο ότι θα ξανασυμβεί (άγχος αναμονής) και μετά αρχίζει ν'αποφεύγει καταστάσεις όπου η πιθανότητα να συμβεί κάποια προσβολή πανικού του δημιουργεί έντονο φόβο (αγοραφοβία), ιδιαίτερα αν πρόκειται για καταστάσεις – συνθήκες όπου είχε κάποια προσβολή πανικού στο παρελθόν» (Μαυρομάτη, 2008: 47).

Βάσει του DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000, First, M., Frances, A., Pincus, H. 2006), η αγοραφοβία δεν κωδικοποιείται από μόνη αλλά ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο θα προκύψει, δηλαδή: α) Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία ή β) Αγοραφοβία χωρίς ιστορικό Διαταραχής Πανικού.

2.5.1.1 Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία

Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000, First, M., Frances, A., Pincus, H. 2006):

A. Και το (1) και το (2):

(1) Επαναλαμβανόμενες, μη-αναμενόμενες προσβολές πανικού

(2) Τουλάχιστον μια από τις προσβολές πανικού ακολουθείται από 1 (ή περισσότερους) μήνες από:

(α) επίμονη ανησυχία για την πιθανότητα κι άλλων προσβολών

(β) επίμονη ανησυχία για τις συνέπειες της προσβολής (απώλεια ελέγχου, καρδιακή προσβολή ή αίσθηση ότι το άτομο «τρελένεται»)

(γ) σημαντική τροποποίηση της συμπεριφοράς λόγω των προσβολών πανικού

B. Η παρουσία Αγοραφοβίας

Γ. Οι προσβολές πανικού δεν οφείλονται ευθέως στην χρήση ουσιών ή σε γενική ιατρική κατάσταση

Δ. Οι προσβολές πανικού δεν εξηγούνται καλύτερα στο πλαίσιο κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής, όπως η Κοινωνική Φοβία, η Ειδική Φοβία, η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, Διαταραχή Μετατραυματικού Άγχους και Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού.

2.5.1.2 Αγοραφοβία Χωρίς Ιστορικό Διαταραχής Πανικού

Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000, First, M., Frances, A., Pincus, H. 2006):

A. Παρουσία Αγοραφοβίας συσχετιζόμενη με ανησυχία για πιθανή εμφάνιση συμπτωμάτων πανικού (π.χ. ζαλάδα ή διάρροια).

B. Δεν τηρούνται τα κριτήρια για Διαταραχή Πανικού

Γ. Η διαταραχή δεν οφείλεται ευθέως σε χρήση ουσιών ή σε γενική ιατρική κατάσταση.

Δ. Αν υπάρχει γενική ιατρική κατάσταση που συνδέεται, ο φόβος που περιγράφεται στο κριτήριο A είναι υπερβολική αντίδραση σε σχέση με την κατάσταση αυτή.

2.5.2 ΕΙΔΙΚΗ ΦΟΒΙΑ

Η ειδική φοβία συνιστά έναν συνεχή, υπερβολικό και επίμονο φόβο για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, φαινόμενο ή κατάσταση. Το άτομο αποφεύγει να έρχεται σε επαφή με το φοβικό αντικείμενο ή τη συνθήκη πρόκλησης του φόβου και είναι πιθανό να προσβληθεί από πανικό. Το υπερβολικό άγχος εμφανίζεται όταν είναι παρόντα ή όταν αναμένονται να λάβουν χώρα φοβικά αντικείμενα – καταστάσεις. Υπάρχει εξαιρετικά μεγάλος αριθμός ειδικών φοβιών, με τις κυριότερες να αφορούν σε φοβία για ζώα (αραχνες, φίδια, σκύλους κ.α.), για ειδικές αρνητικές συνθήκες σε σχέση με το φυσικό περιβάλλον (υποφοβία, σεισμοί ή άλλες φυσικές καταστροφές ή φαινόμενα), για συγκεκριμένες καταστάσεις (κλειστοφοβία, ταξίδια με αεροπλάνο, τούνελ κ.τ.), φοβίες σε σχέση με το αίμα ή με τραύματα και λοιπές φοβικές καταστάσεις. Το άτομο αντιλαμβάνεται ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός ή παράλογος, όμως όταν αναφερόμαστε σε παιδιά με ειδικές φοβίες, κάτι τέτοιο ενδεχομένως να μην ισχύει (Beidel & Alfano, 2011 , Μπίμπου – Νάκου, 2011).

Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000, First, M., Frances, A., Pincus, H. 2006):

Α. Επίμονος φόβος που είναι υπερβολικός ή παράλογος, προκαλούμενος από την παρουσία ή την αναμονή παρουσίας κάποιου συγκεκριμένου αντικειμένου ή κατάστασης.

Β. Έκθεση στο φοβικό ερέθισμα προκαλεί μια άμεση αγχώδη απόκριση ή οποία παίρνει την μορφή της –εξαρτώμενης από την κατάσταση- προσβολής πανικού. Στα παιδιά, το άγχος μπορεί να εκφράζεται με κλάμα, νευρικότητα ή «πάγωμα» (freezing).

Γ. Το άτομο αναγνωρίζει ότι ο φόβος είναι υπερβολικός ή παράλογος. Το χαρακτηριστικό αυτό ενδεχομένως να μην υπάρχει σε παιδιά.

Δ. Η φοβική κατάσταση αποφεύγεται ή υπομένεται με έντονο άγχος.

Ε. Η αποφυγή, η αγχώδης αναμονή ή η απόγνωση που συνδέεται με την κατάσταση, επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητα του ατόμου, την σχολική ή επαγγελματική του λειτουργικότητα, τις κοινωνικές δραστηριότητες ή σχέσεις ή το άτομο αναφέρει σημαντική ενόχληση για το ότι έχει την φοβία.

ΣΤ. Για άτομα κάτω των 18 ετών, η διάρκεια είναι τουλάχιστον 6 μήνες.

Ζ. Το άγχος, οι προσβολές πανικού ή η φοβική αποφυγή που συνδέεται με την αντικείμενο ή την κατάσταση δεν εξηγούνται καλύτερα στο πλαίσιο κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής, όπως η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, η Διαταραχή Μετα-Τραυματικού Άγχους, η Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού ή η Αγοραφοβία με ή χωρίς Πανικό.

2.5.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ

Η Κοινωνική Φοβία χαρακτηρίζεται από έντονο και επίμονο φόβο του ατόμου για κοινωνικές καταστάσεις στα πλαίσια των οποίων αναμένεται να έρθει σε επαφή με μη οικεία πρόσωπα ή να περάσει από μια διαδικασία αξιολόγησης από άλλους. Σημαντική είναι η εμφάνιση της Κοινωνικής Φοβίας κατά την διάρκεια της εφηβείας, όπου συναντάται ένας έκδηλος φόβος του εφήβου ότι σε συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις η συμπεριφορά του μπορεί να είναι ακατάλληλη, ακόμη να εκδηλώσει

συναισθήματα άγχους ή αμηχανίας που θα τον οδηγήσουν αναπόδραστα σε μια «ντροπιαστική» ή ταπεινωτική κατάσταση. (Spence, S., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M., 1999) Σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της διαταραχής αυτής έχουν οι κοινωνικές καταστάσεις κατά τις οποίες αναμένεται από το άτομο να δράσει μπροστά σε κοινό (π.χ. σε μια ομιλία ή παρουσίαση), όπου η πιθανότητα να εκτεθεί σε σχόλιο ή παρατήρηση τρίτων δημιουργεί έντονο άγχος και υπάρχει πιθανότητα επεισοδίου πανικού στο άτομο, κάτι που πολλαπλασιάζει εκ νέου τις αγχώδεις αντιδράσεις του. Τα άτομα με Κοινωνική Φοβία αναγνωρίζουν ότι είναι υπερβολικές ή παράλογες οι φοβικές τους αντιδράσεις και τείνουν να απόστασιοποιούνται από τις επίφοβες κοινωνικές καταστάσεις ή να αντιδρούν σε αυτές με ιδιαίτερα έντονα συμπτώματα άγχους. Έτσι, η Κοινωνική Φοβία δρα καταλυτικά στη λειτουργικότητα του ατόμου, αφού εμπλέκεται με τις καθημερινές και σχολικές – επαγγελματικές του δραστηριότητες, όσο και με τις κοινωνικές του σχέσεις (Beidel, Morris & Turner, 2004, Μπίμπου – Νάκου, 2010).

Στην παιδική και εφηβική ηλικία, η Κοινωνική Φοβία χαρακτηρίζεται από έναν ιδιαίτερα αυξημένο βαθμό άγχους του παιδιού όταν έρχεται σε επαφή με νέα πλαίσια και περιβάλλοντα, καθώς και από επιρροή της διαταραχής όχι μόνο των σχέσεών του με τους ενήλικους, αλλά και με τους συνομήλικους του. Το άτομο αυτό αναστέλει τις κοινωνικές του δραστηριότητες, όπως το παιχνίδι, και παρουσιάζει μια σημαντική δυσλειτουργία στο σχολικό πλαίσιο, καθώς η σχολική επίδοσή του είναι χαμηλή ενώ παραλλήλως αποφεύγει να λαμβάνει μέρος σε εξωσχολικές δραστηριότητες. Συνεπώς, επιδρά καίρια, με αρνητικό ωστόσο τρόπο, στην αυτοπεποίθηση και στις κοινωνικές δεξιότητες των παιδιών, κάνοντας υπό την έννοια αυτή επιτακτική τη συνεργασία γονέων, εκπαιδευτικών και ειδικών ψυχικής υγείας για την αντιμετώπισή της. Η Κοινωνική Φοβία κάνει την εμφάνισή της συνήθως, σε μεγαλύτερες ηλικίες, συγκριτικά πάντα με τις ηλικίες που εκδηλώνονται οι Ειδικές Φοβίες (Μπίμπου – Νάκου, 2010, La Greca & Lopez, 1998).

Αξίζει να σημειωθεί ότι στην έρευνα των La Greca & Lopez (1998), σε ένα σύνολο εφήβων n=250 εφήβων (αγόρια: n=101, κορίτσια n=149), με χρήση της κλίμακας SASC-R (Social Anxiety Scale for Children – Revised), σημειώθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Τα αγόρια με αυξημένα σκορ στην κλίμακα SASC-R ανέφεραν δυσλειτουργία σε σχέση με τον κύκλο των συμμαθητών τους και μικρότερη κοινωνική αποδοχή. Στα κορίτσια, η κοινωνική φοβία επηρέασε σημαντικά όχι μόνο την λειτουργία εντός της ομάδας και την κοινωνική αποδοχή,

αλλά και την ποιότητα των αμεσότερων διαπροσωπικών σχέσεων, της φιλίας και της στήριξης από στενούς φίλους (La Greca & Lopez, 1998). Παρόμοιες διαφοροποιήσεις που υποδεικνύουν μια εντονότερη διάχυση της διαταραχής σε κορίτσια αναφέρουν και οι Ginsburg, La Greca & Silverman (1997).

Σύμφωνα με τις γνωσιακές θεωρίες, η κοινωνική φοβία οφείλεται σε γνωστικά σχήματα του παιδιού, με βάση τα οποία υπερεκτιμά τον κίνδυνο και τον φόβο, ενώ ταυτόχρονα υποτιμά τις ικανότητες του για αντιμετώπιση του κινδύνου, υιοθετώντας δυσλειτουργικές στρατηγικές όπως η συνεχής αποφυγή της κατάστασης και η απόσυρση, που ενεργοποιούνται με βάση δυσλειτουργικά νοητικά / γνωστικά σχήματα (Ζαρταλούδη, 2011).

Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000, First, M., Frances, A., Pincus, H. 2006):

A. Σημαντικός και επίμονος φόβος μιας ή περισσότερων κοινωνικών καταστάσεων στις οποίες το άτομο εκτείνεται σε μη οικεία πρόσωπα ή σε πιθανή αξιολόγηση από άλλους. Το άτομο φοβάται ότι θα συμπεριφερθεί με τρόπο (ή θα εκδηλώσει συμπτώματα άγχους), που θα είναι ταπεινωτικός ή ντροπιαστικός. Στα παιδιά, η κοινωνική φοβία μπορεί να εκδηλωθεί σε πλαίσια παρέας συνομήλικων, όχι μόνο σε σχέση με ενήλικες.

B. Η έκθεση σε τέτοιου τύπου κοινωνικές καταστάσεις προκαλεί άγχος το οποίο μπορεί να πάρει την μορφή επεισοδίου πανικού. Στα παιδιά μπορεί να εκφραστεί με κλάμα, θυμό ή απόσυρση από μη οικεία πρόσωπα.

Γ. Το άτομο αναγνωρίζει ότι ο φόβος είναι υπερβολικός ή παράλογος. Στα παιδιά το κριτήριο αυτό μπορεί να μην εμφανίζεται.

Δ. Οι επίφοβες κοινωνικές καταστάσεις αποφεύγονται από το άτομο, ή αντιμετωπίζονται με έντονο άγχος ή δυσαρέσκεια.

E. Η αποφυγή, η αναμονή ή η δυσαρέσκεια σε σχέση με τις κοινωνικές αυτές καταστάσεις επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητα του ατόμου, την επαγγελματική ή σχολική του λειτουργία και τις κοινωνικές δραστηριότητες ή σχέσεις.

ΣΤ. Για άτομα κάτω των 18 ετών, η διάρκεια είναι τουλάχιστον 6 μήνες.

Z. Ο φόβος ή η αποφυγή δεν οφείλεται ευθέως σε επιπτώσεις χρήσης ουσιών, γενική ιατρικής κατάστασης ή άλλων ψυχικών διαταραχών (π.χ. Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία, Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού κτλ.).

2.5.4 ΣΧΟΛΙΚΗ ΦΟΒΙΑ

Μολονότι το DSM-IV-TR δεν έχει ιδιαίτερος συμπεριλάβει κάποια ειδική κατηγοριοποίηση για την σχολική φοβία (ή σχολειοφοβία), από πολλούς επαγγελματίες της ψυχικής υγείας γίνεται χρήση του συγκεκριμένου όρου για να περιγραφεί μια κατάσταση που κύρια γνωρίσματά της είναι η άρνηση ή ο έντονος φόβος του παιδιού να πάει στο σχολείο, που παράγοντες γέννησής της μπορεί να είναι το άγχος του αποχωρισμού, ή κάποια ειδική φοβία ή και άλλοι λόγοι (King & Bernstein, 2001 , Μπίμπου – Νάκου, 2010). Η σχολική φοβία σχετίζεται με το σχολικό πλαίσιο αποκλειστικά, το οποίο παίζει καίριο και κομβικό ρόλο στην ανάπτυξη του παιδιού και στην απόκτηση, πέραν της μάθησης μέσω της διδασκαλίας στην τάξη, κοινωνικών και διαπροσωπικών δεξιοτήτων, υπό την έννοια ότι συνιστά το πρώτο πλαίσιο κοινωνικοποίησης του παιδιού, όταν εξέρχεται από την οικογένεια και την κοινωνικοποιητική διαδικασία που εκείνη εφαρμόζει πάνω του. Για αυτό τον λόγο, ο δισταγμός που μπορεί να παρατηρηθεί στις πρώτες επαφές του παιδιού με το σχολείο δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως Σχολική Φοβία, εάν – όπως αναμένεται - ξεπεραστεί το πρόβλημα στις πρώτες μέρες (Μαυρομμάτη, 2008, Craig, 1998). Αντίθετα, η Σχολική Φοβία δεν είναι συνδεδεμένη απλώς με μια απροθυμία, αλλά με τη σθεναρή άρνηση απέναντι στο σχολείο και τις δραστηριότητές του, χαρακτηριστικά εκδήλωσης της οποίας μπορεί να είναι σωματικά συμπτώματα (πονοκέφαλος, ζαλάδες, διάρροια, ενούρηση, εφιάλτες κ.α.), εκρήξεις θυμού, επιθετικότητα, υπερκινητικότητα και έκφραση φόβων για φυσικούς κινδύνους εντός του σχολείου ή φόβοι ταπείνωσης από τον δάσκαλο ή τους συμμαθητές (King & Bernstein, 2001 , Μαυρομμάτη, 2008 , Μπίμπου – Νάκου, 2010).

Το μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών με σχολική φοβία εκδηλώνεται στην Β' Δημοτικού και οι παράγοντες μπορούν να είναι τόσο οικογενειακοί όσο και σχολικοί (Μπίμπου – Νάκου, 2010). Οι αιτίες για το σχολικό άγχος μπορεί να ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό. Όπως αναφέρει η Μαυρομμάτη (2008: 54-55) το σχολικό άγχος μπορεί να οφείλεται:

- α) Σε πιθανό άγχος αποχωρισμού του παιδιού.
- β) Σε υπερπροστατευτικότητα των γονιών και εφαρμογή αντιφατικών μέσων αγωγής εκ μέρους τους.

- γ) Σε διηγήσεις από άλλα παιδιά ή μεγαλύτερα αδέρφια που παρουσιάζουν το σχολείο με αρνητικούς – εκφοβιστικούς όρους
- δ) Σε αντίστοιχες απειλές από την μητέρα (π.χ. «Η δασκάλα θα σε τιμωρήσει»)
- ε) Σε επιρροή από διαταραγμένες σχέσεις μεταξύ γονέων.
- Στ) Σε γενικότερη παρεμπόδιση, λόγω του οικογενειακού περιβάλλοντος, του αισθήματος αυτονομίας και της γενικότερης ψυχο-συναισθηματικής εξέλιξης του παιδιού.
- ζ) Σε πιθανή αρνητική στάση του δασκάλου απέναντι στα παιδιά, όπως η αυταρχική συμπεριφορά.
- η) Σε διάφορες άλλες εμπειρίες εντός του σχολείου, κυρίως λόγω συμπεριφορών από παρέες συμμαθητών, όπου είναι πιθανό να βιώσουν απόρριψη, αρνητική κριτική ή και κακομεταχείριση (bullying). Το ζήτημα του bullying σε σχέση με την σχολική φοβία ή και με άλλες μορφές αγχωδών διαταραχών της παιδικής ηλικίας τονίζεται και από άλλες έρευνες (Craig, 1998), ενώ ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα θύματα bullying στο σχολείο έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποια αγχώδη διαταραχή στην ενήλικη ζωή (McCabe et al., 2003).

2.6 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΓΧΟΥΣ ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΥ

Η Διαταραχή του άγχους αποχωρισμού αφορά σε αποκλειστικά στην παιδική ηλικία και χαρακτηριστική της εκδήλωση είναι το έντονο άγχος και η πιθανότητα πανικού στο παιδί, που πηγάζει από την ανησυχία για το ότι απομακρύνεται από την οικογένειά του (ή άλλα πρόσωπα στα οποία έχει προσκολληθεί), η για υποτιθέμενους κινδύνους που αποτελούν απειλή για τα πρόσωπα αυτά. (Herbert, M., 2008). Έτσι, το παιδί αυτό χαρακτηρίζεται από έκπτωση κοινωνικών δεξιοτήτων και αδυνατεί να συνάψει κοινωνικές σχέσεις και να ανταποκριθεί με αποτελεσματικότητα στις σχολικές ανάγκες, άρα να αποκτήσει και ανάλογες επιδόσεις στις σχολικές του υποχρεώσεις, αφού η οποιαδήποτε αλλαγή περιβάλλοντος ή απουσία του γονέα ή του προσώπου με το οποίο είναι προσκολλημένο συνοδεύεται από υπέρμετρο άγχος. Το άγχος αποχωρισμού συχνά συνδέεται με την άρνηση του παιδιού να πάει στο σχολείο, την βίωση μιας έκδηλης έντασης κατά την διάρκεια του αποχωρισμού ή κατά την αναμονή της διαδικασίας αποχωρισμού του, ενώ μπορεί να ακολουθείται και από σωματικά συμπτώματα που προκαλούνται στις παραπάνω περιπτώσεις (Silverman & Dick - Niederhauser, 2004 , Μπίμπου – Νάκου, 2010).

Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000, First, M., Frances, A., Pincus, H. 2006):

A. Τρία ή περισσότερα από τα παρακάτω:

(1) Επαναλαμβανόμενη υπερβολική δυσαρέσκεια όταν το παιδί αποχωρίζεται το σπίτι του ή σημαντικά πρόσωπα στα οποία έχει προσκολληθεί, ή όταν ο αποχωρισμός αυτός αναμένεται.

(2) Επίμονη και υπερμετρη ανησυχία σε σχέση με την απώλεια ή την πιθανή βλάβη σε πρόσωπα στα οποία έχει προσκολληθεί.

(3) Επίμονη και υπέρμετρη ανησυχία ότι κάποιο απρόσμενο γεγονός θα γίνει αιτία αποχωρισμού του παιδιού από τα πρόσωπα προσκόλησης, όπως το ότι θα χαθεί ή θα απαχθεί.

(4) Επίμονος δισταγμός ή άρνηση να πάει στο σχολείο ή αλλού, λόγω του φόβου του αποχωρισμού.

(5) Επίμονος ή υπερβολικός φόβος να μείνει μόνο του, στο σπίτι ή σε άλλο χώρο, χωρίς τα πρόσωπα στα οποία είναι προσκολλημένο.

(6) Επίμονος δισταγμός ή άρνηση να κοιμηθεί αν δεν βρίσκεται κοντά σε κάποιο πρόσωπο στο οποίο είναι προσκολλημένο ή να κοιμηθεί εκτός σπιτιού.

(7) Επαναλαμβανόμενοι εφιάλτες σχετικοί με τον αποχωρισμό.

(8) Συχνά παράπονα για σωματικά συμπτώματα, όπως κεφαλαλγίες, στομαχικό άλγος, ναυτία ή έμετος, όταν αποχωρίζεται πρόσωπα στα οποία είναι προσκολλημένο ή όταν αναμένει τον αποχωρισμό αυτό.

B. Η διάρκεια είναι τουλάχιστον τέσσερις εβδομάδες

Γ. Η έναρξη είναι πριν την ηλικία των 18 ετών

Δ. Η διαταραχή επηρεάζει σημαντικά την λειτουργικότητα του παιδιού σε καθημερινές ρουτίνες / δραστηριότητες, στο σχολικό πλαίσιο και επίδοση και στις κοινωνικές – διαπροσωπικές σχέσεις.

Πίνακας: Συχνότητα και μέση ηλικία έναρξης των διαταραχών άγχους σε παιδιά και εφήβους

Διαταραχή	Συχνότητα στον γενικό πληθυσμό	Μέση ηλικία έναρξης (χρόνια)
Άγχος αποχωρισμού	6-12	7-8

Γενικευμένο άγχος	3-6	10-14
Ειδική φοβία	2-4	7-9
Κοινωνική φοβία	1-3	10-14
Σχολική φοβία	1-2	10-14

(Atkinson & Hornby, 2002)

(Μπίμπου Νάκου, 2010 στο « προσαρμογή στο σχολείο-πρόληψη κι αντιμετώπιση δυσκολιών» Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα, κεφ.10, σελ.300, Καλαντζή Αζίζι-Ζαφειροπούλου»)

2.7 Οξεία Αγχώδης Διαταραχή

Γίνεται έκδηλη μέσα σ' ένα μήνα απ' την πρώτη επαφή με την τραυματική εμπειρία και μπορεί να διαρκέσει από 2 ημέρες έως και 4 εβδομάδες. Η αδυναμία του ατόμου να αντιμετωπίσει μια δύσκολη κατάσταση ή παράλληλη έλλειψη σωματικής και ψυχικής υγείας και η αδυναμία στήριξης από το κοινωνικό περιβάλλον αποτελούν «εύφορο έδαφος» για την εκδήλωση μιας τέτοιας διαταραχής. Το άτομο που βρίσκεται σ' αυτή την κατάσταση απομονώνεται κοινωνικά και γενικά προσπαθεί να αποφύγει πρόσωπα και καταστάσεις που του υπενθυμίζουν την τραυματική εμπειρία η οποία όμως συχνά αναβιώνει με εφιάλτες , άσχημες σκέψεις και εικόνες όταν το άτομο έρθει αντιμέτωπο με κάποιο ερέθισμα που συνδέεται με τη ψυχοτραυματική εμπειρία .(www.depressionanxiety.gr/51/article/greek/51/38/intex.htm)

Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000 , First, M., Frances, A., Pincus, H. 2006):

A. Το άτομο έχει εκτεθεί σε κάποιο τραυματικό γεγονός στο οποίο υπήρχαν και τα δύο παρακάτω χαρακτηριστικά:

- (1) Το άτομο βίωσε, έγινε μάρτυρας ή βρέθηκε αντιμέτωπο με ένα γεγονός ή γεγονότα που περιλάμβαναν πραγματικό ή επαπειλούμενο κίνδυνο θανάτου ή σοβαρού τραυματισμού ή απειλή για την σωματική ακεραιότητα του εαυτού ή άλλων.
- (2) Η απόκριση του ατόμου περιλάμβανε έντονο φόρο, αίσθημα αβοηθησίας ή τρόμου.

B. Είτε κατά την διάρκεια του βιώματος είτε μετά από το τραυματικό βίωμα, το άτομο έχει τρία από τα παρακάτω διασπαστικά συμπτώματα:

- (1) υποκειμενική αίσθηση μωδιάσματος, απόσπασης ή απουσία συναισθηματικής ανταπόκρισης
- (2) μείωση της επίγνωσης του περιβάλλοντος
- (3) derealization (αίσθημα εξωπραγματικού στην αντίληψη του εξωτερικού κόσμου)
- (4) αποπροσωποποίηση
- (5) διασπαστική αμνησία (π.χ. αδυναμία ανάκλησης κάποιου σημαντικού στοιχείου του τραύματος)

Γ. Το τραυματικό γεγονός επαναβιώνεται επίμενο τουλάχιστον με έναν από τους παρακάτω τρόπους: επαναλαμβανόμενες εικόνες, σκέψεις, όνειρα, ψευδαισθήσεις, flashback, αίσθηση επαναβίωσης της εμπειρίας ή δυσαρέσκεια όταν εκτείνεται σε στοιχεία που υπενθυμίζουν το τραυματικό γεγονός.

Δ. Αποφυγή ερεθισμάτων που προκαλούν ανάκληση του τραύματος (σκέψεις, συναισθήματα, συζητήσεις, δραστηριότητες, μέρη, πρόσωπα).

Ε. Σημαντικά συμπτώματα άγχους ή αυξημένης διέγερσης (δυσκολία ύπνου, ευερεθιστότητα, δυσκολία συγκέντρωσης κτλ.)

Στ. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική δυσφορία ή βλάβη στην κοινωνική, την επαγγελματική – σχολική λειτουργικότητα, ή βλάβη στην ικανότητα του ατόμου να κάνει κάποια απαραίτητη πράξη.

Ζ. Η διαταραχή διαρκεί τουλάχιστον για 2 μέρες και το πολύ για 4 εβδομάδες και εμφανίζεται μέσα σε 4 εβδομάδες από το τραυματικό γεγονός.

Η. Η διαταραχή δεν οφείλεται ευθέως σε χρήση ουσιών ή σε γενική ιατρική κατάσταση.

2.8 Αγχώδης Διαταραχή λόγω Γενικής Ιατρικής Κατάστασης

Γενικό χαρακτηριστικό και αυτής της διαταραχής είναι το άγχος και τα συμπτώματα της μοιάζουν με αυτά της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, της προσβολής πανικού ή της ιδεοχυχαναγκαστικής διαταραχής. Οι ασθένειες που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση συμπτωμάτων που εντάσσονται σε αυτή τη διαταραχή

είναι νευρολογικής φύσης εγκεφαλικά επεισόδια σκλήρυνση κατά πλάκας επιληψία ορμονολογικές διαταραχές δυσλειτουργία του θυρεοειδούς αυτοάνοσα νοσήματα ρευματοειδής αρθρίτιδα συστηματικός ερυθηματώδης λύκος συστηματικές νόσοι καρδιακές αρρυθμίες διάφορες άλλες καταστάσεις (λοιμώδης μονοπυρήνωση) (Μάνος 1988)

Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000 , First, M., Frances, A., Pincus, H. 2006):

A. Σημαντικό άγχος, προσβολές πανικού, ιδεοληψίες ή καταναγκασμοί επικρατούν στην κλινική εικόνα του ατόμου.

B. Υπάρχουν αποδείξεις από το ιατρικό ιστορικό του ατόμου, την ιατρική εξέταση ή εργαστηριακά ευρήματα, ότι η διαταραχή οφείλεται ευθέως σε σωματικές επιπτώσεις κάποιας γενικής ιατρικής κατάσταση.

Γ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα στα πλαίσια κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής.

Δ. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά στην διάρκεια ενός παραληρήματος (delirium).

E. Η διαταραχή προκαλεί σημαντική δυσαρέσκεια ή αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική, επαγγελματική ή άλλη λειτουργικότητα του ατόμου.

2.9 Αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες

Η κατάχρηση μιας ουσίας ενός φαρμάκου η μιας τοξίνης καθώς και η στέρηση αυτών μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα αυτής της διαταραχής τα οποία μοιάζουν με αυτά της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής προσβολής πανικού η γενικευμένης αγχώδους διαταραχής (Μάνος .N 1988).

Κάποιες από τις ουσίες που μπορεί να προκαλέσουν την διαταραχή είναι η καφεΐνη, κοκαΐνη, LSD, κάνναβη, αμφεταμίνες κ.α (κατά τη χρήση ή κατάχρηση τους) και το αλκοόλ, αντιυπερτασικά, αγχολυτικά, οπιοειδή (κατά τη στέρηση τους – σύνδρομο στέρησης)

Τα κριτήρια κατά το DSM για τη συγκεκριμένη διαταραχή είναι τα εξής;

- 1) Όταν χαρακτηριστικό άγχος, κρίσεις πανικού ή εμμονές ή καταναγκασμοί κυριαρχούν στην κλινική εικόνα του ατόμου

- 2) Όταν υπάρχει απόδειξη από το ιστορικό, την κλινική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα είτε (α) ή (β)
- α) Τα συμπτώματα στο κριτήριο 1 εμφανίστηκαν κατά τη διάρκεια ή μέσα σ' ένα μήνα από τότε που το άτομο αντιμετώπισε δηλητηρίαση από την ουσία ή από τότε που σταμάτησε να κάνει χρήση αυτής
- β) Η χρήση του φαρμάκου σχετίζεται τεκμηριωμένα με τη διαταραχή
- (American Psychiatric Association, 2000, First, M., Frances, A., Pincus, H. 2006)

2.10 Αγχώδης Διαταραχή Μη-Προσδιοριζόμενη Αλλιώς

Βάση του DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000, First, M., Frances, A., Pincus, H. 2006), η κατηγορία περιλαμβάνει διαταραχές στις οποίες επικρατεί η αγχώδης ή φοβική αποφυγή, αλλά δεν πληρούν τα κριτήρια για κάποια συγκεκριμένη Αγχώδη Διαταραχή. Παραδείγματα περιλαμβάνουν:

1. Μικτή αγχώδης – καταθλιπτική διαταραχή: κλινικά σημαντικά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, αλλά δεν πληρούνται τα κριτήρια είτε για κάποια συγκεκριμένη Διαταραχή της Διάθεσης ή για κάποια συγκεκριμένη Αγχώδη Διαταραχή.

2. Κλινικά σημαντικά φοβικά συμπτώματα που συνδέονται με την κοινωνική επιρροή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης ή ψυχικής διαταραχής (π.χ. Parkinson's disease, δερματολογικές ασθένειες, ανορεξία, σωματικές δυσμορφίες).

3. Καταστάσεις στις οποίες η διαταραχή είναι αρκετά σοβαρή ώστε να διαγνωστεί μια αγχώδης διαταραχή, αλλά το άτομο δεν παρουσιάζει αρκετά συμπτώματα για να πληρεί τα κριτήρια κάποιας Αγχώδους Διαταραχής. Π.χ. Όταν ένα άτομο παρουσιάζει όλα τα χαρακτηριστικά της Διαταραχής Πανικού χωρίς Αγοραφοβία, μόνο που οι προσβολές πανικού έχουν περιορισμένα συμπτώματα.

4. Καταστάσεις στις οποίες ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας έχει συμπεράνει ότι υπάρχει Αγχώδης Διαταραχή, αλλά δεν μπορεί να ορίσει αν είναι σε αρχικό στάδιο, λόγω γενικής ιατρικής κατάστασης ή λόγω χρήσης ουσιών.

3.ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

3.1.Αιτίες του άγχους στην παιδική ηλικία

Η εμφάνιση του άγχους έχει εντοπιστεί ερευνητικά σε όλες τις ηλικιακές κλίμακες. Στην ηλικία των οχτώ μηνών τα παιδιά αισθάνονται το άγχος του αποχωρισμού από τη μητέρα τους, όταν αυτή δε βρίσκεται στο οπτικό τους πεδίο για μικρό χρονικό διάστημα. (Καλαντζή-Αζίζι, Α. ,1992) Στην πρώτη επαφή με το σχολικό περιβάλλον, όπως είναι ο παιδικός σταθμός, τα παιδιά μπορεί να νοιώσουν άγχος, καθώς βρίσκονται ανάμεσα σε άγνωστα άτομα. Επιπλέον μια ενδεχόμενη διαφωνία με τον εκπαιδευτικό ή τους συμμαθητές τους μπορεί να είναι εξαιρετικά αγχωτική για τα παιδιά. Η ολιγόωρη απομάκρυνση από τη μητέρα τους και γενικότερα από το οικείο οικογενειακό περιβάλλον επιδρά αρνητικά στην ψυχολογία των παιδιών. Τέλος οι σύγχρονες συνθήκες ζωής και τα προβλήματα στην οικογένεια συμβάλλουν στην εμφάνιση του άγχους στα παιδιά σε αρκετά μεγάλο βαθμό (Kazdin & Strauss, 1987).

Αιτία του άγχους για ένα παιδί πολλές φορές είναι η σχέση του με την οικογένεια. Οι γονείς πολλές φορές γίνονται υπερπροστατευτικοί απέναντι στα παιδιά τους ή φτάνουν στο άλλο άκρο, καθώς συμπεριφέρονται με αυταρχισμό, για να πετύχουν την εικόνα που θέλουν για τα ίδια. Οι διαφωνίες των γονιών επίσης, το διαζύγιο, η ένταση και η οικονομική ανασφάλεια είναι προβλήματα που αφορούν όλη την οικογένεια αλλά έχουν και ιδιαίτερη σχέση με την ψυχική υγεία ενός παιδιού (Bogels & Brechman-Toussaint, 2006).

Γεγονότα επίσης, που στους γονείς φαίνονται ευχάριστα, όπως ο ερχομός ενός νέου μέλους στην οικογένεια ή η μετακόμισή τους σε μια άλλη περιοχή με καινούργιες εργασιακές ευκαιρίες μπορεί να δημιουργούν άγχος στα παιδιά. Γενικότερα, η οποιαδήποτε αλλαγή στο περιβάλλον τους αποτελεί μία νέα πραγματικότητα γι' αυτά και είναι πιθανόν να τα αγχώσει. (Kazdin & Strauss, 1987) Στην πρώτη σχολική ηλικία το άγχος μπορεί να προκαλείται από τις επιδόσεις των παιδιών στο σχολείο αλλά κι από την πίεση του περιβάλλοντός τους σχετικά με αυτές. Η σύγκριση επίσης στο σχολείο με τους άλλους συμμαθητές, σε ό,τι αφορά την πρόοδο, είναι κάτι που οδηγεί πολλά παιδιά στη μείωση της αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησής τους και συνεπώς στην αύξηση του άγχους. Οι αυξημένες υποχρεώσεις εντός και εκτός σχολικού πλαισίου και η σχολική αποτυχία γεννούν αρνητικά συναισθήματα που αυξάνουν το άγχος. Σίγουρα η εμφάνιση του άγχους για

τις σχολικές επιδόσεις είναι μια φυσιολογική κατάσταση και συμβαίνει στο μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών σ' αυτή την ηλικία. Όταν όμως αυτό απασχολεί συνεχώς το παιδί και το άγχος δρα ανασταλτικά στην πρόοδο του στο σχολείο, τότε η κατάσταση γίνεται παθολογική και υπάρχει μεγάλο πρόβλημα (Phillips, 1978). Τέλος, πηγή άγχους για ένα παιδί μπορεί να αποτελούν εικόνες και πληροφορίες από την τηλεόραση καθώς και εμπειρίες από τη συναναστροφή με τους γύρω του. Γεγονότα που για τους ενήλικες δεν έχουν κάποια ιδιαίτερη σημασία μπορούν να επιδράσουν αρνητικά και ν' αγχώσουν ένα παιδί (Singer et al., 1998).

3.2. Συμπτώματα του άγχους στην παιδική ηλικία

Τα συμπτώματα του άγχους διαφέρουν στην παιδική ηλικία ανάλογα με τον χαρακτήρα του παιδιού αλλά και τις επιδράσεις που δέχεται από το περιβάλλον του. Αυτά μπορεί να είναι τα εξής (Bernstein et al., 1995 , Beidel & Turner, 2005, Καππάτου 2013) :

- Νυχτερινή ενούρηση. Είναι ένα σύμπτωμα που πηγάζει από καταστάσεις και συμβαίνει σε αρκετά παιδιά που το βιώνουν.
- Αλλαγές στη διάθεση του παιδιού. Ένα παιδί με άγχος που έχει σκαμπανεβάσματα στη διάθεση του πρέπει να αξιολογηθεί από τους γονείς και ν' αντιμετωπιστεί από τους ίδιους ή από κάποιον ειδικό, αν αυτό συμβαίνει εκτεταμένα.
- Απροθυμία για παιχνίδι. Πολλές φορές τα παιδιά δείχνουν απρόθυμα ν' ασχοληθούν με δραστηριότητες που στο παρελθόν τους υπήρχαν στην καθημερινότητα τους και αποτελούσαν γι' αυτά ευχαρίστηση.
- Σωματικά συμπτώματα, όπως ο πονοκέφαλος, ο πόνος στο στομάχι ή στην κοιλιακή χώρα, εμετοί και δερματικά προβλήματα.
- Σε παιδιά μικρότερης ηλικίας έχει καταγραφεί στη συμπτωματολογία του άγχους το πιπίλισμα του δακτύλου ή το φάγωμα των νυχιών, συνήθειες που αρχίζουν σε καταστάσεις όξυνσής του.
- Έλλειψη συγκέντρωσης στις σχολικές δραστηριότητες, με αποτέλεσμα τη στασιμότητα στις σχολικές επιδόσεις και την έλλειψη προόδου στο σχολείο.
- Απομάκρυνση από τους υπόλοιπους συμμαθητές κι εκούσια απομόνωσή του.
- Ανήσυχος ύπνος. Παιδιά με άγχος συχνά βλέπουν εφιάλτες και ξυπνούν απότομα· άλλα πάλι παρουσιάζουν αϋπνίες.

- Επιθετική συμπεριφορά η οποία δεν είχε παρατηρηθεί στο παρελθόν στο παιδί.
- Υπερβολική προσκόλληση του παιδιού σε έναν ή και στους δύο γονείς.
- Ανορεξία. Ένα παιδί με άγχος μπορεί να μην έχει γενικά όρεξη αλλά κάποιες φορές αυτή η ανορεξία μπορεί να εξελιχθεί σε παθολογική κατάσταση και να έχει σοβαρές επιπτώσεις για τον οργανισμό του.
- Ψέματα. Συχνά τα παιδιά καταφεύγουν στο ψέμα, για να ξεφύγουν από μια κατάσταση που τα αγχώνει.
- Τραυλισμός. Περικλείεται στην συμπτωματολογία του άγχους και πρέπει άμεσα ν' αντιμετωπιστεί από ειδικούς.
- Υπερβολική συστολή.
- Υπερευαισθησία και έλλειψη αυθορμητισμού.
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση και μειωμένη διεκδικητικότητα.
- Κλέψιμο μικροαντικειμένων

4.ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Όπως αναφέρθηκε, ένα γεγονός που για κάποιον ενήλικα μπορεί να είναι ανούσιο για ένα παιδί μπορεί να έχει ιδιαίτερη σημασία και να το αγχώνει. Τα συμπτώματα του άγχους όσο πιο έγκαιρα γίνουν αντιληπτά από το περιβάλλον του παιδιού, τόσο πιο εύκολο είναι αντιμετώπισιμα.

4.1.Πρόληψη του άγχους στην παιδική ηλικία

Δυστυχώς η συχνότητα εμφάνισης των διαταραχών του άγχους στα παιδιά παίρνει ολοένα και αυξανόμενη πορεία και δεν έχει μέχρι σήμερα δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα στη διάγνωση και στην αντιμετώπιση του, αν και το πρόβλημα είναι πολύ εκτεταμένο. Αυτό συμβαίνει, γιατί δεν υπάρχει ενημέρωση των γονέων αλλά και σωστή κατάρτιση των εκπαιδευτικών σχετικά με τη συμπτωματολογία του άγχους.

(Bernstein et al., 1995 , Beidel & Turner, 2005)Τα συμπτώματα, λοιπόν, δύσκολα γίνονται αντιληπτά από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς και όταν αυτό συμβαίνει, δεν είναι εύκολο να γίνει ο διαχωρισμός ανάμεσα στην παθολογική και στη μη παθολογική εκδήλωση του άγχους. Επομένως συχνά περιπτώσεις παιδιών με διαταραχές άγχους δεν παραπέμπονται σε ειδικό.(Ωστόσο, έχουν δημιουργηθεί κάποια προγράμματα που έχουν σκοπό να αποτρέψουν την εμφάνιση των αγχωδών

διαταραχών. Αυτά τα προγράμματα πρόληψης έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση της ατομικής συναισθηματικής προσαρμοστικότητας και προωθούν θετικές στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους. Ενδυναμώνουν το χαρακτήρα ενός παιδιού έτσι, ώστε να μπορεί ν' αντεπεξέλθει σε δύσκολες καταστάσεις, αλλά και βοηθούν στην εξεύρεση κατάλληλου για το παιδί τρόπου αντιμετώπισης του άγχους. Ένα παράδειγμα προγράμματος πρόληψης του άγχους σε παιδιά και νέους είναι το "FRIENDS" (Barret & May, 2007). Απευθύνεται σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 7-16 χρονών και εφαρμόζει τις αρχές της γνωστικό-συμπεριφορικής προσέγγισης, στοχεύοντας στην μείωση της εμφάνισης σοβαρών αγχωδών διαταραχών και της έκπτωσης της κοινωνικής λειτουργικότητας. Το Friends είναι σχεδιασμένο προς εφαρμογή από τους εκπαιδευτικούς στα πλαίσια του σχολικού προγράμματος. Η αποτελεσματικότητα τέτοιων προγραμμάτων αυξάνεται όταν υπάρχει συμμετοχή των γονέων στις αντίστοιχες συνεδρίες (Barret & May, 2007).

4.2. Αντιμετώπιση του άγχους από τους γονείς

Οι γονείς αποτελούν ένα πάρα πολύ σημαντικό κομμάτι για τη ζωή των παιδιών τόσο γιατί βρίσκονται μαζί τους πάρα πολλές ώρες όσο και για το λόγο ότι εκ φύσεως υπάρχει ισχυρός συναισθηματικός δεσμός ανάμεσά τους. Και για τους δύο αυτούς λόγους καθίστανται οι καταλληλότεροι που μπορούν να διαγνώσουν και ν' αντιμετωπίσουν στο μέτρο του δυνατού το άγχος στα παιδιά τους. (Καππάτου 2013)

Καταρχάς θα πρέπει ν' αφιερώνουν χρόνο σ' αυτά, να συζητούν μαζί τους και να δείχνουν ότι πραγματικά ενδιαφέρονται για όσα τους απασχολούν και δεν τα θεωρούν ασήμαντα. Ο διάλογος με τα παιδιά αποτελεί πηγή γνώσεων γι' αυτά, αλλά και οδηγεί στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αισθάνονται τους γονείς δίπλα τους, κάνοντας τις δραστηριότητες τους πιο ευχάριστες. Το να συζητούν οι γονείς με τα παιδιά δε σημαίνει απαραίτητα ότι πρέπει να δίνουν και τις συμβουλές τους. Μπορούν απλά να τα ακούν. Είναι πολύ σημαντικό γι' αυτά. Όπως είναι σημαντική και η σωματική επαφή μαζί τους. Τα παιδιά όσο και να μεγαλώσουν πάντα έχουν ανάγκη την αγκαλιά της μητέρας και του πατέρα. Γενικά η καλή σχέση μεταξύ των γονέων και του παιδιού δίνει σιγουριά και ασφάλεια στο δεύτερο, χαρακτηριστικά που δε συνάδουν με το άγχος. Και οι γονείς από την πλευρά τους δε θα πρέπει μόνο να ακούν, αλλά και να συζητούν με τα παιδιά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν μιλώντας με ειλικρίνεια και ζητώντας τη γνώμη τους. Αυτό

αυξάνει την αυτοπεποίθησή τους και τους κάνει να αισθάνονται σημαντικά (Lebowitz & Omer, 2013, Καππάτου 2007) .

Επιπρόσθετα η πίεση των γονέων προς το παιδί για τις σχολικές επιδόσεις και η σύγκρισή τους με άλλους συμμαθητές τους αποτελεί ιδιαίτερα ανασταλτικό παράγοντα για την υγιή ψυχική ανάπτυξη των παιδιών. Οι βαθμοί του σχολείου θα πρέπει να πάψουν ν' αποτελούν το βασικό σκοπό των παιδιών και το μέσο, για να ευχαριστήσουν τους γονείς τους. Πολλές φορές οι γονείς θέλουν να πετύχουν μέσα από τα παιδιά τους όσα δεν πέτυχαν οι ίδιοι, κάτι που αγχώνει ιδιαίτερα τα παιδιά. Οι προσδοκίες των γονέων, έτσι, παίζουν σημαντικότατο ρόλο στο παιδικό και το εφηβικό άγχος (Bogels & Brechman – Toussaint, 2006). Κάθε παιδί έχει τη δική του προσωπικότητα, τις δικές του κλίσεις και δυνατότητες, οι οποίες δεν πρέπει να συγκρίνονται με αυτές των άλλων παιδιών, ούτε να ικανοποιούν τα απωθημένα των γονιών. Επιπλέον, οι γονείς είναι σωστό να προτείνουν στα παιδιά τους δραστηριότητες που τα χαλαρώνουν και τα ξεκουράζουν από την πολύωρη ενασχόλησή τους με τις δραστηριότητες εντός σχολικού πλαισίου. Αποτελεί λάθος να φορτώνονται με δραστηριότητες που τους αγχώνουν και τους γεμίζουν τη μέρα τους, ενώ δεν είναι ευχάριστες γι' αυτά. Πάντα θα πρέπει να υπάρχει χώρος και χρόνος για παιχνίδι και για δράσεις που θα κάνουν το παιδί να ξεχαστεί και να διασκεδάσει (Phillips, 1978, Barret & May, 2007).

Η τήρηση κανόνων που έχουν θέσει οι γονείς, επίσης, αποτελεί νευραλγικής σημασίας ζήτημα για τη δημιουργία αίσθησης ασφάλειας και προστασίας. Τα παιδιά χρειάζονται τα όρια, για να αποφεύγουν δυσάρεστες καταστάσεις που τα αγχώνουν. (Ζαφειροπούλου, Μ. ,1998) Επιπλέον, η τήρηση προγράμματος που έχουν φτιάξει οι γονείς με τα παιδιά είναι πολύ σημαντική. Βοηθάει στην οργάνωση του χρόνου τους με μελετημένο και αποδοτικό τρόπο και κατά συνέπεια στην αποτροπή του άγχους εξαιτίας της έλλειψης χρόνου. Σύμφωνα με το πρόγραμμα αυτό, θα πρέπει να μένει για το παιδί χρόνος και για φαγητό, για ύπνο και για αθλητικές δραστηριότητες που αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την ισορροπημένη και εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού τους, καθώς το άγχος είναι μια κατάσταση που τον καταβάλλει. Έτσι, η οικογενειο-κεντρική αντιμετώπιση ή και θεραπεία συμβάλει σημαντικά στην μείωση του παιδικού άγχους, ιδιαίτερα σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες, όπως η Γνωστική – Συμπεριφοριστική Θεραπεία (CBT) (Barrett, Rapee & Dadds, 1996).

Οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά και στην ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων. Η προτροπή τους για τη δημιουργία φιλίας με άλλα παιδιά, καθώς και για

τη διατήρηση καλών σχέσεων με συγγενείς ή γνωστούς είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η κοινωνικότητα αποτελεί ιδιαίτερης βαρύτητας παράγοντα για τη μείωση του άγχους (Bogels & Brechman – Toussaint, 2006).

Οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση του άγχους, όπως προαναφέρθηκε μέχρι ένα σημείο. Εφόσον τα συμπτώματα, όμως, επιμένουν, τότε δε θα πρέπει να διστάσουν ν' αναζητήσουν τη συμβουλή κάποιου ειδικού.

4.3. Αντιμετώπιση του άγχους στην παιδική ηλικία από τον εκπαιδευτικό

Εκτός από την οικογένεια, το σχολείο αποτελεί το σημαντικότερο πλαίσιο μέσα στο οποίο το παιδί μπορεί να αποκομίσει βοήθεια, σε ό,τι αφορά την ψυχική του υγεία. Ο ρόλος του εκπαιδευτικού βέβαια και η κατάρτισή του πάνω σε θέματα άγχους έχουν εξαιρετική βαρύτητα για την αντιμετώπισή του. Εφόσον ο ίδιος διαπιστώσει συμπτώματα άγχους στον μαθητή, πρέπει να τα λάβει σοβαρά υπόψη και να τον στηρίξει, ώστε να ξεπεράσει το πρόβλημα. Συγκεκριμένα πρέπει να δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης μέσα στην τάξη, ώστε οι μαθητές να μη διστάζουν να ζητήσουν τη στήριξη του σχετικά με τις ανησυχίες τους. Παράλληλα υποχρέωση του εκπαιδευτικού είναι να χρησιμοποιεί τεχνικές αποβολής του άγχους που θα βοηθήσουν το παιδί να ηρεμήσει και να φανεί πιο λειτουργικό μέσα στην τάξη. Επιπλέον, ο δάσκαλος θα πρέπει να δημιουργήσει ένα σταθερό περιβάλλον για τους μαθητές κάτι που μπορεί να πετύχει ακολουθώντας συγκεκριμένο πρόγραμμα και ορίζοντας κανόνες. Όταν αυτός παρεκκλίνει του προγράμματος, καλό είναι να ενημερώνει τα παιδιά σχετικά με αυτό και να το συζητά μαζί τους (Rice, 2008, Barret & May, 2007).

Ο δάσκαλος συνήθως ενημερώνεται για τα προσωπικά δεδομένα των μαθητών. Αυτά έχει χρέος να τα διαχειρίζεται με διακριτικότητα κι ευαισθησία, έτσι ώστε ν' αναπτυχθεί σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα σ' αυτόν και στους μαθητές του. Όταν αντιληφθεί πως κάποιος μαθητής έχει πέσει θύμα σχολικού εκφοβισμού, επιβάλλεται να στηρίξει το θύμα αλλά και το θύτη. Και οι δύο έχουν ανάγκη στήριξης, γιατί η πρώτη κατάσταση γεννά άγχος, ενώ η δεύτερη πηγάζει από άγχος (Fekkes, Rijpers & Varloove-Vanhorick, 2005). Η παρότρυνση του επιπλέον συντελεί, ώστε το παιδί να συμμετάσχει σε ομαδικές δραστηριότητες, που το οδηγούν στη αύξηση της κοινωνικότητάς του και στη δημιουργία φιλικών σχέσεων, ενώ παράλληλα μοιράζεται το βάρος μιας εργασίας, κάτι που αν το έκανε σε ατομικό επίπεδο ίσως να του δημιουργούσε άγχος. Τέλος, ο δάσκαλος μέσα από τη συνεχή κατάρτιση και

επιμόρφωση του καλό είναι να σχεδιάζει ευέλικτα προγράμματα που να προσαρμόζονται στις ανάγκες, στις δυνατότητες και στις κλίσεις κάθε μαθητή, καθώς και να επινοεί νέους τρόπους εξέτασης (Phillips, 1978). Για παράδειγμα, το επαναληπτικό θέμα είναι αιτία άγχους ακόμη και για μαθητές που αντιμετωπίζουν γενικότερα το σχολείο με χαλαρότητα. Ο εκπαιδευτικός έχει καθήκον και υποχρέωση να ενημερώνει, αλλά και να ενημερώνεται απ' τους γονείς, με τους οποίους πρέπει να έχει επαφή, σχετικά με την πορεία του παιδιού σε ό,τι αφορά το άγχος. Αν η κατάσταση όμως ξεφύγει και το παιδί συνεχίζει για μεγάλο χρονικό διάστημα να εκδηλώνει συμπτώματα, τότε συνιστάται η παραπομπή του σε ειδικούς επιστήμονες για την αντιμετώπιση της διαταραχής.

Η παιδική ηλικία είναι μια ευαίσθητη ηλικία, καθώς σ' αυτή χτίζεται ο χαρακτήρας του ατόμου και επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό η ψυχική του υγεία και εξέλιξη από το περιβάλλον του. Ωστόσο η Εφηβεία από την αρχαιότητα μέχρι και σήμερα θεωρείται η πιο δύσκολη ηλικία στη ζωή ενός ανθρώπου.

5.ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η εφηβεία αποτελεί το πιο δύσκολο ηλικιακό στάδιο στη ζωή ενός ατόμου. Σύμφωνα με το σπουδαίο Σταγειρίτη φιλόσοφο Αριστοτέλη οι έφηβοι είναι παρορμητικοί, ακρατείς και θέλουν να τα ζουν όλα στην υπερβολή τους. Γενικότερα σε ό,τι αφορά την ψυχολογία του ο έφηβος εμφανίζει βιολογικές αλλαγές στο σώμα του, κυρίως ορμονικές, γεγονός που έχει σπουδαίες ψυχοσωματικές επιπτώσεις. Στις μέρες μας οι έφηβοι εξαιτίας και των συνθηκών της εποχής, εμφανίζουν σ' ένα μεγάλο ποσοστό άγχος. (Κακουρος, Ε & Μανιαδάκη, Κ, 2005) Το άγχος αποτελεί μια φυσιολογική κατάσταση, όταν όμως τα συμπτώματα του γίνονται έντονα, δε δικαιολογούνται από το ερέθισμα και συνεχίζουν να υφίστανται για μεγάλο χρονικό διάστημα, τότε η κατάσταση ξεφεύγει εκ του φυσιολογικού και ορίζεται ως παθολογική. (Καπάτου 2007)

5.1. Αιτίες του άγχους στην εφηβεία

Στην εφηβική ηλικία συμβαίνουν διάφορες αλλαγές στην εμφάνιση του ατόμου. Το πρόσωπο αυτή την περίοδο αγριεύει εξαιτίας της ακμής, κάποιες φορές το βάρος αυξάνεται απότομα, ενώ το ύψος δεν είναι το επιθυμητό. Αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν στη μείωση της αυτοπεποίθησης των εφήβων και κατ' επέκταση στην εμφάνιση άγχους σ' αυτούς (Konstanski & Gullone, 1998).

Οι μεγάλες προσδοκίες των γονιών για τις σχολικές επιδόσεις των παιδιών τους που πολλές φορές δε συνάδουν με τις δυνατότητές τους, αποτελεί συχνά πηγή άγχους. Επιπλέον η σχολική πραγματικότητα αποτελεί από μόνη της έναν παράγοντα εμφάνισης άγχους στην ηλικία αυτή (Lebowitz & Omer, 2013). Οι υπερβολικές υποχρεώσεις των μαθητών για το σχολείο τους κάνουν να νοιώθουν ανίκανοι να ανταποκριθούν με επιτυχία σ' αυτές. Οι παρωχημένοι τρόποι αξιολόγησης, οι εξετάσεις στο τέλος κάθε σχολικής χρονιάς αλλά και πολύ περισσότερο οι πανελλήνιες εξετάσεις αποτελούν μία εξαιρετικά ψυχοφθόρα διαδικασία για τους εφήβους (Λεοντάρη & Γιαλαμάς, 1996).

Τα οικογενειακά προβλήματα και οι εντάσεις μεταξύ των γονιών διαταράσσουν την ψυχική υγεία των παιδιών. Τα διαζύγια που έχουν κατά κόρον αυξηθεί, καθώς και η απώλεια ενός από τους δύο γονείς (σε περίπτωση που συμβεί), οδηγεί στην αβεβαιότητα για το μέλλον και στην εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους. Οι έφηβοι αισθάνονται ανασφαλείς χωρίς την πλήρη γονική προστασία. Η οικονομική κρίση και τα παρεπόμενα της, όπως η φτώχεια και η ανεργία, δημιουργούν άγχος όχι μόνο στους γονείς αλλά και στα παιδιά τα οποία αντιλαμβάνονται τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γονείς τους νοιώθουν αβεβαιότητα για την κάλυψη των αναγκών τους (Wadsworth & Compas, 2003).

Οι σχέσεις των νέων με τους φίλους τους σ' αυτή την ηλικία είναι επισφαλείς, καθώς υπάρχει πολύ έντονος ανταγωνισμός. Μια ενδεχόμενη ρήξη με τους συμμαθητές τους εκλαμβάνεται σαν απόρριψη και οδηγεί στη μη σωστή εξέλιξη της κοινωνικότητάς τους, στην απομόνωση και στην περιθωριοποίησή τους. Επιπλέον, η θυματοποίηση και ο εκφοβισμός κάποιων μαθητών που δεν ενδίδουν στις επιθυμίες της «επικρατούσας κλίκας» του σχολείου είναι πολύ συχνό φαινόμενο στην εποχή μας που δημιουργεί άγχος, σπάνια γνωστοποιείται απ' το μαθητή στον

εκπαιδευτικό, με αποτέλεσμα να διατηρείται και να διογκώνεται το πρόβλημα (Μπεζεβέγκης, 2002).

5.2. Συμπτώματα του άγχους στην εφηβεία.

Οι έφηβοι συχνά εμφανίζουν κάποια ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως πονοκεφάλους, κεφαλαλγίες και πόνους στην κοιλιακή χώρα. Επιπλέον, οι δύσπνοιες, τα δερματικά εξανθήματα, η δυσπεψία και η ναυτία, όταν ταλαιπωρούν τους νέους, δηλώνουν την άσχημη ψυχολογική τους κατάσταση (Campo & Fritsch, 1994).

Οι έφηβοι νοιώθουν διαρκώς την ανάγκη για επιβεβαίωση τόσο για την εμφάνιση όσο και για την επίδοσή τους στο σχολείο. Όσον αφορά την εμφάνιση, προσπαθώντας να πλησιάσουν στην εικόνα που τους δίνεται ως πρότυπο από την τηλεόραση πολλές φορές (φαινόμενο που εμφανίζεται συχνότερα στα κορίτσια κι έχει μεγάλη έξαρση) καταλήγουν στη νευρική ανορεξία με δυσάρεστες συνέπειες για τον οργανισμό τους και κίνδυνο για την ίδια τους τη ζωή (Konstanski & Gullone, 1998).. Σε σχέση με την επίδοσή τους στο σχολείο, αυτή η ανάγκη συνεχούς επιβεβαίωσης συχνά τους ωθεί να χάνουν την ουσία του σχολείου και να αποτυγχάνουν στην επίτευξη των στόχων τους. Ένα ακόμη σύμπτωμα που παρατηρείται στους εφήβους είναι η συνεχής κόπωση και η εξάντληση. Το άγχος καταβάλλει γενικά τον οργανισμό, μειώνει τις αντιστάσεις του και τις δυνάμεις του κι έτσι το άτομο δεν έχει ούτε την ψυχική αλλά ούτε και τη σωματική δύναμη να αντεπεξέλθει στις σχολικές αλλά και άλλου είδους υποχρεώσεις του (Campo & Fritsch, 1994).

Ακόμη και ο ύπνος του εφήβου που ταλαιπωρείται από άγχος, είναι ανήσυχος. Συχνά βλέπει εφιάλτες και ταραζεται και άλλες φορές έχει αϋπνίες, αφού σκέφτεται συνεχώς τα θέματα που τον απασχολούν. Η ανησυχία, οι εξάρσεις θυμού και οι ψυχολογικές μεταπτώσεις αποτελούν χαρακτηριστικά που συναντώνται στη εφηβεία, πολύ περισσότερο όμως σε άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση άγχους. Αυτά τα συμπτώματα είναι ίσως τα πιο συχνά και έχουν σαν αποτέλεσμα τη διαταραχή στη σχέση με γονείς και φίλους και κατ' επέκταση δημιουργούν πρόβλημα στην κοινωνικότητα του νέου. (King, N.J., & Yule, W., 1994) Αρκετά συχνά τα άτομα με άγχος εμφανίζουν κρίσεις πανικού, οι οποίες δε δικαιολογούνται στην ουσία από το ερέθισμα που τις προκαλεί. Μια δυσκολία που σε ένα άτομο με φυσιολογικά επίπεδα άγχους μπορεί να ξεπεραστεί πολύ εύκολα, στα άτομα με διαταραχές άγχους φαίνεται αξεπέραστη, με αποτέλεσμα να πανικοβάλλονται και να οδηγούνται σε τακτικές που τους εμποδίζουν να φτάσουν στην επίτευξη των στόχων τους και τους δημιουργούν

ανησυχία και αγωνία χωρίς ουσιαστικά σοβαρό λόγο. Και όταν ακόμη το ερέθισμα παύει να υπάρχει, η άσχημη αυτή κατάσταση του ατόμου συνεχίζει να υφίσταται και να το ταλαιπωρεί (Μπεζεβέγκης, 2002 , Beidel & Alfano, 2011).

Τα άτομα κατά την εφηβεία επιπλέον, όταν αντιμετωπίζουν διαταραχές άγχους, οδηγούνται συχνά σε μελαγχολία, καθώς αντιμετωπίζουν τα πάντα με απαισιοδοξία. Η έλλειψη αυτοεκτίμησης και η χαμηλή αυτοπεποίθηση σχετίζονται άμεσα με αυτή την κατάσταση. Πιστεύουν ότι είναι ανήμποροι να πετύχουν τους στόχους τους, με αποτέλεσμα να περιέρχονται σε μελαγχολία ή ακόμα και κάποιες φορές σε κατάθλιψη με πολύ δυσάρεστα αποτελέσματα για τους ίδιους. Οι καταστάσεις άγχους παράλληλα, όταν ξεπερνούν τα όρια, αποσυντονίζουν τον έφηβο με αποτέλεσμα την έλλειψη συγκέντρωσης στο σχολείο και κατ' επέκταση τις χαμηλές σχολικές επιδόσεις του. Παράλληλα, εξαιτίας αυτής της δυσκολίας του να συγκεντρωθεί, αντιμετωπίζει δυσκολίες στη μάθηση που αποτελούν τροχοπέδη στην πρόοδό και τη εξέλιξή του. Συχνά μάλιστα οι αγχώδεις διαταραχές στην παιδική αλλά και στην εφηβική ηλικία συνοδεύονται από ειδικές διαταραχές, όπως η δυσλεξία, η δυσορθογραφία και η ΔΕΠ-Υ (Μπεζεβέγκης, ο.π. , Beidel & Alfano, ο.π.).

Τέλος, κατά την εφηβεία αρκετές φορές παρουσιάζεται στα άτομα με άγχος ακραία σεξουαλική δραστηριότητα και ασυνήθιστη συμπεριφορά. Άλλες πάλι φορές έχει βρεθεί μέσα από έρευνες ότι τα άτομα με άγχος δεν έχουν καθόλου σεξουαλική ζωή ή, όταν έχουν, αντιμετωπίζουν αρκετές αποτυχίες. Όλα αυτά ίσως σχετίζονται και με την έλλειψη αυτοπεποίθησης. Τα άτομα αυτά εξαιτίας της δυσκολίας της κατάστασης δεν είναι σε θέση να αποδείξουν στους άλλους ότι είναι κάτι σπουδαίο και προσπαθούν να το πετύχουν αυτό μέσα απ' τη σεξουαλική τους ζωή. Όταν αποτυγχάνουν οδηγούνται σε ακραίες καταστάσεις άγχους. Με λίγα λόγια αυτή η κατάσταση πηγάζει απ' το άγχος ενώ παράλληλα «γεννά» άγχος (Kaplan, 1988). Όλα αυτά τα συμπτώματα πρέπει μέσα απ' το διάλογο με τους εφήβους να γίνονται έγκαιρα αντιληπτά απ' το οικείο περιβάλλον του ατόμου (γονείς και εκπαιδευτικούς) και να λαμβάνονται τα απαραίτητα μέτρα αντιμετώπισης του προβλήματος.

5.3.Αντιμετώπιση του άγχους στην εφηβεία από τους γονείς

Οι γονείς μέσα απ' το διάλογο με το παιδί τους είναι σε θέση να διαπιστώσουν, αν το παιδί τους έχει περιέλθει σε κατάσταση άγχους. Το δύσκολο βέβαια είναι να καταλάβουν, αν πρόκειται για μια φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού σε κάποια ερεθίσματα ή υπερβαίνει τα όρια του φυσιολογικού και γίνεται παθολογικό. Για το

λόγο αυτό είναι σημαντική η ενημέρωσή τους. Σε αρκετά σχολεία οργανώνονται σχολές γονέων από ψυχολόγους, στις οποίες οι γονείς μπορούν να ενημερωθούν για τέτοιου είδους θέματα.

Οι γονείς τις περισσότερες φορές αδιαφορούν για τα «θέλω» και τους στόχους των παιδιών τους και στις συζητήσεις μαζί τους προσπαθούν να τους ασκήσουν κριτική, να τους περάσουν τις δικές τους αντιλήψεις και να τους αναγκάσουν τελικά να πετύχουν επαγγελματικά, προσωπικά και κοινωνικά όσα δεν μπόρεσαν οι ίδιοι για κάποιους λόγους να καταφέρουν. Η συζήτηση με το παιδί, η προσοχή που θα δείξουν οι γονείς σ' αυτά που λέει και ο σεβασμός στις επιθυμίες και τις δυνατότητές του είναι πολύ σημαντικά για έναν έφηβο. Οι γονείς μέσα απ' το διάλογο πρέπει να χαλαρώνουν το παιδί και να το ωθούν να παίρνει πρωτοβουλίες. Η αυστηρότητα και η υπερπροστασία που συχνά συναντώνται στις συμπεριφορές των γονέων προς τους εφήβους έχουν άσχημο αντίκτυπο σ' αυτούς. Η μεν πρώτη συμπεριφορά, μειώνοντας συστηματικά τα παιδιά, συχνά δημιουργεί επιθετικότητα, ενώ η δεύτερη δημιουργεί «άβουλα» όντα. Και στις δύο περιπτώσεις οι νέοι αδυνατούν ν' ανταποκριθούν σε δύσκολες καταστάσεις, με αποτέλεσμα να αγχώνονται (Lebowitz & Omer, 2013).

Η παρότρυνση και η ενθάρρυνση ν' ασχοληθούν τα παιδιά με δραστηριότητες που τους ευχαριστούν κι όχι συνεχώς με εργασίες και θέματα εντός του σχολικού πλαισίου έχει ιδιαίτερη βαρύτητα. Ο συνεχής αγώνας για την επιτυχία στις εξετάσεις θα πρέπει να συνδυάζεται με συμπάρασταση και βοήθεια απ' τους γονείς. Στη δύσκολη αυτή διαδικασία οι γονείς επιβάλλεται να χαλαρώνουν τα παιδιά τους και να τους εξηγούν πως μια αποτυχία στις πανελλήνιες εξετάσεις δεν συνδέεται σε καμία περίπτωση με αποτυχία στη ζωή. Λέγοντάς τους πως υπάρχει και δεύτερη ευκαιρία στις εξετάσεις αλλά και άλλες διέξοδοι, σκοπός των γονιών θα πρέπει να είναι η ενθάρρυνση των παιδιών τους για επίτευξη των στόχων τους και η ενδυνάμωση του χαρακτήρα τους, ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν πιο εύκολα καταστάσεις που τους δημιουργούν άγχος (Μπεζεβέγκης, 2002).

Η εφηβεία γενικά είναι μια δύσκολη ηλικία από μόνη της και γίνεται ακόμη δυσκολότερη, όταν προστίθενται σ' αυτή και καταστάσεις, όπως οι διαταραχές του άγχους. Η σχέση αγάπης κι εμπιστοσύνης, η σωστή επικοινωνία και η συνέπεια, καθώς και το ισορροπημένο και υγιές περιβάλλον που θα πρέπει οι γονείς να εξασφαλίζουν, ως ασπίδα προστασίας για τα παιδιά τους, τα βοήθα σε μεγάλο βαθμό να ξεπεράσουν το πρόβλημά τους. Σημαντική βέβαια είναι και η συνεργασία ανάμεσα

στη μητέρα και στον εκπαιδευτικό για την καλύτερη διαχείριση του θέματος (Μπεζεβέγκης, 2002 , Lebowitz & Omer, 2013).

5.4. Διαχείριση του άγχους στην εφηβεία από τον εκπαιδευτικό

Ο εκπαιδευτικός σε μία σύγχρονη εποχή, όπως η δική μας, και σ' ένα σύγχρονο σχολείο θα πρέπει να είναι πλήρως καταρτισμένος, όχι μόνο σε ό,τι αφορά την ειδικότητα του, αλλά και σε ό,τι αφορά τη διαχείριση του άγχους των παιδιών. Έτσι, λοιπόν, σκόπιμο είναι οι εκπαιδευτικοί να παρακολουθούν επιμορφωτικά σεμινάρια σχετικά με τη διαχείριση του άγχους των μαθητών αλλά και με τον εντοπισμό αυτού σε πρώιμο στάδιο. Πέρα και πάνω από τα απρόσωπα επιμορφωτικά σεμινάρια είναι το άτομο ως φυσική υπόσταση. Έτσι ο εκπαιδευτικός μπορεί να διαχειριστεί το άγχος του εφήβου μέσα από επικοινωνία με τους γονείς και ψυχολόγους, ούτως ώστε, και οι τρόποι της διαχείρισης να μην παρουσιάζουν μεγάλες αποκλίσεις από το σπίτι στο σχολείο, αλλά και να είναι μεθοδευμένες και σχεδιασμένες από ειδικό, για να είναι τα αποτελέσματα περισσότερο έγκαιρα, έγκυρα και με ισχύ στο χρόνο αντίστοιχα (Μπεζεβέγκης, 2002 , Rice, 2008).

Οι μαθησιακές δυσκολίες είναι ένα φαινόμενο το οποίο παρατηρείται σε ένα μεγάλο εύρος του μαθητικού πληθυσμού. Άτομα και πιο συγκεκριμένα έφηβοι που βιώνουν τέτοιες δυσκολίες, συνήθως, αγχώνονται, προκειμένου να «κρύψουν» τις δυσκολίες τους, για να μη γίνουν αντικείμενο χλευασμού, ή αγχώνονται, γιατί θεωρούν ότι οι δυσκολίες αυτές θα τους στερήσουν ένα καλό βαθμό ή μία επικείμενη επιτυχία. Καθήκον του εκπαιδευτικού είναι να εντοπίζει παιδιά με τέτοιες διαταραχές, να δημιουργεί ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα γι' αυτά, αν δεν υπάρχει παράλληλη στήριξη να τα παραπέμψει, ούτως ώστε να μειωθεί το άγχος του χλευασμού ή μιας πιθανής αποτυχίας (Μπότσας, 2008).

Εν κατακλείδι, ο εκπαιδευτικός πρέπει να είναι «μέντορας» για το παιδί και για τον έφηβο κατ' επέκταση, η κινητήριος δύναμη, για να μπορέσει το παιδί να ξεπεράσει άγχη και φοβίες που πιθανόν να το κατατράχουν.

6. ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Έρευνες που έλαβαν χώρα στη σημερινή εποχή, υποστηρίζουν, ότι το άγχος είναι απόρροια από ένα συνδυασμό γενετικών, βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Το άγχος εξαρτάται από κληρονομικούς παράγοντες καθώς επίσης και

την προσδοκία του ατόμου να αγχωθεί, όταν η αίσθηση υπαρκτού αλλά και κινδύνου που δεν υφίσταται στην ουσία αρχίζει να γίνεται αντιληπτή. Τα άτομα αυτά ενδεχομένως να αποκωδικοποιήσουν διαφορούμενες καταστάσεις με λάθος τρόπο, και να τις συνδυάσουν με απειλή που πλησιάζει. Αυτή η υπερβολική εκτίμηση της απειλής μπορεί να μην είναι μόνο γονιδιακά καταγεγραμμένη, αλλά να εξαρτάται και από έλλειψη ισορροπίας των χημικών ουσιών του εγκεφάλου ή βιολογικές διαφορές αυτού. (Brauer, 1999 , Peper, Harvey & Takabayashi, 2009)

6.1.Νευρικό Σύστημα

Το νευρικό σύστημα είναι ένας πολυσχιδής και περίπλοκος μηχανισμός του ανθρώπινου οργανισμού και αποτελεί το σύστημα που συμβάλει στη ρύθμιση και τον έλεγχο των λειτουργιών όλων των οργάνων του ανθρώπινου σώματος, αλλά και την συνεργασία μεταξύ τους με αρμονικό τρόπο. Το νευρικό σύστημα αποτελείται από δύο είδη κυττάρων, τα οποία διακρίνονται σε νευρώνες και νευρογλοιακά κύτταρα.

Ο τρόπος που είναι δομημένο το νευρικό σύστημα είναι αρκετά σύνθετος και πολύπλοκος αφού αυτό, (το Ν.Σ) το συγκροτούν το κεντρικό και περιφερικό τμήμα. Το κεντρικό τμήμα του νευρικού συστήματος καλείται Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) και το αποτελούν ο Εγκέφαλος και ο Νωτιαίος Μυελός. Από την άλλη, το περιφερικό τμήμα του νευρικού συστήματος ονομάζεται Περιφερικό Νευρικό Σύστημα (ΠΝΣ) και συγκροτείται από τα νεύρα. Άξιο παρατήρησης είναι το γεγονός ότι το ΚΝΣ περιβάλλεται από οστείνες δομές (κρανίο και σπονδυλική στήλη), ενώ το ΠΝΣ δεν προστατεύεται από οστά (Λυμπεράκης, 1997).

6.1.α.Νευρώνες

Το κυτταρικό σώμα και οι αποφυάδες συμπληρώνουν το «παζλ» για να δημιουργηθεί ένας νευρώνας. Ο πυρήνας και τα οργανίδια του κυττάρου δομούν το κυτταρικό σώμα. Οι νευρικές αποφυάδες διακλαδώνονται σε δενδρίτες και νευροάξονες ή νευρίτες. Όσον αφορά την ανατομία ενός δενδρίτη και το μέγεθός του, αυτό είναι συνήθως μικρό και διακλαδώνεται σε ορισμένα σημεία. Σε αντίθεση με τον δενδρίτη οι νευράξονες ή νευρίτες είναι αρκετά μεγαλύτεροι και μπορούν να φτάσουν μέχρι και το ένα μέτρο. Παρουσιάζει και αυτός διακλαδώσεις σε πολλά σημεία και κάθε απόληξη οδηγείται σε ένα ειδικό άκρο που ονομάζεται τελικό

κομβίο. Ανάλογα με τις διαφορές στην μορφή και στις λειτουργίες διαφοροποιούνται ως προς τη λειτουργία που επιτελούν, σε αισθητικούς, κινητικούς και ενδιάμεσους. Η λειτουργία των νευρώνων είναι διαφορετική, καθώς οι αισθητικοί συλλέγουν μηνύματα από τις διάφορες περιοχές του σώματος και τις αποστέλλουν στον εγκέφαλο. Οι κινητικοί νευρώνες εν αντιθέσει, διαβιβάζουν στα ανάλογα όργανα (εγκέφαλο και νωτιαίο μυελό), τα οποία αντιδρούν συσπώμενα, όπως για παράδειγμα οι μύες ή εκκρίνοντας ουσίες όπως οι αδένες. Τέλος, οι ενδιάμεσοι ή συνδετικοί νευρώνες εντοπίζονται αποκλειστικά και μόνο στην περιοχή του εγκεφάλου και στο νωτιαίο μυελό και μεταδίδουν τα μηνύματα από τους αισθητικούς νευρώνες στις εκάστοτε περιοχές του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού με στόχο τα μηνύματα αυτά να φτάσουν στους κινητικούς νευρώνες (Λυμπεράκης, 1997, Βορβόγλη, 2006).

6.1.β.Νευρογλοιακά κύτταρα

Τα νευρογλοιακά κύτταρα (νεύρο και γλοία = κόλλα) έχουν πολυποίκιλους σχηματισμούς και εξειδικευμένες λειτουργίες. Τα κύτταρα αυτά τροφοδοτούν με θρεπτικά συστατικά το νευρώνα και βοηθούν ώστε να απορροφηθούν και να απομακρυνθούν οι ουσίες που δεν χρησιμεύουν. Ο νευροάξονας περιστοιχίζεται από τα νευρογλοιακά κύτταρα, τα οποία συντελούν στη μόνωσή του και στην επιτάχυνση της μεταφοράς της νευρικής ώσης (Λυμπεράκης, 1997)..

6.1.γ.Νευροδιαβιβαστές

Το νευρικό ερέθισμα διαπερνώντας τις νευρικές ίνες περνά κατά μήκος της σύναψης, ενός συναπτικού χάσματος που βρίσκεται στον εγκέφαλο. Στη σύναψη διακρίνεται η προσυναπτική και η μετασυναπτική μεμβράνη οι οποίες χωρίζονται με μια αρκετά λεπτή σχισμή, που ονομάζεται συναπτικό χάσμα. Οι χημικοί νευροδιαβιβαστές, διαβιβάζουν το νευρικό ερέθισμα με μορφή ηλεκτρικής. Νευροδιαβιβαστές είναι βιοχημικές ενώσεις, οι οποίες χρησιμεύουν στη μεταφορά πληροφοριών από τον ένα νευρώνα στον άλλο που ακολουθεί. Εξαιτίας αυτού δημιουργείται στον νευροάξονα ηλεκτρική διέγερση, γεγονός που έχει σαν αποτέλεσμα στην απομάκρυνση του νευροδιαβιβαστή από τον προσυναπτικό νευρώνα και στην εγκατάστασή του στο συναπτικό κενό, στο σημείο αυτό, η δράση του μπορεί να επηρεάσει τους ανάλογους υποδοχείς που εδράζουν στο μετασυναπτικό νευρώνα. Με αυτόν τον τρόπο η ηλεκτρική ώση μετατρέπεται σε χημική. Η δημιουργία των νευροδιαβιβαστών έγκειται στους ίδιους τους νευρώνες,

και υποβοηθείται από διάφορα ένζυμα. Τελικά οι νευροδιαβιβαστές καταλήγουν σε συναπτικά κυστίδια, τα οποία απομακρύνονται με τη διαδικασία της εξωκυττάρωσης (Λυμπεράκης, 1997 , Βορβόγλη, 2006).

Οι κυριότεροι νευροδιαβιβαστές είναι:

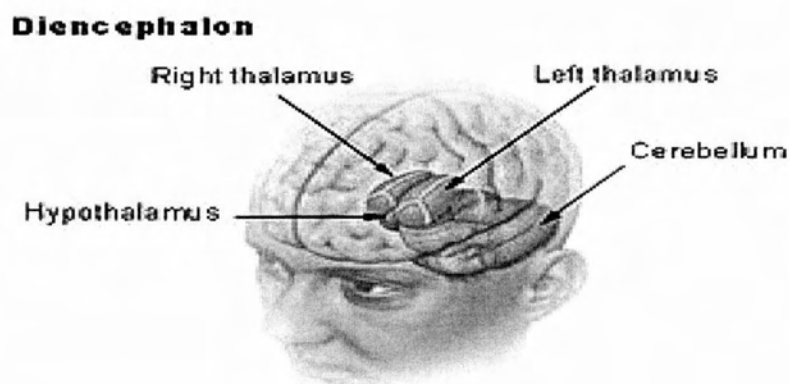
α) Οι βιολογικά ενεργές (βιογενείς) αμίνες: ακετυλοχολίνη, κατεχολαμίνες, νοραδρεναλίνη ή νορεπινεφρίνη, αδρεναλίνη ή επινεφρίνη, ντοπαμίνη, σεροτονίνη, ισταμίνη.

β) Τα αμινοξέα :γλουταμικό οξύ, γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA) ,ασπαραγινικό οξύ, γλυκίνη

γ) Τα νευροπεπτίδια

Το άγχος έχει άμεση σχέση με τον εγκέφαλο και το ΚΝΣ και κατά συνέπεια με τους νευροδιαβιβαστές. Κάποιες ορμόνες είναι αυτές οι οποίες καθορίζουν το πόσο αγχωγόνος μπορεί να γίνει ένας παράγοντας. Οι τρεις κυρίαρχες ορμόνες, η αδρεναλίνη, η νορεπινεφρίνη και η κορτιζόλη είναι αυτές που όταν τα ποσοστά τους στον οργανισμό κυμαίνονται άνω του φυσιολογικού ξεκινά να δημιουργείται πρόβλημα στο νευρικό σύστημα. Κάθε μία από αυτές λειτουργεί διαφορετικά και φαίνεται χρήσιμη σε διαφορετικούς τομείς. Η αδρεναλίνη, ή γνωστή στην επιστημονική κοινότητα και ως «επινεφρίνη», έχει διττό ρόλο, είναι μια ορμόνη, που εκκρίνεται από τον μυελό των επινεφριδίων, ενεργοποιώντας τα ελεύθερα λιπαρά οξέα και προκαλώντας μια μεγάλη ποικιλία αντιδράσεων σε καρδιά και μύες. Ο διττός ρόλος της αδρεναλίνης όσον αφορά το άγχος είναι πως αφενός μαζί με τη νορεπινεφρίνη, είναι σε μεγάλο βαθμό υπεύθυνη για τις άμεσες αντιδράσεις, που αισθάνεται ο οργανισμός σε αγχογόνες καταστάσεις. Οι μύες είναι τεταμένοι, η αναπνοή γίνεται πιο γρήγορη, υπάρχει έντονη εφίδρωση και αυξάνεται ο καρδιακός ρυθμός: αυτά είναι τα συμπτώματα όταν εκκρίνεται η αδρεναλίνη. Αφετέρου, η αδρεναλίνη διαδραματίζει πάρα πολύ σημαντικό ρόλο καθώς επηρεάζει το ημισφαίριο του εγκεφάλου που στεγάζει τη μάθηση ,την προσοχή και τη μνήμη. Ο φόβος μπορεί να αποτελέσει κινητήριο μοχλό για την έκκριση της αδρεναλίνης, όπως επίσης και άλλου είδους αγχωτικές καταστάσεις, αλλά και προβλήματα του οργανισμού, όπως είναι η απότομη πτώση της πίεσης και η υπογλυκαιμία (Λυμπεράκης, 1997 , Βορβόγλη, 2006).

Η κορτιζόλη αποτελεί την κυριότερη ορμόνη που σχετίζεται με το άγχος. Σε περιπτώσεις αύξησης του άγχους, πέραν του φυσιολογικού, τα επίπεδα της ορμόνης αυτής αυξάνονται, με ανεπιθύμητες συνέπειες για τον οργανισμό. Η κορτιζόλη, ανήκει στις στεροειδείς ορμόνες και παράγεται στα επινεφρίδια. Η λειτουργία της είναι λίγο περίπλοκη και χρονοβόρα, καθώς χρειάζεται λίγο περισσότερος χρόνος, για να μπορέσει ο οργανισμός να αισθανθεί τις επιπτώσεις της (κορτιζόλης) και ο λόγος είναι ότι, η απελευθέρωση της ορμόνης αυτής ολοκληρώνεται μέσα από μία διαδικασία με αρκετά βήματα, περιλαμβάνοντας δύο συμπληρωματικές μικρότερης σημασίας ορμόνες. Αρχικά, η αμυγδαλή πρέπει να αναγνωρίσει τον κίνδυνο και έπειτα να μεταφέρει το μήνυμα στον υποθάλαμο, από τον οποίο εκκρίνεται η κορτικοτροπίνη. Αμέσως μετά, αυτή, επικοινωνεί με τον εγκέφαλο και συγκεκριμένα με τον υποθάλαμο, ο οποίος απελευθερώνει την κορτικοτροπίνη, η οποία αμέσως μετά ειδοποιεί την υπόφυση έτσι ώστε να εκλυθεί η φλοιοεπινεφριδιοτρόπος ορμόνη. Έπειτα, ο ρόλος της κορτιζόλης είναι καταλυτικός, καθώς συντελεί από την μεριά της στη διατήρηση της ισορροπημένης κατάστασης των υγρών και κρατά την αρτηριακή πίεση σε φυσιολογικά επίπεδα (Λυμπεράκης, 1997, Βορβόγλη, 2006).



(<http://en.wikipedia.org/wiki/Hypothalamus>)

6.2.Κεντρικό νευρικό σύστημα

Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) είναι σημαντικό γιατί βοηθά ώστε να επεξεργάζεται ο κάθε άνθρωπος με κατάλληλο τρόπο τις πληροφορίες που λαμβάνει μέσα από τις αισθήσεις του, ρυθμίζει πολλές από τις λειτουργίες του, όπως για παράδειγμα τη σκέψη και τη λογική. Σε συνδυασμό με το Περιφερικό Νευρικό

Σύστημα, ελέγχουν και καθορίζουν τη συμπεριφορά, επενεργώντας θετικά με σκοπό να πληρούνται όλες οι προϋποθέσεις της υγιούς λειτουργίας του οργανισμού. Όλα τα πολυκύτταρα ζώα εκτός των σπογγων διαθέτουν αυτόνομο κεντρικό νευρικό σύστημα (Λυμπεράκης, 1997).

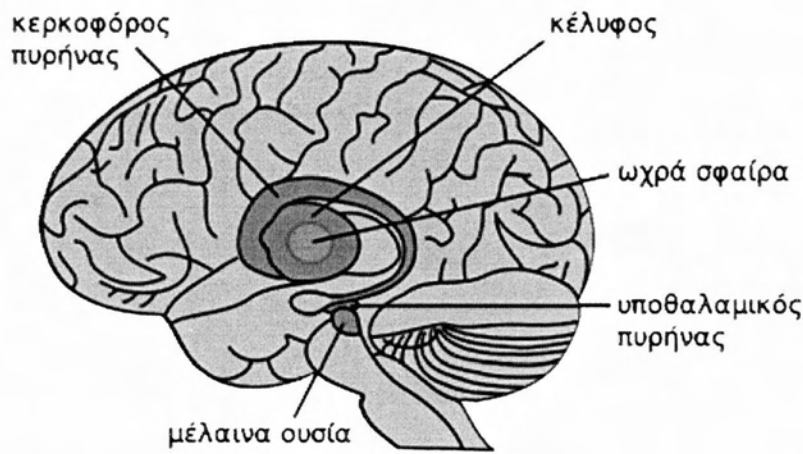
6.3.Νωτιαίος Μυελός (SpinalCord)

Ο νωτιαίος μυελός είναι η βασική μονάδα του κεντρικού νευρικού συστήματος και βρίσκεται στο νωτιαίο σωλήνα, δηλαδή ,στο εσωτερικό της σπονδυλικής στήλης.Από τα πλάγια του νωτιαίου μυελού, ξεκινούν νεύρα, τα οποία είναι γνωστά ως νωτιαία νεύρα και διαχωρίζονται σε δύο κατηγορίες, που ονομάζονται πρόσθιες και οπίσθιες ρίζες. Έχει διαπιστωθεί ότι το αισθητικό νευρικό σύστημα, διαμέσου των οπίσθιων ριζών επικοινωνεί με το μυελό ενώ το κινητικό νευρικό σύστημα, έχει ως δικλείδα ασφαλείας τις πρόσθιες ρίζες. Οι περιοχές της λευκής και φαιάς ουσίας αποτελούν τον νωτιαίο μυελό (Λυμπεράκης , 1997)

6.4.Εγκέφαλος

Ο εγκέφαλος, το σπουδαιότερο και μεγαλύτερο τμήμα του κεντρικού νευρικού συστήματος, περιβάλλεται από το εγκεφαλικό κρανίο, το οποίο αποτελείται από τα παρακάτω οστά: το βρεγματικό, το μετωπιαίο, το ινιακό, το κροταφικό, την ζυγωματική απόφυση, την άνω και την κάτω γνάθο .Το εγκεφαλικό κρανίο συνεπώς και τον ίδιο τον εγκέφαλο περιβάλλουν οι μήνιγγες, τρεις προστατευτικοί υμένες. Τον εγκέφαλο συγκροτούν δύο ημισφαίρια τα οποία χωρίζονται μεταξύ τους από την επιμήκη σχισμή. Όσο περίεργο και αν φαίνεται ο εγκέφαλος συνδέεται με το νωτιαίο μυελό και αυτό γίνεται μέσω νεύρων τα οποία ξεκινούν από το κάτω μέρος του εγκεφάλου και διατρέχουν όλη την σπονδυλική στήλη μέχρι και τον νωτιαίο μυελό. Όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση άγχους κυριαρχεί η νευρικότητα, η υπεριδρωσία, η ζάλη. Το άτομο βιώνει αναμφίβολα μια σημαντική αγχώδη διαταραχή. Η ανωτέρω διαταραχή εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες κυρίως όταν υπάρχουν χρόνιες επιβαρύνσεις από εξωτερικές καταστάσεις. Σε στιγμές όπου η

κρίση πανικού και άγχους κυριαρχούν συμπτώματα όπως ταχυκαρδία, αίσθημα πνιγμού, απώλεια συναίσθησης κ.α. Τον εγκέφαλο στελεχώνουν τα βασικά γάγγλια, το μεταιχμιακό σύστημα, η αμυγδαλή κ.α. Αυτά που προαναφέρθηκαν διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο και καταδεικνύουν την σχέση εγκεφάλου και άγχους. Πιο συγκεκριμένα τα βασικά γάγγλια είναι πυρήνες του εγκεφάλου, τα οποία συνδέονται με τον θάλαμο και τον εγκεφαλικό φλοιό και στέλεχος. Επηρεάζουν τα συναισθήματα σε μεγάλο βαθμό και έτσι γίνεται εμφανές ότι αυτόματα επηρεάζουν το άγχος και επηρεάζονται από αγχογόνες καταστάσεις.



(www.el.wikipedia.org/wiki/Βασικά_γάγγλια)

Στη συνέχεια, ο μεταιχμιακός λοβός, ομάδα από φλοιακές περιοχές, σχηματίζει ένα δακτύλιο και ενώνει τον φλοιό με τον υποθάλαμο. Το κύκλωμα Papez ελέγχει το συναισθηματικό σύστημα στην εσωτερική του εγκεφάλου, Εξόδοι προς άλλες περιοχές είναι αυτές που προσδίδουν την έννοια του συναισθήματος σε άλλες αισθήσεις και εμπειρίες. Πιθανά προβλήματα του συστήματος δημιουργούνται όταν αισθανόμαστε πολλά και διαφορετικά συναισθήματα.

Το κεντρικό νευρικό σύστημα: Εγκέφαλος

Εγκέφαλος:

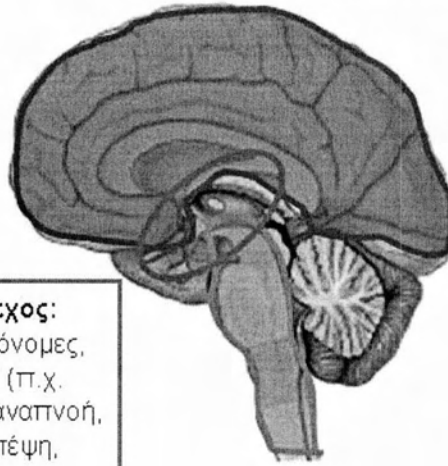
υπεύθυνος για την ενσωμάτωση της πληροφορίας, το συντονισμό της κίνησης, την αναλυτική και αφαιρετική σκέψη

Μεταχιμιακό σύστημα:

υπεύθυνο για κίνητρα, συναισθήματα και μνήμη

Εγκεφαλικό στέλεχος:

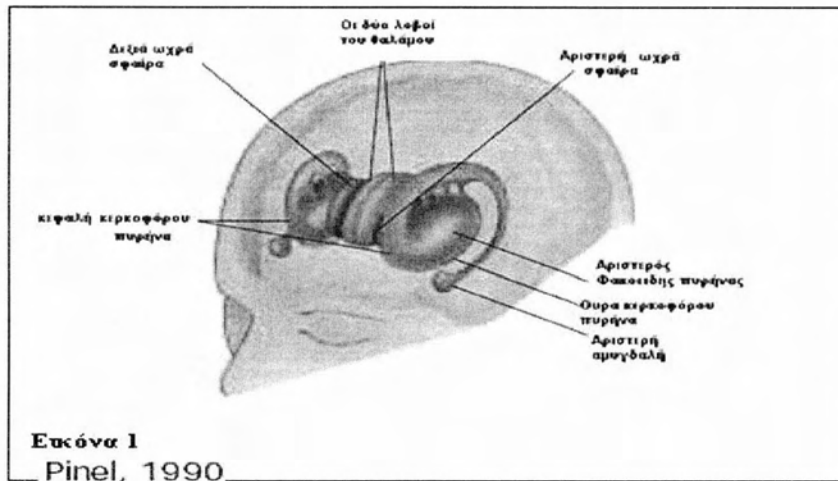
υπεύθυνο για τις αυτόνομες, ζωτικές διαδικασίες (π.χ. καρδιακή συχνότητα, αναπνοή, αρτηριακή πίεση, πέψη, εγρήγορση)



Sobotta: Atlas der Anatomie des Menschen
© Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag München

(<http://www.doping-prevention.sp.tum.de/el/human-body/central-nervous-system/central-nervous-system.html>)

Όσον αφορά την αμυγδαλή αποτελεί την πηγή των συναισθημάτων μας. Αυτό επαληθεύεται από το γεγονός ότι άνθρωποι που υπέστησαν αφαίρεση αμυγδαλής, χαρακτηρίζονταν στην πορεία από απάθεια και ψυχρότητα.. Είχαν πλήρη ανικανότητα να συλλάβουν τη συναισθηματική σημασία των γεγονότων και δεν ένιωθαν κανένα συναίσθημα, ούτε θετικό , ούτε αρνητικό, ούτε καν για πρόσωπα κοντινά τους. Η αμυγδαλή είναι υπεύθυνη για κάθε συναίσθημα και ανάμεσά τους και για τα παρορμητικά συναισθήματα που νικούν τη λογική και αυτό γιατί είναι ταχύτερη από τη λογική (Λυμπεράκης, 1997 , Βορβόγλη, 2006).



(<http://www.livepedia.gr/index.php/%CE%91%CE%BC%CF%85%CE%B3%CE%B4%CE%B1%CE%BB%CE%AE>)

6.5.Βιολογικές θεωρίες ανάπτυξης του άγχους

Προσπαθώντας να εντοπίσουμε τις πηγές προέλευσης και πρόκλησης του άγχους στα άτομα, μπορούμε να επισημάνουμε σημαντικές μελέτες, είτε σε προκλινικό στάδιο που έχουν γίνει σε ζώα, στο πλαίσιο πειραμάτων, είτε, σε ασθενείς με απώτερο στόχο τον προσδιορισμό των βιολογικών τους παραγόντων. Ο ρόλος της νευροψυχολογίας και γενικότερα των νευροεπιστημών, συντελεί, στην διατύπωση μιας ολοκληρωμένης θεωρίας σε ό,τι αφορά την ανάπτυξη του άγχους σε συνδυασμό με τη δράση και συνάμα τις συνέπειες είτε θετικές είτε αρνητικές των ψυχοφαρμακολογικών σκευασμάτων. Η συνύπαρξη περισσότερων από μία διαταραχών στο επίπεδο των νευροδιαβιβαστών αλλά και των εγκεφαλικών περιοχών, αποτελεί την γενεσιουργό αιτία εκδήλωσης αγχώδους διαταραχής που χαρακτηρίζει το άτομο (Λυμπεράκης, 1997).

Συμπτώματα όπως είναι η ταχυκαρδία και η κεφαλαλγία, προέρχονται, από την ενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος ενός οργανισμού . Η νορεπινεφρίνη , η σεροτονίνη και το GABA αποτελούν τους κυρίαρχους τρεις νευροδιαβιβαστές οι οποίοι λειτουργούν με σπουδαιότητα σε ό,τι αφορά την εμφάνιση του άγχους. Η ψυχοφαρμακολογία στην οποία ενυπάρχουν τα αγχολυτικά φάρμακα (αύξηση GABA) αποκαθιστά ή έστω μετριάζει αγχώδεις διαταραχές του ατόμου που υπονομεύουν την όλη ψυχοσύνθεσή του. Από τη στιγμή που έχουν μελετηθεί διεξοδικά παράμετροι όπως είναι η ηλικία του πάσχοντα ή και ο βαθμός , διάρκεια, ένταση εκδήλωσης της αγχώδους διαταραχής και έχει διαπιστωθεί ότι

εναλλακτικές μέθοδοι αντιμετώπισης με χρήση μη χημικών ουσιών δεν προτείνονται , καθοριστικό ρόλο ενέχει το μέτρο στη χρησιμοποίησή των αγχολυτικών φαρμάκων. Η νοραδρεναλίνη, όταν δεν βρίσκεται σε ισορροπία στον οργανισμό, χαρακτηρίζει ασθενείς με σποραδικές εκρήξεις της δραστηριότητάς της. Στον υπομέλανα τόπο της γέφυρας εδράζουν τα κύτταρα του νοραδρενεργικού συστήματος και προβάλλουν μέχρι τον εγκεφαλικό φλοιό , το μεταιχμιακό σύστημα, το στέλεχος και το νωτιαίο μυελό. Νευραλγικής σημασίας χρήζει η δράση των σεροτονινεργικών αντικαταθλιπτικών φαρμάκων τα οποία ουσιαστικά δρουν θεραπευτικά στις αγχώδεις διαταραχές, καθώς τα άτομα με άγχος έχουν μειωμένη την σεροτονίνη. Τα κυτταρικά σώματα των περισσότερων σεροτονινεργικών νευρώνων διαφαίνονται στους πυρήνες της ραφής του στελέχους και προβάλλουν προς τον εγκεφαλικό φλοιό το μεταιχμιακό σύστημα κυρίως στην αμυγδαλή , τον ιππόκαμπο και τον υποθάλαμο. Το GABA διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αγχώλυση (Λυμπεράκης, 1997 , Βορβόγλη, 2006).

Αφού εξετάσαμε πού εδράζει το άγχος στον εγκέφαλο και στο ΚΝΣ, παρακάτω θα εξετάσουμε πώς αυτό μπορεί να διαγνωσθεί και να αξιολογηθεί γενικά αλλά και μέσω σύγχρονων νευροβιολογικών τεχνικών.

7.ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, παρ' όλο που είναι μια από τις πλέον κοινές πνευματικές διαταραχές, εντούτοις, δεν υπάρχει κάποιο σύντομο πρακτικό κλινικό σταθμισμένο εργαλείο αξιολόγησής της (Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006).

Σαν διαταραχή, ξεκινά από νωρίς στην παιδική ηλικία, με τα συμπτώματα και τα σημεία της νόσου, να εγκαθίστανται και να εμφανίζονται σταδιακά. Ξεκινώντας από την παιδική ηλικία, συναντούμε παιδιά, των οποίων τα σημάδια συμπεριφοράς παραπέμπουν σε μια όχι και τόσο ανέμελη και ήρεμη ζωή, που θα αναμέναμε από παιδιά της αντίστοιχης ηλικίας τους. Εξάλλου, το παιδί που γυρνά στο σπίτι κατάκοπο, αλλά ήσυχο και χαρούμενο το βράδυ από τα ατέλειωτα παιχνίδια με τους φίλους του στις διάφορες αλάνες, έχει σχεδόν εκλείψει και αντικαθίσταται από το παιδί που πρέπει να αποδείξει το νοητικό του δυναμικό όλο και πιο αποτελεσματικά, να συμμετέχει σε πλειάδα σχολικών και εξωσχολικών δραστηριοτήτων και να

υπομένει την πίεση και το άγχος της καθημερινότητας, πράγματα που σαφώς και του δημιουργούν φορτίο δυσανάλογο της ηλικίας και των αντοχών του.

Το άγχος, ανεξάρτητα από την ηλικία, επηρεάζει στον ίδιο βαθμό κάθε πάσχοντα, ο οποίος και θα εμφανίζει, άλλα με μεγαλύτερη και άλλα με μικρότερη συχνότητα, κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα: νευρικότητα, αγωνία, ανησυχία, δυσκολία στη συγκέντρωση και αντίστοιχη ευκολία αποσυγκέντρωσης, ανυπομονησία, οξυθυμία, ευεριθιστικότητα, δύσπνοια, πόνο στο στομάχι, υπερβολική εφίδρωση, πονοκέφαλο, εντερικές ανωμαλίες, μυϊκή τάση, ευκολία κόπωσης και εξάντλησης και φυσικά προβλήματα ύπνου (Bernstein, Borchardt & Perwien, 1995).

Συγκεκριμένα, στα παιδιά, η αγχώδης διαταραχή εκδηλώνεται μέσα από διάφορα σωματικά προβλήματα, αλλαγές στη συμπεριφορά και προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Καθώς το άγχος έχει την ιδιότητα της ψυχοσωματικής εκδήλωσης, τα παιδιά εμφανίζουν πονοκεφάλους, εμετούς, υπερβολική εφίδρωση, προβλήματα στο βάρος ή τη διατροφή, μυοσπασμούς, εξαιτίας του μυϊκού τους τόνου. Επίσης παρουσιάζουν όπως και προαναφερθηκε, διάφορα προβλήματα ύπνου, με εφιάλτες, υπνοβασίες, αϋπνία ή υπερβολικές ώρες ύπνου, σφίξιμο ή τρίξιμο στα δόντια, κ.α. Υπάρχει μια τάση προς έντονο κλάμα, χωρίς κάποια βάσιμη και φαινομενική αιτία που να στηρίζεται σε αυτή, ενώ επίσης τα παιδιά με άγχος, εμφανίζουν ακόμη υπερκινητικότητα ή συνεχή κούραση, τρέμουλο, τραυλισμό και σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας υπάρχει νυχτερινή ενούρηση ή συχνοουρία (Beidel & Alfano, 2011).

Σχετικά με τις αλλαγές που εντοπίζονται στη εκδήλωση της συμπεριφοράς τους, σ' αυτές περιλαμβάνονται τα διάφορα συναισθήματα ανεπάρκειας και ανικανότητας, η αρνητική αυτοεικόνα, που εκφράζεται με υποτιμητικές εκφράσεις για τον εαυτό τους, η τάση για τελειομανία, αλλά μπορεί αντίθετα να παρουσιάζεται μια σχολική αποτυχία, αθλητική ή στα διάφορα παιχνίδια και μια αποφυγή κάθε προσπάθειας για συνέχεια ακόμα και στις πιο εύκολες καταστάσεις, με τη δικαιολογία του βαθμού δυσκολίας και της ανικανότητας στο να ανταπεξέλθει στις όποιες απαιτήσεις. Οι όποιοι υπερβολικοί φόβοι εμφανίζονται, συνοδεύονται πολλές φορές κι από μια παλινδρόμηση σε νεότερη ηλικία, αλλά είναι πιθανό να εμφανίσει και μια υπερβολική ονειροπόληση. Είτε μέσα από την παλινδρόμηση, είτε από την υπερβολική ονειροπόληση, το παιδί αντλεί ασφάλεια και σιγουριά, νιώθοντας να

καταπραΰνεται αυτή η υπερβολική ένταση, την οποία βιώνει. Συχνά κυριαρχούν η απάθεια, η απομόνωση και η απόσυρση. Στον αντίποδα, υπάρχουν και κάποια χαρακτηριστικά στοιχεία που είναι περισσότερο εξωτερικευμένα και ενεργητικά, όπως λ.χ. εκρήξεις θυμού ή ξαφνικής οργής και ευερεθιστότητα στην κριτική, η σκληρή συμπεριφορά σε ανθρώπους και ζώα, η κλοπή ή καταστροφή διάφορων αντικειμένων, τα ψέματα, η εξαπάτηση, η παρουσία μεγάλου εκνευρισμού και συναισθηματικής έντασης, ευερεθιστότητας ή ακόμα και επιθετικότητας, με την πιθανή παρουσία διάφορων παραβατικών συμπεριφορών. (Biedel & Alfano, 2011).

Τέλος, στον τομέα των διαπροσωπικών σχέσεων, διάφορες προβληματικές καταστάσεις που τυχόν εμφανίζονται, λόγω της αγχώδους διαταραχής είναι η παράλειψη συμμετοχής σε ομαδικές δραστηριότητες, η αποφυγή κοινωνικής επαφής και παρεπόμενη απώλεια φίλων και αίσθηση μοναξιάς.

Στους εφήβους, παρόμοια σε γενικές γραμμές είναι τα συμπτώματα με κύρια χαρακτηριστικά τη νευρικότητα, την ανησυχία και την απότομη συμπεριφορά, χωρίς απαραίτητα να εκδηλώνεται και ακολουθούμενη ευερεθιστότητα ή επιθετικότητα. Υπάρχουν και σε αυτούς αντίστοιχα χαρακτηριστικά στους τομείς του ύπνου, της διατροφής, των διαπροσωπικών σχέσεων, με την εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων (Beidel & Alfano, 2011).

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει όμως να δοθεί στις εξής κατηγορίες εφήβων. Αρχικά σε εκείνους, οι οποίοι είναι φαινομενικά άνετοι, ευδιάθετοι, δραστήριοι και ανέμελοι, χρησιμοποιώντας αυτά τα χαρακτηριστικά σαν ασπίδα, για να «κρύψουν» πίσω από αυτά το υπερβολικό άγχος και ανησυχία που τους ταλανίζει. Από την άλλη, υπάρχουν κάποιοι που περνούν την εφηβεία τους σχεδόν 'αθόρυβα', μην δημιουργώντας κανένα πρόβλημα, προσπαθώντας συνεχώς να ευχαριστήσουν τους γονείς και τους καθηγητές τους, με μια συστολή και ευαισθησία, που δεν τους αφήνουν να εκδηλώσουν την όποια έντασή τους με νεύρα ή φωνές. Και οι δύο κατηγορίες χρίζουν ιδιαίτερης προσοχής, καθώς η ανησυχία και η γενικότερη ένταση, καλύπτονται με τρόπο ευρηματικό, ο οποίος και ανησυχητικά παραπλανητικός. Για την α' κατηγορία εφήβων, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στο να μην θεωρείται πως το παιδί είναι όντως τόσο ανέμελο και ξέγνοιαστο, να βρεθεί η βαθύτερη αιτία που το βασανίζει, έτσι ώστε αυτά τα θετικά χαρακτηριστικά που παρουσιάζει να τα βιώνει και να τα αισθάνεται στην πραγματικότητα. Από την άλλη,

στη β' κατηγορία εφήβων, αυτή η ησυχία, θα πρέπει να μην είναι πάντα καθησυχαστική, μιας και σε πολλές περιπτώσεις δεν θα αποτελεί ιδιοσυγκρασιακό χαρακτηριστικό, αλλά μια αδυναμία σωστής έκφρασης και εκπόλωσης των βιωμένων συναισθημάτων. (Bohhorst, K., Goosens, F., & de Ruylers, P., 1995)

Μερικά από τα συμπτώματα αυτά είναι πιθανό να εμφανιστούν σποραδικά, άλλοτε για μεγαλύτερο και άλλοτε για μικρότερο χρονικό διάστημα. Είναι αναμενόμενο επίσης, κάποια από αυτά τα συμπτώματα να εμφανιστούν κι από παιδιά, τα οποία δεν αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους διαταραχή, σε κάποια στιγμή της ζωής τους, πράγμα που φυσικά και δεν θα πρέπει να ανησυχήσει κανέναν. Το θέμα είναι όμως, ότι αν η παρουσία συμπτωμάτων, όπως εκείνα που αναφέρθηκαν προηγουμένως, παρουσιάζονται για μεγάλα χρονικά διαστήματα, διάρκειας άνω των 6 μηνών, ή όταν η παρουσία τους δυσχεραίνει την καθημερινή λειτουργική συμπεριφορά και συναισθηματική ισορροπία του παιδιού ή του εφήβου, τότε θα πρέπει να λειτουργήσουν ως δείκτες για να ζητηθεί η βοήθεια ενός ειδικού, για την έγκαιρη αξιολόγηση της στρεσογόνας αιτιολογίας και της σωστής αντιμετώπισής της (Bernstein, Borchardt & Perwien, 1995).

Έτσι, η ύπαρξη και μόνο των πιο πάνω σημείων ή συμπτωμάτων σε ένα παιδί ή έφηβο, δεν δείχνει ότι πάσχει αναγκαστικά από γενικευμένο άγχος. Υπάρχουν κάποια κριτήρια, τα οποία ορίστηκαν σε σχέση με τη διάρκεια, το είδος και τους συσχετισμούς τους, που βοηθούν τους ειδικούς στην τοποθέτηση της διάγνωσης. Έτσι, ο ειδικός, βάσει της επιστημονικής του κατάρτισης και της γενικότερης εργασιακής του εμπειρίας πάνω στον συγκεκριμένο τομέα, είναι σε θέση να αποφασίσει εάν το σύνολο της διαχρονικής εικόνας του ασθενούς μπορεί να θεωρηθεί ως διαταραχή γενικευμένου άγχους. (Biedel & Alfano, 2011).

Για να οριστεί η αποκλίνουσα συμπεριφορά, λοιπόν, θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν οι εξής παράγοντες: η παράβαση της κοινωνικής νόρμας, η στατιστική σπανιότητα, η προσωπική δυσφορία και η μη – προσαρμοστική συμπεριφορά & δυσλειτουργία. Οι περισσότερες κοινωνίες προσδιορίζουν τις ίδιες κατηγορίες συμπεριφοράς ως ενδείξεις ψυχικής διαταραχής στα εξής: (α) όταν η συμπεριφορά η οποία είναι επιζήμια για τον εαυτό ή επιζήμια για τους άλλους, χωρίς να είναι ωφέλιμη για τον εαυτό, (β) τη φτωχή επαφή με τη (συναινετική) πραγματικότητα, (γ)

τις συναισθηματικές αντιδράσεις ακατάλληλες για τις συνθήκες ζωής του ατόμου και (δ) την απρόβλεπτη σπασμωδική συμπεριφορά. (Maher & Maher, 1985).

Από τη στιγμή βέβαια, που τα κριτήρια πληρούνται και το παιδί ή ο έφηβος έπειτα από την παραπομπή στον ειδικό κριθεί πως πάσχει από γενικευμένη διαταραχή, είναι απαραίτητη η συνεργασία γονιών, εκπαιδευτικών και ειδικών για την υπέρβαση από πλευράς του καθενός μιας συμπεριφοράς κατάλληλης και προσαρμοσμένης στις ιδιαίτερες ανάγκες και απαιτήσεις τέτοιου παιδιού ή εφήβου.

Οι ειδικοί, μετά την παραπομπή ενός παιδιού ή εφήβου, θα ξεκινήσουν την εξέτασή τους βάσει διάφορων ψυχομετρικών τεστ, όπως για παράδειγμα τον κατάλογο άγχους του Beck (1987) ή βάσει συστημάτων Διάγνωσης της Ψυχοπαθολογίας, τα οποία χρησιμοποιούνται σε πανευρωπαϊκή εμβέλεια. Τα συστήματα αυτά περιλαμβάνουν τα επιστημονικά εργαλεία DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) και το ICD-10 (World Health Organization, 1992), τα οποία είναι απαραίτητα για την αποτελεσματικότητα της κλινικής πράξης. Χάρη σ' αυτά τα εργαλεία, οι Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας, οδηγούνται στη σωστή κατεύθυνση για την αξιολόγηση, βάσει των γνώσεών τους για τη διαφορική διάγνωση και διάγνωση, ώστε με τα αποτελέσματα που θα έχουν στα χέρια τους, με το πέρας της αξιολόγησης, να είναι σε θέση να συμμετάσχουν σε διεπιστημονική συνεργασία και αντιμετώπιση των παιδιών και εφήβων με ψυχική διαταραχή. Η αγχώδης διαταραχή, καθώς εμπίπτει στους άξονες του συγκριμένου διαγνωστικού εργαλείου, φαίνεται καθαρά ο χαρακτήρας της, οι διαταραχές και δυσλειτουργίες που εμφανίζονται με την παρουσία της. Έτσι, τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας εντοπίζονται με ευκρινή τρόπο, κατά τη διάρκεια της διαμόρφωσης κλινικής διάγνωσης. Στη συνέχεια, σχεδιάζονται στρατηγικές αποτελεσματικής θεραπείας, συντάσσεται έκθεση κλινικής αξιολόγησης. Επίσης στο σημείο αυτό, κρίνεται ή όχι απαραίτητη η παραπομπή κάποιου για ψυχιατρική εκτίμηση. Και στο σημείο αυτό ξεκινά και η θεραπευτική μεθοδολογία για τη συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή.

Το DSM – IV πρόκειται για ένα εγχειρίδιο διαφορικής διάγνωσης, συλλογικό έργο, που περιέχει βασικά διαγνωστικά κριτήρια για την ταξινόμηση διάφορων περιπτώσεων που εμπίπτουν στους 5 βασικούς άξονες της θεματολογίας του: (α) τα κλινικά σύνδρομα, (β) τις διαταραχές της προσωπικότητας και τη νοητική υστέρηση, που δεν περιλαμβάνονται στην προηγούμενη ομάδα, (γ) τις γενικές ιατρικές

διαταραχές, (δ) τα ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα και (ε) μία κλίμακα, από το 1-100, η οποία αντανάκλα την τρέχουσα γενική προσαρμογή του ατόμου, σχετικά με την επαγγελματική λειτουργικότητά του, τις κοινωνικές του σχέσεις και τον τρόπο διαχείρισης του ελεύθερου του χρόνου.

Από την άλλη, το σύστημα διάγνωσης ICD-10, είναι η 10^η αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων και των Σχετικών Προβλημάτων Υγείας. Πρόκειται για την πιο πρόσφατη από μια σειρά διαγνωστικών εγχειριδίων, γνωστών ως Ταξινόμηση Bertillon ή Διεθνής Κατάλογος των Αιτιών Θανάτου, η οποία καθιερώθηκε το 1893, με τις παραπάνω ονομασίες. (<http://www.galinos.gr/web/drugs/main/lists/icdcodes>).

Για την διάγνωση του άγχους στα παιδιά και τους έφηβους, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας χρησιμοποιούν μια σειρά από δοκιμασίες. Οι κυριότερες από αυτές είναι:

- Η κλίμακα RCMAS - Revised Children's Manifest Anxiety Scale (Reynolds & Richmond, 1985)
- Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) (Birmaher et al. 1999)
- MASC2 (Multidimensional Anxiety Scale for Children, 2nd Edition)
- SCAS (Spence Children Anxiety Scale) που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση συμπτωμάτων του άγχους αποχωρισμού, της κοινωνικής φοβίας, της αγοραφοβίας – πανικού, της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής και της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής (Spence, 1998).
- BAI (Beck Anxiety Inventory): Κλίμακα με 21 items που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της έντασης του άγχους σε ψυχιατρικούς πληθυσμούς (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988).

8. ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

8.1 Βιοανάδραση και Νευροανάδραση

Αν και θεωρούνταν «περιθωριακή» θεραπεία για αρκετά χρόνια, η νευροανάδραση (neurofeedback, ή EEG biofeedback) έχει φτάσει σε ένα σημείο που να εντάσσεται πολύ περισσότερο στις αποδεκτές μεθόδους θεραπείας, τόσο σε σχέση με τις αγχώδεις διαταραχές, όσο και με άλλες ψυχοφυσιολογικές καταστάσεις, όντας αποδεκτή από έναν ολοένα και μεγαλύτερο αριθμό επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Brauer, 1999). Η νευροανάδραση, γνωστή και ως «εφαρμοσμένη ψυχοφυσιολογική ανάδραση» (applied psychophysiological feedback) και μέρος της γενικότερης θεραπείας της βιοανάδρασης (biofeedback), είναι η διαδικασία της παρουσίασης / παρακολούθησης ακούσιων ή υποουδικών ψυχολογικών διαδικασιών με την χρήση ειδικών ηλεκτρονικών οργάνων. Μέσω της τεχνικής αυτής, το άτομο μαθαίνει να επηρεάζει συνειδητά τις διεργασίες αυτές, εφαρμόζοντας αλλαγές σε νοητικό επίπεδο. Κατά αυτόν τον τρόπο, η νευροανάδραση παρέχει έναν οπτικοποιημένο και βιωματικό τρόπο απεικόνισης της σύνδεσης νου και σώματος, ενώ η βιοανάδραση εν γένει καταγράφει και άλλες φυσιολογικές αντιδράσεις (καρδιακοί παλμοί, εφίδρωση, μυϊκός τόνος), δίνοντας μια συνολική εικόνα της σωματικής απεικόνισης της διαταραχής (Brauer, 1999, Peper, Harvey & Takabayashi, 2009).

Κατά την διαδικασία της νευροανάδρασης, ο ασθενής (ή «εκπαιδευόμενος», κατά την διάρκεια της συγκεκριμένης θεραπείας) βρίσκεται σε χαλάρωση με αισθητήρες προσκολλημένους στο δέρμα του, βλέποντας μια οθόνη που του παρέχει οπτικό και ακουστικό feedback, ώστε να εκπαιδευτεί στον έλεγχο αυτόνομων ή ασυνείδητων λειτουργιών του σώματος και την ενίσχυση επιθυμητών ψυχολογικών καταστάσεων, συλλέγοντας ταυτόχρονα, με την χρήση της τεχνολογίας, έναν εκταταμένο αριθμό διαθέσιμων πληροφοριών (Brauer, 1999). Ανεξάρτητα από τον τύπο του αισθητήρα που θα χρησιμοποιηθεί, οι πληροφορίες που συλλέγονται «φιλτράρονται», ποσοτικοποιούνται και απεικονίζονται πίσω στον ασθενή (feedback) με οπτικό ή ακουστικό τρόπο. Είτε σε κλινικό, είτε σε εκπαιδευτικό πλαίσιο, οι τεχνικές βιοανάδρασης χρησιμοποιούν υπολογιστές ώστε να παρέχουν άμεσο feedback σε πραγματικό χρόνο, με την μορφή γραφημάτων, αριθμών, ήχων και

εικόνων, όπως και μια σύνοψη της συνεδρίας. Οι πληροφορίες αυτές χρησιμεύουν στην ενίσχυση και την διαμόρφωση της συμπεριφοράς και την ενίσχυση βούλησης για επίτευξη στόχων αυτορρύθμισης (Peper, Harvey & Takabayashi, 2009). Σε μια συνεδρία νευροανάδρασης, οι ασθενείς μαθαίνουν να παράγουν επιθυμητά patterns εγκεφαλικών κυμάτων, που απεικονίζονται σε μια οθόνη υπολογιστή, ελέγχοντας την δραστηριότητα ενός ηλεκτρονικού «παιχνιδιού» από μια δεύτερη οθόνη. Μέσο του παιχνιδιού υπολογίζεται το «σκόρ», όπως ακριβώς σε ένα ηλεκτρονικό παιχνίδι (Oubr, 2002).

Ως γενικότερη εφαρμογή, η νευροανάδραση –και, γενικότερα, η βιοανάδραση- μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως τεχνική χαλάρωσης. Ωστόσο, η ανάπτυξη των εφαρμογών της βιοανάδρασης την καθιστά ικανή μέθοδο αντιμετώπισης μιας σειράς φυσιολογικών και ψυχολογικών διαταραχών. Θεραπείες, μέρος των οποίων μπορεί να είναι η βιοανάδραση, αφορούν φυσιολογικές διαταραχές όπως ο κεφαλαλγία, το χρόνιο άλγος, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, το άσθμα, η επιληψία, η υπέρταση, ο ίλιγγος κ.α. (Brauer, 1999). Η χρήση της νευροανάδρασης είναι ακόμα πιο κοινή σε μια σειρά ψυχικών διαταραχών -καταστάσεων, κυρίως στην αντιμετώπιση του άγχους και της αϋπνίας. Πολλές μορφές ψυχοθεραπείας, όπως η ψυχοδυναμική, η συμπεριφοριστική και η βραχεία ψυχοθεραπεία, εμφανίζονται να έχουν ενισχυμένη αποτελεσματικότητα με την συμπληρωματική χρήση της νευροανάδρασης. Τόσο ο θεραπευόμενος, όσο και ο θεραπευτής μπορούν να ωφεληθούν από μια απεικόνιση φυσιολογικών αντιδράσεων, ώστε να μπορούν ευκολότερα να εντοπίσουν την άρνηση, την αντίσταση και άλλους μηχανισμούς άμυνας, καθώς η νευροανάδραση μπορεί να παρέχει μια σημαντική απεικόνιση της σύνδεσης μεταξύ σκέψης και συναισθήματος (Brauer, 1999 , Oubr, 2002). Η σύνδεση νού και σώματος, με την χρήση τεχνικών βιοανάδρασης, επιτρέπει στον ασθενή να παρακολουθήσει και να δεχτεί ότι τα φυσιολογικά του συμπτώματα είναι κάτι παραπάνω από ένα «φυσικό φαινόμενο». Έτσι, οι ασθενείς αρχίζουν να αντιλαμβάνονται ότι η διαταραχή πρέπει να αντιμετωπιστεί, όχι μόνο σε σχέση με το σώμα τους, αλλά και με την αλλαγή των συμπεριφορών, των σκέψεων και των συναισθημάτων από τους ίδιους (Peper, Harvey, Takabayashi, 2009). Μια σειρά από έρευνες αναφέρονται στην χρησιμότητα της νευροανάδρασης σε σχέση με τα παιδιά, τόσο όσον αφορά το άγχος, όσο και άλλου είδους διαταραχές, όπως η ΔΕΠ-Υ (Linden, Habib & Radojevic, 1996). Στην έρευνα των Wenck et al. (1996), που αναφέρει ο Brauer (1999: 4), 150 παιδιά, ηλικίας 12 έως 13 χρόνων, που

προσδιορίστηκαν ως «αγχώδη» από τους καθηγητές τους, χωρίστηκαν σε πειραματικές (που εφάρμοσαν έξι συνεδρίες βιοανάδρασης) και ομάδες ελέγχου (που δεν υπέστησαν οποιαδήποτε παρέμβαση). Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική μείωση του άγχους στις πειραματικές ομάδες σε σχέση με τις ομάδες ελέγχου. Την εφαρμογή της νευροανάδρασης περιγράφει ο Hammond (2005), αναφέροντας μια σειρά ερευνών κατά τις οποίες χρησιμοποιήθηκε η νευροανάδραση για την ενίσχυση των κυμάτων alpha (8-13 Hz), τα οποία συνδέονται με την μείωση του άγχους. Με την χρήση της νευροανάδρασης, η παραγωγή των κυμάτων alpha αυξήθηκε κατά 33%, ενώ οι μετρήσεις του άγχους ήταν σημαντικά χαμηλότερες.

Έτσι, η νευροανάδραση μπορεί να οριστεί ως μια μαθησιακή στρατηγική, που συμβάλλει στην ικανότητα του κάθε συμμετέχοντος να μεταβάλλει την εγκεφαλική του δραστηριότητα. Χρησιμοποιώντας το ποσοτικό εγκεφαλογράφημα (QEEG) παρακολουθεί τη λειτουργία του εγκεφαλικού φλοιού σε πραγματικό χρόνο. Σε περιπτώσεις δυσλειτουργίας του εγκεφάλου, η παρουσία των ανεπιθύμητων συμπτωμάτων, στην περίπτωσή μας, υπερβολικό άγχος και ένταση, μπορούν να απεικονιστούν in vivo. Με τον τρόπο αυτό η Νευροανάδραση είναι η εκπαίδευση του εγκεφάλου, με απώτερο σκοπό να αποκτηθούν τα φυσιολογικά επίπεδα των εγκεφαλικών κυμάτων και κατ' επέκταση την φυσιολογική επαναφορά των σωματικών και ψυχολογικών λειτουργιών. Σ' αυτή συμπεριλαμβάνονται δυο είδους εκπαιδεύσεις, για την εναρμόνιση και επαναφορά στα φυσιολογικά επίπεδα της εγκεφαλικής λειτουργίας, αυτή των υψηλών συχνοτήτων, με στόχο την καλλιέργεια της συγκέντρωσης κι εκείνη των χαμηλών συχνοτήτων, για την καλλιέργεια της χαλάρωσης. Αξιοποιώντας την πλαστικότητα και προσαρμοστικότητα του εγκεφάλου, τροφοδοτείται ο εγκέφαλος του συμμετέχοντος εφήβου ή παιδιού με πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας του και παροτρύνεται, μέσα από την επιβράβευση να λαμβάνει τα αναγκαία μηνύματα και μέσα από την επιβράβευση, να ωθείται στις επιθυμητές αναπροσαρμογές. Επομένως, ο εγκέφαλος, κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης παροτρύνεται στο να μάθει να διατηρεί την επιθυμητή κατάσταση, που επί του παρόντος είναι η χαλάρωση. Η διαδικασία αυτή, ωθεί τον εγκέφαλο προς τη μάθηση, με τρόπο συνακόλουθο της μάθησης, οποιασδήποτε άλλης κατάστασης. Και φυσικά, ο εγκέφαλος τείνει να διατηρεί τη νέα ικανότητα, όπως συμβαίνει και με τις υπόλοιπες μαθημένες καταστάσεις. Η νευροανάδραση είναι μια δυναμική μαθησιακή διαδικασία, για την οποία απαιτείται η τοποθέτηση ενός ηλεκτροδίου στο τριχωτό μέρος της κεφαλής και ενός ηλεκτροδίου σε κάθε αυτί, τα οποία και

συνδέονται σε έναν ηλεκτροεγκεφαλογράφο. Ένας Η/Υ λαμβάνει ενισχυμένα από την καταγραφή εγκεφαλικά σήματα κι ύστερα απομονώνει τις συχνότητες που θέλουμε να δουλέψουμε πάνω και να εκπαιδύσουμε. Τα ηλεκτρόδια ανιχνεύουν τα εγκεφαλικά κύματα, καθώς η συμπεριφορά των τελευταίων απεικονίζεται γραφικά σε μια οθόνη, με τη μορφή ενός παιχνιδιού. Στόχος του εκπαιδευόμενου είναι η αύξηση, σε συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου, των επιθυμητών κυμάτων και η αντίστοιχη μείωση των ανεπιθύμητων, για την επαναφορά στα φυσιολογικά επίπεδα της εγκεφαλικής λειτουργίας. (Hammond, 2005)

8. 1. 1 Βιοανάδραση / Νευροανάδραση και Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Η νευροανάδραση έχει εκτεταμένη χρήση σε σχέση με την μείωση της υπερδιέγερσης στην Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή. Σε συνδυασμό με την Γνωσιακή- Συμπεριφοριστική Θεραπεία (CBT), η νευροανάδραση μπορεί να είναι μια εξίσου αποτελεσματική εναλλακτική στην λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων, ειδικά για ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται επαρκώς σε αυτά ή έχουν τάσεις εξάρτησης ή αρνούνται την λήψη φαρμάκων για άλλους λόγους. Το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα μπορεί να επιτευχθεί με το συνδυασμό της CBT, της νευροανάδρασης και της φαρμακοθεραπείας. Η νευροανάδραση είναι εξαιρετικά χρήσιμη στην αντιμετώπιση της υπερδιέγερσης, είτε αυτή αφορά μεμονωμένα επεισόδια, είτε χρόνιες καταστάσεις, όπως και στην μείωση φοβικών συμπεριφορών που μπορούν να καταστήσουν την συμπεριφοριστική θεραπεία λιγότερο αποτελεσματική. Η νευροανάδραση, έτσι, γίνεται συστατικό μέρος της συμπεριφοριστικής θεραπείας, που περιλαμβάνει τεχνικές χαλάρωσης και τεχνικές άμεσης μείωσης συμπτωμάτων που βασίζονται στο εξατομικευμένο ψυχοφυσιολογικό προφίλ του εκάστοτε θεραπευόμενου (Brauer, 1999, Oubr, 2002). Στην ΓΑΔ, όπως και σε άλλες αγχώδεις διαταραχές, ο ασθενής θα πρέπει πρώτα –με την βιοανάδραση / νευροανάδραση- να αναπτύξει συνείδηση γύρω από την διαταραχή, στην συνέχεια να αναπτύξει τις τεχνικές αυτορρύθμισης και τέλος να ενσωματώσει τις τεχνικές που έμαθε στην διαδικασία της βιοανάδρασης στην καθημερινή του ζωή (Peper, Harvey & Takabayashi, 2009). Σε ασθενείς με ΓΑΔ που βιώνουν συμπτώματα μυϊκής έντασης, η βιοανάδραση περιλαμβάνει την χρήση ηλεκτρομυογραφικών (EMG) αισθητήρων, σε μύες που φαίνεται να έχουν την μεγαλύτερη δραστηριότητα. Οι ασθενείς που

βιώνουν συμπτώματα που αφορούν τις αυτόνομες λειτουργίες, λαμβάνουν feedback σε σχέση με τους παλμούς της καρδιάς, την αναπνοή, την περιφεριακή ροή αίματος και την εφίδρωση (Brauer, 1999). Η νευροανάδραση μπορεί να είναι περισσότερο χρήσιμη όταν στο στάδιο της αξιολόγησης καταγράφονται μη-κανονικά patterns εγκεφαλικής δραστηριότητας. Ως μέρος της συμπεριφοριστικής θεραπείας, μπορούν να γίνουν παρεμβάσεις ώστε να εντοπιστούν φόβοι και αρνητικοί τρόποι σκέψης, που μπορούν να εντοπιστούν με τεχνικές όπως η απευαισθητοποίηση και η ψυχοκατακλυσμαία θεραπεία (flooding), τεχνικές οι οποίες μπορούν να ενισχυθούν με την εφαρμογή της βιοανάδρασης. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου εξαρτάται από το κατά πόσον έχει αναλάβει ενεργό ρόλο ο ασθενής στην θεραπεία, αφού στις περισσότερες περιπτώσεις απαιτούνται έξι με δώδεκα συνδρίες βιοανάδρασης, ενώ για χρόνιους ή «παθητικούς» ασθενείς, ο αριθμός είναι συνήθως μεγαλύτερος (Brauer, 1999, Moore, 2000).

8.1.2 Η Βιοανάδραση / Νευροανάδραση και η Διαταραχή Πανικού.

Τόσο η διάγνωση, όσο και η αντιμετώπιση της Διαταραχής Πανικού μπορεί να είναι πιο ακριβής και αποτελεσματική όταν χρησιμοποιείται η νευροανάδραση, αλλά και η βιοανάδραση γενικότερα, ώστε να παρακολουθούνται οι φυσιολογικές αντιδράσεις του θεραπευόμενου. Όπως αναφέρει ο Brauer (1999), η Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία της Διαταραχής Πανικού έχει τέσσερις συνιστώσες, που μπορούν να είναι σημαντικά αποτελεσματικότερες με την χρήση της βιοανάδρασης:

Εκπαιδευτικό μέρος: Οι ασθενείς μαθαίνουν τις αιτίες του πανικού και την λογική – φιλοσοφία της θεραπευτικής προσέγγισης. Με την χρήση της βιοανάδρασης, οι ασθενείς βοηθούνται σημαντικά στην άμεση κατανόηση της σχέσης μεταξύ συναισθημάτων, σκέψεων και σωματικών λειτουργιών και αντιφράσεων. Με τον τρόπο αυτό, κατανοούν σε μεγαλύτερο βάθος την κατάσταση, κάτι που βοηθά στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Τεχνικές Σωματικής Διαχείρισης: Οι ασθενείς χρησιμοποιούν τεχνικές (όπως η ασκήσεις αναπνοών και χαλάρωσης) ώστε να διαχειριστούν τα συμπτώματα του άγχους. Η εφαρμογή της βιοανάδρασης στις τεχνικές αυτές παρέχει κίνητρα ώστε να μπορέσουν να τις αναπτύξουν, καθιστώντας τις αποτελεσματικότερες.

Γνωσιακή Αναδιάρθρωση: μάθηση τεχνικών μείωσης του φόβου και των αγχώδων συναισθημάτων. Η βιοανάδραση παρέχει σημαντικό κίνητρο στους ασθενείς, καθώς βλέπουν σημαντική διαφορά όταν συγκρίνουν τις σωματικές τους αντιδράσεις υπό καθεστώς φόβου με εκείνες που προκύπτουν από τις αναδιαρθρωμένες σκέψεις τους.

Στρατηγικές Έκθεσης του Φόβου: ο στόχος τους είναι η εξάλειψη του πανικού, όπως και συγκεκριμένων φοβιών και της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Με την εφαρμογή συστηματικών και ελεγχόμενων μεθόδων, επιχειρείται ο έλεγχος των αισθημάτων που προκαλούν αγχώδεις αντιδράσεις / πανικό. Η μέθοδος αφορά την τεχνική της συστηματικής απευαισθητοποίησης, όπου η πρόκληση διέγερσης διαρκεί για περίπου ένα λεπτό με διαστήματα χαλάρωσης, καθώς και την τεχνική της ψυχοκατακλυσμιαίας θεραπείας (flooding), όπου η πρόκληση της διέγερσης διαρκεί από 10 έως 15 λεπτά συστηματικής έκθεσης σε φοβικά ερεθίσματα. Η χρήση της νευροανάδρασης και της βιοανάδρασης εν γένει παρέχει σημαντικά κίνητρα και feedback στους ασθενείς σε σχέση με την θεραπεία, καθιστώντας αποτελεσματικότερες τις στρατηγικές έκθεσης του φόβου (Brauer, 1999).

8.1.3 Νευροανάδραση και Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

Ο Moore (2000) αναφέρει ότι η ενίσχυση των κυμάτων alpha, μέσω της νευροανάδρασης, σε ασθενείς με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (OCD), δεν είχε θετικά αποτελέσματα σε μια σειρά ερευνών. Με την άποψη αυτή διαφωνεί ο Hammond (2005), ο οποίος αναφέρει ότι οι συγκεκριμένες έρευνες εστίασαν αποκλειστικά στην ενίσχυση των κυμάτων alpha, παραβλέποντας ότι υπάρχουν τουλάχιστον τρεις υποτύποι EEG υποδειγμάτων που βρίσκονται στην Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή. Σύμφωνα, λοιπόν, με έρευνα που αναφέρεται από τον Hammond (2005), τρεις ασθενείς με OCD υποβλήθηκαν σε θεραπεία νευροανάδρασης με εξατομικευμένα χαρακτηριστικά. Η μείωση των συμπτωμάτων της διαταραχής, αξιολογούμενη από την κλίμακα YBOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) ήταν σημαντικά μεγαλύτερη από την μείωση που καταγράφουν φαρμακολογικές έρευνες, με την χρήση κλομιπραμίνης.

Παράλληλα με τη χρήση της νευροανάδρασης σημαντική θεωρείται η συμβολή των Γνωστικών Προκλητών Δυναμικών στην αξιολόγηση του άγχους ,

καθώς αποτελούν την πιο σύγχρονη τεχνική αξιολόγησης του όπως θα δούμε στο αμέσως επομενο κεφάλαιο.

8.2 Τα Γνωστικά Προκλητά Δυναμικά

Η χορήγηση των Γνωστικών Προκλητών Δυναμικών, ως τεχνική αξιολόγησης και αξιολόγησης της αποκατάστασης αγχώδους διαταραχής θα λέγαμε πως ξεκίνησε από μια έρευνα του Lamprecht και των συνεργατών του το 2005, στα πλαίσια μιας έρευνας για τον εντοπισμό των αιτιών και την αποκατάσταση ασθενών με διαταραχή πανικού, έπειτα από την χορήγηση βενζοδιαζεπινών και πιο συγκεκριμένα διαζεπάμης. Η έρευνα περιέκλειε 30 άτομα με ΜΟ ηλικίας τα 20 χρόνια. Η αξιολόγηση των ασθενών έγινε πριν και μετά από 30 μέρες από τη μέρα χορήγησης του φαρμάκου και οι τιμές στην εγκεφαλική τους δραστηριότητα συγκρίθηκαν με άτομα που συμμετείχαν στην ομάδα ελέγχου. Η αξιολόγησή τους έγινε με τη χρήση των Γνωστικών Προκλητών Δυναμικών με ακουστικά ερεθίσματα. Διαπιστώθηκαν σημαντικότερες διαφοροποιήσεις στο εύρος της κυματομορφής, ύστερα από 30 ημέρες φαρμακοθεραπείας πλησιάζει σε μεγάλο βαθμό τις τιμές που βρέθηκαν στην ομάδα ελέγχου (Καραπέτσας & Ζυγούρης, 2006).



Μια σύγχρονη τεχνική αντιμετώπισης του άγχους: Γνωστικά Προκλητά Δυναμικά

(φωτογραφία από το Εργαστήριο Νευροψυχολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας)

Ο όρος «Γνωστικά Προκλητά Δυναμικά» αναφέρεται στην καταγραφή συγκεκριμένων κυματομορφών της εγκεφαλικής δραστηριότητας, που παρατηρείται μετά από την παρουσίαση στο άτομο κάποιου ακουστικού, οπτικού ή σωματοαισθητικού ερεθίσματος. Τα ΓΠΔ έχουν ως στόχο την αξιολόγηση του

συστήματος γνωστικών λειτουργιών του ατόμου, που επιτυγχάνεται με μεγαλύτερη ακρίβεια από άλλες μεθόδους απεικόνισης του κεντρικού νευρικού συστήματος, αφού η καταγραφή στην περίπτωση των ΓΠΔ γίνεται σε εύρος χιλιοστών του δευτερολέπτου (ms). Με τον τρόπο αυτό μπορεί να επιτευχθεί μια πλήρης αξιολόγηση των γνωστικών λειτουργιών σε πραγματικό χρόνο, καθώς και μια καταγραφή των αλλαγών στην εγκεφαλική δραστηριότητα που συμβαίνουν κατά την διάρκεια μιας γνωστικής διεργασίας. Έτσι, τα ΓΠΔ αποτελούν μια αξιόπιστη μέθοδο για την αξιολόγηση νευρολογικών, μαθησιακών και ψυχικών διαταραχών, καθώς και μέθοδο για την αξιολόγηση των παρεμβάσεων σε αυτές. Τα ΓΠΔ χρησιμοποιούνται από τις αρχές της δεκαετίας του '70 και έχουν την ικανότητα να αξιολογούν – εντοπίζουν την μη-φυσιολογική λειτουργία των αισθητηριακών συστημάτων, όταν άλλες αξιολογήσεις δεν είναι αρκετά σαφείς, να εντοπίζουν δυσλειτουργίες στα αισθητηριακά συστήματα, να διασαφηνίζουν την πορεία της νόσου και να ελέγχουν επακριβώς τις αλλαγές στην κατάσταση του ασθενή, αξιολογώντας την θεραπεία – μέθοδο παρέμβασης που έχει επιλεγεί (Καραπέτσας & Ζυγούρης, 2006). Τα ΓΠΔ αναφέρονται στην ταυτόχρονη ενεργοποίηση των ηλεκτρικών πεδίων ενός μεγάλου αριθμού νευρώνων, δραστηριότητα που μπορεί να καταγραφεί, καθώς τα ηλεκτρικά πεδία αθροίζονται σχηματίζοντας ένα δίπολο, θετικό και αρνητικό ηλεκτρικό πεδίο. Τα ΓΠΔ προκαλούνται όταν ένα ερέθισμα ή ένα γεγονός προκαλεί αλλαγές στην ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου, μετά την επαναλαμβανόμενη παρουσίαση του ερεθίσματος. Το εύρος της καταγραφής της ηλεκτρικής δραστηριότητας κυμαίνεται από 100 ms πριν την παρουσίαση του ερεθίσματος μέχρι και 2000 ms μετά το τέλος της παρουσίασης. Κάθε εφαρμογή αθροίζεται και ως αποτέλεσμα οι ηλεκτρικοί θόρυβοι που μπορεί να προκύψουν μηδενίζονται και προκύπτουν θετικές και αρνητικές κυματομορφές που αντιπροσωπεύουν μια αντιληπτική – γνωστική δραστηριότητα η καθεμία (Καραπέτσας & Ζυγούρης, 2011).

Κατά την δεκαετία του 1960, σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των ΓΠΔ έπαιξε η ανακάλυψη της κυματομορφής P300 από τον Samuel Sutton, που εδραίωσε την άποψη ότι τα ΓΠΔ επηρεάζονται από τις ψυχολογικές και νοητικές λειτουργίες – καταστάσεις του ατόμου, επιτρέποντας την χρήση των ΓΠΔ για την αξιολόγηση ανώτερων γνωστικών λειτουργιών. Για την εμφάνιση των ΓΠΔ χρησιμοποιείται η χορήγηση τόσο ακουστικών, όσο και οπτικών ερεθισμάτων, ενώ στην πλειοψηφία τους εμφανίζονται μετά την χορήγηση ερεθίσματος στόχου (oddball) (Καραπέτσας &

Ζυγούρης, 2011). Στην περίπτωση του χορήγησης δοκιμασίας δύο ερεθισμάτων, δίνεται στα άτομα η οδηγία να προσέξουν το «oddball», δηλαδή το μη-σταθερό ερέθισμα, και να αγνοήσουν το σταθερό ερέθισμα, ενώ σε δοκιμασίες με περισσότερα ερεθίσματα περιλαμβάνονται και ερεθίσματα που σκοπό έχουν να αποπροσανατολίσουν το άτομο, ταυτόχρονα με σταθερά ερεθίσματα και oddball (Karl, Malta & Maercker, 2006). Οι περισσότερες κυματομορφές των Γνωστικών Προκλητών Δυναμικών μπορούν να εντοπιστούν και κατά την παρουσίαση του σταθερού (συνηθισμένου) ερεθίσματος χωρίς να είναι, όμως, τόσο ευδιάκριτες και χρησιμοποιούνται κυρίως για την επαλήθευση των αποτελεσμάτων του παράδοξου ερεθίσματος (Καραπέτσας & Ζυγούρης, 2011). Οι βασικότερες κυματομορφές των Γνωστικών Προκλητών Δυναμικών, σύμφωνα με τον Καραπέτσα (2011), είναι:

Η κυματομορφή N100

Πρόκειται για ένα αρνητικό δυναμικό ενέργειας που εκλύεται όταν το άτομο βρίσκεται σε εγρήγορση, σε περίπου 100 ms ως αντίδραση του εγκεφάλου σε επαναλαμβανόμενο ακουστικό ερέθισμα, αποτελώντας την έκφραση της αυθόρμητης αντίδρασης του εγκεφάλου στο ερέθισμα (Καραπέτσας & Ζυγούρης, 2011).

Η κυματομορφή N200

Η κυματομορφή N200 εκλύεται μεταξύ 180-325 ms μετά την παρουσίαση ενός οπτικού ή ακουστικού ερεθίσματος. Πρόκειται για ένα αρνητικό δυναμικό ενέργειας που εμφανίζεται ως αποτέλεσμα του διαχωρισμού στα ερεθίσματα (οπτικά ή ακουστικά) στα οποία καλείται ο εξεταζόμενος να ανταποκριθεί. Για να επιτευχθεί η έκκληση της N200 χρησιμοποιείται η περίπτωση του «παράδοξου (oddball) ερεθίσματος», στην οποία το άτομο πρέπει να αναγνωρίσει δύο ερεθίσματα που διαφέρουν ελάχιστα, ενώ το ένα από αυτά παρουσιάζεται συχνότερα. Η κυματομορφή αυτή παρουσιάζεται πριν ο εγκέφαλος συνειδητοποιήσει ότι του παρουσιάστηκε ένα ερέθισμα στο οποίο δεν έχει συνηθίσει, όταν δηλαδή παρουσιάζεται ένα «σπάνιο» ερέθισμα, μετά από μια σειρά «συνηθισμένων». Η N200 προκαλείται πριν την κινητική απόκριση, υποδεικνύοντας ότι αποτελεί ένα σύνδεσμο μεταξύ της γνωστικής διαδικασίας της αναγνώρισης και της διάκρισης ερεθισμάτων (Καραπέτσας & Ζυγούρης, 2011, Patel & Azzam, 2005).

Η κυματομορφή P300

Η κυματομορφή P300 εκλύεται μεταξύ 300 – 400 ms μετά την παρουσίαση του ερεθίσματος, όμως ο χρόνος αυτός μπορεί να έχει πολύ μεγαλύτερο εύρος σε κάποιες μετρήσεις (250 – 900 ms) (Patel & Azzam, 2005). Η P300 είναι η πλέον μελετημένη των Γνωστικών Προκλητών Δυναμικών και πρόκειται για ένα θετικό δυναμικό ενέργειας που εκλύεται σε περίπου 300 ms μετά την παρουσίαση του ερεθίσματος. Στη δημιουργία της έχουν σημαντικό ρόλο διάφοροι νευροδιαβιβαστές καθώς και διάφορες εγκεφαλικές δομές ενώ η έκλυση της κυματομορφής σχετίζεται με το ποσοστό προσοχής του ατόμου απέναντι σε μια διαδικασία καθώς και την προσπάθεια που καταβάλλει για να διακρίνει τις διαφορές μεταξύ των φυσικών χαρακτηριστικών ενός ερεθίσματος. Για την καταγραφή της μπορούν να χρησιμοποιηθούν ακουστικά, οπτικά και σωματοαισθητικά ερεθίσματα. Η κυματομορφή P300 μας παρέχει πληροφορίες για τον τρόπο ενεργοποίησης και λειτουργίας των ανώτερων γνωστικών λειτουργιών του ατόμου (μνήμη, μάθηση, προσοχή, επίπεδο εγρήγορσης, αντίληψη) (Καραπέτσας & Ζυγούρης, 2011). Η P300 υπάρχουν ενδείξεις ότι σχετίζεται με την δραστηριότητα των κροταφο-βρεγματικών και προμετωπιαίων περιοχών και –σε μικρότερο βαθμό– με τον ιππόκαμπο, ενώ φαίνεται να εμπλέκει GABAεργικά, χολινεργικά και σεροτονινικά συστήματα (Karl, Malta & Maercker, 2006).

8.2.1 Γνωστικά Προκλητά Δυναμικά και Αγχώδεις Διαταραχές

Η σχέση των ΓΠΔ με το άγχος μπορεί να καταγραφεί σε μια σειρά περιπτώσεων, όπως στην περίπτωση χορήγησης αγχογόνων ερεθισμάτων ή καταστάσεων. Στην έρευνα του Michalski (1998) περιγράφεται η χρήση των ΓΠΔ για τον προσδιορισμό της επιρροής ενός «καινούργιου περιβάλλοντος» (novel environment), ως στρεσογόγου κατάστασης. Με την χρήση της δοκιμασίας oddball καταγράφηκαν τα ΓΠΔ που εμφανίστηκαν στην δοκιμασία και υπήρξε μια δεύτερη καταγραφή 40 λεπτά αργότερα. Στην αρχική δοκιμασία, ο χρόνος εμφάνισης των κυμάτων ήταν πολύ μικρότερος και το μήκος τους σημαντικά μεγαλύτερο, τόσο όσον αφορά την κυματομορφή P200, όσο και την P300. Έτσι, με βάση την έρευνα αυτή, οι κυματομορφές P200 και P300 επηρεάζονται άμεσα από το άγχος του ατόμου που

αντιμετωπίζει κάτι «καινούργιο», το οποίο, σύμφωνα με τον Michalski, είναι ένα μοντέλο «καθαρού» άγχους. Σημαντική για την συσχέτιση ΓΠΔ και άγχους είναι και η έρευνα πάνω στην Διαταραχή Μετα-Τραυματικού Άγχους, που συνοψίζεται στην μελέτη των Karl, Malta & Maercker (2006). Για την διαδικασία oddball αναφέρεται η σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ υποκειμένων με PTSD σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, όσον αφορά την κυματομορφή P300, αφού στα άτομα με PTSD υπάρχει σημαντική μείωση της επεξεργασίας ουδέτερων ερεθισμάτων (μειωμένο μήκος της κυματομορφής P300), ενώ στα ερεθίσματα που σχετίζονται με την τραυματική εμπειρία υπήρχε αυξημένη αντίδραση, όπως και –σε μικρότερο βαθμό– σε άλλα ερεθίσματα σχετικά με τον φόβο. Επιπλέον, κατάγράφηκαν μειωμένες αντιδράσεις σε σχέση με την υποκατηγορία P3b της κυματομορφής P300, που ερμηνεύτικαν ως ένδειξη γενικής γνωστικής δυσλειτουργίας, πιο συγκεκριμένα σε σχέση με την προσοχή, την μνήμη εργασίας και την κατανομή πληροφοριών για την επιτέλεση κάποιας πράξης / δοκιμασίας. Κατά τον τρόπο αυτό, τα ΓΠΔ μπορούν να χρησιμοποιηθούν τόσο για την αξιολόγηση της γενικής κατάστασης ενός ατόμου με PTSD, όσο και για την αξιολόγηση πιο συγκεκριμένων ζητημάτων γνωστικής δυσλειτουργίας. Ακόμα, τα ΓΠΔ μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της παρέμβασης σε άτομα με PTSD, καθώς, όπως αναφέρουν οι Karl, Malta & Maercker (2006), σε άτομα που έχουν ενταχθεί σε κάποια θεραπεία υπάρχουν ενδείξεις σημαντικής βελτίωσης, καθώς οι τιμές των ΓΠΔ προσεγγίζουν, ως ένα βαθμό, εκείνες της ομάδας ελέγχου, με σκοπό την μείωση της επιλεκτικής προσοχής σε φοβικά και σχετικά με το τραύμα ερεθίσματα. Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγει και η έρευνα των Carretie et al. (2000), στην οποία αναφέρεται ότι, σε άτομα με υψηλό άγχος, η κυματομορφή P200 εμφάνισε μεγαλύτερο μήκος και μικρότερο χρόνο εμφάνισης όταν παρουσιάζονταν αρνητικά ερεθίσματα, απ' ότι θετικά.

Στην έρευνα των Rossignol et al. (2004), τα υποκείμενα έλαβαν μέρος σε μια οπτική δοκιμασία oddball, στην οποία έπρεπε να εντοπίσουν, όσο το δυνατόν γρηγορότερα, αποκλίνοντα χαρούμενα ή τρομακτικά πρόσωπα σε μια σειρά ουδέτερων προσώπων. Η έρευνα αναφέρει ότι το άγχος δεν μεταβάλλει κυματομορφές που σχετίζονται με την πρώτα στάδια της αντίληψης (N100, Π100, N170, VPP) ή την προσοχής (N2b), αλλά κυματομορφές που σχετίζονται με μετέπειτα στάδια επηρεάζονται, αφού, όπως αναφέρεται, υποκείμενα με υψηλές μετρήσεις σε κλίμακες

άγχους εντοπίζουν γρηγορότερα αποκλίνοντα πρόσωπα, όπως φαίνεται από τους μικρότερους χρόνους αντίδρασης, έχουν όμως μειωμένη ικανότητα επεξεργασίας του συναισθηματικού περιεχομένου των προσώπων. Σε έρευνα των Sachs et al. (2004) χορηγήθηκε μια δοκιμασία oddball σε άτομα με κοινωνική φοβία και σε ομάδα υγιών υποκειμένων. Παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες, καθώς τα άτομα με κοινωνική φοβία επέδειξαν μειωμένες τιμές μήκους των κυματομορφών N1, N2 και P300 και μεγαλύτερη καθυστέρηση στην κυματομορφή P300. Η καθυστέρηση στην κυματομορφή P300 συνδέεται, από τους ερευνητές, με μεγαλύτερο χρόνο αξιολόγησης του ερεθίσματος, που υποδεικνύει δυσλειτουργία στις γνωστικές διαδικασίες, η οποία επαληθεύτηκε από την αξιολόγηση με το NVLT (Non – Verbal Learning Test), αλλά όχι από την δοκιμασία WCST (Wisconsin Card Sorting Test). Ακόμα, η μείωση στο μήκος της κυματομορφής N1 υποδεικνύει δυσλειτουργία της αντιληπτικής διαδικασίας.

Γίνεται κατανοητό, λοιπόν, από τα παραπάνω, ότι τα ΓΠΔ επηρεάζονται άμεσα από το άγχος και την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, εμφανίζοντας σημαντικές διαφοροποιήσεις από τον «υγιή» πληθυσμό, που αφορούν μια σειρά από παράγοντες, όπως η γνωστική δυσλειτουργία, η επιλεκτική προσοχή σε απειλητικά – αγχογόνα ερεθίσματα ή η αδυναμία επεξεργασίας του συναισθηματικού περιεχομένου των ερεθισμάτων. Με βάση αυτό, τα ΓΠΔ μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της κατάστασης ατόμων με αγχώδεις διαταραχές (με την χρήση εξατομικευμένων παραμέτρων που σχετίζονται και με την συγκεκριμένη διαταραχή, καθώς υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες των διαταραχών άγχους), όσο και για την αξιολόγηση πιο συγκεκριμένων παραμέτρων (προσοχή, μνήμη εργασίας) και την αξιολόγηση της θεραπευτικής παρέμβασης, που αναμένεται να φέρει τις τιμές των ΓΠΔ κοντά σε αυτές του «υγιούς» πληθυσμού.

Αφού λοιπόν διαγνωσθεί κι αξιολογηθεί το άγχος σ' ένα άτομο, απαραίτητη είναι η αντιμετώπισή του από διάφορους λειτουργούς Ψυχικής Υγείας.

9. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του άγχους, υπάρχει μια μεγάλη σειρά θεραπευτικών όπλων, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Έτσι λοιπόν, στη φαρέτρα της θεραπευτικής μεθοδολογίας των ψυχικών διαταραχών υπάρχουν

εργαλεία για τη βιολογική θεραπεία και εργαλεία για την ψυχολογική ή/και ψυχιατρική θεραπεία. (Καραπέτσας 1998)

Για την επίλυση της αγχώδους διαταραχής, διά της βιολογικής οδού, χρησιμοποιούνται τα αγχολυτικά και πιο σπάνια αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Στα αγχολυτικά φάρμακα περιλαμβάνονται οι βενζοδιαπίνες και τα ανάλογά τους, όπως η διαζεπάμη, η αλπραζολάμη, η λοραζεπάμη, αλλά και η βουσπιρόνη, που ανήκει όμως στην οικογένεια των αζαπυρόνων.

Με την θεραπεία του άγχους έχουν ασχοληθεί όλες οι σχολές και οι τύποι ψυχοθεραπείας, από διαφορετική σκοπιά. Μπορούμε, όμως, να πούμε ότι η σημερινή μέθοδος παρέμβασης – ψυχοθεραπείας που τείνει να προτιμάται είναι η Γνωστική – Συμπεριφοριστική Θεραπεία (Compton et al., 2004).

Αναφερόμενοι στη Γνωστική – Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία, αναφερόμαστε σε μια διά λόγου θεραπεία, για τις ιδιαίτερες συνθήκες, στις οποίες το άτομο αντιμετωπίζει διάφορα προβλήματα. Στη συγκεκριμένη μέθοδο, επικεντρωνόμαστε σε μια σειρά πειραματικών ψυχολογικών μεθόδων, χάρη στις οποίες μπορούν να μειωθούν ή να εξαλειφθούν οι όποιες αποκλίσεις της συμπεριφοράς. Η προέλευση της αποκλίνουσας συμπεριφοράς και η παραμονή της όσο και οι μέθοδοι παρέμβασης για την εξάλειψή της βασίζονται στη Ψυχολογία της Μάθησης και τη Γνωστική Ψυχολογία. Η Γνωστική – Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία βασίζεται σε 3 βασικές αρχές: (α) ότι η συμπεριφορά καθορίζεται από τη γνωστική λειτουργία, (β) ότι η τελευταία μπορεί να ελεγχθεί και να μεταβληθεί και (γ) ότι οι επιθυμητές αλλαγές στη συμπεριφορά επηρεάζονται από τις γνωστικές αλλαγές (Compton et al. ο.π.).

Σχετικά με την συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, κύρια εργαλεία χρήσης είναι η αμοιβή και η τιμωρία, με στόχο την αλλαγή της σκέψης και της συμπεριφοράς, μέσα από διάφορες τεχνικές χαλάρωσης, απευαισθητοποίησης από φοβίες και χειρισμού του στρες. Έτσι, οι ασθενείς διδάσκονται στο ‘πώς’ να αντλούν μεγαλύτερη ανταμοιβή και ικανοποίηση από τις πράξεις τους και ‘πώς’ να αποφεύγουν να επαναλαμβάνουν συμπεριφορές, που προκύπτουν από τα προβλήματά τους, ή συμβάλλουν σε αυτά (Μαλικιώση – Λοϊζου, 2012).

Τέλος, η γνωστική ή γνωσιακή θεραπεία, είναι εκείνη η θεραπεία που στοχεύει στον εντοπισμό και επιδιόρθωση τρόπων σκέψης και στάσεων, που οδηγούν

σε επίπονα συναισθήματα και δυσλειτουργικές συμπεριφορές. Οι επιθυμίες και οι σκέψεις μελετώνται για να αποκαλυφθεί ο τρόπος με τον οποίο δημιουργούν τις εμπειρίες στα άτομα. Εδώ θα πρέπει να τονιστεί πως εάν οι σκέψεις και οι επιθυμίες είναι ιδιαίτερα αμετάβλητες και άκαμπτες, δημιουργούνται προβλήματα, για την αποφυγή των οποίων ο θεραπευτής θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να αντικαταστήσει την άκαμπτη σκέψη του με μια περισσότερο ελαστική (Μαλικιώση – Λοϊζου, 2012)..

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε λοιπόν, ότι η αποκατάσταση της αγχώδους διαταραχής στα παιδιά στρέφεται γύρω από τη μείωση και τον έλεγχο των στρεσογόνων καταστάσεων, την απόσβεση των συμπτωμάτων που εμφανίζονται, την ελάττωση της παρουσιαζόμενης δυσλειτουργίας. Επίσης υπάρχει συμβουλευτική εργασία – βοήθεια για τον παιδί και τον έφηβο, αλλά και την οικογένειά του. Σε ελάχιστες περιπτώσεις θα συμπεριληφθεί η φαρμακευτική αγωγή με ελαφριά αγχολυτικά και αντικαταθλιπτικά.

10. Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η κατανόηση των Διαταραχών Άγχους, των συμπτωμάτων τους, των διαφοροποιήσεων, καθώς και των μεθόδων αξιολόγησης και αποκατάστασης του άγχους είναι εξαιρετικά σημαντική για έναν ειδικό παιδαγωγό, καθώς εμπλέκεται άμεσα με το πλαίσιο εργασίας του. Οι μαθησιακές δυσκολίες, καθώς και οι αναπτυξιακές διαταραχές, αποτελούν καταστάσεις οι οποίες ενδέχεται να προκαλέσουν σημαντικό άγχος, τόσο στο παιδί, όσο και στην οικογένεια. (Billington, T. ,2000) Ο ειδικός παιδαγωγός θα πρέπει να έχει μια εποπτεία των συμπτωμάτων και των αιτιών των Διαταραχών Άγχους, ώστε να απευθυνθεί έγκαιρα σε κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας ή και να παρέμβει ο ίδιος, τόσο ατομικά, όσο και στο πλαίσιο της τάξης. Ο ειδικός παιδαγωγός θα πρέπει να γνωρίζει τόσο τα κοινωνικά αίτια, όσο και την συναισθηματική βάση του άγχους, ώστε να μπορέσει να κατανοήσει μια τέτοια κατάσταση, όπως και να έχει γνώση της νευροβιολογικής βάσης του άγχους. Η γνώση των μεθόδων θεραπείας των διαταραχών άγχους, δίνει στον ειδικό παιδαγωγό μια σημαντική γνώση των διαδικασιών αποκατάστασης στις οποίες εμπλέκεται ένα παιδί με διαταραχή άγχους, ώστε να προσαρμόσει τις δικές του

παρεμβάσεις και συμπεριφορά με τέτοιο τρόπο που να είναι βοηθητικός, ως προς την μέθοδο θεραπείας – αποκατάστασης και σε συνεργασία με τον / τους ειδικούς ψυχικής υγείας που παρεμβαίνουν ατομικά (στο παιδί) ή στο συνολικό πλαίσιο (το σχολείο). Η γνώση σύγχρονων μεθόδων νευροψυχολογικής αξιολόγησης και αποκατάστασης, που περιγράφονται στο επόμενο κεφάλαιο, είναι επίσης εξαιρετικά σημαντική για την κατανόηση των αγχωδών διαταραχών, καθώς μελετούν, εκτός των άλλων, και τις επιπτώσεις του άγχους στις γνωστικές λειτουργίες του ατόμου, όπως η μνήμη και η προσοχή, παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα την λειτουργία του παιδιού στο πλαίσιο της τάξης και μπορούν να δράσουν επιβαρύνοντας μια ήδη υπάρχουσα μαθησιακή δυσκολία ή αναπτυξιακή διαταραχή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το άγχος είναι μια φυσιολογική σωματική και ψυχική αντίδραση σε μια απειλή ή σε έναν κίνδυνο αλλά και σε μια απαίτηση. Το σώμα του ατόμου βρίσκεται σε ένταση και ο εγκέφαλος του πυροδοτείται από πολλαπλές σκέψεις. Ο καθένας μας εκτίθεται καθημερινά σε στρεσογόνες καταστάσεις. Το άγχος μπορεί να λειτουργεί και θετικά, εφόσον υπάρχει και το λεγόμενο ευ στρες. Σε αυτή την περίπτωση λειτουργεί σαν καταλύτης και μας ενεργοποιεί, για να αντεπεξέλθουμε στις όποιες δυσχερείς καταστάσεις τυχαίνει να αντιμετωπίσουμε.

Συναισθήματα θυμού, απογοήτευσης και φόβου, όπως επίσης, οξυθυμία, κούραση και κατάθλιψη μας κυριαρχούν και δε μας επιτρέπουν να λειτουργήσουμε έτσι όπως θα θέλαμε. Το στρες μας κάνει ιδιαίτερα απαιτητικούς, ανυπόμονους και ευερέθιστους με ιδιαίτερα χαμηλή διάθεση για συνεργασία. Διατρέχουμε μάλιστα κίνδυνο να κακοποιήσουμε λεκτικά ή ακόμη, σε ακραίες περιπτώσεις, και σωματικά τα παιδιά μας. Λειτουργώντας κάτω από την επίδραση αγχογόνων καταστάσεων, έχουμε την τάση να παρεξηγούμε συμπεριφορές των παιδιών μας, πιστεύοντας ότι για παράδειγμα έκαναν κάτι από πρόθεση, ενώ στην πραγματικότητα πρόκειται για μια απλή απροσεξία.

Το άγχος μπορεί να έχει ψυχογενή προέλευση ή μπορεί να είναι συνέπεια σωματικής πάθησης. Επιπλέον, εξαρτάται από τις γνωστικές, συναισθηματικές διεργασίες, τον τρόπο ζωής του ατόμου και τον τρόπο αντίληψης του. Κάθε άτομο

έχει ένα ορισμένο βαθμό άγχους, ο οποίος θεωρείται φυσιολογικός κάτω από ορισμένες περιστάσεις. Σε κάποιες άλλες όμως περιπτώσεις αυξημένου άγχους, προξενεί κακό και συντελεί στο να υπολειπουργεί το άτομο στις δραστηριότητές του και στο να επηρεάζεται αρνητικά η υγεία του.

Από την παράθεση των μεθόδων αποκατάστασης του άγχους προκύπτει το συμπέρασμα ότι η καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών με αγχώδεις διαταραχές είναι ο συνδυασμός όλων των διαθέσιμων τεχνικών μια και καμία τεχνική από μόνη της δεν είναι εφικτό να μειώσει τα σοβαρά συμπτώματα της ψυχοπαθολογίας σε ικανοποιητικό βαθμό και να διασφαλίσει την αποφυγή της υποτροπής. Εφόσον, λοιπόν, τελικός στόχος είναι η πλήρης ανάκτηση της λειτουργικότητας του ασθενούς απαραίτητη κρίνεται η συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών ψυχικής υγείας.(Καραπέτσας- Ζυγούρης 2006)

“Το άγχος δεν αδειάζει το αύριο από τις λύπες του, αλλά αδειάζει το σήμερα από τη δύναμή του.”

Charles Haddon Spurgeon

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aaron, J., Zaglul, H., & Emery, R. E. (1999). Posttraumatic stress in children following acute physical injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 335–343.
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. Text Rev.) Washington, DC: Author
- Atkinson, M., & Hornby, G. (2002) *Mental Health Handbook for Schools*. London: Routledge/Falmer.
- Βαρβόγλη Λ. (2006). *Η νευροψυχολογία του στρες στην καθημερινή ζωή*, 2^η έκδοση, Κλινική ψυχολογία, Εκδόσεις Καστανιώτη: Αθήνα.
- Barret, P.M., Rapee, R.M. & Dadds, M.R. (1996) Family Treatment of Childhood Anxiety: A Controlled Trial, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64, No. 2, 333-342
- Barret & May (2007) *Introduction to FRIENDS*, Author
- Beck, A. (1987) Cognitive approaches to anxiety disorders. Στο: B.F. Shaw, Z.V. Zegal, T.M. Vallis & F.E. Cashman (eds), *Anxiety disorders: Psychological and biological perspectives*, pp.115-136. New York: Plenum.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). *An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893–897.
- Beidel, D.C. & Alfano, C. (2011) *Child Anxiety Disorders: A Guide to Research and Treatment*, 2nd Edition, New York: Routledge

Beidel, D.C., Morris, T.L. & Turner, M.W. (2004) Social Phobia. In Morris, T.L. & March, J.S. (Eds.) (2004) *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*, New York: Guilford Press

Beidel, D. C. & Turner, S. (2005) *Childhood Anxiety Disorders: A Guide to Research and Treatment*, New York: Routledge

Bernstein, G.A., Borchardt, C.M. & Perwien, A.R. (1995) *Anxiety Disorders* in Children and Adolescents, *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry* v. 35:1110-1119

Biederman et al. (1997) Panic Disorder and Agoraphobia in Consecutively Referred Children and Adolescents, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 36 (2): 214-224

Billington, T. (2000) *Separating, losing and excluding children. Narratives of difference*. London: Routledge Falmer.

Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230–6.

Bohhorst, K., Goosens, F., & de Ruylter, P. (1995) Social anxiety at elementary school. *Educational Research*, 37(1), 87-94.

Bogels, S. M. & Brechman – Toussaint, M. (2006) Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs, *Clinical Psychology Review*, v. 26 (7): 834-856

Bouman, T.K., & Emmelkamp, P.M.G. (1996). Panic disorder and agoraphobia. In V.B. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Sourcebook of psychological treatment manuals for adult disorders*. New York: Plenum Press.

Brauer, A. (1999) Biofeedback and Anxiety, *Psychiatric Times*, Vol. 16 (2), 1-5

Brown, T.A., O' Leary, T.A. & Barlow, D.H. (2001) Generalized Anxiety Disorder. In Barlow, D.H. (Ed.) (2001) *Clinical Handbook of Psychological Disorders, Third Edition: A Step-by-Step Treatment Manual*, New York: Guilford Publications

Cambo, J.V. & Fritsch, S.L. Somatization in Children and Adolescents, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 33 (9): 1223–1235

Carretie, L. , Mercado, F. , Tapia, M. , Hinojosa, J.A. (2000) Emotion, attention, and the ‘negativity bias’, studied through event-related potentials, *International Journal of Psychophysiology* 41, 75-85

Compton et al. (2004) Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents: An Evidence-Based Medicine Review, *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*, 43:8

Craig, W.M. (1998) The relationship between bullying, victimization, depression, anxiety and aggression in elementary school children, *Personal Individual Differences*, v.24 (1): 123-130

Craske, M.G., Barlow, D.H., & Meadows, E.A. (2000). *Mastery of your anxiety and panic, third edition (MAP 3) (therapist guide)*. San Antonio TX: The Psychological Corporation.

Δερεδάκης, Ν. & Θάνος, Θ. (2010) Το άγχος και οι διαταραχές του στα παιδιά, *Επιστημονικό Βήμα*, v. 10: 79-94

Fekkes, M., Pijpers, F.I.M. and Verloove-Vanhorick, S.P. (2005) Bullying: Who does what, when and where? Involvement of children, teachers and parents in bullying behavior. *Health Education Research*, 20, 81–91.

First, M., Frances, A., Pincus, H. (2006) DSM-IV-TR *Εγχειρίδιο Διαφορικής Διάγνωσης*, Μετάφραση: Φινέτη, Κ , Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης

Ζαρταλούδη, Α. (2011) Γνωσιακή Προσέγγιση της Κοινωνικής Φοβίας, *Interscientific Health Care (2011) Τόμος 3, Τεύχος1, 1-9*

Ζαφειροπούλου, Μ. (1998) Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση για τη μάθηση και τη συμπεριφορά του παιδιού στο σχολείο: Προοπτικές ομαλής εξέλιξης, προσαρμογής και πρόληψης. Πανεπιστημιακές Σημειώσεις: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Ginsburg, G.S., La Greca, A.M., & Silverman, W.K. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders. Relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(3), 175-185.

Goodman, W., Rasmussen, S. & Leckman, J.F. (1995) A family study of obsessive – compulsive disorder, *American Journal of Psychiatry*, v. 152: 76-84

Green, B.L., Korol, M., Grace, M.C., Vary, M.G., Leonard, A.C., Gleser, G.C., Smitson-Cohen, S. (1991) Children and Disaster: Age, Gender, and Parental Effects on PTSD Symptoms, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 30(6), 945–951

Hammond, D.C. (2005) Neurofeedback Treatment of Depression and Anxiety, *Journal of Adult Development*, Vol. 12, 131-137

Herbert, M., (2008). *Problems of childhood. A complete guide for all concerned*, London: Pan Books.

Kadzin, A.E. & Strauss, C. C. (1987) Separation Anxiety and School Phobia, *American Journal of Psychiatry*, v. 144: 653-657

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1992) *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο του σχολείου*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. & Ζαφειροπούλου, Μ. (2010) *Προσαρμογή στο σχολείο: πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 11^η έκδοση.

Κακουρος, Ε & Μανιαδάκη, Κ (2005) , *Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων* Αθήνα: Τυπωθήτω

Kaplan, H.S. (1988) Anxiety and Sexual Dysfunction, *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 49: 21-25

Καπάτου, Α. (2013) *Οι γονείς κάνουν τη διαφορά*, Αθήνα: Εκδόσεις Μίνωας

Καπάτου, Α. (2013) *Μεγαλώστε εντυχιμένα παιδιά* , Αθήνα : Εκδόσεις Μίνωας

Καπάτου, Α. (2007) *Εφηβεία* Αθήνα : Modern Times

Καραδήμας, Ε.Χ. & Καλατζή – Αζίζι, Α. (2002) Η σχέση μεταξύ γεγονότων ζωής και καθημερινών προστριβών, προσδοκιών αυτό-αποτελεσματικότητας, στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και ψυχοσωματικής υγείας, *Ψυχολογία*, v. 9(1) 75-91

Καραπέτσας Α.Β. (1998) *«Νευροψυχολογία του αναπτυσσόμενου ανθρώπου»*, Εκδ. Σμυρνιωτάκη, Αθήνα.

Καραπέτσας, Α. Β., Ζυγούρης, Ν.Χ (2006). Η χρήση των Γνωστικών Προκλητών Δυναμικών στην αξιολόγηση και θεραπευτική αποκατάσταση παιδιών και εφήβων με κατάθλιψη», *Εγκέφαλος*, 3, 43. (<http://www.encephalos.gr/full/43-3-03g.htm>)

Καραπέτσας, Α. Β. & Ζυγούρης, Ν.Χ. (2011) Η χρήση των γνωστικών προκλητών δυναμικών στην πρόγνωση, διάγνωση και αποκατάσταση παιδιών με δυσλεξία, *Εγκέφαλος 2011*, 48(3):118-127

Karl, A., Malta, L.S., Maercker, A. (2006). Meta-analytic review of event-related potential studies in post-traumatic stress disorder. *Biol Psychol*, 71(2), 123-147

King, N.J., & Yule, W. (1994) International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders in children and adolescents. *London: Plenum Press*.

King, N.J. & Bernstein, G.A. (2001) School Refusal in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 40 (2), 197-205

Klein, R.G. (1994, 3rd edition). Anxiety Disorders. Στο: M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (eds), *Child and adolescent psychiatry*, pp.351-357, London: Blackwell Science.

Konstanski, M. & Gullone, E. (1988) Adolescent Body Image Dissatisfaction: Relationships with Self Esteem, Anxiety and Depression, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 39 (2): 255-262

Kozak, J. M. & Foa, B. E. (1997). *Mastery of Obsessive Compulsive Disorder*. Graywind Publications.

La Greca, M.L. & Lopez, N. (1998) Social Anxiety Among Adolescents: Linkages with Relations and Friendships, *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 26 (2): 83-94

Λεοντάρη, Α., Γιαλαμάς Β.: *Το άγχος των εξετάσεων, η αυτοαντίληψη και η σχολική επίδοση, στο «Ψυχολογία» τ.3, 1996*

Linden, M. , Habib, T. & Radojevic, V. (1996) A Controlled Study of the Effects of EEG Biofeedback on Cognition and Behavior of Children with Attention Deficit Disorder and Learning Disabilities, *Biofeedback and Self-Regulation*, Vol. 2, 35-49

Leibowitz, E.R. & Omer, H. (2013) *Treating Childhood and Adolescent Anxiety: A Guide for Caregivers*, New Jersey: John Wiley & Sons

Λυμπεράκης Σ. (1997). *Εγκέφαλος και Ψυχολογία, Εισαγωγή στη Νευροψυχολογία*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα : Αθήνα.

Maher, W. B. & Maher, B. A. (1985). Psychopathology: I. From ancient times to the eighteenth century. In G. A. Kimble & K. Schlesinger (Eds.), *Topics in the history of psychology* (Vol. 2). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Μάνος Ν., (1988). «*Βασικά στοιχεία ψυχιατρικής*», Θεσσαλονίκη: University Studio Press

Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (2012). *Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Πεδίο

McCabe et al. (2003) Preliminary Examination of the Relationship Between Anxiety Disorders in Adults and Self- Reported History of Teasing or Bullying Experiences, *Cognitive Behaviour Therapy Vol 32, No 4, pp. 187–193*

McLeer, S., Deblinger, E., Atkins, E., Foa, E., & Ralphe, D. (1988). Post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*, 650–654.

Μαυρομμάτη, Ν. (2008) *Αγχώδεις Διαταραχές και Φοβίες στα Παιδιά*, Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Ψυχολογία, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Mertin, P and Mohr, P (2002) 'Incidence and Correlates of Post-Trauma Symptoms in Children from Backgrounds of Domestic Violence', *Violence and Victims*, Vol. 17, p5

Moore, N.C. (2000), A review of EEG biofeedback treatment of anxiety disorders. *Clinical Electroencephalography 31(1)*:1-6.

Μπαμπινιώτης, Γ. (2002) *Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας*, Κέντρο λεξικολογίας Ε.Π.Ε., Αθήνα.

Μπεζεβέγκης, Η. (2002) Άγχος, αγχογόνες καταστάσεις και η αντιμετώπισή τους σε παιδιά και εφήβους. Στο: Ε. Βασιλάκη, Σ. Τριλίβα και Η. Μπεζεβέγκης (επιμ.), *Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους*, σελ. 29-61. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μπίμπου – Νάκου, Ι. (2010) Το άγχος και η φοβία σε παιδιά. Στο Ζαφειροπούλου, Μ. & Καλατζή – Αζίζι, Α. (2010) *Προσαρμογή στο Σχολείο*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Μπότσας, Γ. (2008) Ενίσχυση των γνωστικών και συναισθηματικών χαρακτηριστικών των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες. Στο Παντελιάδου, Σ. & Αντωνίου, Φ. (2008) *Διδακτικές προσεγγίσεις και πρακτικές για μαθητές με Μαθησιακές Δυσκολίες*, Θεσσαλονίκη: Γράφημα

Oubr, A. (2002) EEG neurofeedback for treating psychiatric disorders, *Psychiatric Times*, v. 29 (2), 1-5

Patel, S.H. & Azzam, P.N. (2005) Characterization of N200 and P300: selected studies of the Event-Related Potential, *International Journal of Medical Science*, 2(4):147-54

Peper, E., Harvey, R., & Takabayashi, N. (2009). Biofeedback an evidence based approach in clinical practice. *Japanese Journal of Biofeedback Research*, 36(1), 3-10.

Phillips, B.N. (1978) *School Stress and Anxiety: Theory, Research and Intervention*, Human Sciences Press

Rachman, S. (1978) *Fear and Courage*, New York: W. H. Freeman and Company

Reynolds, C.R., and Richmond, B.O. (1985). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale. RCMAS Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services

Rice, C.L. (2008) *Reducing Anxiety in middle school and high school students: a comparison of cognitive behavioral therapy and relaxation training approaches*, PhD Dissertation, Department of Special Education, Rehabilitation and School Psychology, University of Arizona

Rossignol, M. , Pilippot, P. , Duillez, C. , Crommelinck, M. & Campanella, S. (2004) The perception of fearful and happy facial expression is modulated by anxiety: an event-related potential study, *Neuroscience Letters* 377 (2005) 115–120

Sachs, G. , Anderer, P., Mergreiter, N., Semlitsch, H., Saletu, B., Katschnig, H. (2004) P300 event-related potentials and cognitive function in social phobia, *Psychiatry Research: Neuroimaging*, Vol. 131 (3), 249, 261

Silverman, W.K. & Dick – Niederhauser, A. (2004) Separation Anxiety Disorder. In Morris, T.L. & March, J.S. (Eds.) (2004) *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*, New York: Guilford Press

Singer et al. (1998) Viewing Preferences, Symptoms of Psychological Trauma and Violent Behaviors among children who watch Television, *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, v.37(10) 1041-1048

Spence, S. (1998) A measure of anxiety symptoms among children, *Behaviour Research and Therapy*, vol. 36: 545-566

Spence, S., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M., (1999) Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 211-221.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*. May 22 2006;166(10):1092-1097. PMID: 16717171

Wadsworth, M.E. & Compas, B.E. (2003) Coping with Family Conflict and Economic Strain: The Adolescent Perspective, *Journal of Research in Adolescence*, v. 12 (2) 243-274

Wenck LS, Leu PW, et al. (1996). Evaluating the efficacy of a biofeedback intervention to reduce children's anxiety. *J Clin Psychol* 52 (4): 469-73.

World Health Organisation.(1992) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva: WHO

Zohar, A.H., & Bruno, R., (1997) Normative and pathological obsessive compulsive behavior and ideation in childhood: a question of timing. *Journal of Clinical and Child Psychology and Psychiatry*, 38(8), 993-999.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ



004000119001